



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

**MAURÍCIO PINTO DA SILVA**

**AÇÕES DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL/URUGUAI**  
**Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde**  
**Santana do Livramento-Rivera**

Pelotas, dezembro de 2009.

**MAURÍCIO PINTO DA SILVA**

**AÇÕES DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL/URUGUAI**  
**Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde**  
**Santana do Livramento-Rivera**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas - UCPEL, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Política Social, sob a orientação da Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Pelotas, dezembro de 2009.

MAURÍCIO PINTO DA SILVA

**AÇÕES DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA  
BRASIL/URUGUAI**

**Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde  
Santana do Livramento-Rivera**

Dissertação submetida à avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Política Social**, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Católica de Pelotas - UCPEL, Programa de Pós-Graduação em Política Social.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UCPEL)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Antonio Carlos Martins da Cruz (UCPEL)  
Membro Examinador I

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Celmira Bentura (UDELAR/Uruguai)  
Membro Examinador II

## AGRADECIMENTOS

A Deus fonte inesgotável de força...

A Cristiane Debli Brayer da Silva e Antônio Debli Brayer da Silva, pela compreensão e pelo apoio incondicional;

Aos meus pais, Paulo de Jesus Duarte da Silva e Marília Pinto da Silva, também minhas irmãs Paula Pinto da Silva e Francine Pinto da Silva Joseph, exemplos de amor, caráter e humildade, sempre em busca da verdade;

Agradeço, de maneira muito especial, à Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, orientadora deste trabalho, pois muito mais que uma orientadora, é um exemplo a ser seguido, a você quero expressar minha profunda admiração e respeito, além de agradecer pelos ensinamentos e pela direção dada em meus estudos;

Aos professores, Antônio Carlos Martins da Cruz, da Universidade Católica de Pelotas e a Celmira Bentura, da Facultad de Ciências Sociales da Universidade De La República do Uruguai-UDELAR, por compartilhar desse momento, contribuindo significativamente com este trabalho;

De maneira especial aos Santanenses, Dr. Mozart Hillal, Dr. Vânius Domingues D'Avila, Cacildo dos Santos Machado e Telmo Armando Morales Neto, pela acolhida e atenção dispensada desde a primeira vez em que estive na Fronteira da Paz – Santana do Livramento e Rivera;

Ao Sr. Valmir Rosa da Silveira, Secretário Municipal de Saúde de Santana do Livramento;

A Dra. Ayda Gonzalvez Zás, Diretora Departamental de Saúde do Ministério de Saúde Pública do Uruguai e atual Coordenadora do Comitê Binacional de Integração em Saúde, pela acolhida, disponibilidade e colaboração para a realização deste trabalho;

Ao “doble-chapa” Sr. Horácio D Ávila, primeiro Coordenador do Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera, pela atenção e colaboração na realização deste trabalho;

Também, de maneira especial, às Riverenses, Profa. Ana Casnatti (Centro Universitário de Rivera-UDELAR), a Profa. Gladys T. Bentancor (geógrafa, Assessora Técnica da UNESCO) e a Sra. Silvana Casco (Dirección Departamental de Salud/MSP em Rivera), pela acolhida e colaboração para a realização deste trabalho;

Aos que não foram nominados, mas que se sentem colaboradores desta construção, muito obrigado.

## RESUMO

Este estudo tem como proposta analisar as ações de cooperação e integração estabelecida entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai, com vistas a compreender a dinâmica da cooperação binacional para a saúde na fronteira entre os dois países, ampliando o entendimento sobre o significado da fronteira no contexto contemporâneo. É importante destacar que o Brasil tem uma linha de fronteira de 15.719km, limitando-se com dez (10) países da América do Sul, abrangendo onze (11) estados e quinhentos e oitenta e oito municípios (588). A linha de fronteira, em especial com os países do Mercosul, abarca 69 municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes. Nesse contexto, justificam-se os estudos e pesquisas sobre a temática fronteiriça, na tentativa de modificar a cultura difundida no passado, na qual a fronteira era um “espaço-problema”, para uma nova concepção que privilegia a região como um espaço pleno de oportunidades para o desenvolvimento econômico e social e a valorização da cidadania. Aborda, ainda, certas dinâmicas das relações sociais exercitadas nesta zona, tomando, como perspectiva de análise, o processo de cooperação entre os serviços sanitários localizados nas cidades limítrofes de Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai. Assim tem como objetivo central estudar a experiência de cooperação entre os serviços de saúde a partir de ações elaboradas e emanadas do Comitê Binacional de Integração em Saúde - Santana do Livramento/Rivera. Parte-se da idéia que as relações entre o local e o global conformam as ações cooperadas entre as duas sociedades, as quais adquirem uma dinâmica particular por suas relações estarem em constantes ressignificações em territorialidade fronteiriça. Visa, ainda, apreender sua dimensão, já que, na experiência da fronteira, área de aproximações e conflitos permanentes, estão sendo abertas novas possibilidades para ampliar a influência e reforçar a centralidade e o desenvolvimento social destas regiões.

Palavras-chaves: Cooperação em Saúde, Fronteiras, Integração Regional.

## ABSTRACT

This study aims to analyze both integration and cooperation actions concerning the Federative Republic of Brazil and the Oriental Republic of Uruguay, in order to understand the meaning for the contemporary borders subject as well as understanding the dynamics for bi-national cooperation regarding health at the border between these two countries. It is worth highlighting that Brazil has a border line of 15.719km, limited to ten (10) countries in South America, covering eleven (11) states and five hundred and eighty-eight cities (588). The border line with the other Mercosul countries covers 69 cities and an estimated population of 1,438,206 inhabitants. That's the reason, it is justified the initiatives of studies and research on the border matter attempting to modify the widespread culture from the past, in which the border was a "space problem", having a new approach focusing on the region as a space full of opportunities for both economic and social development enriching thus the citizenship. It is also addressed to certain dynamics of social relations performed in this area taking as analytical perspective, the process of cooperation between health services located in the neighboring cities of Santana do Livramento, in Brazil, and Rivera, in Uruguay. Therefore, whose main goal is to study the experience of cooperation between health services from the actions developed and issued by the Committee on Binational Health Integration - Santana do Livramento / Rivera. Regarding the idea that both local and global relations shape the cooperative actions between the two cities citizens, and that they acquire a particular dynamics for their relations with constant new meanings, regarding, then, this territorial border, as it aims to rate its size, since the border area experience shows both approaching and ongoing conflicts, and that it is being opened up to new possibilities for expanding the influence to strengthen both centrality and social development for these two regions.

Keywords: Cooperation in Health, Border, Integration Regional

## RESUMEN

Este estudio se propone a analizar las acciones de cooperación e integración establecida entre, la República Federativa del Brasil y la República Oriental del Uruguay, con vistas a entender el significado de la frontera en el contexto contemporáneo, y bien así comprender la dinámica de la cooperación binacional para la salud en la frontera entre los dos países. Es importante poner de relieve que el Brasil tiene una línea de frontera de 15.719km, limitándose con diez (10) países de la América del Sur, abarcando once (11) provincias y quinientos ochenta y ocho municipios (588). La línea de frontera con los otros países del MERCOSUR abarca 69 municipios y una población estimada de 1.438.206 habitantes. En ese contexto, se justifican las iniciativas de estudios e investigaciones sobre la temática fronteriza en el intento de modificar la cultura difundida en el pasado, en la que la frontera era un “espacio-problema” para una nueva concepción que privilegia la región como un espacio pleno de oportunidades para el desarrollo económico y social y la valoración de la ciudadanía. Aborda además, ciertas dinámicas de las relaciones sociales ejercitadas en esta zona tomando, como perspectiva de análisis, el proceso de cooperación entre los servicios sanitarios localizados en las ciudades limítrofes de Santana del Libramiento, en el Brasil y Rivera, Uruguay. Así tiene como objetivo central, estudiar la experiencia de cooperación entre los servicios de salud a partir de las acciones elaboradas y emanadas del Comité Binacional de Integración en Salud - Santana del Libramiento/Rivera. Partiendo de la idea de que las relaciones entre lo local y lo global conforman las acciones cooperadas entre las dos sociedades, y que estas, adquieren una dinámica particular por sus relaciones en constantes resignificaciones, en esta territorialidad fronteriza, visa además aprehender su dimensión, ya que, en la experiencia de la frontera, área de aproximaciones y conflictos permanentes, están siendo abiertas nuevas posibilidades de ampliar la influencia y reforzar la centralidad y el desarrollo social de estas regiones.

Palabras-clave: Cooperación, Frontera, Integración y Salud.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>1. Estado, Política, Fronteiras e Saúde – Indicações contemporâneas.....</b>	<b>21</b>
1.1 Estado e Política.....	21
1.2 O debate sobre Fronteira.....	24
1.3 Globalização e Fronteiras.....	28
1.4 Fronteira, Saúde e Desigualdade Social em Saúde – Fluxo migratório em busca de saúde.....	32
<b>2. Indicações de Ordem Político-administrativa – República Federativa do Brasil e República Oriental do Uruguai.....</b>	<b>36</b>
2.1 República Federativa do Brasil.....	36
2.2 O Sistema de Saúde – Brasil.....	37
2.3 República Oriental do Uruguai.....	39
2.4 O Sistema de Saúde – Uruguai.....	40
<b>3. A Fronteira Brasil – Uruguai.....</b>	<b>43</b>
3.1 A Fronteira Santana do Livramento/Brasil e Rivera/Uruguai.....	41
3.2 Santana do Livramento/Brasil.....	46
3.3 Estrutura da atenção em saúde – Santana do Livramento/Brasil.....	48
3.4 Rivera/Intendência Municipal de Rivera – Uruguai.....	49
3.5 Estrutura da atenção em saúde – Departamento de Rivera/IMR – Uruguai.....	50
<b>4. Indicações da Política Internacional de Cooperação entre Brasil e Uruguai.....</b>	<b>51</b>
4.1 Acordos Bilaterais Brasil – Uruguai .....	51
4.2 Acordos Bilaterais Brasil – Uruguai para a saúde na fronteira.....	57
<b>5. Ações de Cooperação em Saúde na fronteira Santana do Livramento-Rivera.....</b>	<b>62</b>
5.1 Trajetória histórica do Comitê Binacional de Integração em Saúde.....	62
5.2 Sujeitos políticos e parcerias estabelecidas a partir da criação do Comitê Binacional de Integração em Saúde.....	66
5.3 Institucionalidades – pactos, acordos e ações – do Comitê Binacional de	

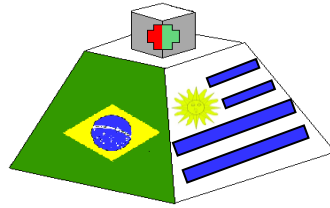


<b>Integração em Saúde.....</b>	<b>68</b>
<b>5.4 Obstáculos e dificuldades do Comitê Binacional de Integração em Saúde na Fronteira.....</b>	<b>74</b>
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>77</b>
<b>Referências.....</b>	<b>80</b>
<b>Apêndice.....</b>	<b>88</b>
<b>Anexos I – Fonte Documental.....</b>	<b>91</b>
- Regulamento da 1ª Conferência de Integração em Saúde.....	92
- Carta da 1ª Conferência de Integração em Saúde.....	95
- Ata Inaugural do Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento-Rivera.....	98

**LISTA DE SIGLAS**

**CASMER – Cooperativa Assistencial Médica de Rivera**  
**COMERI – Cooperativa Médica de Rivera**  
**CBBU - Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai**  
**CF – Constituição Federal**  
**CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde**  
**DSS – Determinantes Sociais de Saúde**  
**ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública**  
**FEE - Fundação de Economia e Estatística – Siegfried Emanuel Heuser**  
**FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz**  
**FFSS – Federación de Funcionários de Salud Pública do Uruguai**  
**ICICTS – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz**  
**IMR – Intendência Municipal de Rivera**  
**INE – Instituto Nacional de Estatística da República Oriental do Uruguai**  
**MERCOSUL – Mercado Comum do Sul**  
**MRE – Ministério de Estado das Relações Exteriores do Brasil**  
**MS – Ministério de Estado da Saúde do Brasil**  
**NESPP – Núcleo Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas/UFSC**  
**OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde**  
**SNIS – Sistema Nacional Integrado de Saúde**  
**SMSs – Secretários Municipais de Saúde**  
**SGT 11 – Sub-Grupo de Trabalho 11 Saúde/MERCOSUL**  
**SUS – Sistema Único de Saúde**  
**UCPEL – Universidade Católica de Pelotas**  
**UFPEL – Universidade Federal de Pelotas**  
**UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa**

## Agradecimentos Institucionais



Comitê Binacional de Integração em Saúde  
Santana do Livramento-Rivera



Prefeitura Municipal de Santana do Livramento  
Secretaria Municipal de Saúde



Dirección Departamental de Salud em Rivera



Intendência Municipal de Rivera



Universidade Católica de Pelotas



Universidade Federal de Pelotas

*“O novo mundo deve estar constituído por nações livres e independentes, unidas entre si por um corpo de leis em comum que regulem seus relacionamentos externos”*

*Simón Bolívar*

## INTRODUÇÃO

Investigar uma região sob qualquer aspecto leva-nos ao desafio de localizá-la em um quadro geral da realidade, principalmente quando se trata de uma região de fronteira entre dois países. Num mundo contemporâneo, vivemos constantemente em movimento de retração e expansão do nosso olhar observador. Para além dos horizontes do local, emerge a possibilidade de um mundo cosmopolita, aberto a diversas experiências, intercâmbios e formas de organização da sociedade.

Entretanto, o mundo continua sendo um mosaico complexo de nações, povos e etnias, línguas e dialetos. As peculiaridades e complexidades das regiões de fronteira, adquirem especial atenção em razão de anteciparem possíveis efeitos dos processos de integração regional e, de acordo com Villa et al (2001) é, igualmente, “um campo propício para experiências harmonizadoras entre os países no campo das políticas sociais”.

Em uma perspectiva histórica, os países sempre aplicaram regulações específicas para suas áreas de fronteira, geralmente qualificadas como “zonas” ou “faixas de segurança”, cujos critérios inibiram e restringiram a implementação de projetos de integração (Brasil, 2005 p. 174). No Brasil, não foi diferente, a fronteira foi concebida como área de segurança nacional a ser protegida de inimigos e invasões. Atualmente, há o reconhecimento de exigência da integração de ações no campo das políticas públicas, e neste sentido, é necessário conhecer de um modo mais particular as características e especificidades dos sujeitos, dos municípios e das regiões que compõem o território fronteiriço.

As fronteiras do Brasil com os demais países da América do Sul foram, nas últimas décadas, associadas a uma agenda negativa de intervenção pública, com o intuito quase exclusivo de garantir a segurança nacional por meio da imposição de restrições de toda ordem. O marco jurídico-institucional que trata das áreas de fronteira do Brasil vem passando por modificações e adaptações às novas realidades, em parte por mudanças de orientação das próprias políticas públicas. Os principais instrumentos legais que regulamentam a ocupação e o desenvolvimento da Faixa de Fronteira brasileira são: a Lei nº. 6.634 de 02 de maio de 1979 e o Decreto nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, que consideram a Faixa de Fronteira como área indispensável à Segurança Nacional.

É importante destacar que o Brasil tem uma linha de fronteira de 15.719km, limitando-se com dez (10) países da América do Sul, abrangendo onze (11) estados e quinhentos e oitenta e oito municípios (588) brasileiros. A linha da fronteira com os demais

países do MERCOSUL abarca 69 municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes.

A largura da fronteira brasileira foi sendo modificada desde o segundo Império, a qual era constituída, naquela ocasião, por uma extensão de 60 km a partir do limite internacional. Posteriormente, foi alterada por sucessivas Constituições Federais (1934; 1937; 1946) até a atual, que ratificou sua largura em 150 km (art. 20, §2º da Constituição Federal de 1988), estabelecendo-se uma série de restrições ao uso da terra e a realização de uma série de atividades nestes territórios. De acordo com Brasil (2005, p.175) este marco legal determina ainda os seguintes atos que implicam no consentimento prévio da Secretaria Geral do Conselho de Segurança Nacional:

- a) alienação e concessão de terras públicas;
- b) abertura de vias de transporte e instalação de meios de comunicação, destinados à exploração de serviços de radiodifusão de sons ou radiodifusão de sons e imagens;
- c) construção de pontes, estradas internacionais e campos de pouso;
- d) estabelecimento ou exploração de indústrias que interessem à segurança nacional;
- e) instalação de empresas que se dedicarem às seguintes atividades: pesquisa e lavra exploração e aproveitamento de recursos minerais, salvo aqueles de imediata aplicação na construção civil, assim classificados no Código de Mineração;
- f) transações com imóvel rural que impliquem a obtenção, por parte de estrangeiro, do domínio, da posse ou de qualquer direito real sobre o imóvel.

Ainda segundo Brasil (2005, p. 09)

a preocupação com a segurança nacional, de onde emana a criação de um território especial ao longo do limite internacional continental do país, embora legítima, não tem sido acompanhada de uma política pública sistemática que atenda às especificidades regionais, nem do ponto de vista econômico nem da cidadania fronteiriça.

Na Constituição Federal de 1988, a Faixa de Fronteira aparece em 04 artigos, sem maiores alterações no estabelecido pela Lei nº. 6.634/1979. O artigo 20 reforça que as terras devolutas indispensáveis à defesa das fronteiras são bens da União. O artigo 21 mantém como competência da União não só executar os serviços de polícia de fronteira, como também a exploração direta ou mediante autorização, concessão ou permissão, dos serviços de transporte ferroviário e aquaviário entre portos brasileiros e fronteiras nacionais. Já o artigo 91, delega ao Conselho de Defesa Nacional, órgão de consulta do Presidente da República, a tarefa de “propor critérios e condições de utilização de áreas indispensáveis à segurança do território nacional; e opinar sobre seu efetivo uso, especialmente na Faixa de Fronteira e nas relacionadas com a preservação e a exploração dos recursos naturais de qualquer tipo”.

Tendo em vista a existência de reduzido número de estudos relacionados à proteção sanitária em região fronteiriça, o significado social deste trabalho decorre do objeto escolhido, abordando a experiência da integração e da cooperação entre sistemas de saúde na fronteira entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai. Nesse contexto, segundo Guimarães e Giovanella (2005) “as identidades nacionais são diluídas e na saúde impõem a realização articulada de atividades de negociação e de identificação e uso de recursos para alcançar efetividade e adequada provisão de ações”.

Nas regiões de fronteira observa-se, em geral, uma precária base produtiva e de infra-estrutura econômica e social capazes de permitir um processo de desenvolvimento sustentável e integrado (GADELHA, COSTA, 2007). Como consequência, esse território se caracteriza por condições sociais e de cidadania bastante adversas, salvo raras exceções sub-regionais. Concomitante a isso, a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2005).

Entre as raras alternativas políticas no enfrentamento deste problema, estão os pactos e acordos bilaterais realizados entre os governos dos países interessados. Contudo, são pactuações, muitas vezes, realizadas em nível nacional e nem sempre chegam aonde deveriam ter vigência, ou seja, à fronteira. Nesse sentido, segundo Nogueira (2007, p. 102) “os acordos e pactos bilaterais firmados entre os governos da Argentina e Brasil, Brasil e Uruguai, não têm tido repercussão, inclusive em alguns casos com o desconhecimento completo acerca dos gestores e profissionais de saúde”.

Outro aspecto preocupante na região fronteiriça é a diversidade de atenção à saúde oferecida pelos municípios brasileiros aos estrangeiros que demandam os serviços públicos de saúde. Nessa linha, afirma Nogueira (2007, p. 102),

a diversidade da atenção à saúde na linha de fronteira MERCOSUL pode ser explicada pelo reduzido nível de institucionalidade dos sistemas municipais de saúde, especialmente nas cidades-gêmeas, onde se acentuam os processos de exclusão social em saúde aos usuários não brasileiros.

A diferenciação existente entre as estruturas sociais, políticas e econômicas nestas regiões singulares inquietaram-nos ao ponto de investigar a articulação do Comitê Binacional de Integração em Saúde diante da possível desigualdade no acesso a bens e serviços de saúde, decorrentes das respostas distintas oferecidas pelas políticas de saúde dos respectivos países. Entre outras, as desigualdades em saúde, no caso a ser estudado decorrem tanto de aspectos normativos legais e orientação dos sistemas de saúde de cada um dos países, como os

relacionados aos determinantes sociais da saúde. Ainda, considerando a integração regional como fator fundamental para a consolidação do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL, o trabalho desenvolvido converge para um estudo de caso sobre a integração e a cooperação binacional na área da saúde.

Neste contexto, este estudo desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, teve por objetivo estudar a experiência de cooperação entre os serviços de saúde a partir das iniciativas articuladas pelo Comitê Binacional de Integração em Saúde, localizado na fronteira entre Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai.

O presente trabalho tem como objetivo geral evidenciar a trajetória e o nível de institucionalização do Comitê Binacional de Integração em Saúde - Santana do Livramento e Rivera frente à problemática do acesso aos serviços sanitários, garantindo o direito universal à saúde. Como objetivos específicos, estudar a trajetória histórica do Comitê Binacional de Integração em Saúde; identificar os sujeitos políticos e as parcerias estabelecidas a partir da criação do Comitê Binacional de Integração em Saúde; resgatar as institucionalidades (pactos, acordos e ações) do Comitê Binacional de Integração em Saúde diante das demandas pela população fronteiriça; identificar os avanços que o Comitê Binacional de Integração em Saúde tem alcançado frente à resolutividade dos problemas de saúde na área da fronteira; identificar os obstáculos e dificuldades que Comitê Binacional de Integração em Saúde tem enfrentado para garantir o acesso à saúde da população usuária;

Desta iniciativa, pretendemos verificar de que forma foram construídas as relações neste processo inédito de integração e cooperação, e como ocorreu a articulação da sociedade no enfrentamento das dificuldades de uma região fronteiriça na garantia do direito ao acesso a bens e serviços de saúde. É nossa intenção, também, sublinhar os elementos determinantes na construção do Comitê Binacional de Integração em Saúde, para o entendimento e compreensão mais profunda do processo de integração regional nesta localidade fronteiriça.

Em termos metodológicos e considerando o objeto de estudo proposto, bem como os objetivos a serem alcançados, definiu-se pelo estudo de caso. Estes se constituem, atualmente, em um delineamento de pesquisa aceito em vários domínios do conhecimento científico, como a Psicologia, a Sociologia, a Educação e também a Enfermagem. De acordo com Yin (2001, p.32), “os estudos de caso possibilitam investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Sua escolha deve-se ao fato deste método possibilitar um delineamento simples, se comparado com levantamentos ou estudos



experimentais, por exemplo. Contudo, o método de estudo de caso exige um estudo mais rigoroso e profundo, que requer do pesquisador um conhecimento amplo e íntimo do assunto investigado e das teorias que o fundamentam, bem como das habilidades especiais para analisar e interpretar os dados obtidos.

Ainda segundo Yin (2001), o “estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados”. Os estudos de caso contam com várias técnicas e fontes de evidências, tais como: documentações, observações, entrevistas e histórias de vida. A primeira etapa da pesquisa constituiu-se na delimitação da unidade pesquisada, neste caso, o Comitê Binacional de Integração em Saúde, localizado nas cidades limítrofes de Santana do Livramento e Rivera.

A segunda etapa da pesquisa foi o aprofundamento das categorias conceituais que envolveram o objeto e os objetivos do estudo. Nesta etapa, os temas explorados centraram-se na análise do modo em que o processo de integração regional na área da saúde tem influenciado na cooperação entre as duas localidades, a partir de leis e acordos estabelecidos em âmbito local, regional e nacional. A terceira fase da pesquisa, realizada entre março e agosto de 2009 foi referente à obtenção dos dados do Comitê Binacional de Integração em Saúde, através das atas, documentos oficiais, Regimento Interno do Comitê Binacional de Integração em Saúde, visitas de campo (participação das plenárias e reuniões do Comitê) e entrevistas com sujeitos envolvidos. As informações foram obtidas a partir das seguintes estratégias: levantamento e análise documental - das atas de instâncias colegiadas do Comitê Binacional de Integração em Saúde formalizando os pactos; as portarias dos gestores sobre o tema (tanto no nível local como com outras instâncias do sistema nacional de saúde); material de difusão e veiculação da ação cooperativa para a população e programação conjunta; entrevistas com quatro atores envolvidos – a atual Diretora Departamental de Saúde pública de Rivera, um representante dos usuários uruguaios junto ao Comitê Binacional de Integração em Saúde, pelo lado uruaio; o atual secretário municipal de saúde de Santana do Livramento e o representante dos usuários brasileiros junto ao Comitê Binacional de Integração em Saúde, pelo lado brasileiro - referenciados pelas suas iniciais no decorrer do trabalho.

