

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ
DO IGUAÇU CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA -
MESTRADO**

NATÁLIA DIAS ALVES PÚBLIO HAUM

**O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de
fronteira**

FOZ DO IGUAÇU

2020

NATÁLIA DIAS ALVES PÚBLIO HAUM

**O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de
fronteira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira. Mestrado, do Centro de Educação de Letras e Saúde da Universidade Estadual do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: saúde pública. Linha de pesquisa: políticas de saúde em região de fronteira.

Orientadora: Dr.^a Manoela de Carvalho.

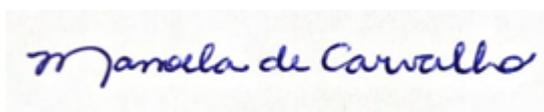
Foz do Iguaçu

2020

HAUM, N.D.A.P. O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de fronteira 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

Aprovado em 05/06/2020

BANCA EXAMINADORA

A handwritten signature in blue ink that reads "Manoela de Carvalho".

Prof. Dr. (a) Manoela de Carvalho (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

A handwritten signature in blue ink that reads "Maria Lucia Frizon Rizzotto".

Prof. Dr. (a) Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

A stylized handwritten signature in blue ink.

Prof. Dr. (a) Maria Geusina da Silva
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

Ao meu pai, Gilson Maciel Públio, que já não está entre nós, mas sei que lá em cima sua luz sempre iluminará minha vida. Deixou a melhor herança, o seu exemplo de caráter, dignidade e força para lutar pelos meus sonhos, sua lembrança me inspira e me faz persistir.

A minha mãe Alfa Públio, exemplo de determinação, de coragem e de luta, agradeço por todo amor, por todas as palavras que me incentivaram nos momentos difíceis, por estar sempre em oração e de joelhos dobrados pedindo a intercessão de Deus na minha vida, que muito contribuiu para que os meus objetivos fossem alcançados.

DEDICO!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre um momento especial, é a oportunidade de reconhecer simbolicamente todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a construção desta pesquisa.

Agradeço em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste projeto.

Em casa, agradeço todo apoio que recebi do meu companheiro, Tarsis Haum, a paciência, o incentivo, as palavras carinhosas sempre presentes em todos os momentos. Sou imensamente grata a minha amada filha, Tainá Haum, estrela que brilha sempre iluminando os meus caminhos, a sua existência me fortalece, com o seu amor consegui vencer todos os desafios que encontrei durante essa jornada.

Aos familiares, em especial à minha amada irmã, Cassandra Públio, por sempre estar ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo do tempo em que me dediquei a este trabalho, suas orações também foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Agradeço aos meus sobrinhos e cunhado, tios e tias, por todo apoio e incentivo.

Agradeço a todos da família Haum, aos sogros, aos cunhados e cunhadas e aos sobrinhos, por todo carinho e apoio, que mesmo de longe contribuíram para que esse trabalho se realizasse.

Às amigas, pessoas maravilhosas e para toda a vida, em especial à Andressa Guerra, um presente Divino durante a minha passagem por Foz do Iguaçu, uma irmã de coração que a vida me deu, jamais me esquecerei de todo suporte que encontrei em você e em sua família, pois foi graças ao seu incentivo e apoio que participei do processo seletivo desse mestrado, sou eternamente grata por tudo que fez por mim. Fruto também desse mestrado, agradeço a amizade que construí com a colega Aline Miura, obrigada por toda acolhida e carinho, lembrarei todos os momentos destes dois anos que dividimos entre angústias e alegrias. À Natasha Charnet, Fernanda Peçanha e Natali Benjoin amigas que estão longe, mas sempre estiveram presentes com muito amor e carinho, obrigada por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo da minha vida.

À instituição de ensino Unioeste, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso. Aos professores e colaboradores do programa de pós-graduação que tive a oportunidade de conhecer, obrigada pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação. Em especial, à Prof.^a Dr.^a Manoela de Carvalho por ter sido minha orientadora e por conduzir o trabalho com paciência e dedicação, sempre disposta a compartilhar o seu vasto conhecimento.

Ao Conselho Municipal de saúde de Foz do Iguaçu, pelo fornecimento de dados e materiais que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa. Obrigada a todos os conselheiros (as) e colaboradores do COMUSFOZ que direta ou indiretamente participaram da pesquisa contribuindo para a realização deste trabalho.

A todos os familiares e amigos que de alguma forma fizeram parte dessa etapa importante da minha trajetória.

HAUM, N.D.A.P. **O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de fronteira.** 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

Neste estudo propõe-se analisar o exercício do controle social em região de fronteira buscando compreender as singularidades do papel do conselheiro municipal de saúde em território fronteiriço em relação às políticas de saúde para a região. As análises estão circunscritas a cidade de Foz do Iguaçu, que possui características diferenciadas das demais do estado do Paraná, por integrar uma região de tríplex fronteira internacional, com Ciudad del Leste no Paraguai e Puerto Iguazú na Argentina. Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, baseado na coleta de dados primários por meio de entrevistas com os conselheiros e secundários, a partir da análise das atas dos anos 2006 a 2018 das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu (COMUSFOZ), período de implantação do programa SIS-Fronteiras. O produto da pesquisa é apresentado sob a forma de três artigos que analisam e discutem os conteúdos significativos encontrados. Nas análises documentais do COMUSFOZ fica evidente que as especificidades relacionadas à saúde em região de fronteira receberam pouca atenção dos sujeitos que compõem o controle social na saúde do município de Foz do Iguaçu. Mesmo com adesão do SIS-Fronteiras pela gestão local e com aprovação do plano operativo do programa no COMUSFOZ, a estruturação de uma política pública voltada para a saúde na região fronteiriça ainda não é uma realidade para o exercício do controle social da saúde do município. No estudo de campo, foi identificada a ausência de discussões direcionadas para as políticas de saúde da população transfronteiriça e, em relação às demandas para a formação ou educação permanente, verificou-se que os conselheiros não contemplam no conteúdo programático das atividades oferecidas de educação permanente a temática sobre saúde em região de fronteiras, percebendo, dessa maneira, sua qualificação como insatisfatória para exercer suas atividades em torno das questões relacionadas à população fronteiriça. Comprova-se a necessidade de ampliar o debate em torno da atenção à saúde para a população transfronteiriça, para o controle social das políticas de saúde local, garantindo essa temática no cenário de discussões do COMUSFOZ. Recomenda-se mecanismos de formação para aprimorar a ação e organização, ancorados na temática saúde em regiões de fronteira, apoiando o exercício do controle social orientado para as necessidades da realidade local dos municípios brasileiros fronteiriços.

Palavras-chave: Saúde; Controle Social; Conselho Municipal de Saúde; Fronteira.

HAUM, N. D. A. P. **The exercise of social control of health policies in a frontier municipality.** 120 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

This research aims at analyzing the exercise of the social control of health policies in frontier areas, precisely the city of Foz do Iguaçu, due to its distinctive profile in the State of Paraná as it shares frontiers with both Ciudad del Este (Paraguay) and Puerto Iguazu (Argentina), being categorized as an international triple frontier municipality. In such area, many are the reasons that intensify the cross-border flow, one being the need for health care, as many foreigner citizens seek treatment through the Brazilian Unified Health System (SUS), be it for surgeries, vaccination or regular appointments. Upon this scenario, the intention was to understand the inherent singularities to the roles of municipal councilors in frontier area regarding the health policies to this locality. In this way, it is a descriptive study of a qualitative approach, based on primary data collected through interviews with the councilors and secondary data harvested upon analysis of the minutes of the Municipal Health Committee – Foz do Iguaçu – reunions during the period of 2006 to 2008, when the Integrated Health System – Frontiers (SIS Frontiers) program was implemented. The results are displayed in three different essays that analyze and bring light to the significant content arising from such data. In the document analyses of the COMUSFOZ it is evident that the specificities regarding health in the frontier area were not given required attention from the subjects that incorporate the social control of health in the city of Foz do Iguaçu. Neither the adherence of SIS Frontiers by the local government and the approval of an operational plan in the CMS were able to maintain and design public policies that could hold the exercise of social control in the international triple frontier city. During the field study, it was noticeable the absence of debates regarding health policies strictly directed to the frontier population and, as to the demands of permanent education, it came to light that the councilors had not taken part in the permanent education program about health in the frontier areas, therefore categorizing their qualification as unsatisfactory to practice the activities related to the needs of the frontier populations. Hence, it is necessary that the debates concerning health in the frontiers be amplified as means to exert better social control of local health policies. At the same time, it is advisable to perform education mechanisms that bring light to this subject in order to enhance actions that support the exercise of social control oriented to the real necessities of the Brazilian municipalities located in the frontier areas.

Keywords: Health; Social Control; Municipal Health Committee; Frontier.

HAUM, N.D.A.P. **El ejercicio del control social de las políticas de salud en un municipio de una región fronteriza**. 120 f. Disertación (Máster en Salud Pública en la Región Fronteriza) - Universidad Estatal del Paraná Occidental. Asesor: Manoela de Carvalho. Foz de Iguazú, 2020.

RESUMEN

Este estudio propone discutir el ejercicio del control social de las políticas de salud en la región fronteriza. Los análisis abarcan la ciudad de Foz do Iguazú, que tiene un perfil diferente al de los demás en el estado de Paraná, ya que integra una triple región fronteriza internacional, con Ciudad del Leste en Paraguay y Puerto Iguazú en Argentina. En esta región, el flujo transfronterizo es intenso por numerosas razones y, entre ellas, la búsqueda de atención en el Sistema Único de Salud (SUS), ya sea para consultas, cirugías, vacunación, por parte de residentes no brasileños. Intentamos comprender las singularidades del papel del consejero municipal de salud en el territorio fronterizo en relación con las políticas de salud para la región. Este es un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, basado en la recopilación de datos primarios a través de entrevistas con asesores y secundarios, desde el análisis de las actas del años 2006 al 2018 de las reuniones del Consejo Municipal de Salud del Foz de Iguazú, periodo de implementación del programa SIS Fronteiras. En producto de la pesquisa se presentan en forma de tres artículos que analizan y discuten el contenido significativo encontrado. En los análisis documentales de COMUSFOZ, señalaron que las especificidades relacionadas con la salud en la región fronteriza recibieron poca atención de los actores que conforman el control social en salud en el municipio de Foz do Iguazú. Incluso con la adhesión de SIS Fronteiras por parte de la administración local y con la aprobación del plan operativo del programa en el CMS, la estructuración de una política pública centrada en la salud en la región fronteriza aún no es una realidad para el ejercicio del control social de la salud del municipio. En el estudio de campo, se identificó la ausencia de discusiones dirigidas hacia las políticas de salud de la población fronteriza y, en relación con las demandas de capacitación o educación permanente, se descubrió que los asesores no participaban en un programa de educación permanente en salud en la región fronteriza, percibiendo su calificación como insatisfactoria para ejercer sus actividades en torno a cuestiones relacionadas con la población fronteriza. Señala la necesidad de ampliar el debate sobre el cuidado de la salud de la población fronteriza, el control social de las políticas locales de salud, garantizando este tema en el escenario de discusión y se recomiendan mecanismos de capacitación para mejorar la acción y la organización. Anclados en el tema de la salud en las regiones fronterizas, apoyando el ejercicio del control social orientado a las necesidades de la realidad local de los municipios fronterizos brasileños.

Palabras llave: salud; Control social; Consejo Municipal de Salud; Frontera

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAHPM - Comitê Ad Hoc de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do Mercosul

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CGU - Controladoria-Geral da União

CICT - Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco

CIDT - Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes

CIENT - Comissão Intergovernamental de Enfermidades Não Transmissíveis

CIHIV - Comissão Intergovernamental de HIV-AIDS

CIPM - Comissão Intergovernamental Política de Medicamentos

CIRSI - Comissão Intergovernamental para Implementação do RSI

CISAN - Comissão Intergovernamental de Segurança Alimentar e Nutricional

CISAT - Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador

CISH - Comissão Intergovernamental de Sangue e Hemoderivados

CISSR - Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva

CMC - Conselho do Mercado Comum

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COMUSFOZ - Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu

COPROSAL - Comissão de Produtos para a Saúde

COSERATS - Comissão de Serviços de Atenção à Saúde

COVIGSAL - Comissão de Vigilância em Saúde

DNS - Departamento Nacional de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

GMC - Grupo Mercado Comum

GT Itaipu-Saúde - Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPPDH - Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos

ISM - Instituto Social do Mercosul

LRF - Lei da Responsabilidade Fiscal

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP - Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública

MPF - Ministério Público Federal

NLM - Nova Lei de Migração

PAB – Piso de Atenção Básica

PEAS - Plano Estratégico de Ação Social

PEPS – Política de Educação Permanente em Saúde

PDFF - Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

PNPS - Política Nacional de Participação Social

PTI - Parque Tecnológico de Itaipu

QUALIFOZ – Política de Educação permanente para o controle social na saúde do município de Foz do Iguaçu

QUALISUS – Programa Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde

RAADH – Reunião de Altas Autoridades na Área de Direitos Humanos

RMS - Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul

SGT N°18 - Subgrupo de Trabalho N°18 “Integração Fronteiriça”

SGT n°11 - Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde

SIS Fronteiras – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SNPS - Sistema Nacional de Participação Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 Instâncias da Reunião de Ministros da Saúde.....	33
Quadro 02 Instâncias do Subgrupo de Trabalho nº 11.....	35

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. QUADRO TEÓRICO	19
4.1 Fronteira: território ou espaço organizado socialmente	20
4.2 O Estado capitalista e o controle social	22
4.3 Concepção de controle social para o SUS	27
4.4 Saúde e a fronteira no âmbito do Mercosul.....	32
4.4.1 Reuniões de Ministros da Saúde.....	33
4.4.2 Subgrupo de trabalho 11.....	35
4.4.3 Subgrupo de trabalho 18 integração fronteiriça	37
4.5 Institutos no âmbito social do Mercosul.....	38
4.6 Paradiplomacia e as regiões de fronteira.....	40
4.7 Saúde e circulação transfronteiriça.....	42
4.7.1 Sistema integrado de saúde na fronteira	43
4.7.2 Pacto de gestão do SUS e a fronteira	46
4.7.3 GT Itaipu-Saúde.....	49
4.7.4 Lei de migração, direito de residência e o acesso dos imigrantes ao SUS.....	50
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	54
5.1 Tipo de pesquisa	54
5.2 Campo da pesquisa	55
5.3 Fonte de dados	55
5.4 População e amostra	56
5.5 Coleta de dados.....	46
5.6 Organização e análise dos dados	57
5.7 Questões éticas	57
6. ARTIGO 1.....	59
7. ARTIGO 2.....	77
8. ARTIGO 3.....	103

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
10. REFERÊNCIAS	121
11. ANEXOS	123
12. APÊNDICES	124

1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma extensa área de fronteira compartilhada com 10 países da América do Sul. São 588 municípios que se distribuem em 11 estados, dos quais o Paraná apresenta 139 cidades com divisas internacionais. O município de Foz do Iguaçu está localizado na região de tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), nesse espaço urbano residem 80 nacionalidades e também dispõe de atrativos turísticos como o Parque das Cataratas do Iguaçu, Usina Hidrelétrica de Itaipu e o comércio de fronteira com Ciudad Del Este, elementos que caracterizam a tríplice fronteira como uma região de intensa circulação de pessoas e mercadorias (DERROSSO; CURY, 2019).

Na conjuntura de formação de mercados comuns, as regiões fronteiriças obtêm atenção especial, pois, antecedem as consequências possíveis dos processos de integração. No Mercosul, acordo criado no ano de 1991 que integra países como a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai e segue ampliando e incorporando outros países, as questões sociais e as perspectivas de cooperação no setor saúde têm fomentado o desenvolvimento de esforços para a existência de um processo de colaboração entre os países, capaz de assegurar o atendimento em serviços públicos de saúde, integrando as regiões e melhorando as condições de vida de sua população.

A magnitude dessa questão adquire dimensões diversas, levando em consideração o mosaico de relações e laços das populações que vivem nas fronteiras e que cultivam fluxos constantes de indivíduos, determinam, pois, que o planejamento da gestão em saúde considere as peculiaridades destas regiões. Segundo Preuss (2011), os territórios de região de fronteira são complexos e devem ser entendidos, além da esfera jurídica formal e no convívio cotidiano, em espaços-limite por coexistirem elementos de integração e de conflitos.

