

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E BEM-ESTAR NA SAÚDE FRONTEIRIÇA

TALITA RAQUEL PRESCHADT ^[1]; ADRIANO SILVA DA ROSA ^[2];

EDEMAR ROTTA ^[3].

1 Introdução

O presente trabalho se constitui a partir de estudo bibliográfico para as Fronteiras do Mercosul realizado através da CÁTEDRA DOCTORAL INTERNACIONAL RED CIDIR, tendo a contextualização do desenvolvimento sustentável e o bem-estar na saúde das populações que ocupam estes espaços fronteiriços como foco central. Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde conforme preconizada pela Constituição Federal. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas (Gallo, 2004).

As mesmas dificuldades têm sido observadas nos países que fazem fronteira com o Brasil. Essa mobilidade entre fronteiras, tem gerado grandes dificuldades para os prefeitos e gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública (Dain, 2004).

Este artigo traz uma breve reflexão sobre as possibilidades e barreiras à execução de uma ação integradora de saúde nas fronteiras. Para tanto, apresenta o histórico da motivação da criação do SIS e sua importância político-econômica e social, (Costa, 2004).

2 Objetivos

¹Graduada em Marketing, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio grande do sul/Unijui, e-mail: talimkt@yahoo.com.br

²Mestrando em Desenvolvimento e Políticas Públicas, Universidade Federal Fronteira Sul/UFFS, e-mail: adrianodarosa31@gmail.com

³Pós-doutorado em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS, e-mail: erotta@uffs.edu.br

O objetivo principal é entender e visualizar os processos de transfronteirização, percepções de territorialidades e interculturalidades presentes e inexistentes na fronteira. Os conceitos principais utilizados neste estudo serão: desenvolvimento, sustentabilidade, fronteiras, saúde e Estado. A seguir será explorado os principais avanços esperados em decorrência dessa ferramenta de integração, acompanhada da exposição acerca das dificuldades intrínsecas a esse processo de integração e, por fim, são sugeridas algumas linhas de ações que podem ser, no curto prazo, implementadas. Este trabalho pretende figurar como um convite a debate mais aprofundado sobre as possibilidades de ações que levem à integração dos sistemas de saúde na região de fronteira.

3 Metodologia

Em termos metodológicos, o presente artigo é baseado em uma pesquisa com o método da revisão bibliográfica e o estudo documental, tendo o tema desenvolvimento sustentável e o bem-estar na saúde das populações que ocupam estes espaços fronteiriços. A revisão bibliográfica possibilitou o aprofundamento de conceitos, como: desenvolvimento, saúde, fronteiras. Esta análise complementou, os ensaios conceituais trazidos no artigo, caracterizando, assim, uma abordagem qualitativa. Nesse sentido, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias.

Em um segundo momento, a pesquisa documental possibilitou melhor análise do sobre os conceitos e diretrizes do Mercosul que abrange os cinco países (Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai, Bolívia e Venezuela). A referência metodológica utilizada indica um debate qualitativo na área da saúde e fronteiras, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, sendo recomendável em estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como se constroem a si mesmos, sentem e pensam em torno da região de fronteiras do Mercosul.

4 Resultados e Discussão

O tema da integração regional de fronteiras têm sido objeto de muitos estudos, sobretudo após a emergência e a consolidação de blocos econômicos em diferentes partes do mundo. Os blocos econômicos se constituem a partir da reunião de países vizinhos (ou de países com afinidades culturais e comerciais) com

objetivos de integração econômica e ou social. Podem ser classificados como Áreas ou Zonas de Livre Comércio, Uniões Aduaneiras, Mercados Comuns ou União Monetária, sendo que cada uma dessas categorias indica uma etapa de desenvolvimento do bloco (FRANÇA 2008).

Na América Latina, a ideia de integração não é uma novidade e já estava presente nos projetos dos libertadores do século XIX, como se observa na proposta de Simón Bolívar, que defendia a construção de uma Pátria Grande, ou seja, um grande continente, unido e independente. Como movimentos de integração da América Latina, identificam-se, além do ideal de Pátria Grande, o acordo de Cartagena ou Acordo Sub-Regional de Integração Econômica, subscrito em outubro de 1969 por Bolívia, Colômbia, Chile, Peru e Equador.

Ainda que as prioridades encontradas no âmbito do MERCOSUL tenham sido as ações em relação à normatização sobre os produtos de saúde e de vigilância sanitária, e, por último, a padronização dos serviços de saúde, há avanços inegáveis no controle das normas de fabricação de produtos, como por exemplo o tabaco.

A saúde vem se consolidando no bloco, tendo como base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre os determinantes sociais de saúde. Essa orientação se dá em face de o Brasil ter o sistema de saúde mais desenvolvido da região (FRANÇA 2008).