As informações coletadas junto aos informantes-chaves permitiram apreender a temática da integração transfronteiriça, a perspectiva de atender as demandas locais; as prioridades das políticas nacionais e regionais; regulamentações sobre acesso aos serviços; ampliação dos acordos políticos no futuro; continuidade das experiências, dificuldades e

formas de superação; e percepções com relação às implicações da experiência nas políticas públicas nacionais de saúde.

Sintetizando e objetivando, as informações coletadas viabilizaram identificar o seguinte: características marcantes do processo de construção das ações cooperativas; interesses dos atores políticos envolvidos com as iniciativas; determinações históricas reconhecidas nas experiências; coerência entre a formulação e a execução das ações propostas; mecanismos ágeis de pactuação e resolução de situações emergenciais; dinâmica da integração evidenciada nos fluxos/periodicidades e nas garantias de acesso e integralidade da atenção em saúde.

A etapa seguinte da pesquisa compreendeu o estudo e análise dos dados coletados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. Assim, sistematizou-se e analisaram-se as informações coletadas junto às instâncias já mencionadas. Para Bardin (1977, p.38) “a intenção da análise de conteúdo é a inferência<sup>1</sup> de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”.

De acordo com Minayo (2006, p.303) a análise de conteúdo “diz respeito à técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto”. Entre as modalidades da técnica de Análise de Conteúdo, encontramos: a análise lexical, análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise de enunciação. Para a operacionalização desta pesquisa, utilizamos a análise temática, que segundo Minayo (2006, p.315) “está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”. Para Bardin (1977, p.105), o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis”.

Ainda segundo Bardin (1977, p.105), “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência da aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. O resgate desta

---

<sup>1</sup> Inferência: operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

experiência pode ser relevante e contribuir para a compreensão do fenômeno da integração latino-americana, inserido no desenvolvimento social, numa perspectiva transfronteiriça.

Nesse sentido, Ribeiro (2006, p.237) considera,

a noção de espaço social transfronteiriço como extremamente útil para compreender as relações particulares que se estabelecem em algumas regiões. Ela permite uma compreensão de relações sociais, culturais, econômicas, políticas, e de camaradagem, que os agentes desenvolvem em áreas onde a linha de fronteira opera como um dispositivo complexo e flexível.

Ao analisar os processos de integração nacionais ou regionais, Nogueira (2008, p.153) indica:

não ocorrerem em espaços neutros ou vazios. Pelo contrario, condensam relações que se estabelecem entre classes e segmentos de classe, entre instâncias de poder com vínculos permanentes ou pontuais, divergentes ou consensuais, e entre elites econômicas e políticas de diversos matizes. Há, ademais, uma história, valores e cultura partilhados, invariavelmente distintos entre os países ou regiões envolvidos no processo integrativo.

Concomitante a isso, a inquietação com as situações de saúde e os arranjos institucionais entre os municípios fronteiriços têm demonstrado o esforço das comunidades em solucionarem seus problemas de forma integrada. Nesse sentido, Bentancor (2002, p.35) afirma:

La integración supone objetivos comunes, convergentes, esfuerzos complementarios que no desdibujan la identidad de cada uno sino que debe conducir a la formación de otra, que nos complemente desde la unidad. Solidaridad para crecer juntos, en un espacio común, donde se buscará consolidar y aumentar potencialidades.

Em uma perspectiva mais ampla, a intenção é contribuir para o reconhecimento da existência e adoção efetiva de novos instrumentos legais que garantam o acesso aos serviços sanitários e a proteção social na região de fronteira, trazendo consigo uma perspectiva de proposição, criação e desenvolvimento de novas ações, tanto por parte do Brasil, como dos demais países da América do Sul.

O interesse pela localidade fronteiriça Santana do Livramento - Rivera deve-se à trajetória profissional exercida naquela região, quando da participação na implantação da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, criada em 2006. Soma-se, ainda, a participação desde abril de 2008, no Grupo de Trabalho do Projeto “**Desenvolvimento Sustentável da Fronteira Brasil-Uruguaí**” coordenado pela UFPel e a Universidad de La República do Uruguai, com a participação da Universidade Federal do Rio Grande-FURG, da

Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA e da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM e ainda a participação nos Seminários de **Políticas de Integración de Frontera "Espacio de vida diverso y complejo"**, promovidos pelo Ministério de Desarrollo Social do Uruguai (MIDES) através da Dirección Nacional de Coordinación Territorial e dos encontros da **Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço Brasil-Uruguai**, coordenados pela Embaixada dos respectivos países.

Os resultados serão apresentados de forma a permitir a apropriação de temas relacionados à experiência analisada, além do resgate da experiência em si, conforme estabelecido nos objetivos do estudo. Na primeira sessão é apresentada uma revisão bibliográfica dos conceitos de Estado e Política, por serem os elementos norteadores da relação existente entre os habitantes das cidades de Santana do Livramento e Rivera. Ainda nesta primeira sessão, são apresentadas indicações contemporâneas sobre o debate da terminologia fronteira e sua interface com o processo de globalização. Por fim, ainda nesta primeira sessão é debatida a interface entre fronteira, saúde e desigualdade social em saúde.

Na segunda sessão deste trabalho, apresentamos as referências de ordem político-administrativa dos países, fazendo uma reflexão acerca da diferenciação existente. Nesta segunda sessão, também é apresentado a política e o sistema de saúde em vigência no Brasil e no Uruguai. Além disso, apresenta características da formação política da fronteira entre os dois países, tecendo um breve histórico da disputa territorial e a formação da fronteira entre as cidades de Santana do Livramento e Rivera. Concomitantemente e na direção dos objetivos propostos, apresentamos a estrutura da atenção em saúde das duas cidades limítrofes.

A terceira etapa do trabalho centra-se nas indicações da política internacional de cooperação entre Brasil e Uruguai. Além disso, são apresentados os acordos bilaterais entre os dois países para a saúde na fronteira. A quarta sessão trata das ações de cooperação em saúde entre Santana do Livramento e Rivera, articuladas pelo Comitê Binacional de Integração em Saúde, além dos sujeitos políticos envolvidos, das parcerias estabelecidas, pactos e acordos bilaterais para a promoção da saúde. Por fim, indicamos as considerações emanadas das entrevistas com atores envolvidos, através do Comitê Binacional de Integração em Saúde, onde são apresentados os obstáculos, dificuldades enfrentadas e os avanços alcançados.

# 1. ESTADO, POLÍTICA, FRONTEIRAS E SAÚDE - INDICAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

## 1.1 Estado e Política

Atualmente, é freqüente a abordagem sob o viés dos processos culturais contemporâneos pautados, em grande medida, nos aspectos econômicos e simbólicos pela concepção da zona de fronteira, como *locus* tanto de integração como de conflitos, fonte de ameaças e incertezas, onde os elementos que se relacionam ao campo das identidades ganham contornos próprios. Neste contexto, diante da situação singular de limitação internacional entre Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai, separadas apenas por uma rua, problemas também singulares emergem nesta sociedade, provocando muitas vezes situações que exigem políticas e ações governamentais distintas das oferecidas em outras localidades de seus respectivos países.

Nesse sentido, segundo Costa (2006, p.25) “pensar a sociedade e a organização das regras que regulamentam a convivência social exige a discussão sobre o Estado. Assim, se coloca a questão sobre o que é o Estado? Como e por que os homens organizam o Estado e, que funções ele deve desempenhar?”. Nessa perspectiva, compreender o Estado e suas características é necessário para o entendimento do desenvolvimento das diferentes formas deste, a partir de uma seqüência histórica de suas relações com a sociedade.

O Estado de Direito se sustenta em princípios onde a liberdade prevalece sobre a autoridade, regulamentada pela lei, sendo ela uma ordem geral e abstrata. Submetido ao controle de caráter jurídico, garante os direitos fundamentais do Homem, estabelecendo a separação ou divisão dos poderes. Trata-se de um Estado de não intervenção, com base no individualismo, onde as garantias dos direitos fundamentais do Homem acabam sendo direitos de poucos, ou seja, da burguesia.

Com a industrialização, o progresso econômico e a democratização, o Estado Liberal de Direito dá passagem, através das lutas sociais e políticas do século XIX e princípios do século XX, a um Estado Social de Direito, o qual tem na figura do Estado um agente intervencionista e ativo, caracterizado por um executivo forte, onde a lei passa a ser um instrumento de ação concreta do Estado, o grupo passa a ser o personagem principal, e o seu conteúdo passa a ser o social. É ainda um investidor econômico, regulador da economia e dos conflitos, mas também procura conciliar crescimento econômico com legitimidade da ordem social, sem alterar os pressupostos econômicos básicos, objetivando a instauração de uma sociedade ou Estado de Bem-Estar Social.

No Brasil, a Constituição Federal – CF de 1988 regulamenta os direitos civis, políticos e sociais sob o princípio da universalidade, avançando assim do deslocamento do campo particular dos direitos, não mais centrados nos méritos, mas sim, nas necessidades sociais. A CF de 1988 tem, no campo dos direitos sociais um grande avanço, em vista do texto contido no artigo 3º, que define como objetivos da República Federativa do Brasil:

- I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II – garantir o desenvolvimento nacional;
- III – erradicar a pobreza e a marginalidade e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (CF, 1988).

Entretanto, segundo Behring e Boschetti (2007, p.157)

o princípio da universalidade da cobertura proposto não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal, estabelece a assistência como direito aos que dela necessitam (embora o benefício do salário mínimo para idoso e pessoa com deficiência seja associado à incapacidade para o trabalho), mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior.

A CF de 1988 estabelece, no artigo 6º, que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados”. Assim, no âmbito do sistema de seguridade social a CF de 1988 introduz uma grande inovação, incorporando o sistema de seguridade social formado pelo tripé das três políticas sociais: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. O sistema inclui um conjunto de direitos do cidadão e deveres do Estado, sendo a Política da Saúde uma política não contributiva, um direito de todos e dever do Estado; a Previdência Social uma política contributiva de âmbito público e privado; e a política da Assistência Social prestada a quem dela necessitar, independe de contribuição, sendo um dever do Estado.

A CF de 1988, objetiva através do sistema de seguridade social dar um sentido amplo a área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos sociais e da inserção da noção de responsabilidade do Estado frente a essas políticas. Segundo Couto (2004 p.161) “pela primeira vez um texto constitucional é afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que essa população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão”.

São nos espaços políticos que se congregam os interesses a serem incluídos na agenda pública. Nessa perspectiva, Nogueira (2001, p.26) define política como sendo

o espaço onde os indivíduos e grupos postulam a condição de determinar a conduta, as orientações e as opções dos demais. Costuma ser praticada com base em um arsenal de recursos: por meio da força, da coesão, da ameaça, da sedução e do ocultamento; com o uso intensivo da sagacidade, da inteligência, da sensibilidade, do jogo com paixões e emoções. É um campo de luta, uma câmara que amplifica e viabiliza a disputa pelo controle dos mecanismos de comando e opressão, a ponto mesmo de muitas vezes levar os interesses à hostilidade, ao choque aberto, à guerra.

A política permite a organização do social como espaço instituído, historicamente construído e articulado por conflitos, propiciando a diversificação e a multiplicação de direitos de cidadania. De outra forma, a política pública pode ser compreendida como um conjunto de objetivos que definem determinados programas de ação governamental, especificando sua execução.

Seguindo esta perspectiva, as políticas públicas são como “atividades sociais, e nessa acepção sociológica, concretizam-se por intermédio de ações sociais, caracterizadas por um mínimo de padronização e institucionalização” (DI GIOVANNI, 2009 p.22). De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 44)

no âmbito político, é imprescindível compreender o papel do Estado e sua relação com os interesses das classes sociais, sobretudo na condução das políticas econômica e social, de maneira a identificar se dá mais ênfase aos investimentos sociais ou privilegia políticas econômicas; se atua na formulação, regulação e ampliação (ou não) de direitos sociais; se possui autonomia nacional na definição das modalidades e abrangência das políticas sociais ou segue imperativos dos organismos internacionais.

Nesta acepção, as políticas sociais elaboradas pelos gestores e colocadas em prática pelos diferentes organismos de governo têm como principal objetivo proporcionar o bem estar das pessoas através das políticas de corte social. O bem estar social está relacionado com as necessidades de cada cidadão, de um segmento social ou mesmo das populações nacionais. O Estado tem sido pensado e teorizado em termos de território, entretanto, entre um território e outro, ou seja, entre uma nação e outra, se instituem as linhas de fronteira.

## 1.2 O debate sobre Fronteira

O conceito de fronteira etimologicamente tem origem na palavra latina ‘fronteria’ ou ‘frontaria’ que significa a parte do território localizado nas margens. Com o tempo, este conceito passou a indicar ‘confim territorial’ e ‘limite’ que separa duas regiões podendo ser de ordem material ou simbólica. A fronteira traz em seu bojo uma diversidade de sentidos e aponta para os significados construídos em distintas realidades históricas. Tradicionalmente, os Estados atribuem à fronteira um sentido relacionado apenas à demarcação do solo, limite do território e sua apropriação pelo homem. Em uma visão mais crítica, é concebida não somente como um fato geográfico ou uma representação cartográfica, mas um fato histórico e social de relacionamentos sociais.

Como se sabe, os estudos sistematizados sobre o tema da fronteira datam a partir de finais do século XIX e início do século XX. Autores clássicos da geografia política como Friedrich Ratzel (1890) vincularam o conceito de fronteira ao de Estado, sendo a fronteira entendida como princípio para a expansão e crescimento dos Estados; já Frederick Jackson Turner (1893) tomou a fronteira como elemento central de sua análise interpretativa da história norte-americana. Neste período, comumente pensava-se a fronteira utilizando a noção de soberania, com enfoque na sua dimensão expansionista.

Segundo Rodrigues (2007, p.01)

a definição de fronteiras nacionais remete à figura de delimitações, que divide o espaço físico com linhas divisórias, gerando os limites geopolíticos, onde a responsabilidade de um Estado termina para começar a de outro. Este ideário busca definir o patrimônio do Estado, onde a soberania é legítima e para onde os investimentos devem ser direcionados, entretanto, estas delimitações não são absolutas e nem são capazes de impedir as interações sociais, os fenômenos naturais, as práticas religiosas, os movimentos culturais e a propagação de epidemias.

A concepção de fronteira está nitidamente associada às disputas, controle pelo Estado, perda da liberdade de ir e vir e também às guerras. Nos últimos anos, identificam-se mais intensamente diversas áreas do conhecimento debatendo a temática fronteiriça, remetendo a esta, significados distintos entre a perspectiva tradicional e a crítica. Nesse contexto, a perspectiva tradicional atribui à fronteira um sentido ligado mais a demarcação do solo, território e à apropriação desse espaço pelo homem.

Contudo, segundo Martin (1998, p.91)



as linhas geopolíticas delimitam, na verdade, as ações governamentais, o planejamento e a manutenção dos serviços públicos, mas, não separam os valores culturais, os laços familiares, as trocas de experiências, nem impedem as práticas ilegais, nem as epidemias e nem as vulnerabilidades sociais.

Para Nogueira (2007, p.29) “as origens políticas do conceito de fronteira estão associadas à própria formação dos Estados-nacionais, que no processo de consolidação tiveram, e ainda tem que demarcar claramente linhas divisórias, visto implicar da ordem, da norma e do poder instituído”. Em uma perspectiva crítica, a fronteira é concebida numa visão de território enquanto espaço social que, para além do uso desse espaço, incorpora o conceito de territorialidade. Nesse sentido, segundo Haesbaert (2004, p. 03) <sup>2</sup> “a territorialidade, além de incorporar uma dimensão estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar”

Vários estudos partem da definição de território como Souza (1995, p.78) "um espaço definido por e a partir de relações de poder" privilegiando o papel do Estado como gestor por excelência do território nacional. No rastro deste raciocínio, o território não se resume em uma variável estratégica político-militar em uma perspectiva geopolítica. Nele também se refletem as construções de hegemonias que se estabelecem ao longo do tempo na territorialidade do Estado-nação. Para uma territorialidade compreendida assim de forma mais crítica e abrangente, o território pode ser interpretado como um campo de forças, uma rede de relações sociais, sendo prenhe de história, tradição e ideologia.

Nesse sentido, segundo Machado (1998, p.41) o termo fronteira,

implica, historicamente, aquilo que sua etimologia sugere – o que está na frente. A origem histórica da palavra mostra que seu uso não está associado a nenhum conceito legal e que não é um conceito essencialmente político ou intelectual. Nasceu como um fenômeno da vida social espontânea, indicando a margem do mundo habitado.

A percepção tradicional toma a fronteira como corte, limite, descontinuidade, barreira entre Estados Nacionais, enquanto a geopolítica a vê como um órgão periférico do Estado que tanto pode ser receptora de influências, como pode ser pólo de irradiação. A fronteira pode ser compreendida, também, como meio de articulação dos Estados para manter seus respectivos limites, isso implica no desenvolvimento de uma espécie de ciência de

---

<sup>2</sup> Trabalho apresentado no I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRGS, Curso de Geografia da ULBRA e AGB-Porto Alegre, em 23 de dezembro de 2004.

demarcação. Dessa forma, entre limites como meio que separam as unidades políticas soberanas, da mesma forma separa fatores físicos, geográficos, culturais e sociais.

Neste caso, os limites são simbolicamente produzidos, sendo na grande maioria abertos e não acabados, portanto conduzidos a um processo de contínua transformação.

Segundo Bentancor (2002, p. 27-28),

la Geografía define el espacio como objeto privilegiado de su análisis y en este abarca la dimensión física (espacio-territorio-región) como socialmente producida y organizada, para el bienestar y la calidad de vida del hombre. De esta forma el espacio geográfico no existe sin sociedad y ésta no lo hace sin una base territorial que es su soporte y que la sociedad va transformado en su medio. El espacio es una suma de la configuración del paisaje y la acción social, no se pueden disociar y se tienen que enfocar integrados.

Para Machado (1998, p.41) “é bastante comum considerar os termos fronteira e limite como sinônimos. Existem, contudo, diferenças essenciais entre eles e que escapam ao senso comum”. As fronteiras, em geral, nascem como áreas periféricas, engendram desigualdades, portanto, como lugar, a fronteira é o envoltório de um conjunto de instituição, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro. A fronteira também pode ser compreendida como uma zona na qual dois Estados têm interesses em conjunto. De acordo com Melo (1997, p. 69) “as fronteiras estão presentes no imaginário social como limite, aparecendo como naturalizadas. Entretanto, elas são mais do que isso, pois ao mesmo tempo em que impedem, permitem a passagem”. Desta forma, segundo Silva (2006, p.64)

constata-se que a fronteira, está pautada numa visão de território que rompe com a abordagem tradicional, reduzindo esse conceito a uma dimensão jurídico-administrativa de áreas geográficas delimitadas e controladas pelo Estado, para incorporar uma perspectiva de território enquanto um produto de processos sociais de dominação e apropriação de espaços por agentes não estatais.

As fronteiras ao longo dos anos se caracterizaram pelo resultado natural do conjunto de forças políticas, bem como da lógica decorrente da noção de propriedade dos Estados, sendo um elemento geográfico definindo os limites do território onde se exerce a soberania. Repensar um conceito ampliado de fronteira, de acordo com as novas configurações da geopolítica geradas pelo fenômeno da globalização, implica em definir a fronteira numa visão mais condizente com a realidade contemporânea. Afirma Sarquis (1996, p.60) serem fronteiras “amplas franjas territoriais de um lado e de outro das linhas de

demarcação geográficas políticas, na qual convivem populações com particularidades próprias que as diferenciam de outras partes dos territórios nacionais”.

Ao analisarmos os conceitos sobre fronteira e limite, Mesquita (1994, p.69) afirma “a fronteira tem sua orientação para fora (exterior) e limite é uma linha de separação definida”. Mendonça (1980, p.13-14) conceitua limite como “a linha onde começa a soberania de um Estado e termina a de outro. É a linha que circunscribe o território do Estado. Como limite é uma linha, conseqüentemente só tem uma dimensão que é o seu comprimento”.

Em seus estudos Bentancor (2002, p.22) conceitua limite como:

en su origen del latín “limis-itis” significa linde, sendero, frontera, sí tiene una connotación política en relación al concepto de ser lo que encierra a una unidad político territorial permitiendo su cohesión interna. Este concepto político fue reforzado con la creación de los modernos estados que insistían y luchaban por la consolidación de sus límites, como forma de reforzar el concepto de soberanía sobre su territorio con el control del mismo. En relación a este análisis en torno a los conceptos de límite y frontera, y a lo expresado sobre la mayor riqueza conceptual del segundo, se destaca que en síntesis, mientras el límite, cierra, la frontera abre, se abre a interrelaciones, a intercambios, a contactos a partir de los cuales se puede generar el germen de la integración.

Além do conceito de fronteira, seus tipos e sua diferenciação com a terminologia *zona de fronteira* são elementos que, estudados, permitem direcionar nossa compreensão. As fronteiras, segundo Mendonça (1980, p.15) quanto a sua formação, classificam-se em:

- fronteiras esboçadas ou coloniais: este tipo de fronteira é comum nos territórios sob regime colonial, em que as linhas demarcatórias não são ainda conhecidas inteiramente. Muitas destas fronteiras são resolvidas sobre mapas, quase sempre incompletos. Em relação à ocupação humana, não se verifica uma reação no meio físico e quanto ao aspecto político, ainda não foram instalados órgãos para defesa e fiscalização;
- fronteiras vivas de acumulação: estas são os casos em já se instalaram os órgãos de proteção e fiscalização. O meio físico já sofreu interferência do homem, e apresentam vivas as energias desencadeadoras de atividades políticas, estando deste modo, disponíveis às novas correções do traçado e da faixa;
- fronteiras mortas: são aquelas que as energias do Estado parecem mortas ou sem nenhuma vitalidade aparente por um longo período;

A zona fronteiriça é uma zona híbrida, onde os contatos se pulverizam e se ordenam, sendo imensas as possibilidades de identificação e de criação cultural. Do ponto de

vista político, Velho (1979, p.102) discute o conceito de fronteira, entendendo-a como o “locus onde o enfraquecimento da subordinação e a ascensão social melhor se combinam, e é por isso mesmo que o autoritarismo se preocupa tanto em controlar o movimento de fronteira”. Atualmente, é habitual a abordagem sob a ótica dos processos culturais contemporâneos pautados, em grande medida, nos aspectos econômicos e simbólicos apenas.

De acordo com Brasil (2005, p.21),

enquanto a faixa de fronteira constitui uma expressão de jure, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades-gêmeas.

As concepções mais conservadoras sobre o termo fronteira apresentam-na como sendo uma barreira, um limite ou descontinuidade de um território; entretanto, estas visões, dadas às transformações em curso mundial, tornam-se parciais, reducionistas, e, por isso, faz-se necessário buscar novos referenciais ao tratar o tema.

Segundo Rodrigues (2007, p. 02)

a definição de faixa de fronteira, adotada pelo Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (Brasil.Ministério da Integração Nacional, 2005), admite a ocorrência de interações transfronteiriças, por meio da “porosidade” das linhas geopolíticas, considerando as influências das guerrilhas, do narcotráfico, da degradação do espaço geográfico, das praticas ilegais de cruzamento e do crime organizado

### **1.3 Globalização e Fronteiras – Indicações contemporâneas**

O processo de globalização em curso pressupõe uma mudança significativa na organização econômica social e política do mundo contemporâneo. De forma que, para se pensar o projeto de integração regional pretendido pelos países do bloco MERCOSUL, por exemplo, torna-se necessário um estudo sistemático do fenômeno da regionalização como constitutivo da globalização que “flexibiliza as fronteiras”.

De acordo com Melo (2008, p.24)

Numa leitura atenta da história do capitalismo, pode-se constatar que para cada fase ou etapa delineada de seu desenvolvimento, a cada novo grande ciclo de acumulação (com suas formas e mecanismos característicos de processualidade), para cada novo surto de expansão e reconfiguração de suas articulações mundiais de ordenamento, correspondeu à formulação de conceitos próprios e singularizantes, destinados a conferir inteligência e destaque às manifestações mais específicas e típicas de cada contexto histórico referido. Assim como a longa fase de desenvolvimento do

capitalismo comercial (séculos XVI a XIX), voltada para a criação de um mercado mundial e costurada pela dinâmica das trocas desiguais entre metrópoles e colônias, levou à consagração dos conceitos de mercantilismo e de colonialismo, da mesma forma emerge, na virada do século XIX para o XX, aquele de imperialismo, sinalizando o advento de uma nova e diferenciada fase de expansão capitalista, distinta da anterior.