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco para a garantia dos direitos sociais, pois consolida o direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento de princípios e diretrizes para o seu funcionamento através das leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90, resguardando a primeira respectivamente, como princípio doutrinário e organizativos o acesso universal, igualitário com equidade no atendimento dentro de uma rede hierarquizada, com a participação da sociedade civil em sua gestão, e financiada pelas três esferas de governo como prevê a lei nº 8.142/90 (BRASIL, 2016). Com a instituição do SUS, a premissa de controle social passa a ser atribuída à participação da população, a última sendo

prevista formalmente por meio dos conselhos e conferências nas instâncias federal, estaduais e municipais. Esse evento da participação da comunidade ocorreu com o processo de municipalização do SUS, previsto nos princípios organizativos.

Nesse sentido, o SUS passa a ser organizado no interior de cada ente federado sendo atribuído as diferentes responsabilidades e co - financiamento. Nos municípios, os conselhos de saúde constituem o órgão máximo no setor saúde e têm participação imprescindível na formulação e fiscalização de políticas públicas, no seu funcionamento e avaliação dos serviços prestados no SUS (BRASIL, 1988). Nesta perspectiva, entender as políticas públicas exige a compreensão do modo como o Estado se organiza na sociedade capitalista e o papel das políticas sociais nesta sociedade específica.

O princípio do controle social no SUS compreende que as políticas de saúde devem ser executadas pelo Estado, nos diferentes níveis da federação, mas com a participação ativa da sociedade civil organizada, mediante a definição de prioridades para o financiamento democrático de tais políticas. A análise a partir dos limites do controle social enquanto instrumento de participação da sociedade civil, na elaboração de temas de interesse público e sua representação junto à sociedade política organizada, considerando os distintos sujeitos e as diversidades locais no território brasileiro, como aponta o artigo 35 da lei nº 8.080/90 levanta dúvidas sobre a efetivação do controle social das políticas públicas de saúde em território de fronteira.

Nesse contexto, este estudo aborda o exercício do controle social em região de fronteira buscando compreender as singularidades do papel do conselheiro municipal de saúde em território fronteiriço em relação às políticas de saúde para a região.

2. JUSTIFICATIVA

Ao abordar o tema controle social na área da saúde, é necessário discutir a participação popular nos conselhos municipais de saúde para compreender as possibilidades e os limites de fiscalizar e propor prioridades na efetivação das políticas públicas em saúde. Para os municípios localizados em região de fronteira, é necessária a aproximação da temática participação popular e controle social nas políticas de saúde, buscando contextualizar a própria concepção de fronteira e seus desdobramentos nos sistemas de saúde e na vida cotidiana da população que ali vive.

A organização das políticas públicas em saúde no município de fronteira e os possíveis desafios impostos pela participação popular neste território são temas permeados de implicações, o presente estudo pretende aproximar essas duas temáticas com o intuito de compreender as singularidades existentes no exercício do controle social em território fronteiriço, abordando as suas complexas determinações. Dessa forma, entende-se a necessidade de investigar como ocorre, na dinâmica do funcionamento do COMUSFOZ, a abordagem da temática saúde para a população fronteiriça, considerando a integração regional e a atuação de políticas nacionais, regionais e locais, visto que na gestão da saúde o controle social tem um importante papel na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), exercido formalmente nas instâncias dos conselhos e conferências que são espaços de debates, pactuações e deliberações nos quais a sociedade civil pode interferir na definição das políticas de saúde considerando os interesses coletivos e as necessidades locais.

Diante destas hipóteses, busca-se entender as dinâmicas no âmbito da saúde a partir do ponto de vista do controle social sobre as políticas de saúde efetivadas no território de recorte desse estudo, que precisam ser compreendidas e analisadas partindo da observação da população transfronteiriça. De acordo com Penha, Desiderá Neto e Moraes (2017), esta convivência é percebida por diversos aspectos e não se restringe a questões econômicas e de controle aduaneiros, englobando questões relativas às interações sociais e envolvendo a diversidade da vida cotidiana.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o exercício do controle social em região de fronteira buscando compreender as singularidades do papel do conselheiro municipal de saúde em território fronteiriço em relação às políticas de saúde para a região.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a dinâmica do exercício do controle social em município brasileiro de região de fronteira internacional, referentes às políticas de saúde específicas para a localidade.

Compreender o exercício do controle social das políticas públicas de saúde, em um município brasileiro de tríplice fronteira internacional.

Identificar as demandas para a formação ou educação permanente dos conselheiros que exercem o controle social em uma região de tríplice fronteira internacional.

4. QUADRO TEÓRICO

Com o intuito de conhecer os estudos produzidos em relação à temática, o quadro teórico foi organizado em itens e subitens. Assim, o primeiro item “Fronteira: território ou espaço organizado socialmente” trata da concepção do sentido de fronteira nos conceitos de controle, limite, defesa e integração para entender o território como algo móvel e transitório. O item “O Estado capitalista e o controle social” aborda a compreensão do papel do Estado e das classes sociais em uma sociedade capitalista, segundo o pensamento de Marx e Gramsci. Já no item “Concepção de controle social para o SUS” dispõe de um entendimento sobre o controle social, que trata da relação entre Estado-sociedade na categoria de estado ampliado, na qual a sociedade civil organizada tem a possibilidade de exercer um processo de vigilância e controle das práticas administrativas do setor saúde, delineadas nas três esferas de poder e exercidas nos Conselhos estaduais, municipais e no Conselho Nacional de Saúde. No item “Saúde e a fronteira no âmbito do Mercosul” apresenta-se dois fóruns que tratam dos aspectos relativos à saúde nos países que integram o Mercosul e o subgrupo de trabalho 18 que trabalha promovendo articulações com outros órgãos e foros considerando temáticas como a saúde, educação, migrações, transporte, trabalho, cooperação, dentre outras que facilitem a integração entre as populações que vivem nas fronteiras que integram o Mercosul. O item “Institutos Sociais no âmbito do Mercosul” trata das duas iniciativas promovidas pelo Mercosul no âmbito de sua dimensão social: o Instituto Social do Mercosul e o Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos. No item “Paradiplomacia e as regiões de fronteira” aborda o termo Paradiplomacia como instrumento que permite a aproximação das regiões de fronteira, permitindo a integração entre os países em torno da democracia, fronteira, cultura, saúde, educação, direitos humanos, entre outros. Por fim, o item “Saúde e circulação transfronteiriça” apresenta discussões relativas às políticas públicas, salientando as do setor saúde que tratam das ferramentas de planejamento e organização dos territórios em regiões de fronteira, contribuindo com a compreensão da saúde como um direito universal, tais como: o programa SIS Fronteiras, o Pacto de gestão do SUS, o GT Itaipu – Saúde e a Lei de Migração Brasileira de 2017.

4.1 Fronteira: território ou espaço organizado socialmente

O conceito de fronteira tem passado por (re)formulações ao longo do tempo, atualmente, tem encontrado diversos significados e continua em construção. Tradicionalmente, a percepção de defesa era sustentada na ideia de segurança pública do território, no controle de circulação de mercadorias e migrações de pessoas, destacando-se como espaços que desprendiam maior atenção quanto a sua fiscalização (CAMPOS, 2017).

Em relação ao território nacional, a definição para espaços fronteiriços foi marcada pela ideia de controle, segurança nacional e defesa. Desse modo, o Estado era representado pelas Forças Armadas na perspectiva militar e administrativa, especialmente nas cidades gêmeas que contam com uma intensa circulação de pessoas, mercadorias e capitais (CAMPOS, 2017).

Para Albuquerque (2018), a fronteira se configura como um lugar paradoxal, onde o contato direto com outro Estado nacional proporciona múltiplas experiências sociais, econômicas, políticas e culturais. O autor também define a fronteira como um espaço de disputa, quando se reflete sobre a distribuição das políticas públicas, tais como, as desigualdades de recursos e serviços entre os territórios.

Historicamente, a noção de fronteira foi se ressignificando, passando pelos conceitos de controle, limite, defesa e/ou integração. Existem diferentes maneiras de analisar a condição de fronteira, pois ela é constantemente reinventada em cada momento na construção histórica, econômica, política e social, e por ser viva e vivida em um espaço de diálogo e conflitos (PORTO; CAVLACK; NORONHA, 2018).

No âmbito da cooperação transfronteiriça, as relações entre fronteiras podem levar ao aparecimento de um novo espaço configurado pelo estreitamento dos laços de vizinhança e pelo fortalecimento das relações entre povos e regiões. Mesmo que, inicialmente, aconteça a partir de interesses comerciais e econômicos, os processos de integração regional devem prosseguir na perspectiva de uma maior integração social, com a atuação fundamental de diversos atores sociais em suas diferentes expressões (CARNEIRO, 2013).

É necessário partir da noção de espaço e do território para compreender o efetivo sentido de fronteira, pois, segundo Santos (1997), o espaço é fruto das relações sociais, como uma instância da sociedade. Nessa perspectiva a definição de espaço vai

além das configurações geográficas “... é produto e condição da dinâmica sócio – espacial” (SAQUET; DA SILVA, 2008, p.7).

Para os autores Saquet e Da Silva (2008, p.8) “O território é um conceito subjacente em sua elaboração teórico-metodológica e representa um dado fixo, delimitado, uma área”. É entendido como espaço de uma nação, demarcado e regulado. Ainda de acordo com os autores o surgimento do espaço deve -se a utilização do território pela nação, permanentes em suas demarcações e exibindo mudanças ao longo do tempo, o território antecede o espaço.

Para Ferrari (2014), o conceito de fronteira não se resume a um limite demarcado em um dado espaço geográfico, e nem mesmo um limite entre as nações controladas por diferentes Estados. No período moderno, em que o sentido de fronteira se configurou como limites rigorosos entre as nações, o Estado teve um importante papel nas separações entre sociedades, a fronteira passou a parecer como um espaço geográfico delimitado por práticas políticas e concretizando segregações entre as nações. Com o objetivo de associar limites e fronteira, o Estado moderno evidenciou uma divisão do poder político entre as sociedades, que vai muito além de uma separação somente do espaço.

Assim, o sentido de território passa a ser entendido como um limite mapeado, em que existe uma apropriação territorial atrelada ao sistema político. Segundo Ferrari (2014), o limite está vinculado ao poder e ao controle de regulamentação de atividades de interação, já a fronteira pode ser compreendida como um espaço de interação social e de aproximação dos dois lados do limite.

O limite e a fronteira são duas categorias divergentes enquanto função e relação, porém são componentes indissociáveis, sobretudo quando estas são definidas priorizando-se sua conotação política. De acordo com Peiter (2005, p. 36):

Enquanto a fronteira é orientada para fora (forças centrífugas), os limites estão orientados para dentro (forças centrípetas). Assim, o limite é uma linha de separação abstrata, porém definida juridicamente (fator de separação), enquanto a fronteira configura uma zona de contato (fator de integração).

De acordo com Aikes e Rizzotto (2018), para que aconteça uma integração nas regiões de fronteira de forma legítima, é necessária uma conexão entre as governanças internacionais com o propósito de articular políticas de alargamento social que ultrapassem discordâncias legislativas. O pensamento integrador transnacional deve ser

movido por um conjunto de ações governamentais que dialoguem positivamente, situando as necessidades humanas no centro do desenvolvimento social e buscando promover uma harmonização de direitos sociais em ambos os lados do território fronteiriço.

Ao se pensar em território para o planejamento de políticas públicas, o entendimento do espaço passa a ser concebido como reflexo das relações sociais e de produção, nele os atores sociais realizam suas ações políticas, econômicas e sociais praticando a territorialização para a sua permanência, atribuindo combinação de várias estruturas, instâncias ou sistemas.

4.2 O Estado capitalista e o controle social

A compreensão marxista sobre a origem do Estado moderno remete a um quadro político definido por um processo evolutivo e que tem como base a implementação do modo de produção capitalista, cujo fim último era ser um “comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa” (MARX; ENGELS, 1988, p.10 apud SILVA, 2017, p. 24).

O pensamento da dialética materialista de Marx sobre o Estado e as classes sociais, deixa transparecer as contradições e antagonismos presentes no capitalismo. Enquanto representante dos interesses burgueses e das relações de produção pautadas em um intenso processo de exploração daqueles que detêm os meios de produção (burguesia), em relação àqueles que possuem apenas sua força de trabalho que precisa ser trocada por um salário para suprir suas necessidades básicas (proletários), o próprio Estado aparece envolto nas contradições inerentes a esse sistema econômico.

Ao analisar o modo como o processo de industrialização transformou sucessivamente diversas nações, os seus padrões de consumo e relações de trabalho, Marx e Engels (1988, p.19) descrevem que nesse contexto de intensa exploração, os proletários são “não somente escravos da classe burguesa, do Estado burguês, mas também, diariamente, a cada hora, escravos da máquina, do contramestre e, sobretudo, do dono da fábrica”.

A divisão da sociedade em classes pode ser evidenciada desde as primeiras civilizações e avançou ao longo dos séculos. No final do século XVIII, a classe

burguesa nascente originária das ruínas do sistema feudal, não trouxe consigo o anseio de minimizar tais antagonismos, pelo contrário, criou novas classes (burgueses x proletários) e deu lugar a outras lutas, em um cenário marcado pela abertura de mercados (América e África), industrialização, desenvolvimento dos meios de transporte e, conseqüentemente, das navegações, fontes de energia, máquinas que subjogavam os trabalhadores regendo sua práxis no sistema fabril, etc. Em meio a esse contexto, o Estado burguês mostrou-se como “expressão essencial das relações de produção específicas do capitalismo”, sendo “em última instância, um órgão da classe dominante” (IANNI, 1992, p.32 apud COELHO, 2018, p.41).

Segundo Silva (2005), na obra *18 Brumário de Luís Bonaparte*, Marx (1987) compreende, por um lado, o Estado como uma categoria abstrata, na medida em que analisa “uma ou algumas determinações do fenômeno. Por outro, a maior quantidade de determinações nos aproximará de uma construção mais concreta do mesmo Estado” (SILVA, 2005, p.02-03). Desse modo, o Estado se mostra como um instrumento de dominação de uma classe sobre outras, situação que não pode ser compreendida metodologicamente como incorreta, mas como uma postura que não é capaz de descrever o fenômeno estatal em todas as suas determinações (SILVA, 2005).

Apoiados na obra Gramsciana, Hirsch, Kannankulam e Wissel (2017) afirmam que, para cumprir suas funções, mantendo e subjogando a classe dominada, o Estado acaba utilizando meios repressivos. Para isso, atua em duas esferas: a primeira, é composta pela sociedade política, ou seja, o governo, os tribunais e a política; na segunda, encontram-se instituições sociais como a igreja, a família e escolas que tomam para si um caráter mais privado. A mobilização delas permite a conservação da estrutura capitalista, sem que para isso, seja utilizada apenas a força. Logo, o consenso e a persuasão corroboram para a perpetuação da hegemonia da ideologia proveniente da classe dominante.

Ao comparar o pensamento de Marx e Gramsci, Alessio (2016, p.05) tece a seguinte consideração:

Enquanto para Marx o Estado capitalista é fruto da divisão da sociedade em classes e a dominação de classe do Estado é um mecanismo de opressão ao proletariado para garantir a acumulação e reprodução do capital, para Gramsci o Estado é a própria sociedade organizada de forma soberana.

A doutrina oficial do marxismo sobre o tema do Estado foi formulada por Friedrich Engels. Marx, por sua vez, ao final de 1845 ligou a existência do Estado ao domínio de classe e a superação deste Estado marcado pela alienação capitalista com o comunismo. Com o intuito de obter a superação

de todos os fenômenos alienantes vinculados à produção de mercadorias, para Marx seria necessário abolir a propriedade privada e a divisão do trabalho.

Marx concluiu que o todo social expressão funcionalista era consolidado por meio das condições materiais da existência, cabendo ao Estado administrar os conflitos que emanavam das relações sociais nutridas no território nacional, com o objetivo único de assegurar a hegemonia da classe dominante. Como resultado, o controle social acabava sendo exercido exclusivamente pelo próprio Estado, responsável por viabilizar a reprodução do capital e a manutenção de sociedade civil enquanto instrumento para o atendimento dos interesses burgueses, bem como, da conservação das relações desiguais e de dominação travadas com os proletários.