Em 2006 ocorreram três fatos importantes para a integração social do MERCOSUL: a entrada da Venezuela como Estado Parte, a Sessão Solene do Parlamento do MERCOSUL (PARLASUL) e a I Cúpula Social do MERCOSUL. Esta última foi realizada em dezembro de 2006, em Brasília e constituiu um marco na construção do MERCOSUL cidadão (MERCOSUL, 2007). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde OPAS (2007), 38,6% da população do Paraguai não possui acesso a serviços de saúde e 81,1 % da população não possui cobertura de seguridade social ou seguros privados. Isso explicaria a migração intensa para o Brasil na procura de cuidados de saúde.

Na Argentina prevalece o modelo de atenção chamado por Conill (2006), de modelo segmentado. A diferença com a atenção da saúde no Paraguai são as ações Corporativas, divididas de acordo com os diferentes grupos de trabalhadores e empregadores e suas distintas contribuições fiscais, chamadas de Obras Sociais sob regulação estatal, essas instituições ofereciam cobertura de diversos tipos, sendo

corrente a expressão obras Sociais ricas e Obras Sociais pobres (Bermartino, 1995 apud Conill, 2006).

Em 1997, na Argentina, implantou-se o Plano Médico Obrigatório (PMO), oferecido tanto pelo setor público como pelo privado, com incentivo à competição entre eles pelo Estado e liberdade de escolha para os beneficiários (CONILL, 2006). No Brasil de acordo com a classificação de Conill (2006), encontra-se o modelo de contrato público, mostrando-se na universalização do acesso à saúde, no financiamento público com alocação de recursos e uma diversificada ação dos prestadores em função de critérios de produtividade e de qualidade.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS, é destaque na América Latina por ter conseguido unificar a cobertura dos serviços dos beneficiários do seguro social com o restante da população não inserida no mercado formal de trabalho (Conill, 2006).

Em 1993 é criado, na Colômbia, o Sistema General de Seguridade Social em Salud (SGSSS), que visava aumentar a cobertura por meio dos Planos Obrigatórios de Saúde (POS).

No Chile, nos anos 1950, de forma absolutamente inovadora no continente, o Chile cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), responsável pela assistência curativa de indigentes, de trabalhadores formais e de serviços de prevenção de forma universalizada por meio de uma rede de atendimento distribuída em treze zonas de saúde. Atualmente a saúde no Chile é um mix público privado, com dualidades no financiamento e na prestação dos serviços e baixa autonomia na regulação dos serviços de saúde por parte do Estado. E por fim discutimos sobre a Venezuela, assim como nos outros países, as reformas liberais dos anos 80 e 90 do século XX também atingiram as políticas sociais, favorecendo a exclusão das classes sociais pobres, o elitismo e o desmonte do sistema público de saúde com a aplicação de políticas de privatização e de descentralização, que aniquilaram as possibilidades da manutenção dos hospitais públicos, substituídos pelo rentável mercado das clínicas privadas.

Apesar de o processo de integração ser relativamente lento, especialmente no que se refere às políticas sociais do MERCOSUL, isso não influencia o fato de que gestores das fronteiras já compartilham ações e que populações que se deslocam diariamente utilizam-se de serviços em países vizinhos. Nesse caso, a

realidade cotidiana se impõem às restrições legais (Gallo *et al.*, 2004).

Dain (2004 apud Gallo *et al.*, 2004) relata que a harmonização de protocolos e ações de vigilância não serão necessariamente, convergentes com a organização dos serviços de atenção à saúde. As ações de vigilância sanitária respaldam os interesses de cada país. Sabendo que as doenças e as epidemias não respeitam fronteiras geográficas, a imigração entre os países na procura de serviços de saúde principalmente em relação ao Brasil é considerada um sério problema a ser resolvido pelo MERCOSUL e, em especial, pelo Brasil nas cidades fronteiriças (Dal Prá *et al.*, 2007).

O Brasil possui fronteira seca com 10 países da América Latina. Nos Estados Partes do MERCOSUL, o Brasil possui com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 3.694,8 km de fronteira e, com a Venezuela, 2.199 km, perpassando seis Estados fronteiriços: Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o que corresponde a 74 municípios brasileiros de fronteira, sendo que 81,8% deles possuem menos de 30 mil habitantes (BRASIL, 2006a). A discussão sobre a saúde enquanto política social e a questão da cidadania latina no âmbito do MERCOSUL nos mostram o limite raso entre a integração econômica e social.