As noções de espaço e tempo, fundamentais para todas as ciências sociais, estão sendo revolucionadas pelos desenvolvimentos científicos e tecnológicos incorporados e dinamizados pelos movimentos da sociedade global. As realidades e os imaginários lançam-se em outros horizontes, mais amplos que a província e a nação, a região e o continente, o mar e o oceano. Pode-se afirmar segundo Melo (2008, p.24), que

o conceito de globalismo veio se conformando somente na fase mais recente de desenvolvimento do capitalismo (particularmente nas duas últimas décadas do século XX), associado (como idéia) à hipótese da emergência de um novo patamar de ordenamento da vida social, institucionalmente articulado em plano supra-nacional, em que o centro das atenções se volta para a constituição de uma realidade (relações, processos e estruturas) não mais simplesmente determinada (como no passado) através da expansão e/ou difusão horizontal/centrífuga de ações econômicas, políticas e culturais entre nações (sob impulso e primazia daquelas hegemônicas) – internacionalização – mas configurada por meio de uma dinâmica progressivamente transversal/centrípeta de efetividade societal, plasmada em plano concretamente trans-nacional (global) de materialidade.

As redes de articulações e as alianças estratégicas de empresas, corporações, conglomerados, fundações, centros e institutos de pesquisas, universidades, igrejas, partidos, sindicatos, governos, meios de comunicação impressa e eletrônica constituem e desenvolvem cenários que agilizam relações, processos e estruturas, espaços e tempos, geografias e histórias. Nesse sentido, segundo Nogueira (2007, p.30)

percebe-se que o conceito de fronteira política nos últimos anos vem sendo posto em questão justamente pela pressão exercida pela economia, que força a liberdade de movimento de determinados fatores, principalmente mercadorias e capitais. Isto seria o resultado das mudanças inerentes ao próprio Estado-nacional para ajustar-se ao mundo globalizado.

O processo de globalização, segundo Fiori (1997, p. 87) “é um fenômeno da versão atualizada da ideologia econômica liberal, e no momento em que finalmente a livre circulação dos capitais, a despolitização dos mercados, a gestão autônoma da moeda e o livre comércio entre os povos transformarão em fato real o sonho de Dudley North, que em 1691 afirmava que o mundo inteiro não fosse mais do que um só povo, ao interior do qual as nações fossem como pessoas”.

Entretanto, segundo Fiori (1997, p.88)

não há nenhuma evidência nos últimos 25 anos desde o início das “desregulações” responsáveis pela globalização de que não se esteja diminuindo o poder político e contemplando os costumes das grandes potências, ou até mesmo que esteja ocorrendo um fim pacífico do papel dos estados nacionais.

De fato, com o reordenamento do território imposto pelo processo de globalização, as áreas fronteiriças adquirem maior centralidade nos processos de integração. Este ponto incita a reflexão sobre a interação entre cidadania e governo, entre a organização da sociedade local e os parâmetros institucionais estabelecidos pelas políticas centrais do governo de cada país.

Nessa perspectiva, segundo Bentancor (2002, p.28)

La globalización podría ser entendida como la pérdida total de fronteras en todas las dimensiones. La desterritorialización, la cultura planetaria, la occidentalización del mundo y otras propuestas semejantes promueven una fragmentación que degrada y hace peligrar las raíces en gran parte de la sociedad. Las nuevas formas de integración y de mundialización en proceso, se constituyen en marco teórico para el análisis del espacio fronterizo en un contexto de cambios como los que se vienen desarrollando desde fines del siglo XX. La escala de lo local, considerada tanto como el espacio de intereses de lo cotidiano (trabajo, vivienda, etc.) de los lazos históricos, (culturales, de vecindad) como de lugar de disputas, permite definirlo a partir de su individualidad y de su particularidad. A pesar de que hoy todos los lugares son virtualmente mundiales, son también locales. Se presenta una tendencia de reafirmación de la dimensión de lo local, y ésto exige también una revisión conceptual para ver nuevos significados en el mundo actual. Este nuevo enfoque puede ser dado por la consideración de lo “cotidiano” como forma de acercamiento al lugar, un cotidiano compartido, locus de cooperación y conflicto, donde lo local se opone a lo global, a la vez que se confunden.

Conforme a citação acima, a junção de todos esses fatores que se interrelacionam, sublinham que a condição de fronteira, sob a ótica dos processos contemporâneos, deve ser compreendida por seu valor estratégico e pela relação entre o local e o global. Nesse sentido, segundo Sánchez (2002, p.16) ao analisar a fronteira entre Santana do Livramento e Rivera, afirma:

o limite entre os Estados (conhecido como a linha) esta fisicamente representada por ruas e escassos sinais. Isto é, não existem obstáculos institucionais ou estruturas físicas do Estado, ou obstáculos físicos (como nas chamadas fronteiras naturais que podem delimitar áreas de fronteira política) entre as cidades para o livre trânsito ou circulação de pessoas e mercadorias.

Essas indicações fazem levantar hipóteses secundárias que abordam as incursões de idéias e crenças que se apresentam como novidades, em uma zona que permite essas concepções, adquirindo grande mobilidade e forjando novas identidades e regulações. De fato, algumas ponderações se mostram pertinentes para pensarmos sobre a condição fronteira como um espaço social em permanente transformação.

Uma breve retrospectiva histórica nos esclarece que ao se vincular o período das grandes navegações no século XV como o momento de origem da construção das identidades nacionais (considerando a centralidade européia, a imposição de línguas, instituições religiosas, os processos civilizatórios e mercantis) estabelece-se como fundante novas visões de mundo, a partir da transformação, ou destruição das antigas representações e *modos de ser* referentes aos povos nativos.

Portanto, podemos dizer que o sentimento nacional não foi construído *a priori*; na verdade, se construiu a partir do nascimento dos novos Estados nacionais latino-americanos. Por outro lado, essa situação é interessante por mostrar que pecuaristas e comerciantes da região não respeitaram as fronteiras entre o Brasil e o Uruguai, promovendo um intercâmbio de costumes e uma união das populações<sup>3</sup>.

#### **1.4 Fronteiras, Saúde e Desigualdade Social em Saúde – Fluxo migratório em busca de saúde**

A partir da criação MERCOSUL, em 1991 – e integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai, questões sociais e aspectos de cooperação no campo da saúde, progressivamente têm sido incorporados à agenda política dos governantes da região<sup>4</sup>. Quanto ao fluxo migratório, Wagner (2008, p.50-51) considera o “Brasil um país com múltiplas fronteiras e, tradicionalmente acolhedor de um grande contingente de imigrantes, oriundo, tanto dos países fronteiriços quanto de países asiáticos e europeus em sua grande maioria a partir das últimas décadas do século XX”.

Nesse cenário, os municípios de fronteira do Brasil têm tido grandes dificuldades em prover seus municípios de atenção integral à saúde e, além disso, em alguns casos, atender a demanda proveniente dos países vizinhos. A falta de recursos humanos especializados, a

---

3 Ver Roberto Moreira em *Identidades Complexas no Conhecimento científico sobre Comunidades Costeiras* (2006), onde o autor apresenta uma perspectiva histórica voltada para as jovens nações americanas. Esta obra, que analisa as Identidades Sociais no contexto das comunidades costeiras, por conter um caráter mais genérico de análise, se mostrou pertinente para pensarmos sobre a condição fronteira como um Espaço Social.

4 Giovanella, Lígia (coord.). *Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos e a distância entre os municípios e os centros de referência são os principais problemas encontrados. Segundo dados da pesquisa *Saúde nas Fronteiras – Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL* realizado pelo grupo de pesquisas da Fiocruz entre 2005-2007, “a grande maioria (84%) dos municípios estudados ocorrem algum tipo de fluxo e trânsito na fronteira. Os fluxos e trânsitos na fronteira são mais intensos nas divisas com o Paraguai e Uruguai do que com a Argentina” (GIOVANELLA, 2007).

A mesma pesquisa aponta que “entre os diversos fluxos e trânsitos fronteiriços apontados pelos Secretários Municipais de Saúde, os de maior intensidade são aqueles de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira considerados freqüente ou muito freqüente por 64% dos SMSs”. Ademais, as dificuldades de planejamento e provisão de políticas específicas em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vêm gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço (GADELHA, COSTA, 2007, p.2).

Nesse sentido, Guimarães e Giovanella (2005, p.249) afirmam:

refletir sobre a situação de municípios fronteiriços, assim como observar iniciativas de cooperação, contribui no MERCOSUL para análises específicas de repercussões da integração nos sistemas de saúde, e pode influir na pauta de acordos e programas voltados para regiões fronteiriças, apoiar esforços de garantia de atenção integral e humanizada, e para o fortalecimento das políticas nacionais de saúde.

As mesmas dificuldades são enfrentadas pelos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, segundo Rodrigues (2007, p.07)

o Ministério da Saúde institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – Sis Fronteiras, com o propósito de integrar as ações e os serviços de saúde nas regiões de fronteira. O sistema busca contribuir para o fortalecimento e para a organização dos sistemas locais de saúde, com a finalidade de verificar as demandas e a capacidade instalada, de identificar os fluxos de assistência, de analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial, de documentar os custos com a assistência aos cidadãos e de integrar recursos assistenciais.

O fluxo migratório em busca de atenção em saúde tem gerado dificuldades para os gestores públicos municipais brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública por exemplo.



De acordo com Gonzálvez (2008, p.75)

A globalização aumenta os riscos epidêmicos e favorece a aparição de doenças novas. Isto acontece pela maior quantidade e velocidade do intercâmbio de produtos, a multiplicação das emigrações e os contatos humanos e a transformação dos ecossistemas. Pensemos que as doenças infecciosas e parasitárias é o resultado da interação dos seres humanos com outros seres vivos. Essas interações são relações ecológicas que chegam a atingir estados de equilíbrio dinâmico nos que as taxas de doença se mantêm constantes. Porém os equilíbrios podem ser alterados por fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos ou culturais. Possíveis fatores perturbadores são: as características físicas do meio ambiente, as relações estreitas com outras espécies animais, a densidade demográfica, o modo de vida ou os costumes sociais. A mudança em algum destes fatores pode romper o equilíbrio da espécie humana com algum organismo patogênico, e produzir uma taxa de morbidade aumentada.

Nessa perspectiva, segundo Guimarães e Giovanella (2005, p.249) “a integração ocasiona nas fronteiras aumento de fluxos, gerando tensões e desafios diversos para os sistemas de saúde”.

Ainda segundo Gonzálvez (2008, p.76)

A globalização atual, que tem um caráter predominantemente neoliberal, produz três resultados indesejáveis desde o ponto de vista sanitário:

- Aumenta a diferença entre ricos e pobres. E facilita o crescimento econômico em algumas zonas, porém marginando outras: Como já sabemos, a pobreza extrema é, além de ser uma afronta à justiça, é um fator de deterioro sanitário. Não devemos esquecer que os indivíduos e os países mais pobres padecem sempre os piores índices sanitários.
- Aumenta o dano ao meio ambiente: E um meio ambiente alterado é uma ameaça epidemiológica constante. A degradação ambiental, se continuar aumentando, chegará a ter conseqüências sanitárias de gravidade potencialmente ilimitada sobre os seres humanos.
- Enfraquece o estado social do bem estar: Com a conseguinte piora dos sistemas públicos de saúde e da assistência sanitária aos setores da população mais desfavorecidos

Uma das possibilidades de apreender de forma mais intensa as diferenças fronteiriças, pode ser a referência dos determinantes sociais da saúde, levando-se em conta a existência de duas perspectivas distintas, ou seja: as condições de vida e trabalho introduzidas como fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde, trazidas pelo texto constitucional brasileiro de 1988, parece não ser uma discussão nova. Nesta linha, a saúde é entendida como resultante de fatores de natureza distinta, podendo ser sociais ou naturais, ligadas às diferentes formas de adaptação do homem ao meio ambiente (Peiter, 2005).

Os Determinantes Sociais de Saúde - DSS contêm, em si, distintas ordens, portanto, não podem ser associados mecanicamente ou linearmente às investigações sobre o processo saúde/doença, eles requerem certo grau de criticidade, historicidade, permitindo serem reconhecidos nas suas especificidades locais, regionais, nacionais e internacionais.

Segundo Silva (2006, p. 37) “nos anos 1970, com a consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária no cenário brasileiro, o debate da causalidade, ou seja, as condições de vida e de trabalho como fatores determinantes e condicionantes de saúde, começam a ganhar novamente terreno no campo da política de saúde”. O conceito de desigualdade referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social, estando relacionada à distribuição de renda, educação, moradia, serviços (serviços de saúde, abastecimento de água e saneamento), ao emprego, a bens de consumo, a terra, bem como ao poder de decisão e de influência social.

Assim, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead - o modelo de Dahlgren e Whitehead permite identificar pontos para intervenções de políticas no sentido de minimizar os diferenciais de Determinantes Sociais em Saúde originados pela posição social dos indivíduos e grupos - geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, determinando-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez, provocam diferenciais de saúde (MS-CNDSS, 2008)

Ainda segundo Silva (2006, p.37)

a indicação do movimento da Reforma Sanitária alertando para a necessidade de se produzir conhecimento acerca do processo saúde/doença, estritamente relacionado à vida material, considerando a transversalidade desses temas, recoloca em discussão a relação de causalidade, estabelecida entre as condições de vida e de trabalho para se ter saúde, trazendo para o debate os determinantes sociais da saúde. A discussão proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária sobre os determinantes sociais da saúde vincula-se a adoção de novas práticas e novas formas de pensar a saúde. Propõe a apreensão dos fatores socioeconômicos como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, em que a dinâmica da sociedade é compreendida no movimento da realidade social, se contrapondo a um modelo estático de interpretação do real no qual a resolutibilidade dos problemas de saúde adquirem um caráter momentâneo.

A partir da década de 1990, no redesenho do sistema de saúde, a grande preocupação passa a ser a garantia de um sistema centrado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade, integralidade e participação popular na formulação e gestão da política de saúde, organizado a partir de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Nesse contexto, as disparidades regionais e as desigualdades nas situações de saúde entre grupos da população, observadas ao longo de uma década e meia de implantação

do SUS, levaram o governo brasileiro a criar em 13 de março de 2006, através de Decreto Presidencial, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (MS-CNDSS).

O objetivo maior do novo organismo institucional é reduzir as iniquidades sanitárias, com vistas a melhorar os níveis de saúde da população. Além dos problemas de saúde decorrentes das condições socioeconômicas da população, os princípios ético-político e técnico-organizativo dos sistemas de saúde são outro vetor de desigualdade nas regiões fronteiriças, visto que atendem, de forma desigual, uma população que convive num mesmo espaço social.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, especialmente a sua universalidade e integralidade trouxeram conseqüências para os sistemas de saúde dos países vizinhos e também para os municípios fronteiriços do Brasil, pois não contemplam em sua organização estes princípios. A convivência próxima entre dois sistemas favorece a vinda da população que demanda atenção sanitária ao Brasil, na tentativa de resolver as desigualdades em saúde decorrentes da divisa territorial e da fragilidade do sistema de saúde do país de origem.

## **2. INDICAÇÕES DE ORDEM POLÍTICO-ADMINISTRATIVA – REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI**

### **2.1 República Federativa do Brasil**

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Brasil é uma república federativa presidencialista. O Poder Executivo é exercido pelo Presidente, que acumula as funções de chefe de Estado e chefe de Governo, eleito quadrienalmente. Concomitantemente às eleições presidenciais, vota-se para o Congresso Nacional, sede do Poder Legislativo, dividido em duas casas parlamentares: a Câmara dos Deputados, que têm mandato de quatro anos, e o Senado Federal, cujos membros possuem mandatos de oito anos. Juntamente com o Senado forma o Congresso Nacional, cabendo a esta instituição: a aprovação, alteração e revogação de Leis; autorização ao Presidente para a declaração de guerra; sustar atos do Poder Executivo; julgar as contas do Presidente da República; dentre outras funções.

O Poder Judiciário, cuja instância máxima é o Supremo Tribunal Federal, é responsável por interpretar a Constituição Federal. O Brasil tem uma área territorial de 8.514.876,599 km (IBGE/Censo, 2000) e localiza-se na parte centro-oriental da América do Sul. Suas fronteiras ao norte são com a Venezuela, a Guiana, o Suriname e com o departamento francês da Guiana Francesa; a leste e sudeste faz fronteira com o Oceano Atlântico. Ao sul, limita-se com o Uruguai; a sudoeste, com a Argentina e o Paraguai; a oeste, com a Bolívia e o Peru, e a noroeste, com a Colômbia.

Os únicos países sul-americanos que não fazem fronteira com o Brasil são o Chile e o Equador. O país é dividido em 26 estados e um Distrito Federal (Brasília): São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco, Ceará, Pará, Maranhão, Santa Catarina, Goiás, Paraíba, Espírito Santo, Amazonas, Alagoas, Piauí, Rio Grande do Norte, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Sergipe, Rondônia, Tocantins, Acre, Amapá, Roraima. É subdividido em 5.564 municípios, que são autônomos e possuem sufrágio universal. As 27 unidades da federação são agrupadas, para fins estatísticos e, em alguns casos, de orientação da atuação federal, em cinco grandes regiões: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. Cada estado, bem como o Distrito Federal, tem seus próprios órgãos executivos (na figura do governador), legislativos (Assembléia Legislativa unicameral) e judiciários (tribunais estaduais). O Brasil é o único país das Américas que tem a língua portuguesa como idioma oficial.

## 2.2 O Sistema de Saúde – Brasil

O sistema de saúde vigente no Brasil foi modelado há relativamente pouco tempo, culminando num processo de mudanças que remonta à década de 1970 e acelerado ao longo dos anos 1980. Idealizado a partir de um processo interno de forte densidade política e social, mas também foi influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes nos *welfare states* (Pessoa, 2009 p.63).

O sistema de saúde, em vigência no Brasil, é definido legalmente como Sistema Único de Saúde, pois sua formulação à época correspondeu a uma unificação dos vários subsistemas existentes até então, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal estadual e municipal). Entre suas principais características, o SUS apresenta uma arquitetura institucional altamente inovadora correspondente a um processo social, em que se chocaram interesses e valores sociais diversos e que suscitaram a renovação de crenças cognitivas relevantes anteriormente inéditas na tradição das políticas públicas no Brasil.

Nesta remodelação, alguns itens merecem destaque tendo em vista sua repercussão ao longo da fronteira. O primeiro, de caráter geral ao campo das políticas de proteção social, em direção a sua universalização, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania plena. Isso resultou na migração do modelo do seguro social, onde apenas os que contribuía tinham vantagens para o modelo de seguridade social, onde todos passam a ter os mesmos direitos (Pessoa, 2009 p.64). O segundo, de caráter específico ao setor Saúde, busca uma maior efetividade sanitária, envolvendo a adoção de uma concepção mais ampla da saúde. Com isso, o novo sistema de saúde brasileiro apontava, à época, para a transição de um modelo de atenção curativa à demanda para um modelo de atenção integral à população (Pessoa, 2009 p.64).

Outro item inovador para a política sanitária brasileira é a hierarquização, estando, atualmente, o sistema de saúde brasileiro dividido em atenção primária (atenção básica) e atenção de média e alta complexidade. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006 p.10-11), a atenção primária se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Política de Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas às populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta política se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

Esta política de saúde também é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orientam-se, como os demais níveis de atenção, pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Além disso, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção de Média e Alta Complexidade – a média complexidade consiste em atendimento especializado na assistência hospitalar e ambulatorial; e a alta complexidade no atendimento hospitalar de maior complexidade, objetivando promover o tratamento, recuperação e reabilitação da população.

De acordo com a Lei 8080/90 da Constituição Federal os serviços de saúde complementares são contratados mediante insuficiência e indisponibilidade do SUS para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. “A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público” (BRASIL, 1990, s/p). A legislação define ainda que os serviços contratados ou conveniados se submetam às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

O Ministério da Saúde é o responsável pela administração, organização e regulação do sistema de saúde no Brasil, sendo o gestor nacional do Sistema Único de Saúde – SUS. À União, através do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, e em articulação com outros organismos federais, cabem as funções de formulação de diretrizes e metas nacionais; a participação no financiamento; a coordenação, acompanhamento e avaliação da operação do sistema e o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica e dos sistemas de informações em saúde (OPAS, 2001).

Quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde do SUS, estas são financiadas com as receitas próprias de cada esfera de governo e com recursos provenientes de transferências intergovernamentais (federais e estaduais), depositados em uma conta especial em cada esfera de governo: o Fundo Nacional de Saúde, o Fundo Estadual de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde (OPAS, 2001; BRASIL, 1990). Os Fundos de Saúde, criados por lei com o objetivo de concentrar o conjunto dos recursos governamentais alocados ao setor para a gestão financeira do sistema, são geridos pelos órgãos do Poder Executivo (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde), sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde, que tem também a responsabilidade de deliberar sobre a melhor destinação destes recursos para a execução da política de saúde. (OPAS, 2001; BRASIL, 1990).

A participação de recursos financeiros provenientes de impostos e contribuições sociais arrecadados a nível federal é majoritária no financiamento do SUS. Os recursos federais são alocados aos estados, na forma de Tetos Financeiros, cujo montante é definido através de negociação na Comissão Intergestores Tripartite. Em cada estado, o teto estabelecido é, por sua vez, distribuído entre os municípios, em um processo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (OPAS, 2001; BRASIL, 1990).

### **2.3 República Oriental do Uruguai**

A República Oriental do Uruguai adota uma organização político-administrativa de governo republicano e democrático, sob o sistema presidencialista. As tarefas do Estado são divididas em três poderes: Executivo (Presidente e Ministros); Legislativo (Câmara de Senadores e Deputados) e Judicial (Suprema Corte de Justiça, Tribunais e Julgados).

A estrutura estatal do Executivo está dividida entre a Presidência da República; Ministério de Saúde Pública; Ministério da Indústria, Energia e Minas; Ministério do desenvolvimento Social; Ministério da Defesa Nacional; Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Agricultura e Pesca; Ministério das Relações Exteriores; Ministério do Trabalho e Seguridade Social; Ministério do Transporte e Obras Públicas; Ministério do Turismo e Desporto; Ministério de Economia e Finanças; Armada Nacional; Força Aérea Uruguaia; Instituto Antártico Uruguaio; Instituto Nacional de estatística; Junta Nacional de Drogas; Instituto da Criança e adolescente; Oficina Nacional de Serviço Civil; Sistema Nacional de Emergências; Arquivo Geral da Nação; Unidade Reguladora de Serviços de Comunicação – URSEC; Unidade Reguladora de Serviços de Energia e Água; Exército Nacional; Comissão

Setorial do MERCOSUL e a Agência Nacional de Desenvolvimento do Governo Eletrônico, Sociedade da Informação e Conhecimento. (Portal Oficial do Governo do Uruguai).

O poder legislativo da República Oriental do Uruguai é dividido entre Senadores e a Câmara de Representantes. O país se divide administrativamente em 19 departamentos, são eles: Artigas; Canelones; Cerro Largo; Colonia; Durazno; Flores; Florida; Lavalleja; Maldonado; Montevideu; Paysandú; Río Negro; Rivera; Rocha; Salto; San José; Soriano; Tacuarembó e Treinta y Três (INE, 2004b). A renovação das autoridades nacionais e departamentais se realiza a cada cinco anos, mediante eleições obrigatórias.

O governo de cada um dos 19 departamentos é composto por um Intendente e uma Junta Departamental. A área social do Poder Executivo está integrada pelos Ministérios de Saúde Pública (MSP), Educação e Cultura; Trabalho e Seguridad Social; Ordenamento Territorial e Meio Ambiente; Turismo e Desporto; e a Oficina de Planejamento e Presupuesto. O Uruguai situa-se na margem esquerda do Rio da Prata. Tem como países limítrofes a República Argentina e o Brasil. Sua área territorial total é de 176.215 Km<sup>2</sup> (INE, 2004c).