A única forma de superar as estruturas implementadas pelo Estado, o domínio de classe e a alienação que caracterizavam as condições de vida desses trabalhadores, segundo o pensamento de Marx, dar-se-ia por meio de uma revolução que culminaria na implantação do comunismo pela classe anteriormente explorada. Ao mesmo tempo, iriam sucumbir à “propriedade privada e a divisão do trabalho, com o fim de obter a superação de todos os fenômenos alienantes conectados à produção de mercadorias”; e o “Estado considerado orgânico ao domínio de classe” cujo papel é claramente descrito no Manifesto do Partido Comunista (MEDICI, 2007, p.32).

Em um de seus textos tardios, nomeado como Crítica ao Programa de Gotha datado de 1875, Marx reafirma a necessidade de “suprimir toda desigualdade social e política”, para que ocorresse o fim da diferença entre classes. Para solucionar os problemas sociais existentes, seria preciso que o Partido Operário Alemão organizasse cooperativas de produção “com ajuda do Estado e sob controle democrático do povo trabalhador” (MARX, 1875, p.36). Após a revolução, o Estado deixaria de ocupar um papel de sobreposição em relação à sociedade, para estar totalmente subordinado a ela e aos interesses comuns (MEDICI, 2007).

Em Gramsci (2000, p. 244), os desdobramentos da ação do Estado tomam novos direcionamentos. Em meio a suas reflexões, o autor alerta que a noção geral de Estado se encontra intrínseca a “elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, que o Estado = sociedade política + sociedade civil. Isto é, a hegemonia coraçada de coerção)”. A teoria de Gramsci se mostra inovadora, à proporção que inclui na sociedade civil as suas práticas e instituições. Ao mesmo tempo em que compreende a força como um procedimento

necessário para a construção de uma nova sociedade e conquista de direitos, ela é definida como um poder que pode se dar por meio de um processo pedagógico e, não exclusivamente, por meio da coerção (NEVES, 2017).

Para Alessio (2016, p.05):

Em Gramsci raramente é possível o domínio bruto de uma classe sobre as demais, a não ser nas ditaduras abertas e terroristas. Sendo assim, uma classe dominante, para ser também dirigente, deve articular em torno de si um bloco de alianças e obter pelo menos o consenso passivo das classes dirigidas. Para tanto, a classe dominante não hesita em sacrificar uma parte dos seus interesses materiais imediatos para a construção de uma hegemonia éticopolítica. Ao estudar os mecanismos de construção desta hegemonia, o autor chega ao conceito fundamental de sua teoria política, o conceito de "Estado Ampliado", ou seja, o Estado que não é apenas instrumento de força a serviço da classe dominante (como na visão marxista), mas uma força revestida de consenso. De forma simplista, o Estado ampliado pode ser entendido como a soma da sociedade política com a sociedade civil.

Esse pensador difere sua compreensão de Marx, pois para ele o Estado por ser constituído por instituições complexas (públicas e privadas), articuladas entre si por meio da promoção de lutas, permite aos cidadãos comuns, geralmente articulados a movimentos sociais, garantirem a hegemonia de seus interesses. O aparelho estatal não é visto exclusivamente como um instrumento de repressão, mas como um “aparato jurídico-político cuja variação está de acordo com a organização social, política, econômica e cultural da sociedade” (ALESSIO, 2016, p.09).

Na obra gramsciana, a vontade coletiva possibilita a liderança de um povo rumo a sua emancipação, por isso, reitera o caráter educativo dos partidos políticos em sua teoria de Estado, uma vez que, pensamentos e ideologias disputam o predomínio do poder. Para Gramsci, “o Estado é a própria sociedade organizada de forma soberana” (SILVA, 2005, p.9).

De acordo Mézaros (2002, p. 991) “[...] neste processo de expansão e concentração, o poder de controle conferido ao capital vem sendo de fato retransferido ao corpo social como um todo, mesmo se de uma forma necessariamente irracional, graças à irracionalidade inerente ao próprio capital”. Quanto ao controle social, a compreensão marxista analisada por Mézaros impõe a reflexão sobre a crise da hegemonia do capitalismo, culminando em resultados que são diferentes dos interesses do capital, uma vez que, o poder de controle que antes lhe cabia, passa a ser transferido para todo o corpo social, mesmo que de uma forma irracional.

Mézaros (2002, p. 991) afirma que ao longo da história a função do controle social passou por um processo de alienação do corpo social e acabou sendo transferida

“[...] para o capital, que adquiriu assim o poder de aglutinar os indivíduos num padrão hierárquico estrutural e funcional, segundo o critério de maior ou menor participação no controle da produção e da distribuição”.

Essa transferência encontra-se intimamente relacionada com os processos de resistências que a dominação e a expansão das estruturas capitalistas encontram nos diferentes modos de vida. A solução para a crise que permeia o sistema social, assenta-se sobre o socialismo que se contrapõe ao capitalismo, à subordinação e aos limites do capital.

Por meio do socialismo, a humanidade poderá ter acesso ao controle social de que necessita para orientar sua sobrevivência, mudando suas condições de vida, seu modo de ser e, simultaneamente, orientar-se para sua emancipação. O século XX mostrou que os homens estão condenados à liberdade, de forma consciente ou não, decidem seu destino. Paralelamente, o capitalismo entra em um embate com suas próprias estruturas, sendo reveladas suas injustiças, contradições e desastres, permitindo o renascimento do socialismo científico, bem como, de seu ideal pautado na construção de uma sociedade justa e igualitária, sem exploração do homem pelo homem, baseada na colaboração e na fraternidade ideários da revolução francesa (LIMA, 2015).

Frente a uma sociedade fragmentada e com tantas contradições, a classe operária assume um papel central no processo de transformação social, produzindo diferentes respostas frente ao capital globalizado. Lima (2015, p.11) afirma que este, continua corriqueiramente:

[...] criando e reproduzindo os instrumentos de controle social, de cima para baixo, embora se observe ultimamente a transformação dos discursos e a consequente redefinição das agendas políticas do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial apontando para as questões da pobreza, da fome, da crescente desigualdade e do perdão da dívida dos países mais pobres.

Obviamente, tais mudanças não irão ocorrer de forma imediata, contudo, o fato que se destaca é o descontentamento da população frente a nítida oposição que separa nações ricas e pobres em múltiplos aspectos (LIMA, 2015). Ao passo em que ocorrem manifestações e protestos, torna-se evidente a necessidade da população participar de lutas democráticas e exercer seu controle social, contribuindo, inclusive, para que a pauta de reivindicações mundial possa ser repensada. Como exemplo, citam-se a

pobreza, a desigualdade social e a concentração de renda que ameaçam os fluxos do capitalismo.

Essas transformações no cenário brasileiro podem ser observadas a partir dos anos 80/90 quando a reestruturação produtiva e instituída no Brasil, conjuntamente com a contrarreforma do estado marcada com a incorporação do neoliberalismo nos anos 90. O neoliberalismo configurou um Estado “[...] contrarreformista isento sobre seu papel como garantidor de direitos a partir da transferência de suas responsabilidades para a sociedade civil, com a convocação para parceria de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados” (LINS; BASSO, 2017, p. 108). Essa proposta de descentralização do poder do Estado em direção à sociedade civil, tendo em vista a realização de parcerias com o terceiro setor, corrobora para auxiliar na minimização dos problemas sociais existentes.

A ressignificação da participação social tem como finalidade superar a visão individualista que configura os diferentes contextos de pobreza e desigualdade, por meio “[...] do trabalho voluntário e da ‘responsabilidade social’ – tanto dos indivíduos, como das empresas – e da quebra do papel coletivo e político que a tarefa acarreta, apoiando-se agora no campo da moral individual” (LINS; BASSO, 2017, p. 109). Ainda de acordo com os autores “o controle social como ferramenta ideológica tem em sua face dissimulada o papel de nos induzir a uma análise especulativa, fazendo – nos acreditar que surge como uma ferramenta capaz de tornar o Estado burguês mais democrático” (LINS; BASSO, 2017, p. 113). A participação popular é mais uma ferramenta no campo ideológico do Estado burguês.

4.3 Concepção de controle social para o SUS

O controle social é a expressão que implica em uma relação entre Estado-sociedade, na qual a sociedade civil organizada tem a possibilidade de exercer um processo de vigilância e controle das práticas administrativas delineadas nas diferentes esferas de poder: União, Distrito Federal, Estados e Municípios, bem como, na “formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragem sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados” (RAICHELIS, 2006, p. 9).

As discussões sobre a importância do controle social nas decisões tomadas pelo Estado brasileiro ampliaram-se, no decorrer da segunda metade da década de 1970, devido a vários fatores, dentre os quais, destaca-se a atuação dos movimentos sociais. Entretanto, apenas a partir da década de 1980 em um contexto histórico, social e político caracterizado tanto pelo fim do período ditatorial (1964-1985) e início do processo de redemocratização, quanto pela nova Constituição Federal de 1988, que os movimentos sociais foram reconhecidos pelo Estado e passaram a participar de negociações diversas.

De acordo com as análises tecidas por Barros (2017, p. 86):

Conceitualmente, participação social está relacionada à capacidade de influência dos indivíduos na organização de uma sociedade, partindo de um princípio de integração nos diversos ambientes da sociedade e na discussão de assuntos pertinentes ao controle e ao monitoramento das ações da organização pública institucional. E por assim considerar, o ato de “tomar parte” faz com que a sociedade possa auxiliar o Poder Público nas suas ações de gestão.

A participação popular no processo decisório, nas cobranças dos representantes eleitos a cada quatro anos, bem como, de funcionários públicos em geral que devem atuar em prol do bem comum é assegurada em várias passagens da Constituição Federal de 1988:

[...] o direito à participação direta nos processos político-decisórios e legislativos (arts. 14, III; 29, XII-XIII; e 61, §2º) e participação comunitária na gestão democrática e descentralizada da seguridade social, da saúde, assistência social e ensino público (arts. 194, parágrafo único, VII; 198, III; 204, II; e 206, VI) (ALESSIO, 2016, p.08).

A possibilidade de a população, independente de classe social, convicções políticas, ideológicas ou qualquer distinção, participar das instâncias do controle social do SUS é indispensável para que a elaboração, acompanhamento, fiscalização das contas públicas e políticas sociais executadas ao longo de diferentes mandatos sejam direcionadas efetivamente para o atendimento dos interesses da coletividade (ALESSIO, 2016).

Além do controle social, a administração pública brasileira também está sujeita ao controle interno e externo. No primeiro, as práticas administrativas são articuladas no âmbito da legalidade. Além da criação de legislações específicas como a Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF) Lei Complementar 101, que passou a vigorar no dia 4 de

maio de 2000, cabe ao Estado facilitar o acesso de dados produzidos de forma transparente permitindo, assim, o seu acompanhamento pelos cidadãos. O controle externo é realizado por órgãos de controle que fiscalizam o funcionamento, ações, orçamentos, elaboração e implementação de políticas públicas etc. (BARROS, 2017).

O aumento do interesse da população sobre a correta aplicação dos recursos públicos, obtidos por meio do pagamento de impostos, mostra-se como um mecanismo de participação popular muito efetivo em sociedades democráticas. No Brasil, os orçamentos e outras informações importantes sobre os recursos captados, redistribuídos e investidos de diferentes formas, são disponibilizados pela Controladoria-Geral da União (CGU) no Portal da Transparência, que caracteriza uma possibilidade para que o controle social seja realizado efetivamente (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Garantir à população brasileira o direito de exercer o controle social sobre as diversas esferas do Estado, foi fundamental para que a área da saúde também passasse por inúmeras transformações e mudanças complexas, por meio de uma participação que gradativamente se tornou mais deliberativa, independente e qualificada.

Entre os avanços trazidos pela ampliação do controle social estão a democratização das políticas públicas de saúde, formação de Conselhos de Saúde fundamentais para que haja o repasse de verba de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor saúde, e conferências realizadas em todas as instâncias do governo a fim de facilitar a participação popular na tomada de decisões (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Esse controle social pode ser exercido nos Conselhos estaduais, municipais e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). O primeiro CNS foi criado no governo autoritário de Getúlio Vargas, em 1937, almejando deixar mais transparentes as ações do Estado, uma vez que, o Ministério da Saúde ainda não existia e a saúde era administrada pelo Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública – MESP (DA SILVA; FERRETE; HOLANDA, 2019).

O trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuavam nesse órgão estava focado, fundamentalmente, na realização de campanhas sanitárias realizadas em portos e demais regiões que serviam para o escoamento da produção agrária, pois a exportação do café constituía, à época, a principal fonte de renda do país. As ações hierarquizadas

tinham como fim último combater doenças endêmicas (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016).

Gradativamente, a expansão da produção industrial brasileira impulsionou o êxodo rural e, conseqüentemente, a profusão de trabalhadores contribuiu para que o país sofresse um intenso processo de urbanização. Acompanhando o crescimento do número de moradores nas cidades, também aumentaram as áreas de ocupação irregular, marcadas pela falta de saneamento básico, condições precárias de higiene, saúde e habitação.

Tal cenário viabilizou a composição do primeiro CNS, que contava com a práxis de “conselheiros de perfil técnico ou membros da elite, indicados pelo ministro da área, com a finalidade específica de debater questões internas do Departamento Nacional de Saúde DNS - órgão subordinado do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública”. Mediante um decreto, o Estado definiu que as conferências de saúde e educação deveriam ser realizadas a cada dois anos e em 1941 foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde, com a participação de profissionais membros do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, assim como, outros pesquisadores e autoridades preocupados com a temática, logo depois de aprovado o Decreto-lei 3.171 passou a denominar a pasta de Ministério da Educação e Saúde (MES) em 2 de abril de 1941 (SOUZA, 2014).

Tais circunstâncias exigiram que o DNS ofertasse novos serviços por meio da ampliação do número de postos de saúde, sanatórios e hospitais onde os profissionais pudessem atender a população com tuberculose e lepra, contexto que culminou na elaboração de uma política pública de saúde realmente articulada no país (SOUZA, 2014).

No final da década de 1970, Correia (2000, p.01) enfatiza que o Movimento de Reforma Sanitária começou a se fortalecer no cenário nacional, apoiado por:

[...] movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A criação dos Conselhos de Saúde e, sobretudo, a oportunidade de que representantes de todos os segmentos sociais participassem do processo decisório, permitiu que sujeitos anteriormente excluídos transformassem seu papel social,

passando a contribuir com a administração do Estado através do planejamento e gerenciamento de seus recursos, análise de regras que orientam os diferentes acordos praticados, delineamento e fiscalização de decisões diversas, etc., para a partir disso, atender efetivamente aos anseios de todo o conjunto social (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Entre os pressupostos que consolidaram a criação do SUS, encontra-se o controle social, que emerge como instrumento para evitar que os recursos destinados ao seu fortalecimento não apenas servissem aos interesses da elite, mas que também representassem efetivamente a coletividade. Os conselhos de saúde, que dirigem seu funcionamento, permitem a transformação das relações entre Estado e sociedade devido à participação mais ativa dos cidadãos na sua administração e na construção de uma gestão democrática que seja realmente efetiva (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

A Constituição Federal de 1988 ao considerar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e também a necessidade de democratização do processo decisório realizado no âmbito público, estendeu a oportunidade de todos os interessados pela saúde pública participarem das reuniões e ações necessárias para a formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas elaboradas. O envolvimento da população é indispensável para a manutenção de elevados padrões de qualidade na prestação dos serviços, correção de erros e distorções no atendimento e, sobretudo, para a própria democratização da gestão (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016).

Correia (2000, p.10) explica em seu artigo que a compreensão dos fundamentos dos Conselhos de Saúde e o controle social, a partir das bases gramscianas, partem das contradições de classe “visualizando os conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa”. Na sua categoria de Estado ampliado no qual emerge a relação entre a sociedade política e a civil, os conselhos assumem uma atuação que melhor se alinha aos interesses burgueses, em detrimento dos coletivos. Por isso, a classe trabalhadora precisa se colocar em movimento, tomando para si os mecanismos necessários para transformar esse jogo de forças e vivenciar efetivamente sua emancipação social, política e econômica.