5 Conclusão

Nos documentos analisados, pôde-se observar que de fato há uma preocupação do MERCOSUL com a integração na área da saúde, há uma nova esperança, mesmo que não se possa classificar o MERCOSUL como um movimento de integração contra-hegemônico como a ALBA, e a UNASUL, ele vem de forma inovadora atualizando a bibliografia da década de 1990. Na sistematização dos resultados identificou-se que a saúde é um importante setor para o processo de integração. Compreendida como um direito social conquistado, a saúde integrada, ou a construção do sistema integrado de saúde no MERCOSUL, se apresenta como uma possibilidade de organização do bloco no sentido de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ao controle das doenças na região pela referência e pela contra-referência dos serviços e das informações em saúde e pela padronização e harmonização de políticas de saúde entre os Estados Partes.

Destaca-se também os avanços no controle das epidemias de HIV/AIDS e

dengue; a contenção do uso do tabaco em todo o MERCOSUL; a criação e aprimoramento do Banco de Preços de Medicamentos e os mecanismos de negociação regional com os grandes laboratórios privados, onde os países agem em conjunto, pressionando estes laboratórios a reduzirem os valores dos medicamentos, em grande medida elevados pelo regime de patentes e for fim, as iniciativas na organização dos serviços de saúde nas regiões de fronteira.

Palavras-chave: Desenvolvimento. Sustentabilidade. Fronteiras. Saúde. Estado.

Financiamento (Se for o caso): CAPES

Referências Bibliográficas;

ACORDO ENTRE BRASIL E ÁFRICA PERMITE ABERTURA DE FÁBRICA DE MEDICAMENTOS CONTRA AIDS. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/noticias/40499/acordo-entre-brasil-e-africa-permite-abertura-de-fabrica-de-medicamentos-contr-aids/> . Acesso em: 15 de agosto de 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm) . Acesso em: 15 de agosto de 2024.

Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva; SOUZA CAMPOS et al.; São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2006. p. 563-613.

COSTA, L., Agenda Estratégica Nacional e o Ministério da Saúde: a importância da construção de um Plano Nacional de Saúde democrático. Brasília: Ministério da Saúde, Mimeo. 2004

DAIN, S., Subsídios para a Formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de Prestação de Serviços de Saúde no MERCOSUL e suas Regiões de Fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde. Brasília, Mimeo. Março, 2004.

DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamasso. O desafio da Integração Social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23 Sup. 2:S164-S173, 2007.

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. SIS MERCOSUL uma agenda para a integração.

GALLO, Edmundo et al. Cooperação em saúde e integração regional: políticas para promover a dinamização do complexo da saúde no MERCOSUL. Gallo E, Costa L, organizadores. SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, p. 21-31, 2004.

GUIMARAES, L.; GIOVANELLA, L. Integração econômica regional e políticas de saúde: União Européia e Mercosul. [Tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

GUIMARAES, L.; GIOVANELLA, L. Integração Européia e Política de Saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9): 1795-1807, set., 2006.

<http://www.mercosulsaudevsite.com.br> Acesso em 15/08/2024.

MENDES, E.V.; Uma Agenda para a Saúde - O Sistema único de Saúde um Processo em Construção. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

MERCOSUL, 2002. Sistema de Informação em Saúde áreas prioritárias em DST/HIV/AIDS. Disponível em: <http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/reuniao/atas/CN_1_02/ANEXOIX.htm/>.

Acesso em 06/08/2024.

MERCOSUL. COMUNICADO CONJUNTO DOS PRESIDENTES DOS ESTADOS

MERCOSUL. Controle do Tabaco no MERCOSUL Relatório Evolutivo 2004-2008. Rio de Janeiro, 2008.

MERCOSUL. MERCOSUL Social e Participativo: Construindo o MERCOSUL dos povos com democracia e cidadania. Brasília: Ibraes, 2007.

MERCOSUL. Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao Mercosul. Caracas, Venezuela, 2006. Disponível em:

<http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/protocolo-de-adesao-da-republica-bolivariana-da-venezuela-ao-mercosul/protocolo-de-adesao-da-republica-bolivariana-da-venezuela/>>. Acesso em 25/08/2024f.

MERCOSUL. Protocolo de Brasília. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=56&Itemid=35>. Acesso em 15/08/2024c.

FRANÇA, Ilana Conrado et al. Mercosul em debate: mudanças e resistências no enfrentamento da questão social. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). TC 80: Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde - Projeto Acesso da população Brasileira à Atenção Básica em Saúde Brasília: OPAS; 2013. vación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud Washington: OPS; 2007.

PARTES DO MERCOSUL. Montevideu, Uruguai, dezembro de 2009i. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/comunicado-conjunto-dos-presidentes-dos-estados-partes-do-mercosul-e-estados-associados/> acesso em 20/08/2024.