## **2.4 O Sistema de Saúde – Uruguai**

Para compreender o sistema de saúde atual do Uruguai é necessário indicar que este vem passando nos últimos quatro anos por profundas transformações, como mencionado nos anais do Sistema Nacional Integrado de Saúde – SNIS

Estamos en un momento justo para el balance, por que la reforma ya ha logrado cumplir una serie de etapas. En primer lugar la etapa de asunción del ministerio, valoración de la estructura organizacional y conformación de equipos. Luego, el desafío que supuso la Emergencia Social en Salud, trabajando junto al MIDES, mientras que, de forma simultánea, el MSP iba procesando la discusión de la reforma con los actores sectoriales en el Consejo Consultivo. Posteriormente, el ajuste de los proyectos de ley, a través de los equipos técnicos de la cartera, para lograr después la aprobación legal en el Parlamento Nacional. Por último, con el proceso legislativo finalizado en 2008, es que el MSP puede dedicarse plenamente a la conducción del cambio del modelo de atención, haciendo uso de las herramientas legales aprobadas por el Parlamento. (Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009)

O sistema de saúde da República Oriental do Uruguai está dividido em público e privado. Faz parte da composição do setor público: o Ministério da Saúde Pública (MPS); o Banco de Previsión Social (BPS); a Universidade De La República (através do Hospital de Clínicas); Ministério da Defesa Nacional e do Interior (Serviço de Sanidad das Forças Armadas e Serviços de Sanidad Policial); Intendências Municipais; Banco de Seguros do



Estado; serviços de saúde de outras entidades públicas (entes autônomos e serviços descentralizados) (SNIS/2005-2009).

A infra-estrutura de atenção em saúde disponibilizada pelo MSP/ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado a população uruguaia apresenta 48 hospitais gerais; 11 hospitais especializados; 170 policlínicas e 27 centros de saúde (SNIS, 2006). Além da ASSE, outras instituições também prestam serviços de saúde pública no Uruguai, como o Serviço de Saúde Militar e Policial; o Hospital de Clínicas da Universidad De La República.

De acordo com o Sistema Nacional Integrado de Saúde também fazem parte da rede de serviços públicos de saúde

o Banco de Seguros del Estado (BSE), “que tiene a su cargo principalmente la atención de trabajadores asegurados por accidentes de trabajo; Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM), que brindan servicios de Atención Primaria en Salud principalmente a la misma población que se atienden en ASSE; o Banco de Previsión Social (BPS), que atiende directamente a hijos y cónyuges embarazadas de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social; os Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que brindan prestaciones de enfermedades de baja frecuencia y alto costo, teniendo acceso a las mismas todas las personas que aporten una cuota al Fondo Nacional de Recursos (FNR) o paguen las prestaciones e los Servicios de algunas Empresas Públicas, cuya cobertura está restringida —según el caso— a funcionarios, ex – funcionarios y familiares de estos, que brinda a cobertura de saúde a funcionários e ex-funcionários e suas famílias. (Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009)

A composição do setor privado: Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC); Instituições de Assistência Médica Particular (os chamados seguros parciais de saúde) que são empresas sem fins lucrativos que brindam atenção específica (por ex. emergências, odontológica, policlínicas, etc.); Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) (empresas públicas ou privadas que realizam alguns procedimentos pagos através do Fundo Nacional de Recursos) e; os Sanatórios, Clínicas; Consultórios Privados e as Residências para Idosos (OPAS, 2002). Em 2006, as IAMC atenderam praticamente a metade da população do Uruguai (SNIS 2005-2009). A função reguladora do sistema de saúde no Uruguai está a cargo do Ministério de Saúde Pública – MSP, compartilhado com outros organismos do Estado e, principalmente, com o Ministério de Economia e Finanças.

Ainda de acordo com o SNIS (2006, p.22) existem basicamente três modalidades de afiliação as IAMC, sendo:

- a) afiliados individuales, que contratan voluntariamente con las IAMC y tienen derecho a acceder a una canasta integral de prestaciones, pagando por ello directamente a la institución una cuota mensual. Bajo esta

modalidad de afiliación existe la posibilidad de contratar con la IAMC una canasta parcial de prestaciones básicamente restringida a la atención de policlínica, pagando una cuota menor por ello (no pueden superar el 10% del total de sus afiliados).

- b) afiliados Colectivos, pertenecientes a gremios de distintas ramas, empresas públicas y cajas de auxilio que contratan de forma grupal con las IAMC. Es práctica común que se realice algún tipo de descuento en las cuotas o establezcan otro tipo de beneficios a estos afiliados.
- c) afiliados a través de la Seguridad Social. Este tipo de contratos los realiza DISSE para los trabajadores formales del sector privado, pasivos de menores ingresos, funcionarios del poder judicial, maestros y a partir de 2007 profesores de secundaria<sup>10</sup>. Estos tienen la opción de elegir libremente la IAMC a la cual quieren afiliarse, pero no pueden cambiarse de institución por 2 años<sup>11</sup>. El BPS transfiere mensualmente cuotas de prepago de acuerdo a la cantidad de afiliados a la IAMC bajo esta modalidad.

Quanto aos níveis de atenção previstos pelo Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), estes se organizam de acordo com a complexidade das prestações. O MSP estabelece e assegura mecanismos de referência e contra-referência entre os distintos níveis de atenção. A Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção priorizado pelo SNIS e compreende um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades e meio ambiente, destinado a alcançar uma adequada qualidade de vida, enfatizando a promoção da saúde e prevenção da enfermidade.

Este nível de atenção está constituído por recursos humanos, infra-estrutura, e tecnologias, programas e atividades destinadas a desenvolver ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde em regime ambulatorial, domiciliar, emergência e urgência (SNIS, 2006). O segundo nível está constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias para atenção médica em regime de hospitalização contínua ou parcial, de diversos níveis de complexidade. Inclui especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas (SNIS, 2006). Em relação ao financiamento da política e do sistema de saúde, segundo o SNIS (2006, p.26)

“las fuentes de financiamiento que proveen de fondos al sistema de salud, se puede realizar una primera distinción entre las fuentes públicas y privadas. El financiamiento público, está integrado por tributos y precios. Dentro de los primeros, se ubican los impuestos, que por medio de rentas generales financian la mayor parte del gasto público, y los aportes a la seguridad social. Estos últimos se componen de los aportes del empleador y el empleado, de los pasivos, y transferencias del gobierno. Hasta diciembre de 2007, el empleador y empleado aportan 3% y 5% respectivamente de los salarios nominales, mientras que el empleador complementa el aporte en la

medida que el 8% total no alcance a cubrir el valor de la cuota mutual pagada por el BPS a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una excepción a este criterio de financiamiento lo constituyen los trabajadores de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que recaudan y administran sus propios fondos y transfieren al Seguro de Enfermedad del BPS el 0,5% de su recaudación”.

O terceiro nível é constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento que requerem procedimentos de medicina altamente especializados. Na estrutura dos serviços de saúde do Uruguai estão incluídos ainda os Serviços Complementares (Complementación de Prestaciones de Atención Médica) – “las instituciones públicas y privadas podrán contratar entre si las prestaciones en los programas integrales de atención médica que apruebe el MSP”. O Ministério de Saúde Pública controla as relações entre prestadores integrais membros do SNIS e os prestadores de cobertura parcial ou não membros do SNIS.

### **3. A FRONTEIRA BRASIL – URUGUAI**

#### **3.1 A fronteira Santana do Livramento/Brasil e Rivera/Uruguai**

As práticas políticas oficiais binacionais de integração na região de fronteira, no âmbito de suas dinâmicas externas e internas sob as configurações de assimetrias de poder, podem ser pensadas a partir da preocupação atual em torno da faixa de fronteira brasileira. De acordo com Bentancor (2002, p.51) “las disputas por la región platense entre los reinos de España y Portugal, están en el trasfondo de las decisiones que vendrían a influir en la localización de poblaciones orientales en los confines territoriales, a modo de barreras al avance portugués y brasileño”.

Neste espaço de "convivência" fez-se necessário articular uma série de funções normativas jurídicas e políticas, como a estratégia adotada pelo Brasil voltada para defesa nacional. Esta medida delimita um espaço interno que ocupa 27% do território nacional e carrega em seu bojo a idéia de soberania, conforme é estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988 (art. 20, parágrafo2). Segundo Navarrete (2006, p.01) “a fronteira entre os dois países tem uma extensão de 1.068,1 km e está perfeitamente "demarcada" por marcos de fronteira”. A cargo da Comissão Mista de Limites e de Caracterização da Fronteira Brasil-Uruguai (criada em 1919), foram construídos e instalados, ao longo da extensão limítrofe entre os dois países, mais de 1.170 marcos de fronteira.

Historicamente, a questão fronteiriça entre Brasil e Uruguai, no século XIX esteve marcada por diversas batalhas e ataques em constantes movimentos de recuos e avanços, permeados por tratados diplomáticos firmados entre as novas nações que se consolidavam. Neste período, esta fronteira binacional foi marcada por constantes disputas territoriais, conformando assim, um cenário de litígios e disputas. A fronteira entre Brasil e Uruguai foi definida, demarcada e caracterizada ao longo da história por tratados, acordos, convenções e estatutos jurídicos. A fronteira Brasil-Uruguai foi "delimitada", inicialmente pelo Tratado de 1851, pelo Tratado de 1909 e pela Convención del Arroyo San Miguel em 1913, este com um Ajuste Complementar de 1997 e pelas notas de revisão sobre o Arroio Chuí, em 1972.

Ainda de acordo com os estudos de Navarrete (2006, p.01) “este espaço geográfico representa a mais extensa fronteira internacional para a República Oriental do Uruguai, com 1.068,1 km de extensão”. As tratativas para a demarcação da fronteira em análise tiveram, a partir de 1808, com a transferência do príncipe regente, D. João para o Brasil, profundas modificações, em especial para as cidades limítrofes de Santana do Livramento e Rivera (Mendonça, 1980). Em 1822, os moradores do então distrito do

Alegrete, imediações do antigo acampamento de São Diogo buscavam a licença para a edificação de uma capela, onde pudessem congregar-se para os ofícios sacros. Com isso, no ano seguinte um dos Sesmeiros, Sr. Antonio José Menesez, doa meia légua quadrada de campo para a edificação dessa capela, razão pela qual é considerado o fundador de Santana do Livramento (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2003). Em 1857, Santana do Livramento é elevado, à categoria de Vila, desmembrando-se do município de Alegrete e, finalmente, em 1876 passou a ser chamada de Cidade (Albornoz, 2008).

Santana do Livramento é um dos municípios mais antigos e históricos do Rio Grande do Sul. “O povoamento da cidade de Santana do Livramento é o resultado de acampamentos militares, onde no século XIX marcaram o início da intensa ocupação fronteiriça e também fizeram parte do projeto português de expansão na direção das terras espanholas” (Sánchez, 2002). A urbanização de Rivera surge “de um esquema bem planejado, desde a área mais estratégica a ser construída até o traçado de suas ruas, a localização de suas praças e igreja, tal como planejavam os colonizadores espanhóis” (Mendonça, 1980). O povoamento na região se deu sobre a linha da fronteira num ponto em que se projeta um semicírculo entrante no território brasileiro.

De acordo com Sánchez (2002, p.41) a criação da Villa de Ceballos (hoje Rivera) tinha como um dos principais objetivos “orientalizar o norte fronteiriço, no sentido da apropriação do território para o Uruguai”. Para Mendonça (1980) “a localização escolhida para sediar a Vila de Ceballos foi considerada estratégica do ponto de vista político e comercial”. Afirma Mendonça (1980) “além da intenção do governo uruguaio em resguardar a soberania e deter o crescimento de Santana do Livramento, a República Oriental do Uruguai tinha a pretensão de terminar com o comércio da mesma, e dominar o comércio da grande zona rio-grandense”.

Segundo Schaffer (1993, p.14-16) a cidade de Rivera “teve sua formação urbana impulsionada na segunda metade daquele mesmo século por decisão do governo uruguaio que, estrategicamente, visava estabelecer controle na questão dos limites e destinava marcar a soberania de seu território”. Em continuidade a política de povoamento e delimitação internacional entre as duas cidades, em 1867 o Governo Uruguaio autoriza a criação de um povoado denominado Rivera, situado a uma distância de 20 metros de Santana do Livramento. Nessa perspectiva, segundo Bentancor (2008, p.21)

La frontera significa frente, lo que está al frente e históricamente no estaba asociado a un concepto político, legal y si a los márgenes de ecúmenes que a medida que se fueron interrelacionado a través de una mayor comunicación,

fueron dando a las fronteras un sentido político, que va a adquirir su máxima expresión con la aparición de los Estados-nacionales. En relación a éstos, cabe también anotar que en muchos casos el concepto alude, más que a la noción del espacio que marca el fin del Estado, al que indica el comienzo del mismo, a partir del cual se proyectan las estrategias de expansión.

Ao início do século XX, Santana do Livramento passa a ser classificada como praça de comércio de primeira ordem, junto com Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas. Sua pecuária e sua indústria saladeril tinham grande peso na economia do Estado do Rio Grande do Sul. A integração entre Santana do Livramento e Rivera, já à época, era profunda. A influência que as duas cidades exerciam e exercem sobre a vida das pessoas é, até hoje, muito intensa.

Esta influência não se dá somente do ponto de vista econômico, mas também como centro gerador e controlador da vida política, social e cultural. Nessa perspectiva, segundo Melo (1997, p. 69) “as fronteiras estão presentes no imaginário social como limite, aparecendo como naturalizadas. Entretanto, elas são mais do que isso, pois ao mesmo tempo em que impede, permite a passagem”.

O comércio de Santana do Livramento, no princípio do século XX, alcançou um desenvolvimento expressivo, graças à sua posição privilegiada que servia na época de interposto entre Montevideu e o restante do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo Mendonça (1980, p.128) “tanto Santana do Livramento como Rivera sempre estruturam seus comércios para atender os dois lados da fronteira. E a afluência para uma ou outra localidade depende da oscilação dos preços”.

Na fronteira em análise, as articulações estabelecidas entre seus habitantes abrangem vários aspectos e acordos que foram sendo firmados sem constrangimentos entre os municípios e, principalmente, através das instituições, que transformaram o espaço territorial em uma fronteira aberta.

De acordo com Amaral (2008, p.69)

La frontera entre el estado brasileño de Rio Grande do sul y la República Oriental Del Uruguay representa uno de los escenarios de convivencia luso-hispanico más intenso y prolongado. Los limites territoriales entre estos dos países están formados por muchas ciudades gemelas que, constituyen virtualmente, en cada caso, una sola ciudad con vida econômica y cultural entremezeada, como es el caso de Artigas-Quaraí, Rivera-Livramento, Acegua-Acegua, Rio Branco-Jaguarão, Chui-Chuí.

### **3.2 Santana do Livramento/Brasil**

O município de Santana do Livramento é uma cidade que nasceu em meio às guerrilhas e disputa pela conquista do próprio território. Segundo Assef (2008, p.20) situado

na Fronteira Oeste do estado, o município de Santana do Livramento, juntamente com as cidades de Bagé, Alegrete, Dom Pedrito, Quaraí, Rosário do Sul, São Borja, São Gabriel, e Uruguaiana, integram a região fisiográfica da campanha, que ocupa uma área de 50.043 km, representando aproximadamente vinte por cento de área territorial do Rio Grande do Sul.

A “Fronteira da “Paz”, “A mais irmã de todas as fronteiras”, “O portão de entrada para o Rio Grande do Sul”, “O coração do Cone Sul” são denominações do cotidiano fronteiriço. Separados apenas por um grande Parque e uma avenida, o intercâmbio social, cultural e comercial flui naturalmente como se as duas cidades se fundissem formando um único povo. Santana do Livramento hoje é conhecida por formar uma cidade irmã com Rivera, no Uruguai. Nesse contexto, segundo Assef (2008, p.25)

o antigo Aerial, atualmente Parque Internacional, foi nas primeiras décadas do século XX um espaço continuamente percorrido por diversas companhias circenses, assim como local de encontro para os mais variados grupos. A partir da pesquisa em jornais, relatos de personagens, e algumas obras literárias, pode-se observar a movimentação de ciganos, bandidos, comerciantes, imigrantes e artistas ambulantes de teatro e de circo nesse local.

É importante ressaltar que se por um lado a existência de conflitos, litígios e negociações foi uma constante na disputa por limites na região; por outro, em termos sociais e culturais, esta fronteira tem como características ser porosa, marcada por intercâmbios, gerando redes de parentesco, amizade e relações de trabalho. Essas características imprimem vínculos onde a condição fronteiriça, em algumas dimensões na vida cotidiana de grande parte desta população, parece não existir. O português e o espanhol dão origem ao chamado “Portunhol”, uma espécie de dialeto que incorpora a linguagem falada.

Nessa perspectiva, em seus estudos Amaral (2008, p.69) afirma,

La heterogeneidad lingüística de estas regiones se debe a múltiples factores, de los cuales, sin duda, desempeñan un papel destacado los aspectos históricos de estas fronteras. En líneas generales, conviene señalar que una característica histórica fundamental en este sentido fue la presencia exclusiva de colonos brasileños y portugueses hasta finales del siglo XIX en numerosas comunidades del norte de Uruguay, siendo el portugués la única lengua hablada durante este período. La penetración (o imposición) del español se da en el siglo XX, a través de políticas educativas y una propuesta de planificación lingüística del gobierno uruguayo, en defensa del monolingüismo español.

A divisão entre as duas cidades está marcada geograficamente por obeliscos de pedras existentes ao longo da linha divisória. Apesar das leis e políticas distintas Santana do Livramento e Rivera se intercomplementam, vivendo em muitos aspectos a mesma realidade,

sendo suas características tão semelhantes, tendo-se a sensação de se estar no estrangeiro e no Brasil ao mesmo tempo e vice-versa.

Nessa perspectiva, registra Albornoz (2008, p.13)

a distância das capitais e a dificuldade de comunicação com outras cidades, levaram a população de Santana do Livramento a procurar seus vizinhos uruguaios, desconhecendo os limites nacionais. A vivência regional levou à formação de uma mentalidade singular.

O município de Santana do Livramento está dividido em sete distritos. O primeiro é sede administrativa, ou seja, Santana do Livramento (centro), seguindo o Upamaroti, Ibicuí, Pampeiro, São Diogo, Espinilho e Cati. A zona rural de Santana do Livramento contém as seguintes Vilas: Palomas, Santa Rita, Thomaz Albornos e Pampeiro (Santana do Livramento, 2003).

Atualmente, Santana do Livramento apresenta uma população de 89.148 habitantes na zona urbana e 5.019 na zona rural (FEE, 2008). A taxa de urbanização do município é de 94,3 % segundo a Fundação de Economia e Estatística – Siegfried Emanuel Heuser – FEE. A movimentação urbana em Santana do Livramento tem características de um espaço tranfronteiriço<sup>5</sup>. Isto ocorre pelo fato do município se constituir juntamente com Rivera, no Uruguai, uma “fronteira seca” onde existe um limite político internacional entre dois países traçado por uma linha imaginária. Neste contexto, as pessoas da fronteira estão constantemente expostas a complexas interferências em sua vida cotidiana, onde na maioria das vezes não conseguem fazer a separação de onde começa uma localidade e onde termina a outra, onde começa ou termina seus direitos.

Nessa perspectiva, segundo Navarrete (2006, p.12)

las regiones fronterizas son subsistemas abiertos con comportamientos institucionales peculiares, con poca atención a la legalidad originaria, desarrollando a cambio nuevas condiciones pactadas explícita e implícitamente entre los actores locales. Las ciudades gemelas de la frontera uruguayo-brasilera son lugares de alta interacción, que no condicen el mandato estatal de separar, distinguir, limitar, manifestando la soberanía “hasta el limite”.

---

<sup>5</sup> Ribeiro (2006) considera a noção de espaço social tranfronteiriço como extremamente útil para compreender as relações particulares que se estabelecem em algumas regiões. Ela permite uma compreensão de relações sociais, culturais, econômicas, políticas, e de camaradagem, que os agentes desenvolvem em áreas onde a linha de fronteira opera como um dispositivo complexo e flexível.



Santana do Livramento, caracterizou-se desde o início de seu povoamento, pela presença de grandes propriedades rurais que desenvolvem a pecuária extensiva e a criação de ovinos.

### **3.3 Estrutura da atenção em saúde – Santana do Livramento**

A infra-estrutura do sistema de saúde do município de Santana do Livramento é composta por duas (02) unidades de vigilância em saúde; uma (01) policlínica; um (01) pronto socorro geral; oito (08) unidades de apoio diagnose e terapia (sadt isolado); quarenta e sete (47) consultórios particulares; dois (02) hospitais gerais; doze (12) clínicas especializadas/ambulatório de especialidade e treze (13) centros de saúde/unidade básica (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007).

O município de Santana do Livramento conta ainda com um Laboratório de Fronteira, situado no prédio do Pronto-Atendimento Médico (PAM), que tem como objetivo atender às demandas derivadas de doenças infecto-contagiosas, eventos sentinela, exclusivamente nas regiões fronteiriças. Quanto à atenção hospitalar, existem no município dois hospitais, a Casa de Saúde Santana do Livramento S.A. e o Hospital Santa Casa de Misericórdia (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007).

A Casa de Saúde Santana do Livramento S.A. é um hospital geral que presta atendimento ambulatorial e de internações. Outra característica da Casa de Saúde é a forma de atendimento na prestação de serviços de saúde, totalmente privado, através de convênios ou pagamentos particulares. A Casa de Saúde possui 120 leitos, distribuídos nas seguintes especialidades: cirurgia geral (10), clínica geral (50), obstetrícia cirúrgica (14), pediatria clínica (44) e psiquiatria (02) (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007).

O Hospital Santa Casa de Misericórdia é um hospital geral, de natureza privada e caracteriza-se por ser uma entidade beneficente sem fins lucrativos. A Santa Casa é o único hospital da cidade que realiza atendimentos pelo SUS, através de atendimentos ambulatoriais, internações, urgências e emergências, bem como os serviços de diagnose e terapia. É o único hospital da cidade com Unidade de Tratamento Intensivo Adulto e Unidade de Tratamento Intermediária Neonatal para atendimento SUS.

Atualmente o hospital possui 169 leitos, distribuídos da seguinte forma: cirurgia geral (20)/SUS (10); clínica geral (53)/SUS (22); obstetrícia cirúrgica (22)/SUS (13); pediatria clínica (48)/SUS (34); psiquiatria (02)/SUS (02); UTI adulto (10)/SUS (10); Unidade intermediária neonatal (14)/SUS (14) (MS/SIS-Fronteiras, 2007). Em Santana do Livramento

o atendimento de urgência e emergência é realizado no Pronto Socorro, que funciona junto às dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007).

Segundo os resultados apontados pelo Diagnóstico Local de Saúde de Santana do Livramento (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007), o sistema de saúde do município “retomam uma preocupação sobre a falta de investimentos políticos, financeiros, falta de comprometimento com a atenção básica, falta de comunicação”. Além disso, a percepção dos usuários do sistema de saúde apontados no mesmo diagnóstico (Brasil, MS/SIS-Fronteiras, 2007) “consideram a saúde do município “doente”, afetada, sem investimentos e interesse. Porém, mesmo tendo esse tipo de visão, os usuários, por sua vez, demonstram certo “conformismo” com a situação, evidenciando ainda estar “absorvidos” pela cultura do favor”.

### 3.4 Rivera/Uruguai

O Departamento de Rivera possui uma área de 9.329 km (INE, 2004) <sup>6</sup>, ocupando a décima posição entre os dezenove departamentos da República Oriental do Uruguai. Com uma população de 104.921 (INE, 2004) é o quarto departamento em número de habitantes da República Oriental do Uruguai. A Intendência Municipal de Rivera – IMR possui 64.426 habitantes (Wikipédia, 2008). A principal atividade econômica da Intendência Municipal de Rivera (município) é o comércio. As lojas destinadas aos *duty free*, direcionadas ao comércio de produtos importados para o público brasileiro e argentino.

No es una ciudad, sino dos. Es un complejo poblacional que abarca dos países, Uruguay y Brasil, y dos urbanizaciones, Rivera y Santana do Livramento. Una plaza y una avenida separan (y a la vez UNEM) el desarrollo urbano más importante que tiene el país en zona limítrofe. A partir de eso, es necesario completar el lugar como un laboratorio geopolítico. (EL PAIS: URUGUAY Y SUS 19 DEPARTAMENTOS, 2008 p.23)

O setor primário da economia local assemelha-se ao da cidade vizinha, Santana do Livramento, tendo como principais atividades desenvolvidas a extensiva criação de gado, gado de leite, agricultura, sivicultura. Na zona rural Rivera, além da atividade ruralista desenvolvem-se atividades relacionadas à mineração. Outra atividade econômica desenvolvida são as casas de jogos, os famosos Cassinos. O Departamento de Rivera possui ainda outras localidades como: Vichadero com 4.074 habitantes (INE, 2004), Minas de Corrales com 3.444 habitantes (INE, 2004) e Tranqueras com 7.284 habitantes (INE, 2004).