Em virtude da diferença de interesses entre as classes, os Conselhos de Saúde também deverão adotar “uma postura de contraposição aos interesses dominantes, no sentido de transformar estes espaços em instância de defesa e conquista de direitos, de pressão política e controle social por essa classe” (CORREIA, 2000, p.11). São os

interesses e necessidades da classe trabalhadora que devem prevalecer nesses conselhos, para que as demandas sociais vigentes possam ser sanadas, à medida em que ocorrem as intervenções na gestão pública e nos gastos do Estado com a saúde pública.

4.4 Saúde e fronteira no âmbito do Mercosul

O processo de regionalização do espaço mundial tornou-se uma tendência que levou os Estados a unirem-se em blocos regionais diante da necessidade de ampliar sua competitividade e permanecerem concorrentes no mercado global. O acordo que deu origem ao Mercosul foi assinado no período em que o Brasil passava por uma série de reformas, que permitiram superar o modelo nacional desenvolvimentista empregado em administrações anteriores, através de inúmeras reformas pautadas no liberalismo e com o objetivo de ampliar o livre-comércio (DA SILVA FILHO, 2018).

Em sua primeira década de funcionamento, o Mercosul revelou um crescimento importante marcado pela efetivação de acordos preferenciais entre os países-membros, fortalecendo o comércio regional de maneira aberta e transparente, permeada pela livre circulação de mercadorias e por uma Tarifa Externa Comum (BARRETO, 2018).

Na década de 2000, devido às crises e incertezas em relação ao futuro do bloco, às mudanças na forma como o comércio era realizado e por uma redução das trocas intrablocos, que apontavam para o fim de sua organização. Neste mesmo momento oportuno, novos cenários são institucionalizados buscando a harmonização e o fortalecimento entre as políticas públicas com a participação da sociedade civil no Mercosul (BARRETO, 2018).

Com o fim da Guerra Fria, que organizou o mundo em dois polos de poder, sendo um de influência capitalista e outro socialista, surge uma nova ordem mundial e que supostamente se propunha mais estável, aberta à participação dos Estados Nacionais, propondo integração, principalmente, no âmbito regional. Sob essas circunstâncias, no ano de 1991, é criado o Mercosul, influenciado pela globalização e pelo anseio de concorrer em patamares justos no mercado global, uma vez que, os fluxos de capitais, investimentos, serviços, mercadorias, pessoas e trabalhadores também se intensificavam (MARTINEZ; MACHADO, 2017).

O Mercosul Saúde é um dos eixos organizacionais do Mercosul que tem como objeto de trabalho a dimensão sanitária no Conselho do Mercado Comum (CMC)¹ e no Grupo Mercado Comum (GMC)², ou seja, no ano de 1997, os aspectos relativos à saúde nos países que integram o Mercosul passaram a ser discutidos em dois fóruns específicos, a Reunião de Ministros da Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11-Saúde (SGT 11-Saúde), devido à compreensão de que a própria dinâmica de integração do bloco econômico assegura a grande mobilidade fronteiriça, amplia as preocupações em torno dessa temática e exige ações efetivas para beneficiar a população (FEITOSA, 2015). A pauta negociadora que orienta esses fóruns tem em vista problemas de interesse comum e que são priorizados pelos Estados-Partes, a fim de alcançar objetivos específicos previamente determinados como a harmonização das legislações e diretrizes, cooperação técnica, difusão de informações sobre a saúde entre os Estados-Partes, aperfeiçoamento dos sistemas de vigilância e troca de informações, etc.

4.4.1 Reunião de Ministros da saúde

A Reunião de Ministros da Saúde ocorre semestralmente com o propósito de estabelecer macropolíticas e programas comuns entre todos os países que participam do bloco econômico. A partir das decisões tomadas conjuntamente, são definidas resoluções que contêm normas dos Estados-Partes sobre a circulação de bens e serviços.

De acordo com Bruniera - Oliveira et al. (2014, p. 83):

A RMS tem por objetivo propor medidas para a coordenação de políticas de saúde no Mercosul. É uma instância de cooperação técnica regional para formular planos, programas, estratégias e diretrizes. Ela está organizada em comissões intergovernamentais que são integradas por dirigentes, especialistas e técnicos representantes dos países, que discutem temas de interesse nacionais.

A RMS deve ser compreendida como um foro temático com caráter político responsável por promover o assessoramento do CMC, discute e encaminha as soluções que foram negociadas a respeito da saúde pública, delimita os princípios e as políticas

¹ Órgão superior, responsável pela condução política do bloco.

² Instância executiva do Mercosul.

que têm como enfoque a proteção da saúde pública por meio da vigência de um marco normativo básico, responsável por alinhar as legislações de todos os países integrantes do Mercosul; formula e apoia o processo de “implementação de programas e ações conjuntas de proteção e atenção à saúde, bem como prevenir riscos ambientais e aqueles referentes à utilização de produtos e serviços” (KUHN; DAMASCENO, 2018, p.189).

A seguir, apresenta-se um quadro que permite evidenciar o conjunto de instâncias que compõem a RMS:

Quadro 01- Instâncias da Reunião de Ministros da Saúde.

Conselho do Mercado Comum	Reunião de Ministros da Saúde (RMS)	Comitê Coordenador da RMS	Comissão Intergovernamental Política de Medicamentos (CIPM)
			Comissão Intergovernamental para Implementação do RSI (CIRSI)
			Comissão Intergovernamental de HIV-AIDS (CIHIV)
			Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco (CICT)
			Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR)
			Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT)
			Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes (CIDT)
			Comissão Intergovernamental de Segurança Alimentar e Nutricional (CISAN)
			Comissão Intergovernamental de Enfermidades Não Transmissíveis (CIENT)
			Comissão Intergovernamental de Sangue e Hemoderivados (CISH)
			Comitê Ad Hoc de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do Mercosul (CAHPM)

Fonte: Kuhn e Damasceno (2018, p.189)

Essas instâncias políticas fundamentam seu trabalho em torno da agenda estatal e de interesses comuns, inclusive, aqueles que nem sempre são percebidos ou considerados efetivamente, demandando retomadas, reuniões e novas decisões. O trabalho de todas essas comissões e comitês visa à capacidade de planificação e gestão do “[...] setor público, o ponto de vista técnico e político; exige certa estruturação republicana da ordem política vigente (independência de poderes e vigência de direitos de cidadania) e alguma capacidade coletiva de formulação de agendas” (FAGUNDES et al., 2018, p.153).

4.4.2 Subgrupo de trabalho 11

Os representantes dos Ministérios e órgãos da saúde das esferas governamentais dos Estados-Partes, Sociedade Civil e Comunidade Científica, almejam a proteção à saúde, redução dos obstáculos em torno da saúde que interferem no comércio realizado dentro do bloco econômico. Para isso, foi criada uma Pauta Negociadora do SGT – 11 por meio da Resolução GMC N.º 21/01, que de acordo com Kuhn e Damasceno (2018, p.186-187) deve ser compreendida como:

[...] o foro técnico responsável pela área da saúde. Tem por tarefa harmonizar as normativas técnicas, coordenar ações entre os Estados Partes relacionadas à vigilância, aos serviços de atenção, à avaliação de tecnologias, ao exercício profissional e aos insumos e produtos para a saúde com a finalidade de promover e proteger a vida das pessoas, contribuindo, dessa maneira, ao processo de integração regional (MERCOSUL, GMC, 2014). O Quadro 2 apresenta as instâncias conformadoras do SGT 11.

As instâncias que constituem o Subgrupo de Trabalho nº 11 são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 02 – Instâncias do Subgrupo de Trabalho nº 11

Grupo Mercado Comum (GMC)	SGT NO 11 - Saúde	Coordenadores Nacionais do SGT 11	Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL)	Subcomissão de Produtos Médicos Subcomissão de Cosméticos Subcomissão de Saneantes Subcomissão de Psicotrópicos e Entorpecentes Subcomissão de Farmacopeia
			Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL)	Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de fronteiras terrestres
			Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS)	Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional

Fonte: Kuhn e Damasceno (2018, p.190)

Conforme Kuhn e Damasceno (2018, p.188-189), a RMS e o SGT nº 11 concentram suas ações na:

[...] pactuação de políticas e à regulação sanitária concernentes, por exemplo, à circulação de produtos e pessoas, à promoção à saúde, às enfermidades transmissíveis e não transmissíveis, ao exercício profissional e à coordenação e harmonização de políticas de saúde corresponde à consolidação do compromisso dos Estados Partes no que tange ao direito à saúde.

As discussões realizadas pelo GT-11, sobre a importância da vigilância epidemiológica e controle sanitário, mostram a preocupação do grupo com outras condições que perpassam o simples viés econômico, refletindo diretamente sobre a saúde e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população. Embora tenham sido consolidados alguns avanços desde sua criação na década de 1990, é necessário ressaltar que diversos países membros do Mercosul precisam ampliar a abrangência de suas políticas públicas em torno da saúde, caracterizadas por inúmeras variações em suas ações efetivas e pouco consenso regional relativo à proteção social. “... os processos de integração regional podem ter início por meio do comércio e da economia, mas devem avançar na questão social” (AIKES; RIZZOTTO, 2020, p. 11).

Os representantes dessas instâncias são técnicos que trabalham no Ministério Público e nos Estados-Partes, dirigentes e especializados na área da saúde, direcionando atividades e os acordos segundo suas políticas nacionais, possibilidades de integração e melhora qualitativa de seus serviços (KUHN; DAMASCENO, 2018).

O modo como as políticas públicas têm sido desenvolvidas no bloco, aponta para a compreensão de todos os países membros sobre a necessidade de garantir a Priorização, Sistematização, Programação e Avaliação cada vez mais adequadas, como resposta aos requerimentos gerados pelo processo de Integração Regional (MARTINEZ; MACHADO, 2017).

O funcionamento dessas instâncias representa avanços importantes em relação ao desempenho e desenvolvimento institucional do Mercosul. Seu trabalho se dá por meio de reuniões que ocorrem de forma presencial ou virtual viabilizando a construção de documentos, orientações específicas, projetos de normativas, estratégias de intervenção e funcionamento da saúde nos diversos países do bloco, etc. (KUHN; DAMASCENO, 2018). As autoras Aikes e Rizzotto (2020) revelam em seu estudo, ao analisar o tratamento dado ao tema da saúde em região de fronteira no âmbito do

Mercosul, que apesar das ascensões relativos à harmonização de normas gerais de vigilância sanitária e epidemiológica, é necessário ainda avanços na integração social favorecendo a universalização de direitos humanos.

4.4.3 Subgrupo de trabalho 18 - Integração Fronteiriça

Devido à vulnerabilidade da discussão sobre as especificidades que configuram as fronteiras o trânsito populacional marcado pela migração intensa, sua própria dinâmica de funcionamento e desempenho econômico, bem como, a necessidade de dinamizar e fortalecer a elaboração de acordos multilaterais e binacionais, estimulou os países-membros do Mercosul a criar grupos de trabalho especializados em assuntos pontuais, de interesse comum (FAGUNDES et al., 2018).

Diante disso, aprovado pela Resolução GMC n° 59/2015 do Mercosul, o Subgrupo de Trabalho N°18 “Integração Fronteiriça” (SGT N°18) tem o objetivo de ampliar a atenção às populações que vivem nas fronteiras dos países que integram o Mercosul, considerando temáticas como a saúde, educação, migração, transporte, trabalho, cooperação, dentre outras que facilitem a integração entre as populações (BARROS; SAMURIO, 2019).

Fagundes et al. (2018, p.157) afirmam que esse grupo é coordenado através do trabalho realizado por profissionais vinculados aos Ministérios das Relações Exteriores dos Estados-Partes, sendo responsável por:

[...] questões relativas à saúde, educação, trabalho, migração, transporte, infraestrutura, desenvolvimento urbano, desenvolvimento econômico, povos indígenas, cooperação, integração produtiva e outras voltadas a impulsionar a integração entre comunidades de fronteira.

No mês de maio de 2016, o grupo realizou sua primeira reunião em Montevideú. Segundo Fagundes et al. (2018, p.157) sua pauta abrangeu:

[...] entre outros temas, planos e projetos para as fronteiras às demais instâncias do Mercosul; verificar as demandas dos Comitês de Fronteiras/Comitês de Integração; analisar experiências exitosas de cooperação transfronteiriça; analisar o Projeto de Integração de Localidades Fronteiriças Vinculadas do Mercosul e trocar informações sobre acordos bilaterais e multilaterais no âmbito dos Estados Partes.

O alcance dos objetivos estipulados exige que os representantes do Subgrupo promovam articulações com outros órgãos e foros que promovem os mesmos objetivos, sendo coordenados pelo Conselho do Mercado Comum (CMC), garantindo para a população condições de vida cada vez melhores.

4.5 Institutos no âmbito social do Mercosul

As regiões de fronteira possuem especial relevância tanto como zonas de relações de bens, serviços e pessoas, quanto de acentuadas trocas sociais. “[...] as fronteiras foram cenário de disputas no passado, mas também de inumeráveis encontros, diálogos e acordos gerados ao largo mais de 25 anos de processo de integração regional” (NOGUEIRA et al., 2017, p. 2). Entre as iniciativas promovidas pelo Mercosul, a institucionalização de duas delas no âmbito de sua dimensão social merece destaque; o Instituto Social do Mercosul (ISM) e o Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH).

Criado em 2007, com sede em Assunção – Paraguai, o Instituto Social do Mercosul (ISM) é uma instância técnica de pesquisa no campo das políticas sociais que tem o compromisso “[...] de tornar a dimensão social o eixo do processo de integração regional, buscando torna-lo solidariamente justo, igualitário e equitativo com a redução das assimetrias sociais que imperam na região” (NOGUEIRA et al., 2018, p. 263).

Pautado na preservação dos direitos humanos como ponto central e a fim de marcar a expansão e a caracterização do bloco, foi criado, em 2009, o Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), pretendendo a criação de políticas públicas regionais (bens públicos regionais) por intervenção de uma efetiva integração regional (POZZATTI JUNIOR; PEREIRA, 2018).

O IPPDH do MERCOSUL nasce durante a III reunião de altas autoridades na área dos direitos humanos e chancelarias do MERCOSUL (RAADH) de 2006, permeado por uma grande preocupação em criar mecanismos para efetivação dos Direitos humanos. A RAADH é criada na Cúpula de Chefes de Estados de dezembro de 2004, pela Decisão CMC nº 40/2004, e se constitui hoje como um dos mais importantes espaços do MERCOSUL, tendo o objetivo de analisar a definição de políticas públicas sobre direitos humanos na região (POZZATTI; QUADROS, 2017, p. 7).

A RAADH tem o objetivo de constituir, através de suas comissões permanentes e de grupos de trabalhos, um ambiente favorável para dialogar assuntos relacionados aos direitos humanos com a abordagem “[...] de questões como: direitos das crianças e adolescentes; direitos dos idosos; direitos de pessoas com necessidades especiais; memória, verdade e justiça; educação e cultura em Direitos Humanos; discriminação, racismo e xenofobia [...]” (MASCOLO, 2015, p. 143).

Além de proporcionar um apoio técnico à atividade da RAADH, o advento do Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do Mercosul (IPPDH) pretende

[...] contribuir nos processos de planejamento, implementação e consolidação das políticas públicas em direitos humanos como marca central da identidade, do desenvolvimento e da integração dos países do Mercosul. Tem como funções principais a cooperação técnica, a pesquisa, a capacitação e o apoio à coordenação de políticas regionais de direitos humanos [...] (DE ALMEIDA PFITSCHER; DO NASCIMENTO, 2017, P. 122).

Quando solicitado pela RAADH, o IPPDH desenvolve pesquisas e investigações relacionados à promoção e proteção dos direitos humanos, articula debates reflexivos entre funcionários públicos dos Estados-Partes, contribui para o diálogo entre o poder público e a sociedade civil organizada sobre políticas públicas e direitos humanos.

Para o fortalecimento de integração na dimensão social, os governos decidiram elaborar o Plano Estratégico de Ação Social (PEAS), que, por sua vez, deu origem à Decisão N°67/10 da Cúpula de Foz de Iguaçu em 2010, que foi aprovada pelo Conselho do Mercado Comum (CMC) por meio da Decisão nº 13/11 em Junho de 2011, na cidade de Assunção (ALMEIDA, 2017).