---

<sup>6</sup> INE – Instituto Nacional de Estatística da República Oriental do Uruguay.

### 3.5 Estrutura da atenção em saúde – Rivera

A estrutura de saúde de Rivera, bem como seu funcionamento, está a cargo da Dirección Departamental de Salud do Ministério de Saúde Pública do Uruguai. A estrutura de saúde do Departamento de Rivera é composta de dois (02) “Centros de Saúde”, um no bairro Povo Novo e outro no bairro Vivera Chico, ambos na capital departamental. O departamento de Rivera conta ainda com sete (07) “Policlínicas” localizadas nos bairros de Lagunam, Pedrera, Estiva, Mandubi, Rampla, Santa Isabel, Três Cruces. Nestas Policlínicas são realizados procedimentos tais como: aplicação de vacinas e coletas de sangue, conta também com profissionais nas áreas de pediatria e medicina geral<sup>7</sup>.

O Departamento de Rivera conta ainda com um (01) hospital. O Hospital Departamental de Rivera possui 116 leitos. Entre as áreas de atuação do Hospital estão: a pediatria, maternidade, ginecologia, psiquiatria, cirurgia geral. O hospital possui ainda uma Emergência (ambulatório) que atende aproximadamente 4.000 pessoas/mês<sup>8</sup>. As localidades de Vichadero, Minas de Corrales e Tranqueras possuem Policlínicas públicas e também serviços de saúde privada como a CASMER, COMERI (Cooperativa Médica de Rivera) <sup>9</sup>.

---

7 Dados técnicos obtidos em reunião na sede da Dirección Departamental de Salud/MSP em Rivera/Uruguay no dia 20 de abril de 2009.

8 Dados técnicos obtidos em reunião com a Dirección do Hospital Departamental de Rivera, realizada no dia 21 de abril de 2009.

9 Dados técnicos obtidos em reunião na Dirección Departamental de Salud/MSP em Rivera/Uruguay no dia 20 de abril de 2009.

## **4. INDICAÇÕES DA POLÍTICA INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO ENTRE BRASIL E URUGUAI**

### **4.1 Acordos Bilaterais Brasil-Uruguai**

Os processos de legitimação política que acompanham o par indissociável de marcação limítrofe e emancipação política imprimem certa objetividade técnica que não pode ser estendida para o conceito de fronteira e o conjunto de suas relações sociais que estão sob permanente ressignificação. Tal colocação nos leva a considerar que a presença de um ideário voltado para a soberania tenciona as zonas fronteiriças.

As políticas de desenvolvimento e integração regional, voltadas para a zona de fronteira, têm como referência não tratá-las somente como áreas-limite, mas, principalmente, considerá-las como áreas de contato e de interação. Daí a relevância de um tratamento especial às formas com que se realizam estas interações, não somente àquelas de cunho econômico, mas também as interações sociais e culturais. Tais relações entre os países são estabelecidas sob a coordenação e encaminhamento dos Ministérios das Relações Exteriores, sendo prerrogativa do governo federal a assinatura de documentos envolvendo as relações no plano internacional. As denominações mais comuns aos atos internacionais são: Acordos, Tratados, Convenção, Protocolo e Memorando de Entendimento.

A expressão Tratado foi escolhida pela Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados de 1969, como sendo o termo para designar um acordo internacional. Denomina-se Tratado ou Ato Bilateral ou Multilateral a aquela ação de especial relevância política. Como exemplos de tratados assinados pelo Brasil, citamos o Tratado do MERCOSUL, o Tratado da Bacia da Lagoa Mirim e o Tratado de Cooperação Amazônico.

O ato internacional denominado Acordo é o termo utilizado para as negociações bilaterais de natureza política, econômica, comercial, cultural, científica e técnica. Os Acordos são colocados ao abrigo de um acordo-quadro ou acordo-básico, dedicados a grandes áreas de cooperação (educação, saúde, comércio, cooperação técnica, científica e tecnológica, finanças), tais acordos criam um arcabouço institucional que orientará a execução da cooperação. Em complementaridade aos Acordos, têm-se os Ajustes ou Acordos Complementares, que dão execução a outro acordo anterior, devidamente concluído e em vigor, ou que detalhe áreas de entendimento específicas.

Outro termo habitualmente utilizado nas relações internacionais entre países é o Protocolo. É um termo usado nas mais diversas acepções, tanto para acordos bilaterais quanto para multilaterais, aparece designando acordos menos formais que os tratados, ou acordos

complementares, geralmente utilizados para designar a ata final de uma conferência internacional. O ato internacional denominado Protocolo também tem sido muito utilizado pela diplomacia brasileira, muitas vezes sob a forma de “protocolo de intenções”, para sinalizar o início de um compromisso.

Atualmente, é freqüente a abordagem sob o viés dos processos culturais contemporâneos pautados, em grande medida, nos aspectos econômicos e simbólicos pela concepção da zona de fronteira, como *locus* tanto de integração como de conflitos, fonte de ameaças e incertezas, onde os elementos que se relacionam ao campo das identidades ganham contornos próprios. Nesse sentido, a fronteira entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai tem-se caracterizado como um imenso e exitoso laboratório de política internacional e integração regional.

As relações internacionais entre Brasil e Uruguai datam de 1851, quando foi assinado o Tratado da Aliança, na cidade do Rio de Janeiro. O Tratado versa basicamente sobre o estabelecimento da paz entre os dois povos. Ainda no mesmo ano, em 1851, foram assinados o Tratado de Limites e o Tratado de Comércio e Navegação. Entre os anos de 1910 e 1918 foram assinados o Tratado Relativo às Fronteiras na Lagoa Mirim e o Rio Jaguarão; o Convênio Especial de Tráfego Mútuo nas Linhas Férreas de Santana do Livramento e Rivera; o Acordo Administrativo sobre a Habilitação de Portos para Tráfego Internacional Brasileiro-Uruguaio na Lagoa Mirim e o Rio Jaguarão e o Convênio para o Fomento do Turismo na região. De 1933 a 1975, foram assinados os Acordos para Constituição de Comissão Mista para a Construção da Ponte Quaraí-Artigas; o Acordo para a Criação da Comissão Mista para o Aproveitamento da Lagoa Mirim; o Acordo sobre a Definitiva Fixação da Barra do Arroio Chuí.

A partir de 1975, as relações bilaterais se intensificaram no sentido de desenvolverem ações no limite internacional entre os dois países. Nesse sentido em 12 de junho de 1975, na cidade de Rivera, Uruguai, foi assinado o Tratado de Cooperação Científica e Técnica (Tratado da Amizade). Este acordo vem ao encontro do reconhecimento, já naquela época, das vantagens recíprocas que resultariam em uma cooperação mais estreita e mais ordenada em campos de interesse mútuo. Distribuído em dez artigos, o Tratado da Amizade indica em seu artigo II as formas de cooperação entre os países: a) elaboração e execução conjunta de programas e projetos de pesquisa científica-técnica; b) organização de seminários e conferências; c) realização de programas de estágio para treinamento de pessoal; d) troca de informações e documentações; e) prestação de serviços de consultoria; f) qualquer outra modalidade convencionada pelas Partes Contratantes (Brasil, MRE, 1975).

Em continuidade à cooperação entre os dois países, em 1976 foi assinado o Tratado de Cooperação para o Aproveitamento dos Recursos Naturais e o Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim (Tratado da Bacia da Lagoa Mirim). O referido Tratado versa sobre o cumprimento ao Artigo VI do Tratado de Amizade, Cooperação e Comércio de 12 de junho de 1975, no qual ambas as Partes se comprometem em celebrar um tratado especial, a fim de impulsionar o desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim, dentro do propósito geral de empreender ações conjuntas destinadas à realização de obras de infra-estrutura de interesse comum.

Já na década de 1980, foram assinados mais de vinte Atos Internacionais entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai. Nesta década, destacam-se, entre os atos assinados, o Acordo de Cooperação Sanitária, de 1981; o Acordo para a Criação de uma Subcomissão para o Desenvolvimento Conjunto de Zonas Fronteiriças; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica, para a Cooperação no Campo das Comunicações, de 1985; o Convênio Zoossanitário para o Intercâmbio de Animais e de Produtos de Origem Animal, de 1992; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica, na Área do Ensino Técnico e da Formação Profissional; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica, sobre Cooperação no Campo da Pesquisa Agropecuária, de 1986; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica, no Campo da Tecnologia Ferroviária, de 1986; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica de 12 de junho de 1975, sobre Cooperação nos Campos do Abastecimento de Água, Esgoto e Disposição de Águas, de 1987.

Entre os anos de 1980 e 1999, inovadoras ações no campo da cooperação internacional entre Brasil e Uruguai são estabelecidas. Em 14 de dezembro de 1989, durante a III Reunião da Subcomissão para o Desenvolvimento Conjunto de Zonas Fronteiriças, realizado em Brasília-DF, a chefia de ambas as delegações decidem propor a instalação de Comitês de Fronteira nas localidades limítrofes entre os dois países, sendo estes, um Foro bilateral para o exame de temas de interesse comum da região. Nesse sentido, em 19 de fevereiro de 1990, na localidade fronteiriça entre Jaguarão, Brasil e Rio Branco, Uruguai, os dois países assinaram a “Declaração do Jaguarão” (Brasil, MRE, 1990).

Neste contexto, segundo Cammarata (2006) na fronteira os processos locais integram o regional com o nacional, “assim é necessário olhar o espaço de fronteira e apreendê-lo no movimento histórico, tanto diacrônico (espaço) quanto sincrônico (paisagem),

a fim de reconhecer concomitantemente as distintas escalas de relação entre o local, o regional, o nacional, transfronteira e transnacional”.

A Declaração de Jaguarão indicava como beneficiadas as cidades limítrofes de Chuí/Santa Vitória do Palmar/Brasil e Chuy/Uy, Jaguarão/Brasil e Rio Branco/Uy, Santana do Livramento/Brasil e Rivera/Uy, com base no Artigo I do Tratado de Amizade. Naquela época, os Comitês criados em âmbito governamental, tinham em sua composição apenas representantes de órgãos oficiais, representado pela autoridade máxima da Repartição Consular sediada em cada localidade fronteiriça, sendo facultada às autoridades consulares, quando conveniente, o convite a representantes dos agentes econômico-comerciais, sociais e culturais das referidas comunidades fronteiriças (Brasil, MRE, 1990). O Regulamento dos Comitês de Fronteira, em seu artigo IV, indica os trabalhos a serem desenvolvidos pelo mesmo, como: a) tomar iniciativas com vistas a impulsionar, entre outros, o desenvolvimento econômico-comercial, cultural, científico, sanitário, turístico e esportivo na região sob sua jurisdição; b) promover uma adequada coordenação entre os diversos órgãos com competência nos temas afetos ao Comitê; c) propor soluções para os problemas operativos da região, facilitando a adoção de medidas concretas que agilizem e promovam a circulação de pessoas, mercadorias e veículos; d) apoiar e facilitar a execução das medidas definidas e acordadas no âmbito da Subcomissão para o desenvolvimento conjunto de zonas fronteiriças (Brasil, MRE, 1990).

Além dos Comitês de Fronteira, nesta mesma década, foram assinados outros atos internacionais de cooperação entre os dois países, a saber: o Acordo de Cooperação para a Redução da Demanda, Prevenção do Uso Indevido e Combate à Produção e ao Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas e seus Precursores e Produtos Químicos Imediatos, de 1995; Ata de Pelotas, de 1994; o Protocolo de Tratado de Amizade, Cooperação e Comércio para a Interconexão Elétrica, de 1994; o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Técnica para Atividades na Área de Biotecnologia, de 1996; e o Ajuste Complementar ao Convênio para a Fixação do Estatuto Jurídico da Fronteira entre o Brasil e o Uruguai de 20 de dezembro de 1933; em 1997 é assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica na Área de Trabalho. A cooperação internacional entre os dois países tem continuidade no século XX, com a assinatura do Acordo para a construção da segunda Ponte Internacional, sob o Rio Jaguarão, na localidade fronteiriça entre Jaguarão, no Brasil e Rio Branco, Uruguai. Em continuidade a política de cooperação, integração e desenvolvimento da fronteira em 21 de agosto de 2001 foi assinado, em Montevidéu, o Acordo para Permissão de Ingresso, Residência, Estudo e

Trabalho, Previdência Social e Concessão de Documento Especial de Fronteiriço a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios.

O Acordo para Permissão de Residência, Estudo, Trabalho e Previdência Social é regulamentado no Brasil pelo decreto 5.105 de 14 de junho de 2004, entretanto o Acordo inicial foi em 21 de agosto de 2002. Em onze artigos destacam-se: artigo I, que versa sobre a permissão de residência, estudo e trabalho aos nacionais de uma das partes residentes nas localidades fronteiriças de Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai); Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai); Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai); Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai); Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai); Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

Destaca-se, ainda, no artigo I, a permissão para a residência na localidade vizinha, situada no território da outra Parte, o exercício de trabalho, ofício ou profissão, com as conseqüentes obrigações e direitos previdenciários deles decorrentes; a freqüência a estabelecimentos de ensino públicos ou privados. O artigo I indica ainda a qualidade de fronteiriço podendo ser inicialmente outorgada por 5 (cinco) anos, prorrogável por igual período, findo o qual poderá ser concedida por prazo indeterminado, e valerá, em qualquer caso, exclusivamente, nos limites da localidade para a qual foi concedida.

O artigo III do referido Acordo trata da concessão do documento especial de fronteiriço, indicando ao Departamento de Polícia Federal do Brasil e à Direção Nacional de Migrações do Uruguai a competência de conceder o documento especial de fronteiriço, respectivamente. Além disso, o documento especial de fronteiriço constará a qualidade de fronteiriço e a localidade onde estará autorizado a exercer os direitos previstos no Acordo e outros requisitos estabelecidos por ajuste administrativo entre o Ministério da Justiça do Brasil e o Ministério do Interior do Uruguai.

Para a concessão do documento especial de fronteiriço serão exigidos: a) passaporte ou outro documento de identidade válido admitido pelas Partes em outros acordos vigentes; b) comprovante de residência em alguma das localidades constantes do Anexo deste Acordo; c) documento relativo a processos penais e antecedentes criminais nos locais de residência nos últimos 5 (cinco) anos; d) duas fotografias tamanho 3x4, coloridas e recentes; e) comprovante de pagamento da taxa respectiva. O cancelamento da qualidade de fronteiriço se dará a qualquer tempo, ocorrida uma das seguintes situações: a) perda da condição de nacional de uma das Partes; b) condenação penal em qualquer das Partes ou no exterior; c) fraude ou utilização de documentos falsos para sua concessão; d) obtenção de outro status



imigratório; ou e) tentativa de exercer os direitos previstos neste Acordo fora dos limites territoriais estabelecidos no Acordo.

Em continuidade a cooperação internacional entre os anos de 2002 e 2009, foi assinado o Ajuste Complementar, de "Cooperação no Campo da Redução da Demanda de Entorpecentes entre Municípios Fronteiriços", de 2002; o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Técnica sobre Atividades de Cooperação entre a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado do Rio Grande do Sul e o Escritório de Planejamento e Orçamento da Presidência da República Oriental do Uruguai, de 2003; o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Saúde na Fronteira, de 2003; o Acordo de Cooperação Mútua para Combater o Tráfego de Aeronaves Envolvidas com Atividades Ilícitas Transnacionais, de 2004; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação para Implementação do Projeto Capacitação e Transferência de Metodologia para o Zoneamento do Cultivo da Videira e Caracterização Enológica dos Vinhos Regionais", de 2004; o Protocolo de Intenções em Matéria de Direitos Relativos à Infância e à Adolescência, de 2006; o Protocolo de Intenções na Área da Luta contra a Discriminação e Promoção da Igualdade Racial, de 2006; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai", de 2006; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Produção Colaborativa de Informações Ambientais para a Conservação da Biodiversidade na Bacia Hidrográfica da Lagoa Mirim- Consolidação de Rede de Instituições Parceiras e Adequação de Base de Dados para SIG" , de 2006; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Apoio ao Fortalecimento Institucional do Conselho de Educação Técnico Profissional (CETP) da Universidade do Trabalho do Uruguai (UTU) nas áreas de Indústria, Energia e Meio Ambiente.", de 2006. Em 2007, o Protocolo de Intenções sobre Programa de Cooperação na Área de B combustíveis; Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Fortalecimento Institucional da Secretaria de Saúde Pública do Governo Uruguaio da Área de Vigilância Sanitária".

Em 2008, segue a cooperação internacional entre os países, a exemplo da Emenda por Troca de Notas (utilizado para assuntos de natureza administrativa, bem como para alterar ou interpretar cláusulas de atos já concluídos), ao Acordo entre o Brasil e o Uruguai para Permissão de Residências, Estudos e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e

Uruguaios, visando à permissão de prestação de serviços de saúde humana na fronteira Brasil-Uruguai; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto "Programa de Educação Alimentar e Nutricional - Cozinha Uruguai"; o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Fortalecimento da Capacidade Institucional do Ministério da Saúde Pública do Uruguai em Sistemas de Vigilância em Saúde Ambiental".

Em 2009, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Capacitação em Português como Língua Estrangeira Instrumental para Agentes do Governo Uruguaio – Polícia Rodoviária", e o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto "Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à Epidemia de DST/AIDS no Uruguai".

#### **4.2 Acordos Bilaterais Brasil-Uruguai para a saúde na fronteira**

O debate sobre a situação da saúde nas fronteiras acontece há algum tempo, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias de caráter apenas pontual, a situação permanece praticamente inalterada nos últimos tempos. Neste contexto, os principais empecilhos ao processo de integração históricos das ações de saúde nas fronteiras resumem-se ao "atrelamento das soluções ao desenvolvimento do processo de harmonização das políticas de saúde, a concentração do tema no controle do acesso aos serviços sanitários e a compensação financeira" (GALLO E, COSTA L, MORAES A, 2004).

Contudo, segundo Brasil (2005, p.21) a fronteira entre Brasil e Uruguai "é o espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais". Nesse sentido, bem como certos da necessidade de estabelecer princípios que norteiem os planos, políticas, programas, projetos e atividades em matéria de saúde, especificamente àquelas voltadas para as ações de alcance coletivo, em 09 de dezembro de 1981 é promulgado o Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai (Brasil, MRE, 1981).

As normativas do Acordo de Cooperação Sanitária estão indicadas em oito artigos, podendo destacar: o artigo II, onde as Partes reconhecem que fatores de natureza epidemiológica, no âmbito do país vizinho, podem produzir repercussões indesejáveis, além-fronteiras, comprometendo a saúde da população em áreas densamente povoadas, o artigo IV que dispõe sobre as ações a serem adotadas, deliberando as Partes Contratantes a adotar, no âmbito dos seus territórios, prioritariamente, as seguintes medidas: a) desenvolver programas de imunizações, de combate a vetores e do saneamento básico, a nível interno, especialmente nas áreas limítrofes de suas fronteiras, de acordo com suas realidades ecológicas, estrategicamente sincronizadas, coordenadas e desenvolvidas, no tempo e no espaço, a fim de assegurar maior eficácia às ações; b) adotar métodos uniformes quanto ao desempenho de ações básicas de saúde, e, caso contrário, quando razões imperiosas exigirem métodos diversificados, envidar esforços para o estabelecimento de parâmetros de comparabilidade; c) estimular a capacidade de recursos humanos destinados à execução de ações básicas de saúde, proporcionando a cada país a inscrição de candidatos oficialmente encaminhados pelo outro; d) apoiar e incentivar o desenvolvimento de programas integrados de pesquisas multi-institucionais estritamente voltados para as necessidades internas, em matéria de saúde; e) buscar a melhoria do sistema de coleta, análise, divulgação e intercâmbio de informações e estatísticas de saúde; f) manter contatos permanentes para o conhecimento oportuno das normas legais e regulamentares em matéria de saúde pública editadas em cada país, facilitando o aprendizado das mesmas mediante troca de consultas e estágios para os juristas especializados nesse campo; g) manter permanente intercâmbio de informações e consultas em matéria de organização de serviços de saúde pública, planejamento e métodos simplificados de trabalho nesse setor; h) aprimorar métodos para atividades de educação em saúde, visando a contribuir para facilitar a participação consciente da comunidade nas ações de alcance coletivo; i) aprimorar os sistemas de vigilância sanitária de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e outros bens de interesse para a saúde humana, mediante o aperfeiçoamento institucional, operacional e de recursos humanos.

Em 31 de julho de 2003 foi assinado, em Montevideu, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico Cooperação Científica e Técnica (Tratado de Amizade) de 1975. O referido Ajuste considera a necessidade de uma atenção especial à problemática particular da saúde na fronteira, além de criar e implementar a Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai – CBBU (Brasil, MRE, 2003).

A mencionada Comissão tem como objetivos além de fortalecer as ações e a implementação dos Comitês de Fronteira na área de saúde; promover o levantamento

situacional de saúde da população; propor mecanismos para agilizar a troca de informações em saúde; propor estratégias de ação, elaboração, avaliação 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 dos países.

O artigo II destaca os órgãos dos respectivos países integrantes da Comissão, sendo o Brasil representado pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a Divisão de Ciência e Tecnologia e a Divisão de América Meridional I do Ministério das Relações Exteriores como responsáveis pela coordenação, acompanhamento e avaliação das ações decorrentes do presente Ajuste Complementar; e o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e as Secretarias Municipais de Saúde da Fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai dentro de suas atribuições e limites de competência, como entidades executoras das ações decorrentes do presente Ajuste Complementar.

O Uruguai na referida Comissão é representado pelo Ministério das Relações Exteriores, responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das ações decorrentes do presente Ajuste Complementar; e o Ministério da Saúde do Uruguai, como entidade executora das ações decorrentes do presente Ajuste Complementar. Além disso, as entidades executoras elaborarão relatórios semestrais sobre os resultados decorrentes do presente Ajuste Complementar, os quais serão examinados nas reuniões de Alto Nível da Nova Agenda de Cooperação e/ou em encontros dos Grupos de Trabalho de Saúde a serem previamente acordados.

De acordo com o Diário Oficial da União de 08 de agosto de 2007, a Portaria 1.883, de 07 de agosto de 2007 designa os representantes brasileiros na Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, a saber: I - Ministério da Saúde: a) titular: Carlos Felipe Almeida D'Oliveira; b) suplente: Fernando Assoni; II - Ministério das Relações Exteriores a) titular: Secretária Fabiana Arazini Garcia - Divisão de América Meridional I; b) suplente: Conselheiro Everton Frask Lucero - Divisão de Ciência e Tecnologia; III - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: a) titular: Francisco Antônio Zancan Paz; e b) Suplente: Marli Lima de Oliveira;

A mesma Portaria autoriza a Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai a convidar representantes de outras áreas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal e de entidades do setor privado, bem como especialistas em assuntos ligados à sua área de competência, cuja

presença considere necessária ao cumprimento do disposto na Portaria para complementar os trabalhos propostos.

Recentemente, em 28 de novembro de 2008 é assinado na cidade do Rio de Janeiro, mais um Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios. Trata-se de um ajuste visando à troca de prestação de serviços de saúde nas localidades fronteiriças discriminadas como “localidades-vinculadas” (Decreto 5.105/2004) na fronteira entre Brasil e Uruguai (Brasil, MRE, 2008).

Em seus treze artigos, destacam-se o artigo I – Âmbito de Aplicação - onde estabelece a permissão à prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas “localidades Vinculadas” e estabelece que a pessoa física ou jurídica contratada somente admitirá pacientes residentes nas zonas urbanas, suburbanas ou rurais de uma das “localidades-vinculadas” mediante a apresentação da documentação que confirme sua identidade e domicílio, expedido por autoridade policial correspondente ou outro documento comprobatório de residência, como o Documento Especial de Fronteiriço (MRE, 2008). Merece destaque, também, o artigo II – Pessoas Habilitadas – onde o Ajuste Complementar permite às pessoas jurídicas brasileiras e uruguaias contratarem serviços de saúde humana, em uma das localidades vinculadas, de acordo com os Sistemas de Saúde de cada Parte.

No item 02 do mesmo artigo, diz que a prestação de serviço poderá ser feita tanto pelos respectivos sistemas públicos de saúde quanto por meio de contratos celebrados entre pessoa jurídica como contratante, de um lado, e pessoa física ou pessoa jurídica como contratada, de outra, tanto de direito público quanto de direito privado (Brasil, MRE, 2008).

O artigo III apresenta as normas de contrato entre as Partes, bem como os serviços de saúde humana previstos. O artigo III – O Contrato – o item 01 estabelece que a prestação de serviços de saúde seja feita mediante contrato específico entre os interessados de cada parte. O item 02 prevê que as Partes contratantes serão pessoas jurídicas de direito público e de direito privado e as partes contratadas, pessoas jurídicas de direito público, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas (MRE, 2008). O artigo III ainda prevê em seu item 04 o objeto da prestação de serviços de saúde humana: a) serviços de caráter preventivo; b) serviços de diagnóstico; c) serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado; d) serviços cirúrgicos, inclusive tratamento de caráter continuado; e) internações clínicas e cirúrgicas; e f) atenção de urgência e emergência (Brasil, MRE, 2008).

Projetar avanços na política de saúde nas fronteiras do MERCOSUL a partir da perspectiva e experiências de cidades fronteiriças evidencia que a convivência com a diversidade, ao lado da construção da integração, abre caminhos para iniciativas bilaterais. As iniciativas de cooperação realizadas nas localidades de Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai podem oferecer elementos para a formulação de estratégias para as políticas de saúde nas fronteiras, entre as quais o monitoramento das condições de vida, aproximação de práticas sanitárias, oferta de capacitação de recursos humanos de forma conjunta, intercâmbio de informações e iniciativas de apoio mútuo.

Nesse sentido, a adoção efetiva dos Acordos firmados pelo Brasil tem estabelecido bases jurídicas para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das relações com os países vizinhos. De acordo com Preuss (2007, p.49) “a questão do acesso aos serviços de saúde no MERCOSUL, contudo, não é de simples abordagem seja no aspecto institucional seja no político”. Avançar na reflexão das repercussões da integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde, a partir das regiões de fronteiras, pode contribuir para antecipar questões na plena vigência do MERCOSUL. Nessa perspectiva, segundo Gadelha e Costa (2005) “a realização e implementação de acordos específicos, como o acordo bilateral Brasil-Uruguai além do fortalecimento de instituições supranacionais voltadas para a integração fronteiriça, são fundamentais para a promoção da cidadania da população fronteiriça”.

## **5. AÇÕES DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA SANTANA DO LIVRAMENTO – RIVERA**

### **5.1 Trajetória histórica do Comitê Binacional de Integração em Saúde**

É importante colocar que as iniciativas de integração e cooperação em saúde na fronteira Santana do Livramento-Rivera partem da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, instituída em 2003. A primeira reunião desta Comissão ocorreu nos dias 25 e 26 de março de 2004 na cidade do Chuí/Brasil, e a segunda reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai realizou-se na localidade fronteira entre Jaguarão/Brasil e Rio Branco/Uruguai, nos dias 14 e 15 de outubro de 2004.

Em prosseguimento aos objetivos propostos, em 02 de outubro de 2007 realiza-se a terceira reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai na cidade de Artigas, no Uruguai. Em 10 de dezembro de 2007, na cidade de Santana do Livramento, no Brasil ocorre a quarta reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai. Em continuidade às ações de cooperação entre os dois países e considerando a área da saúde de especial interesse para a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai, as Partes acordam, em 22 de novembro de 2006, na cidade de Montevideu/Uruguai, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai para a Implantação do Projeto “Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai” (Brasil, MRE, 2006). O referido Ajuste Complementar visa à implementação do Projeto "Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai", doravante denominado "Projeto", cuja finalidade é contribuir para o fortalecimento das Assessorias de Cooperação Internacional dos Ministérios da Saúde do Brasil e Uruguai, promovendo, dessa forma, o intercâmbio de informações visando desenvolver novas formas de planejamento e ações conjuntas. Pelo Brasil são designados a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE) como responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das ações decorrentes do presente Ajuste Complementar; e o Ministério da Saúde como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

Pelo Uruguai, a Diretoria Geral de Cooperação Internacional do Ministério das Relações Exteriores e o Departamento de Cooperação Internacional da Oficina de

Planejamento e Orçamento como instituições responsáveis pela coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades decorrentes do presente Ajuste Complementar; e o Ministério da Saúde do Uruguai como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

Entre as atividades da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai destaca-se as realizadas nos dias 11 e 12 de outubro de 2005, na cidade de Rivera, Uruguai. A realização da 1ª Conferência de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai foi o marco da iniciativa de cooperação binacional no enfrentamento da problemática da saúde na fronteira entre Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai.

A realização da 1ª Conferência tem em sua proposta difundir sugestões e resoluções em função da necessidade de integração e cooperação das ações a serem executadas no setor saúde entre as duas cidades. De acordo com registros da 1ª Conferência de Integração em Saúde, a proposta de realização do evento surge no Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento no cumprimento de uma de suas prerrogativas. Nesse sentido, durante as atividades alusivas ao dia Mundial da Saúde, em 07 de abril de 2005 é realizado o lançamento oficial da I Conferência (Ata em anexo) na Praça Municipal General Osório, na cidade de Santana do Livramento.

Nesse sentido, segundo GUGLIANO (2002, p.147)

a ampliação da participação dos cidadãos no processo decisório da gestão pública, possui dois significados. O primeiro situa-se na perspectiva da construção de uma sociedade democrática, já que a prática cotidiana participativa fortalece um sentido de responsabilidade pelo bem público e estimula a crítica a um modelo capitalista centrado em interesses egoístas. O segundo refere-se à eficiência da administração pública, dado que políticas participativas tendem a ser considerados fatores de estimulação do desenvolvimento social.

O ato de lançamento da 1ª Conferência de Saúde em praça pública contou com a presença de autoridades de ambos os países. Estiveram representadas as seguintes instituições: Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento, Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento, Direção Departamental de Saúde de Rivera, Coordenação da Rede de Administração do Serviço de Saúde do Uruguai. Entre outras entidades presentes no ato encontravam-se pelo lado brasileiro, Letícia Madruga – Fisioterapeuta Secretária Adjunta da SMS; Horácio Dávila Rodriguez – Presidente do Conselho Municipal de Saúde; Tatiana Radtke – Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde; Rosana Dutra – Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde; Rosane Machado –



Enfermeira e Conselheira do Conselho Municipal de Saúde; Margarete Vaz – Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde.

O lado uruguaio teve como representantes a Dra. Aida Gonzalvez - Diretora Departamental de Saúde; Dra. Rosana Guevara - Coordenadora de ASSE (interior) Ministério de Saúde Pública Saúde do Uruguai; Lic. Nidia Hernandez - Agremiação dos Licenciados de Enfermagem; Dr. Marne Osório - Diretor de Salubridade, Higiene e Saúde da Intendência Municipal de Rivera. Durante o lançamento da 1ª Conferência de Integração em Saúde foi apresentado ao público o Regimento (em anexo) da conferência, bem como sua programação (em anexo). Entre os cinco capítulos regimentais da I Conferência de Integração em Saúde, destaca-se o capítulo I, artigo 1º, onde são indicados os principais objetivos do evento, bem como é descrito sua finalidade.

De acordo com o mesmo capítulo, a I Conferência de Integração em Saúde é o foro de debates sobre saúde, em torno das questões de fronteira, aberta a todos os segmentos da sociedade, tendo como tema central: “compartilhar, integrar, legalizar e agir em saúde”, cuja finalidade é promover a integralidade na assistência de saúde às populações em áreas fronteiriças”.

Assim, nos dias 11 e 12 de outubro de 2005 realizou-se a I Conferência, com a participação de aproximadamente 280 pessoas de ambos os países, além de representantes da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), dos Ministérios de Saúde dos países envolvidos, Autoridades Consulares, Autoridades Municipais, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, trabalhadores e usuários dos serviços sanitários de Santana do Livramento e Rivera. A 1ª Conferência de Integração em Saúde obteve a participação da comunidade, além dos gestores envolvidos com a questão da saúde entre os dois países. O expressivo número de participantes denota a importância da iniciativa para as duas cidades.

Na abertura da 1ª Conferência de Integração em Saúde, estiveram presentes as seguintes autoridades: Aida Gonzálvez – Diretora Departamental da Saúde- Rivera – Uruguai, Fernando Dora - Representante da OPS – Uruguai, Gilberto Rios – Sub-Diretor Geral da Saúde – Ministério da Saúde Pública – Uruguai, Horácio Dávila Rodriguez – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento – Brasil, Manuel Ignácio Capandenguy – Cônsul do Uruguai em Santana do Livramento – Brasil, Maria Beatriz Kunkel – Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde – RS – Brasil, Maria Helena Figueiredo – Ministério da Saúde – Brasil, Nidia Hernandez - Professora Emérita – Uruguai, Pedro Frederico García – Cônsul Adjunto do Brasil em Rivera, Tabaré Vieira – Intendente Municipal de Ribeira – Uruguai, Valmir Rosa Silveira - Secretário Municipal de Saúde de

Santana do Livramento, Wainer Machado – Prefeito Municipal de Santana do Livramento – Brasil.

Em seus pronunciamentos, as autoridades indicaram a importância da realização da 1ª Conferência de Integração em Saúde, constituindo-se num marco histórico para as ações e a cooperação em saúde entre as duas cidades. No segundo dia de Conferência os participantes foram divididos em Oficinas de Trabalho, a saber: Oficina 1 - Atenção Básica de Saúde; Oficina 2 – Zoonoses; Oficina 3 - HIV/AIDS; Oficina 4 – Drogas; Oficina 5 – Meio Ambiente e Recursos Naturais; Oficina 6 – Legislação. Entre os trabalhos realizados destacam-se os emanados pela Oficina nº 06 – Legislação, onde é apresentada a proposta de criação de um Comitê Binacional de Integração em Saúde entre as duas cidades.

A proposta elaborada previa um Comitê subordinado às normas dos Ministérios da Saúde de ambos os países, composto por representantes locais das duas cidades em igual número, com representantes dos setores públicos de saúde, trabalhadores em saúde, de nível superior e médio, prestadores de serviços de saúde privados e representantes da comunidade. Tendo o setor público e o setor privado a mesma porcentagem de participantes, com o objetivo de criar instrumentos que promovam de forma harmônica uma maior integração e cooperação de políticas públicas de saúde das duas comunidades. Além disso, o Comitê Binacional de Integração em Saúde deverá cumprir suas funções de acordo com as normas emanadas dos órgãos do Ministério da Saúde Pública de ambos os países, além das secretarias de Saúde de Estado e as secretarias Municipais de Saúde.

Nessa perspectiva, segundo Mezzaroba e Sartor (2008, p.181)

as relações sociais nas fronteiras, numa forma ampliada, ou seja, conectadas com outras pessoas sob regimes constitucionais distintos, supõe a existência e o cultivo de inter-relacionamentos consistentes. É de se supor que uma pessoa vivendo nas fronteiras, com articulação dos conselhos como representante de seus associados, age cooperativamente com os demais, o que sugere que sua ação será sempre no sentido de manter os elos e as interdependências sociais dos indivíduos mesmo que as nações sejam contíguas. Assim, a cooperação social possibilita que todos tenham uma vida melhor e mais saudável da que teria qualquer um dos membros se cada um dependesse de seus próprios esforços.

Destaca ainda que o Comitê Binacional de Integração em Saúde promoveria a elaboração de propostas, planos e acordos, destinados a facilitar os procedimentos de prevenção, controle e aperfeiçoamento da saúde nas comunidades fronteiriças. Os documentos deverão conter as informações gerais, serviços e outras ações que venham a promover as melhores práticas de saúde nas comunidades. O Comitê será também um órgão de assessoramento técnico, participativo e deliberativo em temas de saúde, em todas as áreas,

elaborando projetos de desenvolvimento binacional de saúde da fronteira Rivera Santana do Livramento, acompanhando sua implantação e avaliação de seus resultados.

Além das sugestões citadas acima, destacam-se que os documentos deverão ser aprovados por consenso e terão por objetivo assegurar mecanismos adequados para atender às peculiaridades das comunidades, sem prejuízo dos regimes nacionais, quando estes estabeleçam facilidades extras às comunidades. Além disso, o Comitê Binacional de Integração em Saúde poderá recomendar a adoção de outras medidas, beneficiando a saúde das populações fronteiriças, ou ainda solicitá-las aos respectivos Ministérios da saúde ou a entidades públicas e privadas de atenção à saúde, a fim de contribuir para o desenvolvimento de ações sanitárias específicas da saúde da comunidade. Sugerem ainda, as recomendações, que o Comitê Binacional de Integração em Saúde será regido por um Regulamento Interno, devendo ser elaborado e aprovado, e terá suas atividades alternativamente nas cidades de Rivera, no Uruguai e Santana do Livramento, Brasil.

## **5.2 Sujeitos políticos e parcerias estabelecidas a partir da criação do Comitê Binacional de Integração em Saúde**

Como evidenciado anteriormente neste trabalho, a região da campanha, seja do Brasil ou do Uruguai, apresenta enorme proximidade em manifestações culturais tradicionais como: rituais, música e poesia popular, literatura, artesanatos, tecnologias de trabalho, usos e costumes etc. Por outro lado, cada localidade, ao longo da fronteira seca que ‘une’ e ‘separa’ o Brasil e o Uruguai<sup>10</sup>, tem conformações distintas e características próprias, de acordo com as suas especificidades é que se podem conceber as redes de ocupação, de cooperação, de gestão e a dimensão dos processos sociais e culturais, de indivíduos e de grupos sociais.

Nesse contexto, a partir da 1ª Conferência de Saúde na Fronteira é criado o Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera, para elaboração de políticas públicas de saúde integrando as comunidades de Rivera/Uruguai e Santana do Livramento/Brasil. O Comitê Binacional de Integração em Saúde é um foro de debates sobre as demandas, os problemas e sugestões para a saúde na fronteira entre as cidades limítrofes.

Segundo Guimarães e Giovanella (2005, p. 255)

---

<sup>10</sup> A fronteira binacional tem 1.068,10 km de extensão e é o maior limite internacional em extensão da República Oriental do Uruguai.

as iniciativas fronteiriças demonstram que acordos bilaterais em saúde podem ser considerados etapas preparatórias para os entendimentos multilaterais e que dispor de recursos financeiros e estratégicos para o planejamento conjunto na fronteira incentiva a cooperação e a solidariedade. Além de fortalecer os entes locais na gestão dos sistemas de saúde, apóia programas e contrapõe mecanismos informais.

É fato também que os processos de cooperação internacional e/ou de integração regional, bem como os processos de globalização geram conseqüentemente um reordenamento do espaço geopolítico nas regiões de fronteira entre países. Nessa perspectiva, Giovanella, (2007, p.39) considera,

os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos; aliados às estratégias individuais para garantia de acesso intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, conlevam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde.

O Comitê Binacional de Integração em Saúde foi criado em 02 de dezembro de 2005, durante reunião entre autoridades políticas e de saúde de ambos os países, ocorrida no Edifício da Intendência de Rivera, no Uruguai. Oficialmente em Santana do Livramento o Comitê Binacional de Integração em Saúde é criado a partir da Portaria nº 4.201 de 05 de dezembro de 2005, assinada pelo senhor Prefeito Municipal Wainer Viana Machado.

Além da criação do Comitê, a referida portaria indica à época os representantes do município, a saber: Titulares - Prefeito Municipal: Wainer Viana Machado; Secretaria Municipal de Saúde: Valmir Rosa da Silveira; Vigilância Sanitária: Andrea de Lima Pereira; Secretaria Municipal de Agricultura: Elói Luft; Santa Casa de Misericórdia: Rosane Machado Cardoso; Cardio-Nefroclínica: Lilian Antunes Araújo; Sociedade Santanense de Medicina: Dr. adalberto Rosses; SINDISAÚDE: José Paulo da Silva; UNAMOS: Deodoro Machado Lemes; APAE: Glauce Nadia da Roza Gonçalves Dias; Conselho Municipal de Saúde: Horácio D'Avila Rodríguez e Tania Carneiro Vieira; Pastorais Sociais: Elizabeth Padilha Ramos; Ordem dos Advogados do Brasil; Aquiles Pires Rodrigues; UERGS: Sandro Bonow.

Como suplentes – Secretária de Saúde: Eder Fernando Fialho Ribeiro; Vigilância Sanitária: João Batista Santanna; Secretária Municipal de Agricultura: Alex Fabiano Fernandes Gomes; Santa Casa de Misericórdia: Leda Maria da Silva dos Santos; Cardio-Nefroclínica: Nelson Eula Marques; Sociedade Santanense de Medicina: Dra. Maria Helena

Gisler Padilha; SINDISAÚDE: Flávio Madeira Chaves; UNAMOS: Carine Frassoni; APAE: Rinaldo Pereira Rodrigues; Conselho Municipal de Saúde: Ricardo Cesar Silva; Pastorais Sociais: Neila Teresinha Allende dos Santos; Ordem dos Advogados do Brasil: Carlos Veber; UERGS: José Carlos Lopes.

Em Rivera, o Comitê Binacional de Integração em Saúde é instituído pela Resolução 3.945, de 05 junho de 2006, assinada pelo Intendente Municipal de Rivera senhor Tabaré Viera Duarte. Além de criar em âmbito institucional, a resolução indica os representantes uruguaios no Comitê Binacional de Integração em Saúde, a saber: Titulares – Intendente de Rivera: Tabaré Viera Duarte; Ministério de Salud Pública: Dra. Ayda González; Intendência Municipal de Rivera/Salubridad, Higiene y M. Ambiente: Dr. Marne Osorio; CASMER: Dr. Nestor Belzarena; COMERI: Dr. Juan A. Beis; Sindicato Médico de Rivera: Dr. Bernardo Hoffmann; SUTAM: Enf. Ana Picapedra; FFSS: Graciela Bertoche; Intersindical: Artigas Heredia; Comisión Policlínicas Periféricas: Mary Campelo; Comisiones Vecinales I.M.R. Profa. Laura Buzó; Asociación CAIF: Ricardo De La Rosa; Clubes de Servicio – Cruz Roja: Olga Sánchez; Centro Universitário de Rivera: Patrícia Gómez.

Como suplentes: Ministério de Salud Pública: Dra. Rosana Guevara; Intendência Municipal de Rivera/Salubridad, Higiene y M. Ambiente: Alejandro Bertón e Renato Perurena; CASMER: Dra. Marta Rivero; COMERI: Dr. Hugo Montero; Sindicato Médico de Rivera: Dra. Beatriz Zinger e Dr. Jorge Montañó; SUTAM: Aux. Enf. Ana Prado; FFSS: Graciela Oliveira; Intersindical: Ricardo Fleitas; Comisión Policlínicas Periféricas: Luiz Suárez; Comisiones Vecinales I.M.R.: Inala Santos; Asociación CAIF: Nilsa Villagran; Clubes de Servicio – Cruz Roja: Gladis Canzani; Centro Universitário de Rivera: Edwin Da Costa.

### **5.3 Institucionalidades – pactos, acordos e ações – do Comitê Binacional de Integração em Saúde**

As atividades do Comitê Binacional de Integração em Saúde têm início em 09 de março de 2006, na Câmara Municipal de Vereadores de Santana do Livramento, no Brasil, onde é realizada a primeira reunião ordinária, sendo tratados assuntos pertinentes ao Regimento do Comitê, sendo aprovado nesta reunião seu texto.

No Regimento Interno do Comitê Binacional de Integração em Saúde está prevista a participação de 30 membros, sendo a composição de quinze uruguaios e quinze brasileiros.

A composição do Comitê Binacional segue a seguinte forma:

### **Membros Brasileiros**

- 1- Governo: Prefeito Municipal, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Vigilância Sanitária e Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária, Abastecimento e Assuntos Agrários (SMAPAA);
- 2- Trabalhadores de Saúde: Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimento de Serviços de Saúde (SINDISAÚDE) e Sociedade Santanense de Medicina (SSM);
- 3- Prestadores de saúde: Santa Casa de Misericórdia e CardioNefroclínica;
- 4- Usuários: Pastorais Sociais; Conselho Municipal de Saúde; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); União das Associações dos Moradores (UNAMOS), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS).

### **Membros Uruguaios**

- 1- Governo: Intendente Municipal, Diretor de Salubridad e Higiene de la IMR, Diretor/a Departamental de Saúde;
- 2- Trabalhadores de Saúde: Sindicato Médico de Rivera, Federação de Funcionários de Saúde Pública, Federação Uruguiaia da Saúde;
- 3- Prestadores de Saúde: CASMER e COMERI;
- 4- Usuários: Comissões de Saúde das Policlínicas Periféricas; Comissões Vecinais da Intendência Municipal de Rivera; Intersindical; Comitê Departamental de Centro Caif; Associação de Maestros; Ag. Universitária/Centro Universitário; Clubes de Serviços/Cruz Vermelha.

A coordenação do Comitê Binacional de Integração em Saúde está a cargo da Mesa Coordenadora, constituída por oito membros de forma paritária, sendo quatro uruguaios e quatro brasileiros. Os membros da Mesa são eleitos pelo Plenário nominalmente por segmentos, respeitando a paridade, pelo período de um ano, com a possibilidade de prorrogação a critério do Plenário, por igual período.

O coordenador do Comitê Binacional de Integração em Saúde será eleito pelos membros da Mesa Coordenadora, sendo garantida a rotatividade anual, sendo cada ano coordenado por um representante de um dos países membros. As entidades integrantes do Comitê terão assento pelo período de dois anos podendo ser reconduzida por mais uma vez pelo mesmo período, com exceção dos integrantes do governo. Cabe ressaltar que, em função da paridade, o Intendente Municipal de Rivera – ROU e o Prefeito Municipal de Santana do

Livramento – RS – Brasil são considerados membros natos do Comitê Binacional sem direito a voto.

Sobre o Comitê Binacional de Saúde afirma Dávila (2007, p. 43-44)

la diferencia Del Comitê Binacional de Salud: Es El instrumento de relevância de los temas de salud comunitária em La discusión e instrumentación de proyectos de acción y en la elaboración de propuestas de interes sanitario para La frontera; ES um canal abierto y competente para el flujo de informaciones, proponiendo La interacción de los distintos niveles de los gobiernos departamentales, nacionales, em el MERCOSUR.

O Comitê Binacional de Integração em Saúde está dividido em cinco subcomissões técnicas, a saber: Subcomissão de Acidentes de Trânsito; Subcomissão de Drogas; Subcomissão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Subcomissão de HIV/SIDA; Subcomissão de Atenção Primária em Saúde.

Quanto ao funcionamento administrativo, o Comitê Binacional de Integração em Saúde tem reuniões periódicas entre a mesa diretiva, chamadas através de convocação pela Coordenação do Comitê. O Plenário do Comitê reunir-se-á a cada 45 dias ordinariamente, ou extraordinariamente sempre que necessário. As entidades que, no período de 12 meses contados da primeira reunião, não se fizerem presentes em 03 (três) reuniões intercaladas ou consecutivas, serão substituídas e perderão a representatividade no Comitê. Cabe ainda a Coordenação comunicar a entidade faltosa, quando esta incorrer em duas faltas, sugerindo que substituam seus representantes e advertindo-os que, se incorrer em mais uma falta à mesma será desligada do Comitê.

Entre os objetivos propostos pelo Comitê Binacional estão: a) obter a participação da sociedade organizada na condução das políticas públicas de saúde; ser um instrumento de relevância nas questões de saúde comunitária, na deliberação e instrumentalização de planos de ação e propostas de interesse sanitário para a fronteira; b) ser um canal aberto e competente para o fluxo de informações, propondo a interação com os distintos níveis de governo municipal, estadual, nacional e MERCOSUL; c) aplicar as normativas de harmonização propostas a nível regional, a partir das diretrizes emanadas da Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL; d) proceder à articulação entre as entidades de saúde dos Países Brasil e Uruguai em direção ao desencadeamento de soluções para os problemas comuns da comunidade fronteiriça.

Nessa perspectiva, Mezzaroba e Sartorilor (2008, p. 179) afirmam,

a cooperação não-instrumental, por sua vez, baseia-se na consecução de metas e de interesses comuns. Isso equivale dizer que os interesses individuais não podem ser separados das metas dos outros países fronteiros.

Nesse sentido, a cooperação caracteriza-se por não ser instrumental. Atribuindo-se um valor intrínseco ao processo de cooperação, os objetivos comuns tornam-se ainda mais fortes.

Assim, em continuidade as ações propostas, a segunda reunião ordinária do Comitê Binacional de Integração em Saúde aconteceu em 24 de abril de 2006, tendo como local a Sala Cultural da ANTEL em Rivera. Nesta reunião, foram tratados, entre outros assuntos os relacionados à Atenção Primária em Saúde e Vigilância Sanitária. Em 15 de junho de 2006 na Câmara de Vereadores de Santana do Livramento, aconteceu a terceira reunião ordinária do Comitê Binacional de Saúde. Entre os assuntos tratados estão os relacionados à Resolução da Intendência de Rivera, criando oficialmente o Comitê Binacional de Saúde, também foram debatidas questões relacionadas às atividades realizadas pela Coordenação Departamental de Saúde de Rivera no bairro Masoller. Na mesma reunião, o senhor Valmir Silveira, secretário de saúde de Santana do Livramento expõe sobre o Projeto SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde.