O PEAS pode ser compreendido como um guia programático para os países que integram o Mercosul, pois define as prioridades sociais e transversais direcionadas às políticas públicas, tais como a preservação dos direitos humanos, redução das iniquidades sociais, acesso universal à saúde e à educação, entre outras. Devem ser executadas na região por meio de 10 Eixos Principais, 26 Orientações Estratégicas e 101

Objetivos Prioritários delineados após uma ampla consulta aos espaços governamentais e revistos a cada cinco anos, após efetivada sua aprovação inicial. (ALMEIDA, 2017).

É possível, claramente, afirmar que o PEAS é uma ferramenta de grande relevância para a promoção da transformação social da região. Somados ao Estatuto da Cidadania, os documentos trazem em seu bojo um conjunto de ações que precisam “[...] ser priorizadas, a nível social e de cidadania, para o desenvolvimento de um projeto estratégico mais ambicioso para o Mercosul considerando que é necessário redimensioná-lo e repensá-lo no âmbito de um projeto político estratégico”. As ações sociais e de cidadania devem ser acrescidas às políticas públicas de cunho econômico, além de reconhecidas as especificidades regionais, para que seja possível suprimir a mera abordagem utilitarista e economicista (ALMEIDA, 2017, p.03).

4.6 Paradiplomacia e as regiões de fronteira

O processo de globalização estimulou o desenvolvimento de inúmeras transformações no âmbito mundial, dentre elas, o regionalismo apoiado sobre os aspectos econômicos e sendo direcionado pelas grandes potências desenvolvidas; transformações culturais, paradiplomacia, fluxos migratórios, lideranças globais e regionais, etc. (MALLMANN; SANTANDER; SOUZA, 2017).

O termo paradiplomacia adquiriu maior relevância a partir da década de 1990 em virtude da difusão do processo de globalização, entretanto, foi empregado pela primeira vez por “[...] Panayotis Soldatos para discutir a respeito das atividades internacionais realizadas pelos entes subnacionais de diferentes Estados”. Os registros iniciais das ações que configuram a paradiplomacia já eram evidenciados “[...] nas relações comerciais e indenitárias realizadas por Quebec e Paris em 1882” (DE OLIVEIRA; DO NASCIMENTO, 2017, p.25).

A paradiplomacia envolve diversos agentes sociais e instituições em um sistema internacional de cooperação que, por meio de suas práticas, transcende inúmeras instâncias burocráticas. Exerce um papel subsidiário às ações externas realizadas pelos governos subnacionais, a fim de resolver problemas pontuais a cada região fronteira, abrangendo ações formais e informais, provisórias ou permanentes,

que compreendem competências socioeconômicas, políticas, no âmbito da saúde, missões, fluxos migratórios e turísticos, problemas ambientais, etc.

Dessa forma, fica evidente que, os atores locais, mesmo que o Estado continue sendo o principal agente no processo de tomada de decisões de maneira articulada, é tecido um conjunto de relações cotidianas que, de “[...] diversas formas e formatos, conformam intenções e interesses pessoais, competições empresariais e oferecem oportunidades alternativas à cooperação sócio institucional, muito especialmente nas regiões de fronteira” (OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2017, P. 24) . A maior parte das parcerias é constituída por um misto de interesses públicos e privados, permitindo a adoção de diferentes estratégias de intervenção. Nas regiões de fronteira, surgem novos fatores que viabilizam os arranjos institucionais, sejam eles privados ou públicos, que embasam diferentes atuações por períodos temporais quase sempre curtos.

As fronteiras, comumente, contam com poucas políticas públicas e, por isso, configuram-se como um campo fecundo para a atuação internacional por intermédio de seus atores locais que se articulam com aqueles que residem nos países vizinhos, procurando atender interesses e demandas específicos da região. Como a paradiplomacia possui um caráter dinâmico e envolve a intervenção de vários agentes, ela acaba se descolando das práxis tradicionais que caracterizam a diplomacia (OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2017).

Dentre as estratégias que viabilizam esse processo de aprofundamento das relações internacionais, De Oliveira e Do Nascimento (2017, p. 24) descrevem o delineamento de:

[...] uma série de desígnios, ações e projetos de interações binacionais nas regiões de fronteira dado por um conjunto de atores, entidades, organismos e instituições cada vez maior, que, de forma geral, destravam as malhas (de circulação), redimensionam os nós (de intermediação) para novas atribuições e perspectivas e, concomitantemente, abonam as redes (de cooperação, de colaboração ou de competição) para novas oportunidades de criação, vitalização e redimensionamento.

Em virtude do que tem sido discutido, fica claro que a paradiplomacia pode ser compreendida como instrumento que permite a aproximação das regiões de fronteira, havendo a cooperação internacional pelos atores subnacionais, em prol da resolução e implementação de políticas públicas capazes de resolver problemas comuns,

promovendo o desenvolvimento e minimização de desequilíbrios territoriais (DE OLIVEIRA; DO NASCIMENTO, 2017).

Através das redes de cooperação delineadas entre os governos locais, torna-se possível a implementação de ações de caráter complementar entre os municípios que, por sua vez, ultrapassam a dimensão territorial das fronteiras físicas ou políticas instauradas, proporcionando uma integração efetiva, bem como, a eliminação progressiva dos obstáculos que precisam ser resolvidos. O diálogo e a decisão conjunta sobre as ações a serem implementadas, tornam-se práticas comuns e necessárias para o fortalecimento da integração (GOMES, 2017).

Nas últimas décadas, na América do Sul, as ações em torno da paradiplomacia se intensificaram devido a vários fatores como a formação do bloco econômico denominado Mercosul, que trouxe em sua pauta discussões em torno da democracia, fronteira, cultura, saúde, educação, direitos humanos, dentre outros (GOMES, 2017).

Dessa forma, mais do que privilegiar apenas o aspecto econômico, a agenda desses países também passou a abranger problemas sociais, políticos e culturais, viabilizando sua aproximação graças a interesses comuns e, conseqüentemente, o delineamento de uma nova relação de interdependência (GOMES, 2017).

4.7 Saúde e circulação transfronteiriça

O processo social de transfronteirização permite o aproveitamento e valorização das fronteiras, visto que, corriqueiramente, os habitantes transcendem as divisas, tornando-as um recurso de inúmeras formas. Em algumas áreas fronteiriças brasileiras encontram-se as cidades gêmeas, que no Brasil, abrangem 29 municípios, nos quais as “circulações transfronteiriças decorrem fundamentalmente de relações de trabalho, estudo, consumo e acesso aos serviços públicos, sendo os principais a saúde e a educação” (AIKES; RIZZOTTO, 2018, p.02). Como é possível citar as cidades fronteiriças de Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguai).

Devido aos princípios de integralidade e universalidade que norteiam o funcionamento do SUS, verifica-se, com facilidade nessa região e em outras cidades fronteiriças do Brasil, o deslocamento de um grande número de estrangeiros em busca de atendimento na rede de saúde.

Tal contexto, bem como, a participação do Brasil no Mercosul, tem suscitado o desenvolvimento de diversos esforços para a existência de um processo de cooperação entre os países, capaz de assegurar o atendimento a serviços públicos de saúde, integrando as regiões e melhorando as condições de vida de sua população. A fim de exemplificar tal contexto, apresentam-se os próximos subitens.

4.7.1 Sistema integrado de saúde das fronteiras (SIS fronteiras)

A Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005, foi responsável por instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e regulamentar a adesão dos estados e dos municípios no território nacional (BRASIL, 2005). Para melhor discutir suas especificidades, antes de mais nada, é preciso retomar a abrangência do conceito “território”, compreendido como “uma porção espacial do espaço geográfico que coincide com a extensão espacial da jurisdição de um governo” (GOTTMAN, 2012, p. 523).

O caráter político-jurídico do território torna o Estado responsável pela sua soberania, tendo em vista um limite definido por fronteiras, cabendo-lhe definir os repasses a serem realizados para criar condições normativas e investimentos adequados em infraestrutura, políticas públicas e/ou outras ações essenciais para que sua população tenha condições mínimas para uma vida digna (CATAIA, 2011).

No Brasil, a política territorial de saúde é gerida com base no funcionamento do SUS, que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), estando alinhada ao contexto coeso e complementar da federação, cabendo a cada ente federado diferentes responsabilidades perante o funcionamento desse sistema e atendimento da população local.

O órgão governamental responsável pela administração e manutenção do sistema em todo o território é o Ministério da Saúde, enquanto no nível estadual e municipal, compete às secretarias de saúde estaduais e municipais tal responsabilidade, tendo e vista direção única em cada esfera de governo.

A universalidade ao acesso à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os indivíduos, entretanto para os estrangeiros de

idades fronteiriças, “... não há referência no Estatuto do Estrangeiro ao acesso à atenção à saúde, ficando a garantia deste direito dependente do poder discricionário da autoridade local...” (GIOVANELLA et al., 2007, p. 263). Por conta da dinâmica engendrada em suas fronteiras e da facilidade com que se efetiva o trânsito migratório de pessoas, tornou-se crucial pensar em ações que ultrapassassem o território nacional.

Consoante com o contexto político, histórico, econômico e social emerge a necessidade de uma maior integração entre os países que compõem o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com ampliação sucessiva do esforço entre os países-membros do bloco para que a integração das políticas públicas em torno da saúde se tornasse cada vez mais efetiva, pensando além das fronteiras internas e discutindo “... a circulação para além das questões econômicas e comerciais, mas também no que se refere ao deslocamento populacional na busca por políticas de saúde” (FEITOSA, 2015, p 3).

No Brasil, o repasse dos recursos a serem investidos na saúde depende de estimativas populacionais realizadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), os municípios fronteiriços que recebem imigrantes em busca de atendimento precisam ter uma atenção especial do Estado, para que não haja sobrecarga no atendimento e para que o atendimento continue mantendo sua qualidade e efetividade de acordo com as necessidades populacionais.

Contudo, ao considerar os critérios que orientam os repasses de verbas federais aos municípios e estados, os autores Gadelha e Costa (2007, p. 218) enfatizam que não são raros os casos em que eles:

[...] não contemplam a utilização dos serviços por essa população flutuante, o sistema público local, na fronteira, fica onerado e normalmente perde qualidade, prejudicando sobremaneira uma população já desprovida de infraestrutura básica, tanto social, quanto Física.

Para contribuir com o melhor gerenciamento desse repasse financeiro e minimizar a ocorrência de problemas como os mencionados anteriormente, oficialmente em setembro de 2005, foi lançado, na cidade de Uruguaiana –RS, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) a fim de garantir o repasse dos “incentivos financeiros para integração e racionalização dos serviços e sistemas de saúde nos municípios fronteiriços do País” (BRASIL, 2005, p. 2).

Com o auxílio do SIS Fronteiras, tornou-se possível a elaboração de ações capazes de coadunar com o objetivo de “promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde” (BRASIL, 2005, p.1) nesses municípios, por exemplo, Foz do Iguaçu, que recebe cotidianamente uma população flutuante de paraguaios e argentinos em busca de tratamentos, consultas e atendimentos diversos.

O atendimento aos estrangeiros é viabilizado pelo caráter de universalidade, integralidade e equidade que orienta a organização do SUS, logo, os serviços do sistema são oferecidos gratuitamente e o fato de o Brasil contar com uma posição econômica melhor em relação aos demais países sul-americanos que compõem o Mercosul, a busca de atendimento é constante. Ao mesmo tempo, essa situação se torna um desafio para os gestores públicos que precisam gerir os hospitais, unidades básicas de saúde, unidade de pronto atendimento, etc., com os poucos recursos previstos com base apenas na população residente (FEITOSA, 2015).

Para repensar essa realidade, minimizando os problemas administrativos vigentes, o Ministério da Saúde, ao lançar o SIS Fronteiras com meta primordial de fortalecer os serviços de saúde nos 121 municípios de fronteira, também “[...] teve como fim precípua impulsionar o processo de sedimentação da integração regional mediante o levantamento das demandas e da capacidade instalada e a documentação dos custos com a assistência aos cidadãos atendidos pelo SUS nas regiões de fronteira” (FERREIRA, 2017, p. 12).

O processo de operacionalização do Programa SIS Fronteiras aconteceu por meio de três fases de trabalho. Na primeira, foi realizada a elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços, sendo selecionados inicialmente 69 municípios localizados nos estados da Região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) mais o estado do Mato Grosso do Sul. Na sequência, o programa passou por uma ampliação, chegando a 52 municípios da Região Norte (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima) mais o estado do Mato Grosso. Na Fase 2, deu-se início “ao processo de qualificação da gestão, serviços, ações e implementação da rede de saúde. Por fim, a Fase 3 foi destinada para a implantação de serviços e ações de saúde nos municípios” (FEITOSA, 2015, p.07).

4.7.2 Pacto de gestão do SUS e a fronteira

A construção de um sistema público de saúde orientado pela necessidade de garantir um acesso universal, gratuito e com atendimento integral a todos os cidadãos, independente de sua classe social, cor e/ou quaisquer outras condições, sem dúvida, caracteriza um avanço civilizatório indispensável a uma “[...] sociedade profundamente marcada pela desigualdade social e regional, na qual a força de trabalho se reproduz em condições precárias e que raramente cultiva uma cultura democrática e cidadã” (SOUZA; SANTOS, 2018, p.30).

Passadas algumas décadas após a implementação do SUS, conquistas foram consolidadas, todavia, ainda é nítida a existência de desafios e problemas que requerem resolução imediata. É possível verificar que a política de saúde passou por um significativo processo evolutivo, principalmente, no que diz respeito a descentralização e municipalização. Os serviços oferecidos tornaram-se mais complexos, à medida que houve a ampliação da superfície de contato com a realidade política, social e administrativa do país (SOUZA; SANTOS, 2018).

Por outro lado, entre as dificuldades que ainda são percebidas encontram-se os poucos recursos disponibilizados pelo Estado, dificuldade no delineamento e cumprimento das responsabilidades sanitárias, erros contínuos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional, burocracia no processo de normatização que acaba engessando a tomada de decisões, planejamento e execução das políticas públicas, etc.

Corroborando com estas discussões, Souza e Souza (2018, p.27-28) enfatizam em seu artigo que após três décadas de implantação do SUS:

[...] são inegáveis os avanços para que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, onde todos devem ter acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). No entanto persistem as dificuldades para ampliar a oferta e a cobertura das ações e serviços de saúde, bem como para qualificar a assistência persistem, ainda que o SUS tenha alcançado inegáveis bons resultados.

Dentre as lacunas ainda existentes, estão a intensa fragmentação das ações e serviços do SUS para a oferta do cuidado integral à saúde expõe a necessidade de articulação e cooperação entre os sistemas municipais de saúde que teve início com o processo de descentralização com institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando dessa forma um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a política de municipalização, estabelecendo

assim o pleno exercício do poder municipal, dando ênfase ao processo de fragmentação do SUS.

Portanto, a gestão pública em saúde ainda está diante de desafios e problemas que exigem uma ação imediata dos órgãos competentes, para que a consolidação e qualificação do processo de descentralização torne-se uma realidade. A mediação e a gestão cooperativa entre todos os entes federados constituem ações fundamentais para que sejam delineados arranjos organizacionais, capazes esses de atender as distintas demandas configuradas no território desse país que apresenta dimensões continentais.

Outro fato que se destaca, está centrado na necessidade de manter a identidade do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988, Lei Federal n.º 8.080/90 e por outras Leis criadas na década de 1990 para caracterizá-lo, definir seus fundamentos teóricos e metodológicos. O funcionamento de seus serviços deve estar pautado no processo de descentralização, na solidariedade e cooperação entre todos os entes federados, uma vez que, o compartilhamento de responsabilidades é fundamental para que o sistema funcione de maneira adequada (FERNANDES, 2017).

Entre as estratégias que corroboram para o alcance de tal objetivo, o Pacto de Gestão instituído em 2006, cujo principal objetivo está voltado a melhoria da qualidade e eficiência do SUS, para que as necessidades em torno da saúde de todos os cidadãos brasileiros possam ser efetivamente atendidas. Dentre seus objetivos, figuram o alcance de metas sanitárias definidas consensualmente, visando a necessidade de melhorar o modo como funciona o atual modelo de atenção à saúde em todo o país, bem como, a qualidade dos serviços. Todos os entes federados devem calcar sua práxis nos princípios do SUS, tomando para si a responsabilidade sanitária que lhe compete em cada região, e integrando as práticas em torno da atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, promoção da saúde, vigilância da saúde, organização do trabalho, etc.

Souza e Santos (2018, p.41-42) afirmam que o Pacto de Gestão do SUS:

[...] determina responsabilidades dos entes federativos dentro das competências concorrentes sobre o que cada um deve realizar, levando em consideração as disparidades locais e regionais do território nacional, implicando numa lógica de descentralização e regionalização do SUS de maneira desburocratizada, por intermédio das regiões sanitárias e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), cuja criação talvez tenha sido a maior inovação do Pacto. O objetivo dessa instância interlocutória é justamente o estabelecimento de relações horizontais entre os governos municipais através do emprego de processos decisórios compartilhados. Na direção do federalismo cooperativo, o CGR apresenta aquilo que, conforme já visto, conforma um dos eixos da cooperação e coordenação: a negociação direta

entre os governos locais e a indução de um ente central. Logo, os municípios que compõem determinada região de saúde se interagem em cogestão horizontal, ao passo em que a esfera estadual tem a tarefa de coordenar as diversas relações estabelecidas.

Por intermédio da Estratégia Saúde da Família, é possível ampliar os serviços e melhorar a Atenção Básica de acordo com os princípios que fundamentam o SUS, tendo em vista a integralidade da atenção às necessidades da população atendida, via procedimentos específicos e outros pactuados regionalmente sempre que for necessário.

Além de considerar a individualidade dos pacientes, a abordagem familiar também se destacará entre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde a fim de identificar e reconhecer os problemas de saúde vigentes, suas necessidades, o contexto social, físico, econômico e cultural no qual estão inseridos, além orientar a efetivação dos fluxos e contrafluxos dos pacientes para os demais serviços oferecidos em suas redes de atenção.

A vigilância em Saúde - seja ela Epidemiológica, Ambiental ou Sanitária - também emerge como uma ação indispensável para que haja a integração institucional. Nesse sentido, compete aos entes federados participarem das ações definidas, de forma complementar ou suplementar, para que os programas de saúde possam funcionar adequadamente suprimindo as necessidades da população.

A formalização de Pacto de Gestão ocorre mediante Termo de Compromisso assinado de maneira dialogada em cada uma das esferas municipais, estaduais, do Distrito Federal e do Ministério da Saúde e, preservando as diversidades regionais.

Pressus (2018, p.330 - 331) destaca que a regionalização:

[...] objetiva reduzir as desigualdades sociais e territoriais através da identificação das regiões de saúde. Dentre seus pressupostos, destacam-se a territorialização e a flexibilidade. A territorialização é situada enquanto apropriação dos espaços locais, das relações estabelecidas com os sujeitos, das situações regionais e de suas peculiaridades. A flexibilidade no respeito à diversidade, a heterogeneidade territorial brasileira que revela as especificidades estaduais, regionais, municipais e suas dinâmicas distintas, como as regiões de fronteira.

O Pacto pela Saúde, quando pensado em 2006, tinha o intuito de ser um instrumento para consolidar uma gestão do SUS cooperativa e articulada, respeitando as diferenças regionais, garantindo a existência dos serviços de saúde no local onde reside e circula a população e, para assegurar a facilidade ao acesso aos diferentes serviços de

saúde, foram instituídas as regiões de saúde. Em conformidade às Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006, p. 20-21), as regiões devem apresentar os seguintes formatos:

- I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; IV. **Regiões Fronteiriças**, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

O Pacto pela Saúde possibilita acordos bilaterais entre gestores municipais e estaduais situados em região de fronteira com outros países, compondo um Colegiado de Gestão Regional juntamente com o gestor federal. O propósito desses dispositivos é expandir a condução operacional dos gestores municipais referente ao acesso universal e integral às ações de saúde para cidadãos estrangeiros (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

4.7.3 GT Itaipu-Saúde

O Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT Itaipu-Saúde) tem como finalidade “contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde na região da Tríplice Fronteira, desenvolvendo ações baseadas na integração e na cooperação entre os países vizinhos” (AVELAR, 2018, p.83). Integram o quadro de profissionais dedicados aos seu funcionamento, aqueles que se ligam a gestão ou serviço de saúde do Brasil, do Paraguai e da Argentina.

Almejando fortalecer suas ações, no ano de 2016, o Parque Tecnológico de Itaipu (PTI), em conjunto com seus parceiros “Itaipu; Fundação de Saúde Itaipuapy, universidades, Ministério da Saúde, organizações governamentais e não-governamentais e Fundo de População das Nações Unidas” colocaram em movimento o “projeto do Centro de Medicina Tropical da Tríplice Fronteira, que permite a vigilância

epidemiológica e detecção precoce do risco de transmissão de doenças emergentes e reemergentes na região da Tríplice Fronteira” (AVELAR, 2018, p.152).

Esse trabalho, realizado pelo PTI, tem por base o eixo cidadania definido pelo Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF). Sua população-alvo abrange aqueles que se encontram economicamente excluídos e vivem nessa região. Mesmo havendo dificuldades legais devido à presença de uma tríplice fronteira e a manutenção de um projeto integrado de desenvolvimento e financiamento, os projetos e ações desenvolvidos pelo PTI voltados à saúde mostram-se fundamentais para que esses sujeitos possam ter acesso a um tratamento digno (AVELAR, 2018).

4.7.4 Lei de migração, direito de residência e o acesso dos imigrantes ao SUS

As últimas décadas do século XX e as duas primeiras do século XXI apontam para a intensificação dos fluxos migratórios em escala internacional, fato também observado no Brasil, tanto pelo número crescente de imigrantes que passou a receber, provenientes de diversos locais, quanto pela saída contínua de brasileiros em busca de melhores condições de vida nos países desenvolvidos (OLIVEIRA, 2017).

Considerando a chegada de sírios, libaneses, venezuelanos, dentre outros povos de diferentes regiões geográficas, tornou-se nítida a necessidade de atualização do arcabouço jurídico que regulava a chegada e permanência dos imigrantes no país, de modo como Estatuto do Estrangeiro, criado no decorrer da Ditadura Militar deixasse de vigorar, uma vez que, nutria entre seus objetivos a proteção das fronteiras nacionais e não valorizava a importância e as contribuições da multiculturalidade (MARTIN et al., 2018).

A Lei de Migração Brasileira (Lei Federal nº 13.445), após inúmeros debates delineados no Congresso Nacional, teve seu texto aprovado no dia 24 de maio de 2017, passando a vigorar 180 dias após sua publicação. Ela revogou o Estatuto do Estrangeiro em vigor por meio da Lei Federal nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, bem como, a Lei Federal nº 818, de 18 de setembro de 1949, que discorria sobre aquisição, perda e reaquisição da nacionalidade (BRASIL, 2017).

A Nova Lei de Migração (NLM) trouxe em seu texto inúmeras inovações jurídicas que fazem menção à recepção, ao modo como os migrantes e visitantes são

recebidos no território nacional. Também traz algumas disposições sobre os residentes fronteiriços, com o objetivo de facilitar sua livre circulação no Brasil. Compreende o residente fronteiriço como a pessoa nacional oriunda de um país limítrofe, que migra temporariamente, mas conserva sua residência habitual no país vizinho. As pessoas apátridas são aquelas que não são reconhecidas como nacional por nenhum Estado (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019). CITAÇÃO DIRETA DO ESTATUTO

Em seu artigo 23, prevê o fornecimento de uma autorização para os residentes fronteiriços com o objetivo de facilitar sua livre circulação. Por meio de um requerimento, terão direito a documentação necessária para que possam exercer todos os seus direitos civis. Para isso, o parágrafo 2º do artigo 24, determina que seja definido “[...] o espaço geográfico de abrangência e de validade da autorização será especificado no documento de residente fronteiriço” (BRASIL, 2017).

O artigo 25 da referida lei esclarece que o documento poderá ser cancelado a qualquer momento, caso seja comprovado que seu titular tenha cometido fraude, utilizado documentação falsa para conseguir sua obtenção, estiver em uma condição migratória distinta, receber condenação penal, ou exercer seus direitos fora dos limites territoriais especificados por sua autorização (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019).

De acordo com o parágrafo 2º do artigo 26, da Lei de Migração, as pessoas apátridas que mantêm sua residência habitual no município fronteiriço situado no país vizinho, também poderão requerer a autorização para permanecer no Brasil e exercer todos os direitos e garantias inerentes à vida civil (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019).

Vale destacar seu artigo 4º, no qual os direitos estendidos aos apátridas são descritos:

Art. 4º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:

I – direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos;

II – direito à liberdade de circulação em território nacional;

III – direito à reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes;

IV – medidas de proteção a vítimas e testemunhas de crimes e de violações de direitos; V – direito de transferir recursos decorrentes de sua renda e economias pessoais a outro país, observada a legislação aplicável;

VI – direito de reunião para fins pacíficos;

VII – direito de associação, inclusive sindical, para fins lícitos;

VIII – acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

IX – amplo acesso à justiça e à assistência jurídica integral gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

X – direito à educação pública, vedada a discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

XI – garantia de cumprimento de obrigações legais e contratuais trabalhistas e de aplicação das normas de proteção ao trabalhador, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

XII – isenção das taxas de que trata esta Lei, mediante declaração de hipossuficiência econômica, na forma de regulamento;

[...]

A análise da condição de apátrida poderá ser realizada por meio de declarações, informações e documentos fornecidos pelo requisitante, bem como, por órgãos e organismos internacionais e nacionais. Após comprovação, o inciso VI do § 1º do artigo 1º, da Lei de Migração, descreve que o requisitante deverá ser consultado sobre o desejo de obtenção da nacionalidade brasileira (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019).

Caso aceite, o processo de naturalização caberá ao órgão competente do poder Executivo, que conta com um prazo de 30 dias para publicar os atos que lhe conferirão a documentação. Mesmo os apátridas que não desejarem obter a nacionalização imediata, poderão contar com a autorização necessária para residir no país de forma definitiva.

Nos casos em que a condição de apátrida não for reconhecida, os requerentes poderão entrar com recurso. Os § 9º e 10 do artigo 26 também esclarecem que o Estado não tem competência para devolvê-los ao seu país de origem em virtude do risco a que está sujeito.

A autorização de residência será conferida, de acordo com o artigo 30, da Lei de Migração (BRASIL, 2017), nos seguintes casos:

Art. 30. A residência poderá ser autorizada, mediante registro, ao imigrante, ao residente fronteiriço ou ao visitante que se enquadre em uma das seguintes hipóteses:

I - a residência tenha como finalidade: a) pesquisa, ensino ou extensão acadêmica; b) tratamento de saúde; c) acolhida humanitária; d) estudo; e) trabalho; f) férias-trabalho; g) prática de atividade religiosa ou serviço voluntário; h) realização de investimento ou de atividade com relevância econômica, social, científica, tecnológica ou cultural; i) reunião familiar;

II - a pessoa: a) seja beneficiária de tratado em matéria de residência e livre circulação; b) seja detentora de oferta de trabalho; c) já tenha possuído a nacionalidade brasileira e não deseje ou não reúna os requisitos para readquiri-la; d) (VETADO); e) seja beneficiária de refúgio, de asilo ou de proteção ao apátrida; f) seja menor nacional de outro país ou apátrida, desacompanhado ou abandonado, que se encontre nas fronteiras brasileiras ou em território nacional; g) tenha sido vítima de tráfico de pessoas, de trabalho escravo ou de violação de direito agravada por sua condição migratória; h) esteja em liberdade provisória ou em cumprimento de pena no Brasil;

III - outras hipóteses definidas em regulamento.

Nesse sentido, a concessão de residência para os residentes fronteiriços e apátridas, nas condições anteriormente descritas, não será concedida apenas nos casos em que o requerente possuir condenação criminal no Brasil ou em qualquer outro país, caso a sentença já tenha sido transitada em julgado e esteja tipificada na Legislação Penal Brasileira.

Lacerda, Neto e Ludwig (2019, p.29) afirmam que a exceção abrangerá os casos em que:

[...] a conduta caracterize infração de menor potencial ofensivo; a pessoa se enquadre nas hipóteses previstas nas alíneas “b”, “c” e “i” do inciso I e na alínea “a” do inciso II do caput do artigo 30 desta Lei (transcrito acima). O § 4º do artigo 31 determina que o solicitante de refúgio, de asilo ou de proteção ao apátrida fará jus à autorização provisória de residência até a obtenção de resposta ao seu pedido.

Com a publicação dessa lei, é possível considerar que o Governo do Brasil passou a analisar a condição dos imigrantes de forma mais humanitária facilitando a concessão de vistos, autorização para residir e, conseqüentemente, o exercício dos direitos civis estendidos a todos os cidadãos que residem em suas fronteiras, sejam eles natos ou naturalizados (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019).

Essa política migratória, de acordo com o artigo 3º, é caracterizada pela universalidade, invisibilidade e interdependência dos direitos humanos, repudia quaisquer práticas xenofóbicas (preconceito ou aversão aos imigrantes), estabelece o desenvolvimento de ações preventivas, não tolera o racismo, não tem em vista a criminalização dos estrangeiros, nutre o desejo de regulamentar sua presença no país, dentre outros objetivos voltados à oferta e possibilidade para que possam ter uma vida digna, assim como, qualquer outro cidadão (LACERDA; NETO; LUDWIG, 2019).

A respeito da saúde dos imigrantes, Martin et al. (2018) destacam que os processos migratórios que percorrem nem sempre são favoráveis a sua saúde, situação que tem se tornando objeto de estudo nos últimos anos e que se mostra como a base para a construção de ações e políticas públicas que considere o processo saúde-doença dos imigrantes e refugiados.

O atendimento dos imigrantes no SUS ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde há a oportunidade de fazer o cartão SUS. As práticas empreendidas pelos profissionais de saúde, “[...] se relacionam com a atenção aos sofrimentos, buscando prevenir, tratar, controlar, aliviar ou curar [...]” (MARTIN et al., 2018, p.33).

Além da oferta do atendimento que demandam, esses profissionais também se deparam com a oportunidade de apropriarem-se de novos conhecimentos sobre identidade, nacionalidade e etnicidade. Esse contato intercultural propicia muitos benefícios para ambas as partes, melhora a forma como o atendimento é fornecido, permite a resolução e/ou minimização do sofrimento dos imigrantes decorrentes do processo saúde-doença, tendo a oferta de um atendimento humanizado (MARTIN et al., 2018, p.33).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de pesquisa

Para responder à questão proposta, desenvolveu-se estudo descritivo de abordagem qualitativa, baseado em dados primários obtidos através de entrevistas com os conselheiros e secundários, a partir da análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, no período de implantação do programa SIS Fronteiras.

A pesquisa descritiva busca o levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/processo. É feita na forma de levantamento ou observações do que se deseja pesquisar, tem como objetivo primordial a descrição das características de determinado fenômeno (TOGNETTI, 2006). O presente estudo buscou descrever o exercício do controle social das políticas de saúde em região de

fronteira, abordando as singularidades dos territórios e sistemas de saúde distintos do SUS.

Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1999) aponta que ela se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

5.2 Campo da pesquisa

O ambiente da pesquisa é o Conselho Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu (COMUSFOZ), criado pela Lei Municipal nº1. 507 de 02/10/1990 e alterado através da Lei nº 2.083 de 08 de setembro de 1997, constitui-se no órgão colegiado máximo do SUS no Município de Foz do Iguaçu, de caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, avaliativas e fiscalizadoras da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica do Município.

O COMUSFOZ é integrado por 03 (três) segmentos sociais e por representação paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de entidades de Usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de Trabalhadores em serviços de saúde, 12,5% (doze e meio por cento) de Gestores de órgãos públicos de saúde e 12,5% (doze e meio por cento) de Prestadores de serviços de saúde, totalizando 32 (trinta e dois) membros titulares e 32 (trinta e dois) membros suplentes, indicados pelas entidades/órgãos eleitas em Conferência Municipal de Saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2012).