No dia 03 de agosto de 2006, o Comitê Binacional reuniu-se no Centro Universitário de Rivera. Nesta reunião, foi tratado, entre os assuntos, a realização de um encontro da Subcomissão de APS (Atenção Primária em Saúde), a fim de elaborarem um plano de ação conjunta sobre a saúde dos adolescentes da fronteira.

Em 05 de outubro de 2006, realizou-se a quinta reunião do Comitê Binacional de Saúde. A reunião aconteceu no Salão Nobre da Prefeitura de Santana do Livramento. Entre os temas abordados estava a cooperação para o enfrentamento da doença de chagas e a dengue. A sexta reunião do plenário do Comitê Binacional de Saúde realizou-se em 23 de novembro de 2006. Nesta reunião, foram tratados temas como HIV/SIDA, vigilância sanitária, além de uma apresentação da situação à época da Santa casa de Misericórdia de Santana do Livramento.

Entre as ações de cooperação em saúde, articuladas pelo Comitê Binacional, destacam-se: o “Curso para Manipuladores de Alimentos e Formação de Inspetores”, o “Projeto para o Controle da Hidatidosis (parasitas em animais domésticos, selvagens e ser humano), “Projeto de Vigilância contra a Dengue”, o “Projeto contra a Doença de Chagas”, o “Projeto de Prevenção contra DST/HIV/AIDS na Fronteira” e o “Acordo de Assistência Gineco-Obstétrica de Emergência entre o Hospital de Rivera, a Santa casa de Livramento e a Secretária Municipal de Saúde de Livramento” e o” 1º Encontro de Agentes de Campo em Saúde”.



O curso para **Manipuladores de Alimentos e Formação de Inspetores** foi promovido através da cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento, o Serviço de Vigilância Sanitária e a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, pelo lado brasileiro e o Departamento de Regulación y Actividades Comerciales, a División de Salubridad e a Dirección General de Salubridad, Higiene y Medio Ambiente da Intendencia de Rivera, pelo lado uruguaio. O curso teve como objetivo geral fortalecer o conhecimento das “Boas Práticas” de elaboração na área de alimentos, higiene dos alimentos e boas práticas ambientais, levando a cabo um plano educativo comum para ambas as cidades e regiões de influência. Como objetivos específicos: estabelecer um plano contínuo de formação de inspetores atuantes no assessoramento e controle na área de alimentação e outras atividades comerciais de risco ambiental; educar os manipuladores de alimentos de ambas as cidades; fortalecer a cooperação das atividades das autoridades sanitárias da região, objetivando uma maior eficácia no manejo dos alimentos; fortalecer a política de fronteira de compartilhar recursos e conhecimentos, melhorando a eficiência dos planos de ação das autoridades sanitárias; elaborar um plano transfronteiriço para o manejo dos alimentos.

A experiência de cooperação com o projeto para o **Controle da Hidatidosis** (parasitas em animais domésticos, selvagens e ser humano), foi apresentada pelo Dr. Daniel Briano e pelo Dr. Joaquim Brochado. O projeto previa como objetivo geral a diminuição ao máximo da transmissão da enfermidade; promover a saúde e a educação comum, além da elaboração de plano binacional de ações específicas; capacitação de forma conjunta dos agentes encarregados e a criação de um banco de dados comum.

O projeto binacional para a **Vigilância contra a Dengue** tem como objetivos gerais: detectar a forma de ingresso do vetor; educar e convidar a comunidade para que atue de forma responsável, em ações que contribuam com a prevenção. Entre os objetivos específicos deste projeto, identificamos o intercâmbio de informação entre os responsáveis de ambas as cidades; a promoção de cursos de reciclagem; reuniões mensais; a divulgação em meios de comunicação das ações de prevenção de forma conjunta nas duas cidades.

Já o projeto binacional de controle contra a **Doença de Chagas** tem como objetivos gerais: o controle de forma conjunta entre os dois municípios do vetor; educação da população rural de forma cooperada; identificar propriedades rurais de risco com o trabalho de uma equipe Interinstitucional. Entre seus objetivos específicos, identificamos os de integrar as equipes das duas cidades; criar um banco de dados das unidades de saúde; capacitar todos os agentes participantes; intercambiar as experiências e técnicas; criar uma policlínica em conjunto para os enfermos de chagas.

O projeto piloto de **Prevenção das DST/HIV/AIDS** também se caracteriza por uma das iniciativas exitosas de cooperação em saúde entre as cidades limítrofes. Esta iniciativa tem na Coordenação Municipal de DST/AIDS de Santana do Livramento e na Oficina Departamental de saúde de Rivera os proponentes. O projeto é um esforço na tentativa de diminuir a incidência da contaminação das doenças sexualmente transmissíveis na fronteira Santana do Livramento-Rivera que, por suas características peculiares como a passagem do transporte bilateral comercial, atividades turístico-comercial que, proporcionam um intenso fluxo de pessoas, podendo ser considerada uma região propícia à proliferação de doenças sexualmente transmissíveis.

O projeto tem como objetivo geral a ampliação das ações conjuntas de prevenção às DST/HIV/AIDS, com o desenvolvimento de uma proposta que reduza a incidência destas doenças na fronteira. Como objetivos específicos: formar uma comissão permanente para supervisionar e desenvolver as atividades sugeridas pelo projeto; formar uma equipe de trabalho com técnicos das duas cidades que planejem e executem as diversas ações e articulem intervenções em diferentes serviços; identificar lideranças entre as populações mais vulneráveis, capacitando multiplicadores tais como: profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas vivendo com HIV e adolescentes; sensibilizar os profissionais da saúde sobre o tema, viabilizando a execução do projeto, assim como em relação à expansão do atendimento; implementar o **Programa de Redução de Danos Binacional**; elaborar material informativo (folder), cartazes, respeitando a cultura e a linguagem desta fronteira; sensibilizar e capacitar os educadores do sistema educativo sobre o tema.

Dentre as ações de cooperação em saúde articuladas pelo Comitê Binacional de Integração em Saúde, destacam-se aquelas promovidas em novembro de 2006. Este período caracterizou a situação de emergência na Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento na área de gineco-obstétrica em razão dos profissionais médicos atendentes pelo SUS entrarem em paralisação.

Diante desta situação, foi promovida a cooperação entre a Santa Casa de Misericórdia, a Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento e o Hospital de Rivera, a fim de proporcionar o atendimento gratuito às gestantes da fronteira. Em razão deste episódio, Santana do Livramento brindou o país com uma decisão inédita da justiça brasileira. A decisão do juiz federal Belmiro Tadeu Nascimento Krueger em 20 de dezembro de 2006 deferiu o pedido de liminar do hospital Santa Casa de Misericórdia de Livramento autorizando o hospital a contratar, para garantir o atendimento aos usuários do SUS em Livramento, médicos uruguaios das especialidades de anesthesiologia, neurologia, urologia,

traumatologia, cirurgia geral e obstetrícia, mesmo que não registrados no Conselho Regional de Medicina.

Mais recentemente, em julho de 2009, outra ação de cooperação em saúde foi realizada na fronteira. Trata-se do **1º Encontro Internacional de Agentes de Campo**, promovido através da parceria entre a Vigilância em Saúde de Santana do Livramento e a Dirección Departamental de Salud de Rivera. O curso teve a participação de agentes de saúde de ambas as cidades e foram tratados assuntos relacionados ao combate à dengue. Durante o encontro as equipes apresentaram suas ações direcionadas ao enfrentamento deste problema e discutiram a melhor forma de agirem conjuntamente.

Entre os principais temas tratados e abordados nas reuniões identificados nos documentos oficiais do Comitê Binacional de Integração em Saúde estão: atenção na rede básica; a capacitação de recursos humanos; educação permanente em Saúde; meio Ambiente e o controle Epidemiológico.

#### **5.4. Obstáculos e dificuldades do Comitê Binacional de Integração em Saúde na fronteira**

Na terceira fase da pesquisa abordamos os dados obtidos nas entrevistas com sujeitos envolvidos - gestores locais, representantes dos Comitês/Conselhos e profissionais de saúde e representantes de usuários dos sistemas de saúde das cidades na linha de fronteira. As informações coletadas junto aos informantes-chaves permitiram apreender a temática da integração transfronteiriça; a perspectiva de atender as demandas locais; as prioridades das políticas nacionais e regionais; regulamentações sobre acesso aos serviços; ampliação dos acordos políticos no futuro; continuidade das experiências, dificuldades e formas de superação; e percepções com relação às implicações da experiência nas políticas públicas nacionais de saúde.

Sintetizando as informações coletadas, estas viabilizaram identificar o seguinte: características marcantes do processo de construção das ações cooperativas; interesses dos atores políticos envolvidos com a iniciativa de cooperação binacional; determinações históricas reconhecidas nas experiências; coerência entre a formulação e a execução das ações propostas; mecanismos ágeis de pactuação e resolução de situações emergenciais; dinâmica da integração evidenciada nos fluxos/periodicidades e nas garantias de acesso e integralidade da atenção em saúde.

Quanto à trajetória histórica do Comitê Binacional de Integração em Saúde um dos sujeitos afirma que:

surge de questionamentos e inquietudes da sociedade, seja ela civil/organizada ou institucional”. Ou ainda, “este comitê foi idealizado aos moldes do Conselho Municipal de Saúde de Livramento, órgão deliberativo do SUS. Ele foi criado com paridade ao segmento dos usuários, aonde esta representada a sociedade civil da nossa fronteira, através de Associações de Moradores, Sindicatos, Associações Profissionais e outros que congrega cidadãos ativos em trabalhos sociais e comunitários (HR, 2009)

Em outro depoimento, destaca-se o cenário político da iniciativa de cooperação entre as duas cidades limítrofes:

ao assumir o governo municipal no ano de 2005 deparamos com uma realidade efetiva de proceder alguma ação efetiva nos procedimentos de atenção à saúde das pessoas fronteiriças uruguaias que não possuem cartão SUS, face sua situação documental. Com um Conselho Municipal de Saúde muito atuante e com uma administração municipal popular que assume o governo depois de várias administrações de direita, conseguimos realizar uma discussão pensando nas pessoas e no social e rapidamente conseguimos viabilizar mesmo que minimamente e praticamente atropelando pensamentos contrários face a chamada legalidade, a criação do Comitê Binacional de Saúde com uma característica semelhante a formatação dos Conselhos Municipais. Para Rivera foi uma novidade pois não tinham participação popular nas questões de discussão em saúde (VR, 2009)

Em municípios de fronteira, os serviços de saúde disponibilizados à população assumem uma importante dimensão no cotidiano dos moradores tendo em vista que são localidades, muitas vezes, situadas distantes dos grandes centros urbanos. Em relação aos sujeitos envolvidos na atuação do Comitê Binacional de Saúde, afirmam:

identificamos a priori, prestadores de serviços públicos e os gestores da saúde, também o segmento dos trabalhadores de saúde, brasileiros e uruguaios. No segmento usuários, representantes de Comissões de Moradores, pastorais sociais e outros, como representantes do Conselho Municipal de Saúde de Livramento, alguns câmbios por motivos políticos de governo, fazem com que o Comitê ainda não consiga uma organicidade maior na seqüência das suas atividades (HR, 2009)

Os pressupostos da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e da integração econômica, política, social e cultural dos povos da America Latina exigem dos gestores de saúde em regiões fronteiriças, um estímulo às políticas públicas de cooperação em saúde e, ao mesmo tempo, articular a implementação pelos organismos setoriais sob as diversas peculiaridades político-administrativas.

Nesse sentido, segundo os relatos sobre as ações de cooperação em saúde articuladas pelo Comitê Binacional de Saúde, relatam:

as sub-comissões trabalham muito em projetos e efetivos serviços à população. vigilância sanitária, DSTs, APS, acidentes trânsito, drogas

epidemiologia. Destaco entre muitas, parceria formada para atendimentos de partos realizados em número de 32 em Rivera, face ao conflito entre profissionais médicos e Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento. Destaco ainda o reconhecimento pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde RS que participaram em várias oportunidades do nosso Comitê, recomendando e referenciando nossa proposta divulgando aos municípios de fronteira do Brasil (VS, 2009)

O problema que ora se apresenta envolve a questão da integração regional e do acesso aos serviços sanitários, em especial numa localidade fronteiriça, bem como da mobilização política frente a estes problemas, identificando os atores envolvidos e verificando os termos da cooperação político-social e da possível coexistência de interesses diversos na atenção à saúde. A gestão da saúde em regiões de fronteira desafia a matriz vigente das organizações de saúde em geral, ao problematizar a formação dos profissionais da saúde e reinventar procedimentos políticos, administrativos e organizacionais.

Contudo, o que interessa evidenciar, neste momento, é a ênfase que adquire a concepção de área ou região de fronteira, em detrimento de um enfoque que se restrinja a uma concepção linear, característica da noção de limite ou divisão internacional. Procuramos evidenciar as singularidades da região em consonância com o processo mais amplo decorrente da conjuntura imposta pelos processos de integração regional em curso.

## Considerações Finais

As cidades de Santana do Livramento e Rivera são localidades de Estados distintos, contudo, cresceram juntas guardando uniformidade em seu aspecto físico e de formação territorial, entretanto apresentam diversidade em sua cultura, sua língua e sua organização político-social. Os processos em curso na região, de políticas de integração entre o Brasil e Uruguai foram aqui abordados, sumariamente, na dimensão teórica relativa aos aspectos de sua reprodução social.

A finalidade principal deste trabalho foi estabelecer alguns parâmetros iniciais que possam servir de base para o estudo dos agentes sociais e suas relações constitutivas da zona fronteira desta região. Assim sendo, com ênfase em um processo mais amplo, procurou-se evidenciar algumas características singulares deste processo inédito de cooperação binacional em saúde, tendo como protagonistas os atores sociais envolvidos com o Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento-Rivera.

Ao longo do texto, também foi intenção evidenciar que os processos de controle de ordem jurídico-política, e a dominação de cunho econômico-social, deste espaço em questão, nem sempre são coincidentes com os limites e propósitos instituídos e emanados da mobilização social. Nesta perspectiva, o enfoque privilegiou captar a dinâmica de diferentes atores que imprimem suas lógicas a partir de diferentes usos do espaço, já que de tais atuações resultam: diferentes projetos de organização do sistema de saúde; diferenciadas relações culturais, sociais e econômicas; distintas identidades que se estabelecem de acordo com a apreensão de cada lado da fronteira.

Estes fatores adquirem uma perspectiva própria por se contextualizarem em uma zona de fronteira, interessando assim, pontuar a complexidade que se expressa em torno da dinâmica social e do processo de construção das ações cooperadas entre os sujeitos. Neste sentido, ganha destaque o movimento das relações de poderes locais entre os países abarcados que, independentemente das estratégias definidoras de limites territoriais estatais, mantiveram o caráter tensor da zona fronteira, beneficiando, com isso, a população usuária dos serviços sanitários em ambas as cidades.

Esta articulação se faz necessária, em vista da construção social estabelecida entre dinâmicas internas e externas, globais e locais. O tema da fronteira foi apresentado buscando-se a significação do espaço na explicação da vida social. Definiu-se a região tendo por base a constituição de uma fronteira binacional que conforma uma paisagem na qual os intercâmbios entre os agentes sociais ultrapassam os limites políticos, econômicos, culturais e sociais.

Considerando, a concepção de fronteira dominante no contexto atual tentou-se sublinhar os personagens dessa fronteira-integração, em um momento de imprecisões e descontinuidades.

Procurou-se ainda, refletir sobre a lógica e o grau de interação local que as comunidades fronteiriças de Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai conseguem articular mutuamente, seja ultrapassando os limites jurídicos e políticos, seja buscando beneficiar-se das ações impressas pelas políticas integratórias, seja adquirindo papel protagônico a partir da nova condição de centralidade que recebe a região, no contexto da integração regional e do MERCOSUL.

Neste contexto, atores sociais de ambos os lados da linha internacional não medem esforços, na tentativa de ultrapassar os obstáculos e empecilhos decorrentes das leis municipais, estaduais e nacionais, causadoras muitas vezes dos entraves a projetos de desenvolvimento social, econômico e cultural. Para Almeida, “a questão que se coloca hoje diz respeito, portanto, à possibilidade de nascimento de um novo modo de desenvolvimento ou de organização social desenvolvimentista e modernizadora, que tenha uma base social, econômica, cultural e ambiental mais sustentável”. (BECKER, apud ALMEIDA, 2001 p.20).

No caso de Santana do Livramento e Rivera, há a idéia de que as diversidades sub-regionais, locais e transfronteiriças devam ser consideradas como primordiais para a concepção de formas adequadas de desenvolvimento social e econômico. Nesta perspectiva, as desigualdades regionais e as diferenças político-administrativas deixariam de ser reconhecidas apenas do nível macro ou entre duas nações soberanas, e passariam a ser reconhecidas como problemas a serem solucionados de forma integrada e global.

A integração regional resume de certa forma o ambiente político-social que se apresenta no cotidiano das cidades limítrofes de Santana do Livramento e Rivera. A definição de limite não aparece como sendo uma linha convencional onde começa a soberania de um Estado e termina a de outro. O termo fronteira, nesta localidade tem significado diferente das demais regiões de seus respectivos países. Enquanto para a maioria dos brasileiros e uruguaios a fronteira significa controle de passaportes, barreiras alfandegárias e outros obstáculos à liberdade de movimentos, para santanenses e riveirenses, a fronteira significa a visão de uma situação privilegiada, uma porta de entrada e saída, um verdadeiro intercâmbio político, social, cultural e econômico entre as duas sociedades.

Enfim, uma nova formulação da política de saúde para a região de fronteira deve ser estruturada a partir da renúncia ao modelo de saúde pública tradicional, conservador, que reafirma, com suas práticas, as tendências privatistas e de mercado, devendo privilegiar um conceito de saúde mais ampliado, além fronteiras, articulando, assim, as discussões sociais do

MERCOSUL e os debates locais que anseiam por respostas a situações vivenciadas em seu cotidiano.



## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, Vera do Prado Lima. *Fronteira Gaúcha: Santana do Livramento*. Caderno de História – Memorial do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Cultura/Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2008.

AMARAL, Tatiana Ribeiro do. *Una comunidad de habla, Dos comunidades de lengua: la alternancia de códigos como signo de identidad en la frontera brasileño-uruguaya*. Tese de Doctorado en Lengua Española y Lingüística General, Facultad de Filosofía y Letras/Departamento de Filología Española/Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España, 2008.

ASSEF, Liane Chipollino. *Memórias boêmias: histórias de uma cidade da fronteira (1930-1960)*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

BECKER, Dinizar Fermiano. *Desenvolvimento sustentável: necessidades e/ou possibilidade?* 3ª Ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, R. Elaine. BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENTANCOR, Gladys. *El Espacio cotidiano fronterizo a través de las estrategias de vida de uruguayos y brasilenos en Rivera-Livramento*. Dissertação de Mestrado, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación/Universidad de La República. Montevideo/UY, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 41ª. Edição atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Censo, 2000*. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default\\_territ\\_area.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm). Acessado em 29 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. *Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguaí. *Regimento Interno*. Chuí/Brasil, 2004. Disponível em <http://www.eavirtual.ea.ufrgs.br/cbbu/>. Acessado em 06 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. *Epidemiológicas e Morbidade: 2000-2005*. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B374C1D0E0F359G901HIJd1L21M0N&VInclude=../site/infsaude.php>. Acessado em 06 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto SIS-Fronteiras. *Diagnóstico Local de Saúde – Santana do Livramento*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul–UFRGS – Escola de Administração e Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras, Porto Alegre, 2007. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diagnostico\\_Local\\_Santana\\_do\\_Livramento-RS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diagnostico_Local_Santana_do_Livramento-RS.pdf). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil* (Relatório Final), Brasília, abril de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério das Relações Exteriores-MRE. *Ata do Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre a o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai, 1975*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_148\\_4005.pdf](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_148_4005.pdf). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai, 1981*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_170\\_4027.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_170_4027.htm). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata da Declaração do Jaguarão, 1990*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b-urug\\_210.pdf](http://www2.mre.gov.br/dai/b-urug_210.pdf). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata de Instalação do Comitê de Fronteira Artigas-Quaraí, 1991*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_212.pdf](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_212.pdf). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Acordo de criação dos Comitês de Fronteira nas cidades de Chuy-Chuí, Rio-Branco-Jaguarão, Rivera-Santana do Livramento*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_239\\_4093.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_239_4093.htm). Acessado em 27 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Ajuste Complementar de criação e implementação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil – Uruguai, 2003*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_261\\_4932.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_261_4932.htm). Acessado em 27 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para implantação do Projeto de "FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL DAS ASSESSORIAS INTERNACIONAIS DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE DO BRASIL E DO URUGUAI", 2006*. Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_280\\_5854.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_280_5854.htm). Acessado em 27 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a*

*Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, 2004.* Disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_urug\\_255\\_5003.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_255_5003.htm). Acessado em 27 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. *Ata do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para prestação de Serviços de Saúde, 2008.* Disponível em: [http://www.eavirtual.ea.ufrgs.br/cbbu/biblioteca/mostrar.php?COD\\_ARQUIVO=17](http://www.eavirtual.ea.ufrgs.br/cbbu/biblioteca/mostrar.php?COD_ARQUIVO=17). Acessado em 29 de abril de 2009.

CICCOLELLA, Pablo José. CASTELLO, Iara Regina, KOCH, Miriam Regina (org.) et al. *Fronteiras na América Latina – espaços em transformação.* Porto Alegre, RS. Ed. Da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Fundação de Economia e Estatística, 1997.

COSTA, Lucia Cortes da. *Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil.* Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

EL PAIS. Montevideo: EL PAIS-TESTONI STUDIOS. *URUGUAY Y SUS 19 DEPARTAMENTOS,* 2008.

FEE. Fundação de Economia e Estatística – Siegfried Emanuel Heuser. *Resumo Estatístico do RS: Município: Santana do Livramento.* Disponível em: [http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/resumo/pg\\_municipios\\_detalhe.php?municipio=Santana+do+Livramento](http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Santana+do+Livramento). Acesso em 23 de janeiro de 2009.

FIORI, José Luis. TAVARES, Maria da Conceição (orgs). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização.* Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 1997.

GADELHA, CAG; COSTA, L. A política nacional de integração e o desenvolvimento das fronteiras: o programa de desenvolvimento da faixa de fronteira – PDF. In Oliveira TCM (org). *Território sem Limites. Estudos sobre fronteiras.* Campo Grande: Editora UFMS, 2005 (p.25-46)

GADELHA, CAG; COSTA, L. *Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento.* Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S214-S226, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2009.

GALLO, E; COSTA, L, MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS MERCOSUL. In: GALLO, E; COSTA, L (orgs). *SIS MERCOSUL: uma agenda para a integração.* Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2004.p. 41-53. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ST\\_09\\_Port.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf). Acessado em 28 de abril de 2009.

GIOVANNI, Di Geraldo. *As Estruturas Elementares das Políticas Públicas.* UNICAMP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas: Caderno de Pesquisa, nº82. Campinas, 2009.

GOMEZ, Marcela Beatriz; NOGUEIRA, V.M.R.; SIMIONATTO, Ivete. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: NOGUEIRA, V. M. R; SIMIONATO, I. (orgs). ***Dilemas do MERCOSUL: reforma do estado, direito á saúde e perspectivas da agenda social.*** Florianópolis: Lagoa Editora, 2004.

GONZÁLEZ, Miguel Angel Sánchez. Relações culturais e desafios éticos da saúde em um mundo globalizado. In: SOUZA, Maria de Loudes de (org). ***A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras.*** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

GUGLIANO, Alfredo Alejandro. ***Alternativas de participação dos cidadãos na gestão pública - Uma comparação entre Porto Alegre e Montevideú.*** Revista de Ciências Sociais, Ano 02, nº 01, junho de 2002.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Ligia. ***Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde.*** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.29, n.71, set/dez, 2005.

GUIMARÃES, Luisa; QUEIROZ, Vinicius P. Integração europeia e acordos fronteiriços em saúde na euroregião de Extremadura – Alentejo. In: MENDES, Jussara Maria Rosa (Org.). ***MERCOSUL em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social.*** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

HAESBAERT, Rogério. ***Dos Múltiplos Territórios á Multiterritorialidade.*** Anais do I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades. Porto Alegre: ULBRA – AGB, pg.03, 2004

MACHADO, Lia Osório. ***Limites, Fronteiras, Redes.*** In: BLAUTH, Nely; DAMIANI, Anelise; DUTRA, Saad Viviane; SCHAFFER, Naiva Otero; STROHAECKER, Tânia M. Fronteiras e espaço global. Porto Alegre: Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Porto Alegre, 1998, p. 41 - 49.

MARTIN, A.R. ***Fronteiras e Nações.*** São Paulo: Editora Contexto, 1989.

MELO, Alex Fiúza de. Concepção Política da Globalização. In: SOUZA, Maria de Loudes (org). ***A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras.*** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

MÉLO, José Luiz Bica. Reflexões conceituais sobre fronteira. In: CASTELLO, Iara Regina; KOCH, Miriam Regina; OLIVEIRA, Naia; SCHAFFER, Naiva Otero; STROHAECKER, Tânia M. ***Fronteiras na América Latina: espaços em transformação.*** Porto Alegre: Editora da UFRGS/FEE, 1997.

MENDONÇA, Nadir Domingues. ***O impacto da fronteira sobre a vida das pessoas de uma comunidade – Santana do Livramento/Rivera.*** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História. Porto Alegre: PUC-RS, 1980.

MESQUITA, Zilá. Procura-se o coração dos limites. In: CASTELLO, Iara Regina; LEHNEN, Arno Carlos; SCHAFFER, Neiva Otero (orgs.). ***Fronteiras no MERCOSUL.*** Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/co-edição Prefeitura Municipal de Uruguaiana, 1994, p. 69 – 73.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Ed. Revista Aprimorada, São Paulo/SP: Hucitec, 2006.

MEZZARROBA, Orides; SARTOR, Vicente Volnei de Bona. Os Conselhos Municipais de Saúde nos espaços de fronteira. In: *A Saúde na Fronteira Seca Brasil-Argentina*. Maria de Lourdes de Souza (org.). Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

NAVARRETE, Margarita. *Región Fronteriza Uruguayo – Brasileira/Laboratório social para la integración regional: cooperación e integración transfronteriza*. Diploma de Estudios Internacionales e Integración. Faculdade de Ciências Sociais/Universidad de la República. Montevideú, 2006.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Em defesa da política*. São Paulo: SESC, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma nova agenda*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_. Direitos e cidadania nos processos de integração regional: o caso Mercosul. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING R. Elaine; SANTOS, Silvana Mara de Moraes; MIOTO, Regina Célia Tamasso (Orgs). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

\_\_\_\_\_. DAL PRÁ, Keli; Fermino, Sabrina. A garantia e a fruição do direito à saúde nos municípios da linha das fronteiras Mercosul. In: MENDES, Jussara Maria Rosa (Org.). *MERCOSUL em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

\_\_\_\_\_. SIMIONATO, I. O direito à saúde nos textos constitucionais. In: *Direito à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do MERCOSUL*. Relatório Parcial de Pesquisa. Projeto Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação – CNPq/ FUNCITEC. UFSC. Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA, Ricardo José Batista. *Fronteira: Espaço de Referência Identitária?*. Revista Ateliê Geográfico da Universidade Federal de Goiânia – UFG/IESA. V.1, n.2, Dez/2007, Goiânia-GO, 2007, p.27-41.

OPAS. *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos*. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/BI-brochure-2006.pdf>. Acessado em: 21 de outubro de 2008.

OPAS. *Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay*. 2002. Disponível em: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeuruguay-ES.pdf>. Acessado em 15 de fevereiro de 2009.

PADRÓS, Enrique Serra. *Fronteiras e integração fronteiriça: elementos para uma abordagem conceitual*. In: Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. V.17, nº ½, jan/fev, Porto Alegre, 1994.

PEITER, Paulo César. *Geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. 2005. Tese de Doutorado em Geografia - Programa de Pós Graduação em Geografia - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2005.

PESSÔA, Luisa Regina. *Unidades de Aprendizagem Contextualizando e Planejando*/Luisa Regina Pessoa (org.). Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

PREUSS, Lislei Teresinha. *O Direito à Saúde na Fronteira: Duas versões sobre o mesmo tema*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

RIBEIRO, Gustavo Lins. *Economic Globalization from below*. Etnografia-Revista do Centro de Antropologia Social, v.X, n°2, p. 233-249, 2006. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v10n2/v10n2a02.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2009.

RODRIGUES, Antonio Luiz. *Epidemias na Faixa de Fronteira Brasileira (Paper)*. Apresentado durante o VII Encontro Nacional de Estudos Estratégicos – Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República do Brasil, nos dias 06, 07 e 08 de novembro de 2007, Brasília-DF.

SANCHEZ, Andrea Quadrelli. *A Fronteira Inevitável: um estudo sobre as cidades de fronteira Rivera (Uruguai) e Santana do Livramento (Brasil) a partir de uma perspectiva antropológica*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS. Porto Alegre, 2002.

SCHAFFER, Neiva Otero. *Urbanização na fronteira*. Editora da Universidade. UFRGS, 1993.

SANATANA DO LIVRAMENTO. Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Santana do Livramento, 2003.

SARQUIS, Patrícia. *La educación em zonas de fronteira: púntese de investigaciones realizadas em Argentina*. In TRINIDADE, Aldema Menine; BEHARES, Luis Eduardo (orgs.). Fronteiras, Educação, Integração. Santa Maria/RS. Ed. Pallotti, 1996.

SILVA, Maria Geusina. *O Local e o Global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional da Assistente Social em Foz do Iguaçu*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SILVA, Rosiéle Melgarrejo da. *Estratégias de luta das comunidades fronteiriças: um estudo de caso das cidades irmãs entre Brasil e Uruguai*. Jornada Práticas de Justiça e Diversidade Cultural. UFPel/UFRGS. Pelotas 25-27 abril 2007. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/ich/jpjd/trabalhos.htm>. Acessado em 06 de abril de 2009.

SILVEIRA, Maj Queima Fidelis. *Fronteiras*. Departamento de Imprensa Nacional, 1966.

SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. *Região e História: questão de método*. In SILVA, Marcos A. República em migalhas: história regional e local. São Paulo: Marco Zero, 1990.

SOLAR, O.; IRWIN, A. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais. Organização Mundial da Saúde. Genebra: 2005. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 13 março de 2009.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O Território: Sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, Iná E. et al. (orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil (77-115), 1995.

URUGUAI. Ministério de Desarrollo Social. DÁVILA, Horácio. La Diversidad del Espacio fronterizo. In: *Políticas de Integración de Frontera: Espacio de vida diverso y complejo*. MIDES/Dirección Nacional de Coordinación Territorial. Rivera, Uruguay, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde Pública do Uruguai. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SAÚDE, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estatística - INE. *Censos2004 Fase1.2004*. Disponível em: [http://www.ine.gub.uy/fase1new/Rivera/divulgacion\\_Rivera.asp](http://www.ine.gub.uy/fase1new/Rivera/divulgacion_Rivera.asp). Acessado em 22 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. 2004b. Disponível em [http://www.ine.gub.uy/fase1new/divulgacion\\_definitivos.asp](http://www.ine.gub.uy/fase1new/divulgacion_definitivos.asp). Acessado em 28 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. 2004c. Disponível em <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/anuario2000/definiciones/Sector%200000.doc> em

VELHO, Otávio Guilherme. *Capitalismo Autoritário e Campesinato: um estudo comparativo a partir da fronteira em movimento*. 2ª ed, São Paulo: DIFEL, 1979.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. *Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos*. Revista Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.9, n.3, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692001000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000300016&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 11 de março de 2009.

WAGNER, Antonia Lucivalda F.S. Mulheres: migrações e desigualdades. In: *A Saúde na Fronteira Seca Brasil-Argentina*. Maria de Lourdes de Souza (org.). Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

WIKIPEDIA. Rivera. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Rivera\\_%28Uruguai%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/Rivera_%28Uruguai%29). Acesso em 18 de janeiro de 2008.

YIN R K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNCICE**





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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA**

Nome da Pesquisa: AÇÕES DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL/URUGUAI - Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde - Santana do Livramento - Rivera.

Mestrando: Maurício Pinto da Silva

Orientador da Pesquisa: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Trata-se a presente pesquisa de campo na coleta dados sobre a atuação do Comitê Binacional de Integração em Saúde frente à problemática do acesso aos serviços sanitários em uma região de fronteira, no sentido de apreender sua trajetória histórica, os sujeitos sociais envolvidos, suas particularidades, experiências, dificuldades e obstáculos enfrentados, bem como as parcerias estabelecidas desde a sua criação.

Tendo o entrevistado recebido todas às informações necessárias em relação à pesquisa e ao formulário e esclarecido dos seus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e aceitar participar da pesquisa.

Direitos do sujeito da pesquisa:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. A segurança de não ser identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;
4. Para esclarecimentos de dúvidas, ficam à disposição os telefones para contato do orientador (48) 3233-5992, (48) 9116-9776 ou (53) 21288291

Desta forma, estando ciente assino o consentimento para o uso das informações contidas na entrevista.

Santana do Livramento-Rivera, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Maurício Pinto da Silva  
Pesquisador

Entrevistado



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

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS EMPÍRICOS**  
**(Entrevista)**

- 1 – Conte-me a trajetória inicial do Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera:
- 2 – Quais são os sujeitos políticos que você identifica como envolvidos com a atuação do Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera?
- 3 – Existem demandas da população fronteiriça em relação as atividades do Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera? Quais são as principais demandas no seu entendimento?
- 4 – Em relação à problemática do acesso aos serviços sanitários na fronteira, quais os avanços que o Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera tem alcançado?
- 5 – Quais os obstáculos e dificuldades que o Comitê Binacional de Integração em Saúde – Santana do Livramento e Rivera tem enfrentado para garantir o acesso à saúde da população fronteiriça?

**ANEXO I**  
**FONTE DOCUMENTAL**

## **REGULAMENTO DA 1ª CONFERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE SANTANA DO LIVRAMENTO – RIVERA**

### **Capítulo I Da Conferência**

Art. 1º - O presente regulamento norteia as atividades da I Conferência de Integração em Saúde, a ser realizada em Santana do Livramento (Brasil) – Rivera (Uruguai), dias 11 e 12 de outubro de 2005. É o foro de debates sobre saúde, em torno das questões de fronteira. Aberta a todos os segmentos da comunidade, tendo como tema central:” Compartilhar, integrar, legalizar e agir em saúde”, cuja finalidade é promover a integralidade na assistência de saúde às populações em áreas fronteiriças;

Art. 2º - Compete à Conferência avaliar a situação de saúde na fronteira Sant’Ana do Livramento – Rivera, integrar as lideranças políticas e comunitárias com os centros de decisão, na proposição de diretrizes para o estabelecimento de sistemas de resolução de ações em saúde eficazes às comunidades.

### **Capítulo II Dos participantes**

Art. 3º - Poderão inscrever-se todos os cidadãos ou instituições interessados em viabilizar ações em saúde nas políticas públicas de saúde, na condição de:

Delegados Natos (membros da Comissão Organizadora do evento: Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento, Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento, Dirección Departamental de Salud de Rivera, Coordinación Departamental de ASSE, Dirección de Salubridad y Higiene dela IMR)

Delegados Convidados

Observadores e Convidados.

### **Capítulo III Da organização e programação**

Art. 4º - A programação oficial prevista para a Conferência inclui painéis, grupos de trabalho e a elaboração de um relatório de resoluções ao final das atividades. A relatoria geral deste instrumento será realizada pela Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, integrado com a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 5º - Os palestrantes disporão de tempo previsto para cada exposição, sendo que, ao final, se fará a observação em relação ao seu término;

Art. 6º - Após cada apresentação, a plenária disporá de tempo para comentários, perguntas e debates, as quais estarão sujeitas ao tempo estabelecido pela coordenação do evento;

Art. 7º - Será facultado a qualquer delegado ou participante manifestar-se por escrito durante as exposições, sendo que as mesmas serão encaminhadas ao expositor ao final da apresentação.

#### **Capítulo IV**

#### **Dos Grupos de Trabalho**

Art. 8º - As oficinas formadas para a discussão das temáticas propostas deverão ter, no máximo, 40 participantes; ao final das discussões, deverá ser feito um documento, com as propostas elencadas e estabelecidas na pauta dos participantes das oficinas;

#### **Capítulo V**

#### **Das disposições gerais**

Os casos omissos neste regulamento serão levados à plenária para resolução

# 1ª CONFERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE



Tema: “Compartilhar, integrar, legalizar e atuar na saúde”

Tema: “Compartir, integrar, legalizar y actuar en salud”

Data: 11 e 12 de Outubro de 2005

Fecha: 11 e 12 de Octubre de 2005

**Local – Club Uruguai – Rivera**  
**REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAY**



### Carta da 1ª Conferência de Integração em Saúde

A 1ª Conferência de Integração em Saúde realizada no Club Uruguai, em Rivera, nos dias 11 e 12 de outubro de 2005, conforme seu Regulamento, constituiu-se num Fórum de debates sobre saúde em torno das questões de fronteira, aberta a todos os segmentos da comunidade, tendo como tema central: **COMPARTILHAR, INTEGRAR, LEGALIZAR E AGIR EM SAÚDE** e, como finalidade, promover a integralidade na assistência de saúde às populações em áreas fronteiriças.

A 1ª Conferência de Integração em Saúde debateu também os seguintes temas: Fronteira Saudável; Sistema Integrado de Saúde de Fronteira; Mercosul ou Fronteira / Mercosul e Fronteira; Atenção Básica em Saúde; Indicadores e Problemas de Saúde na Fronteira Sant'Ana do Livramento / Rivera e DST/AIDS e foram aprofundados pelos participantes, através da realização de Oficinas, os seguintes temas: Atenção Básica, Zoonoses, HIV/AIDS, Drogas, Legislação e Meio Ambiente e Recursos Naturais.

Esta Conferência contou com a participação de autoridades dos dois países - Brasil e Uruguai - e das duas cidades - Sant'Ana do Livramento e Rivera, destacando-se as seguintes representações: Organização Pan Americana em Saúde - OPS/Uruguai; Ministério da Saúde Pública - Uruguai; Ministério da Saúde - Brasil; Cônsul do Uruguai em Sant'Ana do Livramento - Brasil; Cônsul Adjunto do Brasil em Rivera-Uruguai; Diretoria Departamental da Saúde- Rivera - Uruguai; Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - Brasil; Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - Brasil; Conselho Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento - Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento - Brasil; o Intendente Municipal de Rivera - Uruguai; e o Prefeito Municipal de Sant'Ana do Livramento - Brasil.

Destaca-se também o comparecimento de mais de 280 participantes de ambos países e, neste sentido, **os delegados e participantes da 1ª Conferência de Integração em Saúde**, considerando a história de lutas, debates e encaminhamentos já realizados sobre o tema saúde, durante muitos anos; considerando que a saúde é um direito fundamental - direito à vida; e considerando, ainda, a urgente necessidade de ações concretas pela garantia destes direitos **vêm exigir das autoridades do Brasil e do Uruguai que tomem as medidas urgentes de elaboração de políticas públicas** que garantam a legalidade, os recursos e ações para que a população dos dois países tenha acesso às ações e serviços públicos de saúde de qualidade. Para isto a Plenária desta 1ª Conferência de Integração em Saúde apresenta como subsídios o seu relatório reivindicando a participação e o controle social nas ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos.

Rivera/Uruguai, 12 de outubro de 2005.



**TERMINOS DEL COMPROMISO**

A partir de las resoluciones de la Primera Conferencia de Integración en Salud de la Frontera, fue aprobada la creación de un Comité Binacional para la elaboración de políticas públicas e integración de las comunidades de Rivera-ROU y Santana do Livramento-Brasil.

Por Rivera, forman parte los siguientes representantes:

Instituciones	Titular	Suplente
Intendente Municipal de Rivera.	Tabaré Viera	
Dirección Dptal. De Salud	Dra Aida González Zás	Dra. Rosana Guevara
Dirección de Higiene y Medio Ambiente IMR	Dr. Mame Osorio	Qco. Alejandro Bertón
CASMER	Dr. Néstor Belzarena	Dr. Juan Scaraffuni-Dra. Marta Rivero.
COMERI	Dr. Juan Alberto Beis	
Sindicato Médico de Rivera	Dr. Bernardo Hochmann.	Dra. Beatriz Zinger-Dr. Jorge Montaña.
Federación Única de la Salud. Sutam	Lic. Ana Picapedra	Aux. Enf., Ana Prado
Federación de Funcionarios de Salud Pública.	Sra. Graciela Bertoche	Sra. Graciela O'Livera
Intersindical	Sr. Cleber Ribero.	Sr. Artigas Heredia
Comisiones Fomento de las Policlinicas Periféricas.	Sra. Mary Campelo	Sr. Luis Suarez.
Clubes de Servicio/ Cruz Roja Comisiones Vecinales	Mstra. Bettina Carballo. (Provisoria)	Sra. Gladys Canzani
Asociación de Maestros	Mstra. Marta Piñeiro	Mstro. Marcelo López
Comité Dptal De Centros Caif.	Sra. Marlene Duarte.	
Ag. Universitaria /Centro Universitario	Asist. Social Nury Shirmer.	

Rivera, 02 de Diciembre del 2005.

Handwritten signatures and stamps of the representatives. A prominent signature is 'Tabaré Viera Intendente Municipal'. Other signatures include 'Gladys Canzani', 'Marta Piñeiro', 'Marlene Duarte', and 'Nury Shirmer'. There are also circular stamps from the 'Comité Binacional' and 'Intendencia Municipal de Rivera'.





### TERMO DE COMPROMISSO

A partir das resoluções da I Conferência de Integração em Saúde da Fronteira, foi aprovada a criação de um Comitê Bi-Nacional para elaboração de políticas públicas a integração das comunidades de Rivera – ROU e Sant’Ana do Livramento – Brasil.

Por Sant’Ana do Livramento, fazem partes os seguintes representantes:

Secretaria / Entidade	Titular	Suplente
Prefeito Municipal	Wainer Vianna Machado	
Secretária M. de Saúde	Valmir Rosa da Silveira	Eder Fernando Fialho Ribeiro
Vigilância Sanitária	Andréa de Lima Pereira	João Batista Santana
Secretária M. de Agricultura	Elkoi Luft	Alex Fabiano Fernandes Gomes
Santa Casa de Misericórdia	Rosane Machado Cardoso	Ledia Marisa da Silva dos Santos
Cardio Neuroclínica	Lilian Antunes Araújo	Nelson Eula Marques
Sociedade Santanense de Medicina	Dr. Adalberto Rosses	Dra. Maria Helena Gisler Padilha
SINDISAÚDE	José Paulo da Silva	Flavio Madeira Chaves
UNAMOS	Deodoro Machado Lemes	Carine Frassoni
APAE	Glauce Nadia da Roza Gonçalves Dias	Rinaldo Pereira Rodrigues
Conselho Municipal de Saúde	Horácio Dávila Rodriguez	Ricardo César Silva
Conselho Municipal de Saúde	Tânia Marici Carneiro Vieira	
Pastorais Sociais	Elizabeth Padilha Ramos	Neila Terezinha Allende dos Santos
Ordem dos Advogados do Brasil	Dr. Aquiles Pires Rodrigues	Dr. Carlos Weber
UERGS	Sandro Bonow	Jose Carlos Lopes

Sant’Ana do Livramento, 02 de dezembro de 2005.

Handwritten signatures and notes in blue ink are present below the table. The signature of Wainer Vianna Machado is prominent, with his name printed below it: Wainer Vianna Machado, Prefeito Municipal. Other signatures include those of Rosane Machado Cardoso, Deodoro Machado Lemes, and Glauce Nadia da Roza. There are also several illegible signatures and scribbles. At the bottom, a signature reads 'Dr. Dalcy... Maell'.



Intendencia  
de  
Rivera

**ACTA INAUGURAL DEL COMITÉ BINACIONAL DE SALUD.** - En la ciudad de Rivera, el dos de diciembre de dos mil cinco, siendo la hora veinte en el Edificio de la Intendencia de Rivera, PRESENTES: Representantes de los países de la República Oriental del Uruguay y de la República Federativa del Brasil, Señor Intendente de Rivera Tabaré Viera Duarte, conjuntamente con el Secretario General Dr. Vilibaldo Rodríguez y el Señor Prefeito de la ciudad de Santa Ana do Livramento Wainer Vianna Machado y demás representantes de las ambas ciudades (que serán en su totalidad 30 miembros, 15 de cada país), los cuales se reúnen con el cometido de crear EL COMITÉ BINACIONAL DE SALUD .-

Segundo: Por la ciudad de Rivera presentes por la Dirección Dptal de Salud Dra. Aida Gonzalez, Dra Rosana Guevara, por la Intendencia de Rivera el Director de Salubridad Higiene y Medio Ambiente Dr. Marne Osorio, Quim. Alejandro Bertón, por Casmer el Dr. Néstor Belzarena, Dr. Juan Scaraffuni y Dra Marta Rivero, por Comerí, Dr. Juan Alberto Beis, por el Sindicato Médico de Rivera Dr. Bernardo Hoffman, Dra. Beatriz Zinger, Dr. Jorge Montaña, por el Sindicato SUTAM Lic Ana Picapedra, Lic Ana Prado, por FFSS Sra. Graciela Bertoche, Sra. Graciela Olivera Relacionados con la Comunidad: Artigas Heredia, Sr. Riocardo Fleitas por Intersindical, por Comisiones Fomento de las policlinicas Mary Campelo y Sr. Luis Suarez, Comisiones Vecinales Bettina Carballo,

Asociación de Maestros Marta Piñeiro, Marcelo López, Comité Dptal Centros Caif, Marlene Duarte, Ag Universitaria/Centro Universitario Asis Social Nury Shirmer, Clubes de Servicio/Cruz Roja Gladis Cansan y por la ciudad de Santa Ana do Livramento la representan además del Prefeito Wainer Vianna Machado, presente el Secretario del Ministerio de Salud Sr. Valmir Rosa da Silveira, Eder Fernando Fialo Ribeiro, Vigilancia Sanitaria Andrea de Lima Pereira y Joao Batista Santana, Secretaria de Agricultura Eloi Luft y Alex Fabiano Fernández Gomes, Santa Casa de Misericordia, Rosane Machado y Leda Marisa da Silva dos Santos, Cardio Nefroclinica Lilian Antunes Araujo y Nelson Marques, Sociedad Santanense de Medicina Dr. Adalberto Rosses y Dra. Maria Helena Gisler Padilha, Sindisaude Jose Paulo da Silva y Flavio Madeira Chaves, UNAMOS Deodoro Machado Lemes y Carine Frassoni, APAE Glauce Nadia da Roza y Goncalves Dias y Ronaldo Pereira Rodrigues, Consejo Municipal de Salud Horacio Davila Rodriguez, Tania Marici Carneiro y Ricardo César Silva, Pastorales Sociales Elizabeth Padilha Ramos, Neila Teresina Allende dos Santos, Orden de los Abogados del Brasil, Dr. Aquiles Pires y Dr. Carlos Veber, EURGS Sandro Bonow y José Carlos Lopes.- Tercero: Objeto: En este acto se inaugura el Comité nombrado y la Comisión Binacional de la Salud que tendrá su sede en las ciudades de Rivera-Livramento, la que se ocupará de toda problemática de la salud en esta frontera, abierta a todos



Intendencia  
de  
Rivera

los sectores de la comunidad, teniendo como principal objetivo avanzar en la concretización de las propuestas de la I Conferencia Binacional de Salud Santa Ana de Livramento, actividades desarrollada en los días 11 y 12 de octubre del corriente año. - Cuarto: Organizará los recursos disponibles para la atención e incremento conjunto de acciones en salud de la frontera teniendo como objeto a demás del nombrado. a.- obtener la participación de la sociedad organizada en la conducción de las políticas públicas en salud, b.- ser un instrumento en las cuestiones de salud comunitaria, en la deliberación e instrumentación de planes de acción y propuestas de interés sanitario, c.- ser un canal abierto y competente para el flujo de informaciones, pudiendo alcanzar las esferas más relevantes de los gobiernos nacionales integrantes del MERCOSUR, d.- sensibilizar a la sociedad en general de la importancia y mantener un control armónico de la salud en esta zona, e.- aplicar las normas de armonización propuestas a nivel regional, a partir de las directrices emanadas de la Reunión de Ministros de la Salud del MERCOSUR", f.- proceder a la articulación entre las entidades de la salud de los países mencionados precedentemente en dirección al desencadenamiento de soluciones para los problemas comunes de la comunidad fronteriza.-

Quinto: Establecerá políticas públicas de salud y establecerá sistemas de resolución de acciones eficaces,