5.3 Fontes de dados

Foram utilizadas duas fontes, documentos (atas) e entrevistas com conselheiros. Para a coleta de dados das atas, utilizou-se instrumento específico para identificar aspectos relacionados aos principais temas abordados, relação com o financiamento,

acompanhamento de resultados, transparência e acessibilidade das informações, também em relação ao programa SIS Fronteiras (APÊNDICE 1).

Para a entrevista, fez-se uso de um roteiro norteador de perguntas sobre sua percepção do controle social no SUS em região fronteiriça, especialmente, acerca do programa SIS Fronteiras, tomado como “objeto – marcador” do exercício do controle social de uma política voltada, especificamente, para a região fronteiriça (APÊNDICE 2).

5.4 População e amostra

No total, realizou-se a análise de 282 atas e participaram das entrevistas 15 conselheiros, dois quais 14 titulares e apenas 1 suplente. Como critérios de inclusão, foram ouvidos os conselheiros municipais que representam o segmento usuário e que exerceram e/ou exercem as suas funções no COMUSFOZ, no período de implantação do SIS Fronteiras ou seja, registrado em ata a participação do conselheiro em debates sobre o programa a partir do ano da adesão em 2006. Para os critérios de exclusão, foram eliminados aqueles que não constava nos registros das atas a participação em pelo menos uma reunião que abordava o tema do programa SIS Fronteiras. Foram escolhidos os conselheiros que representam o segmento usuário, pois, totalizam a maioria representativa no COMUSFOZ de 50% (cinquenta por cento), as outras representatividades dos gestores/ prestadores e trabalhadores em saúde tem a oportunidade em outros espaços, inclusive no processo de formação acadêmica de conhecer e estudar a temática, sendo assim foram selecionados os conselheiros usuários para investigação do objeto de estudo.

Para o fechamento amostral foi utilizado o critério de saturação: momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimento para o objeto estudado (MINAYO, 2017).

5.5 Coleta de dados

Foram selecionadas 77 atas que mencionavam a saúde e a fronteira em seus registros, conteúdos relacionados ao programa do SIS Fronteiras, a participação dos

conselheiros em eventos ou capacitações relacionadas à saúde na fronteira e informações divulgadas pela Secretaria Municipal de Saúde relacionadas à população fronteiriça.

Os conselheiros foram contatados para agendamento das entrevistas com antecedência, as audiências que foram gravadas e posteriormente transcritas. A coleta dos dados nas atas foi realizada utilizando-se instrumento elaborado para identificar a participação dos conselheiros em reuniões, atividades e discussões relacionadas à política de saúde na fronteira e no período em que programa SIS Fronteiras se consolidou no município. Destacando a data e o número de ordem das atas em que os eventos foram registrados.

5.6 Organização e análise dos dados

Os dados das entrevistas e das atas foram tratados a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1979) por análise temática. Os procedimentos para seu tratamento foram: Leitura criteriosa dos formulários; Organização do material; Classificação e categorização das informações obtidas junto aos pesquisados; Análise dos aspectos divergentes e convergentes evidenciados nos relatos.

Utilizou-se instrumento elaborado para coleta e sistematização dos dados das atas, as categorias analíticas foram organizadas com intuito de identificar a participação dos conselheiros em reuniões, atividades e discussões relacionadas à política de saúde na fronteira, a contar do período relativo a adesão ao SIS Fronteiras (2006). A partir da leitura emergiram 3 categorias que foram apresentadas no capítulo dos resultados em formato de artigo, sendo elas: (1) Assistência à saúde da população na fronteira, (2) SIS Fronteiras: Adesão, financiamento, plano operativo, implementação de serviços e qualificação da gestão e (3) Participação dos conselheiros em capacitações com a temática saúde na fronteira.

5.7 Questões éticas

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste – Universidade do Oeste do Paraná, segundo parecer 2.982.939 de 25 de outubro de 2018 (ANEXO A).

6. ARTIGO 1

CONTROLE SOCIAL DO SUS: A SAÚDE EM TERRITÓRIO DE FRONTEIRA EM PAUTA

RESUMO

O presente estudo analisa a dinâmica do exercício do controle social em município brasileiro de região de fronteira internacional, referentes às políticas de saúde específicas para a localidade, a partir dos registros em atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Empregou-se a técnica de análise documental auxiliada por instrumento elaborado para identificar a participação dos conselheiros em reuniões, atividades e temas relacionados à política de saúde na fronteira de 2006 a 2018, período relativo a adesão ao SIS Fronteiras. Os resultados apontam que o CMS discutiu a política de saúde sem contextualizá-la suficientemente no território específico de fronteira. Por conseguinte, recomenda-se mecanismos de formação para aprimorar a ação e organização, ancorados na temática saúde em regiões de fronteira, apoiando o exercício do controle social orientado para as necessidades da realidade local dos municípios brasileiros fronteiriços.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; controle social; saúde na fronteira.

SOCIAL CONTROL OF UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS): AN ESSAY ON HEALTH IN THE FRONTIER AREA

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the dynamics of social control tactics in a Brazilian municipality situated in an international frontier area. Such investigation is made upon minutes of the Municipal Health Committee (CMS), which hold specifications on the health policies for the above-mentioned area. The data was collected through document analysis facilitated by designed instrument, enabling the identification of the activities and topics related to the health policies in the frontier, as well as naming the councilors present in the assemblies from 2006 to 2008, period of adherence to the Integrated Health System – Frontiers. The results show that the Municipal Health Committee addressed health politics with lack of depths regarding the territory of frontiers and its singularities. Therefore, this essay recommends formation mechanisms to improve the actions and organization, anchored in the discussions of health in the areas of frontiers, supporting the exercise of social control that includes the real necessities of the Brazilian municipalities in such areas.

Keywords: Unified Health System; social control; health in the frontier.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui área de fronteira compartilhada com 10 países da América do Sul. São 588 municípios que se distribuem em 11 estados, dos quais apenas o Paraná apresenta 139 cidades com divisas compartilhadas. Os territórios de região de fronteira são complexos e devem ser entendidos além da esfera jurídica formal, no convívio cotidiano de espaços – limites, por coexistirem elementos de integração e de conflitos que precisam ser considerados na determinação social do processo saúde-doença e, portanto, nas políticas e programas de saúde para seu enfrentamento.

As políticas de saúde para as regiões de fronteira devem considerar a situação geopolítica marcada por assimetrias e desigualdades demonstradas em indicadores sociodemográficos e sanitários da população residente nessas áreas. Planejar gestão em saúde também deve considerar peculiaridades encontradas no território como instrumento para compreender dificuldades e necessidades típicas dessas regiões (AZEVEDO, 2015).

Com intuito de mobilizar gestores da área de saúde e expandindo a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços, o Governo Federal, em 2005, propôs o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras), com objetivo de implantar um sistema de cooperação em rede integrando as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira (LEMÕES et.al, 2019). Por meio da colaboração internacional entre países fronteiriços, almejou-se promover, na área de saúde, práticas integradas e transformadoras para fortalecer sistemas bilateralmente.

FALTOU LIGACAO Na gestão da saúde, o controle social tem um importante papel na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), exercido formalmente nas instâncias dos conselhos e conferências é espaço de debates, pactuações e deliberações nos quais a sociedade civil pode interferir na definição das políticas de saúde, considerando interesses do coletivo e necessidades locais de saúde.

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), enquanto instrumentos de participação da sociedade civil, podem contribuir para a organização de uma rede de saúde local mais efetiva nas respostas aos problemas de saúde da população residente neste território e colaborar na elaboração de temas de interesse público regional,

emergindo como espaço democrático para a manifestação da participação social. Nesse sentido, este estudo objetiva analisar a dinâmica do exercício do controle social em município brasileiro de região de fronteira internacional, referentes às políticas de saúde específicas para a localidade, a partir dos registros em atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, baseado em análise documental, fundamentado na apreciação das atas das reuniões do COMUSFOZ, a partir do período de implantação do SIS Fronteiras. A pesquisa documental caracteriza-se por estudo com material que ainda não recebeu um tratamento analítico em relação a um determinado objeto de estudo (CECHINEL et al., 2016).

O COMUSFOZ foi criado pela Lei Municipal nº 1.507 de 02/10/1990. É integrado por 03 segmentos sociais e por representação paritária de 50% Representantes de entidades de Usuários, 25% Trabalhadores em serviços de saúde, 12,5% Gestores de órgãos públicos de saúde e 12,5% Prestadores de serviços de saúde, totalizando 32 membros titulares e 32 membros suplentes, indicados pelas entidades/órgãos eleitas em Conferência Municipal de Saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2012).

As fontes dos dados foram as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS a partir de 2006, período que a administração da saúde local aderiu ao SIS Fronteiras, até o ano de 2018. O SIS Fronteiras foi escolhido como marcador para análise, visto que se trata de uma experiência de política de saúde específica para região de fronteira, desta forma, este programa possibilitou ou intensificou o debate sobre questões relacionadas ao território e às políticas de saúde.

O SIS Fronteiras foi uma proposta lançada pelo governo brasileiro, com intuito de minimizar assimetrias administrativas vigentes e com objetivo principal de fortalecer serviços de saúde nos 121 municípios de fronteira. Nesse contexto, segundo Hortelan et al. (2019, p. 235) “Acordos binacionais, cidadania de estrangeiros e programas/políticas dirigentes sobre atendimento aos transfronteiriços ...” potencializam serviços de saúde e conduzem planejamento e ações do gestor de saúde pública. Por conseguinte, fez-se uso deste programa como marcador das discussões sobre políticas de saúde específicas para região de fronteira no CMS pesquisado.

Foram analisadas 282 atas e selecionadas 77 que mencionavam saúde e fronteira, políticas de saúde na fronteira, conteúdos relacionados ao SIS Fronteiras, participação dos conselheiros em eventos ou capacitações relacionadas à saúde na fronteira.

Utilizou-se instrumento elaborado para coleta e sistematização dos dados. Para análise do conteúdo foi empregado o referencial de Bardin (2016) que propõe tratar informações brutas em reproduções que proporcionem auxiliar o acesso, consulta e referência aos documentos examinados, seguidas das etapas pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. As categorias analíticas organizadas tinham a finalidade de identificar participação dos conselheiros em reuniões, assim como atividades e discussões relacionadas à política de saúde na fronteira a partir do período de adesão ao SIS Fronteiras. Operam como categorias analíticas: (1) Assistência à saúde da população na fronteira, (2) SIS Fronteira: Adesão, financiamento, plano operativo, implementação de serviços e qualificação da gestão e (3) Participação dos conselheiros em capacitações com a temática saúde na fronteira (Quadro 01).

Os aspectos éticos da pesquisa seguem o proposto pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde – CNS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 2.982.939 de 25/10/2018.

RESULTADOS

Os espaços de debate dos CMS têm apresentado uma sinergia para o controle social, essas instituições tratam das políticas de saúde e influenciam sobre os impactos de desenvolvimento regional. A seguir, serão apresentados os resultados das análises dos documentos obtidos nas atas do COMUSFOZ, procurando compreender como essa entidade abordou o tema da saúde em região de fronteira. Quadro 1

Quadro 1. Atas das reuniões do COMUSFOZ relacionadas a saúde na fronteira

TEMAS	Nº Atas
1. Políticas de saúde na fronteira	47
1.1 Atendimento aos estrangeiros e moradores da fronteira nos serviços de saúde do município	20
1.2 Ações de saúde na fronteira promovida pela gestão municipal e estadual	17
1.3 Atividades promovidas por outras instituições locais sobre a saúde da população fronteiriça	10
2. Etapas relacionadas ao SIS Fronteiras	21
2.1 Prestações de contas dos recursos do SIS Fronteiras	9

2.2 Ações financiadas pelo SIS Fronteiras	5
2.3 Plano operativo	2
2.4 Comissão local de Saúde do SIS Fronteiras	3
2.5 Instituição inquérito civil público	1
2.6 Devolutiva da 13ª Conferência Nacional de Saúde	1
3. Capacitações com a temática saúde na fronteira	9

1. Assistência à saúde da população na fronteira

Há registros sobre políticas de saúde na fronteira em 47 atas (Quadro 1), em 20 delas o atendimento aos estrangeiros e moradores da fronteira não residentes em Foz do Iguaçu nos serviços de saúde do município se destacou. Na pauta da reunião nº339/2006, cuja ordem do dia refere à situação assistencial atual do município:

[...] Internações hospitalares, conforme parâmetros do Ministério da Saúde para cada 1.000 habitantes é recomendado disponibilizar 2,5 a 3,0 leitos, considerando a população atual do município é superior a 300.000 habitantes, sem contar a expressa massa de “brasiguaios”, cerca de 250.000 cidadãos brasileiros residem na faixa de fronteira em território paraguaio recorrem em grande número aos serviços médico-hospitalares locais [...] (FOZ DO IGUAÇU, 2006, Linha 132, s.p).

Em 2008, foram encontrados registros na ata nº418 sobre atendimentos realizados pela Santa Casa Monsenhor Guilherme, quando os conselheiros questionaram o tamanho da população atendida no município em relação ao número de leitos disponibilizados. Além da população residente no município, eles também argumentavam o uso recorrente dos serviços de saúde pela população fronteiriça com destaque aos “brasiguaios” (brasileiros residentes no Paraguai), ainda interrogavam sobre financiamento por parte do Governo Federal para a saúde do município que não beneficiava a população fronteiriça no repasse de verba.

[...] Existem atendimentos prestados aos brasileiros residentes no Paraguai, sendo que o Ministério da Saúde não considera esses atendimentos, portanto valores destinados ao município são baseados em 311.000 habitantes, mas a SMSA sabe que são atendidas aproximadamente 40.000 pessoas, que não estão contempladas nesta estatística (FOZ DO IGUAÇU, 2008, Linha 195, p. 06).

Nos registros de reuniões destinadas a deliberar sobre o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, identificou-se que representantes da gestão municipal também questionaram atendimentos à população transfronteiriça nos serviços de saúde do município.

Conforme Relatório do IBGE, Foz do Iguaçu contempla uma população de 256.000 habitantes, mas a Saúde atende aproximadamente 270.000 pacientes que estão cadastrados no Programa Saúde Foz e 40.000 destes pacientes não são moradores de Foz do Iguaçu. Se levarmos em conta os pacientes que tem Plano de Saúde corporativo o município tem uma população de 320.000 habitantes. Conforme relatório apresentado, o município atende pacientes de outros municípios, estados e até de outros países, por exemplo, os brasileiros residentes do outro lado das fronteiras assim como os estudantes da UNILA³ (FOZ DO IGUAÇU, 2012, linha 85, p.03).

O reconhecimento da distinção dos orçamentos públicos, destinados aos sistemas locais de saúde em municípios de fronteira, é uma preocupação recorrente dos gestores municipais de saúde expressa nas atas, devido a não contabilização da população flutuante nos dados para os repasses financeiros.

Em reunião registrada na ata nº355 de 28/09/2006, para tratar do Pacto de Gestão e Orçamento 2007 da Secretaria Municipal de Saúde, o tema fronteira aparece como parte da apresentação do gestor municipal que diz:

As regiões fronteiriças obrigatoriamente há um envolvimento especial do Ministério da Saúde que deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos na perspectiva da implementação do SUS e conseqüentemente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do colegiado de gestão regional... é o espaço permanente de pactuações visando uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutive, o colegiado de Bipartite regionais deverá ser constituído por todos os gestores municipais da regional, devendo instituir processo de planejamento regional que expresse responsabilidades do gestor com a saúde da população (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 86, p. 03).

Ainda nessa reunião, o gestor explica o objetivo do Pacto de Gestão, além de explanar as funções do colegiado de gestão e as prioridades de cada ente federativo em relação às políticas de saúde, reforçando o compromisso com a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho em relação à saúde. Concernente às regiões de fronteiras, a resolução ministerial inclui atenção à saúde nos municípios fronteiriços, promovendo articulação entre os países e instituições envolvidas.

³ A Universidade Federal da Integração Latino-Americana é um órgão de natureza jurídica autárquica, vinculada ao Ministério da Educação, com sede e foro em Foz do Iguaçu - PR. Sua missão é formar recursos humanos aptos a contribuir com a integração latino-americana, com o desenvolvimento regional e com intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina, especialmente no (Mercosul). Dos 5.890 estudantes da universidade, 1.549 deles são de 29 países diferentes. (KATEIVAS, 2020).

Apesar dessa reunião, registrada em ata nº355 de 28/09/2006, tratar como pauta o pacto de gestão, não evidenciou registros de participação efetiva dos conselheiros municipais de saúde questionando ou argumentando pactuações e acordos bilaterais possíveis de serem negociados nos colegiados de gestão regional, também não foram encontradas outras atas com registros de reuniões, encontros ou eventos promovidos por esse colegiado para tratar da assistência à saúde na fronteira, houve ausência do tema nas atas dos anos seguintes até 2018.

2. SIS Fronteiras: Adesão, financiamento, plano operativo, implementação de serviços e qualificação da gestão

No COMUSFOZ foram encontrados registros sobre o SIS Fronteiras em 21 atas (Quadro 1), a primeira discussão sobre o programa constava na ata nº340 da reunião de 09/03/2006, a pauta do encontro era a indicação de conselheiros para comissão local de saúde do SIS Fronteiras:

[...] iniciou a explanação da pauta sobre o SIS Fronteiras, dizendo que trata-se de um projeto já pactuado com o Ministério da Saúde, através da Portaria nº1.120, e informa que para instituir o programa deve-se observar alguns itens, citando o Ministério que repassou R\$436.000,00 este valor deve ser utilizado pelo município na melhoria da rede básica de saúde e implantar os serviços, que busquem viabilizar ações aos brasileiros que vivem do outro lado das fronteiras, Paraguai e Argentina [...] (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 255, p. 08).

Na reunião acima citada, o gestor apresentou os objetivos do programa, as três fases que contemplam a execução, exibiu valores de repasses financeiros e a instituição de uma comissão. De acordo com os registros, o programa apresenta no seu Art.1º Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras, sendo este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:

- I. Contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;
- II. Verificar as demandas e a capacidade instalada;
- III. Identificar os fluxos de assistência;
- IV. Analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;
- V. Documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e
- VI. Integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros.

Consta ainda na ata que o município receberia proveniente do orçamento federal o montante de R\$6.500.000,00 valor advindo do Programa Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (QUALISUS) para o desenvolvimento do SIS Fronteiras, que se desenvolveria em três fases: diagnóstico e plano operacional; implantação de serviços para áreas de fronteiras e qualificação da gestão em áreas estratégicas. O gestor informou que uma das exigências para o Ministério da Saúde seria a instituição do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações do SIS Fronteiras, que no COMUSFOZ foi constituído por representantes de entidades nacionais e dos países vizinhos:

[...] representantes da SMSA, membros do COMUS, 9ª R.S., GT Saúde-Itaipu, Consulado Brasileiro de Cidade Del Leste, Consulado Brasileiro em Porto Iguaçu, Secretaria Municipal de Relações Internacionais, Hospital Costa Cavalcante, Hospital Cataratas, Pastoral do Migrante e Pastoral da Saúde do Paraguai (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 284, p. 09).

De acordo com registros da ata nº340 reunião de 09/03/2006, o objetivo principal dessa reunião foi instituir a comissão permanente, que deveria ser decidida de maneira imediata mesmo após longa apresentação de toda estruturação do programa, conforme esclarecido pelo gestor.

[...] a proposta é que o COMUSFOZ indique os nomes e aprove esta comissão, com urgência para ser repassado os indicados ao Ministério da Saúde para que esta comissão inicie os trabalhos... primeiro vamos conhecer a realidade e repassar estas informações ao Ministério da Saúde, esclarecendo que hoje só estamos criando a comissão e inclusão do município no programa, e o SIS Fronteiras, está dividido em três fases, lembrando que no dia de hoje não estamos pedindo aprovação dos serviços, após concluído o diagnóstico é que vamos começar implantar os serviços [...] (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 287, p. 09)

Na leitura das atas selecionadas a partir do marcador fronteira, encontrou-se nos registros discussões relacionadas às prestações de contas dos recursos do SIS Fronteiras, ações financiadas pelo SIS Fronteiras, apreciação do plano operativo e formação de Comissão local de Saúde do SIS Fronteiras.

O plano operativo foi apreciado pelos conselheiros municipais em reunião registrada em ata de nº358 de 19/10/2006,

[...] Foz do Iguaçu foi o primeiro município do Brasil a concluir este projeto e este diagnóstico feito pela Universidade Federal do Paraná em conjunto com o Ministério da Saúde, a UFPR ouviu 42.000 usuários do SUS em um determinado período na cidade do dia 14/08/2006 a 08/09/2006, em cima desses dados e considerações do COMUSFOZ nos seus segmentos, o Ministério da Saúde chegou ao diagnóstico do município [...] (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 81, p.03).

Durante essa reunião, o gestor explica como foi realizado o estudo para chegar ao diagnóstico do município pela Universidade Federal do Paraná.

Foi feito um raio-x não somente em relação a saúde da população, mas sobre a classe econômica dos moradores do município. Os usuários das unidades básica de saúde que foram entrevistados do SUS para fins da pesquisa foram; Núcleo de Saúde da A.K.L.P, UBS do Jardim América, UBS da Vila Iolanda, Núcleo de Saúde do São João e Profilurb II, Hospital Costa Cavalcante, Pronto Atendimento 24h Central e Morumbi I. Essas 42.000 pessoas responderam uma pesquisa qualitativa que tem muito mais dados e responsabilidades das informações, sendo importante para o Ministério da Saúde formular uma política de Saúde. A medida que integram o município de Foz do Iguaçu com municípios de fronteira, se não houver uma regulamentação correrá riscos em função da demanda (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 89, p.03)

Conforme os registros, a pesquisa realizada para definir o diagnóstico local, também apresenta dados referentes à nacionalidade das pessoas que buscaram os serviços e ao perfil do atendimento prestado para essa população durante o período do estudo.

[...] 42.258 desse número de usuários 651 são paraguaios, 82 argentinos e 257 outras nacionalidades, sendo 98.7% desses estrangeiros são residentes no Brasil, 1.1% no Paraguai e 0% na Argentina. Receberam atendimentos 89.1%, agendadas 6.6%, orientados para atendimentos em outros serviços de saúde no mesmo município 2.1%. Não receberam atendimento e nenhum tipo de orientação 394 pessoas. Em relação ao tratamento oncológico 52.720 são brasileiros, 52 paraguaios, 01 argentino e 05 de outras nacionalidades (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 124, p.04).

Na ata ainda constam registros de resultados encontrados pela pesquisa que realizou o diagnóstico do sistema de saúde local, quanto ao acesso (se precisou de ajuda de terceiros para obter atendimento) e o nível de satisfação:

[...] [ajuda de] religiosa 44, família 314, políticos 07, movimentos sociais 08... Os resultados obtidos relatam 96% da população entrevistada estão satisfeitas com os atendimentos ofertados, precisando ser melhorado. Explica que a maior parte dos recursos, ainda é destinada para as questões curativas (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 135, p. 04).

Em ralação aos recursos financeiros, a ata registra os valores que seriam repassados pelo Ministério da Saúde e para onde deveriam ser destinados:

[...] R\$1.215.000,00 são para equipar e construir UBS tem uma sobra de recursos para o SIS Fronteiras de R\$436.000,00 pelo diagnóstico, não foram gastos nem R\$150.000,00 sobrando em torno de R\$300.000,00 que serão repassados para fase 2 que após aprovação do plano operativo será revertido na construção das UBS do Jardim América e Jardim Jupira. Os investimentos de R\$330.000,00 seriam para investir em cursos para profissionais da atenção básica tanto na urgência quanto emergência e área hospitalar, capacitando permanentemente a equipe de saúde. O aumento de leitos hospitalares concluindo assim o Hospital Municipal são um valor de aproximadamente R\$3.300.000,00 aprovado pela comissão do SIS Fronteiras, dentre outras questões prioritárias para o município de Foz do Iguaçu citadas (FOZ DO IGUAÇU, 2006, linha 143, p. 05).

O plano operacional habilita o município para receber recursos do Ministério da Saúde, que após ser apresentado pelo representante da Secretaria de Saúde, foi colocado em apreciação e aprovado pelos conselheiros municipais de saúde. A fase I do SIS Fronteiras homologada através da Portaria N°160, de 22/01/2007, diz:

Art. 1º Homologar a Fase I do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS, que compreende o Diagnóstico Local e o Plano Operacional do Município de Foz do Iguaçu (PR).

Art. 2º Autorizar a utilização do saldo remanescente da Fase I, no valor de R\$ 367.082,15 (trezentos e sessenta e sete mil oitenta e dois reais e quinze centavos), de recursos de custeio, bem como de seus rendimentos decorrentes da aplicação financeira, para a execução da Fase II do SIS FRONTEIRAS.

Art. 3º Autorizar o repasse dos recursos correspondentes à Fase II do SIS FRONTEIRAS destinado ao Município de Foz do Iguaçu (PR), que corresponde a R\$508.908,40 (quinhentos e oito mil novecentos e oito reais e quarenta centavos), conforme previsto na Portaria n°1.189/GM, de 05/06/2006.

Essa reunião configurou o momento de maior discussão do SIS Fronteiras pelos conselheiros, outros registros vinculados ao programa aparecem nas prestações de contas pontualmente, poucas falas por parte dos conselheiros questionando a demora no repasse de verbas para as construções das unidades de saúde que foram contempladas no plano, e um único apontamento em ata de solicitação pela Secretaria de Saúde para apreciação de alterações no plano de aplicação de recursos.

O último registro referente ao programa ocorreu em ata no ano de 2011(Quadro 2), tratava de repasses financeiros para contemplar a construção de duas unidades de saúde, nota-se em 2006, quando o programa foi implantado no município, até 2011, quando o assunto aparece pela última vez, que a discussão do SIS Fronteiras ficou restrita às questões financeiras, não há registros sobre elaboração de políticas de saúde na fronteira contemplando o objetivo do programa de promover integração de ações e

serviços de saúde na região, prevista na Portaria nº1.188 de 05/06/2006, nem outras necessidades previstas como avaliar ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras; desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação e mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede (BRASIL, 2006).

Quadro 2. Atas do COMUSFOZ sobre o SIS Fronteiras, Foz do Iguaçu, 2006 a 2018.

ANO	Nº ATAS	ASSUNTOS TRATADOS
2006	05	(01) Prestação de contas (01) Plano operativo (03) Comissão local de saúde
2007	04	(02) Prestação de contas (01) Ações financiadas pelo SIS Fronteiras (01) Devolutiva da 13º conferência Nacional de saúde
2008	07	(05) Prestação de contas (01) Ações financiadas pelo SIS Fronteiras (01) Instituição de inquérito civil público
2009	03	(01) Prestação de contas (02) Ações financiadas pelo SIS Fronteiras
2010	00	Sem registros
2011	02	(01) Plano operativo (01) Ações financiadas pelo SIS Fronteiras
2012	00	Sem registros
2013	00	Sem registros
2014	00	Sem registros
2015	00	Sem registros
2016	00	Sem registros
2017	00	Sem registros
2018	00	Sem registros

Após adesão do município ao SIS Fronteiras, considerando esse um programa propulsor da discussão sobre o sistema de saúde em região de fronteira e momento de maior discussão no âmbito do Conselho Municipal referente à saúde na fronteira, registros posteriores não revelaram uma consolidação desse debate no espaço do COMUSFOZ.

3. Participação dos conselheiros em capacitações com a temática saúde na fronteira

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), reformulada em 2007 com participação do CNS, deliberou as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, buscando fomentar ampliação de iniciativas

existentes das instituições e impulsionar estados e municípios na procura de qualificação para seus conselheiros (BRASIL, 2007).

A participação dos conselheiros do COMUSFOZ em atividades de qualificação foram identificadas a partir do registro de atividades internas promovidas pela mesa diretora do CMS e atividades externas através de convites partindo, na maioria das vezes, de instituições de ensino superior e o GT-SAUDE⁴ para participação em cursos, seminários, fóruns e palestras.

Com relação, especificamente, ao SIS Fronteiras, parte dos recursos oriundos do programa proporcionou cursos de capacitação no seguinte formato:

Realizou 03 cursos de capacitação aos servidores da rede de saúde, direcionada a médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e usuários, realizados com recursos do SIS Fronteiras, abrangendo acolhimento, o que é a enfermagem, psicologia e apresentando toda rede de saúde [...] (FOZ DO IGUAÇU, 2009, linha 729, s.p).

O tema saúde em região de fronteira pouco aparece nos registros de atividades de qualificação com a participação dos conselheiros, em apenas 9 atas (Quadro.1) a fronteira é citada e relacionada há alguma atividade de capacitação.

[...] informa sobre o Simpósio Internacional de Direito a Saúde na UNILA, coordenado por um advogado do curso de saúde coletiva... com a presença de representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público e outros países, o foco vai ser o direito a saúde do estrangeiro em Foz do Iguaçu, principalmente em relação a tríplice fronteira, acredito ser um tema importante para os conselheiros estarem presentes (FOZ DO IGUAÇU, 2015, linha 36, s.p).

Foram encontrados registros sobre o QUALIFOZ, um curso de formação promovido pelo COMUSFOZ cujo objetivo é contemplar a política de educação permanente para o controle social na saúde do município de Foz do Iguaçu. O curso segue a estrutura do QUALICONSELHOS com emissão de certificado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz), ofertado anualmente para conselheiros municipais com carga horária de 100 horas-aula e aborda questões relacionadas às políticas públicas de saúde local e no Brasil, tais como

⁴Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu criado em 2003, com objetivo de constituir um espaço democrático de trabalho e debates sobre saúde da região da tríplice fronteira (Brasil-Paraguai-Argentina), baseado na cooperação e integração entre os países, no respeito às diretrizes dos sistemas nacionais de saúde e com ênfase na atenção básica em saúde. A Itaipu aporta recursos financeiros para custeio das atividades administrativas do GT Saúde. Trabalha com metodologia participativa, envolvendo profissionais da saúde dos três países (PERON, 2017, p. 8-9).

financiamento, principais programas e serviços e outras políticas locais, porém, até o presente, o curso ainda não contemplava a temática saúde na fronteira na programação.

Dentre ações de qualificações ofertadas para os conselheiros municipais e promovidas pelo COMUSFOZ, não houve registros sobre o tema saúde na fronteira e o assunto é pouco explorado por outras instituições que através de convites propicia a participação pontual dos conselheiros municipais.

DISCUSSÃO

Em pesquisa com gestores municipais de saúde em região de fronteira Aikes e Rizzotto (2018, p.08) afirmam que “o financiamento de ações e serviços de saúde emerge como um fator decisivo para a ampliação ou restrição do acesso a estrangeiros” e sugerem não só repasse extra por procedimento realizado em usuário estrangeiro, Piso de Atenção Básica (PAB) especial para a população não contabilizada, registros e instituição de sistema de informação para atendimento ao estrangeiro, mas também estruturação da gestão e no financiamento.

No âmbito da Saúde, o SUS é organizado de maneira hierarquizada e regionalizada, garantindo aos gestores municipais instituir consórcios intermunicipais para ações e serviços de saúde em conjunto. O pacto pela saúde na dimensão do pacto de gestão propiciou um avanço ao abranger as regiões de fronteira em seu plano de regionalização, garantindo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, e expandindo a governabilidade dos gestores municipais (SANTOS-MELO et al., 2020).

O pacto de gestão determina um conjunto de reformas institucionais, firmado entre os três entes federativos, com propósito de viabilizar renovações nos métodos e dispositivos de gestão, fortalecendo assistência à saúde, garantindo acesso universal e igualitário. Salientando modificações na efetivação do SUS, entre elas: “Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e Unificação dos vários pactos hoje existentes” (PREUSS, 2018, p. 329).

Para assegurar acesso universal e integral aos serviços de saúde ao cidadão, as regiões de saúde foram instituídas, considerando em suas definições o cotidiano dos indivíduos, onde moram e transitam, envolvendo em sua negociação os três entes federativos (PRESSUS, 2018). O intuito destes dispositivos é de expandir a condução

operacional dos gestores municipais no que se refere ao acesso universal e integral às ações de saúde para cidadãos estrangeiros (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Como fruto do financiamento do SIS Fronteiras, o município de Foz do Iguaçu construiu a Unidade Básica de Saúde Jardim América, reformou a Unidade Básica Saúde Vila Yolanda, promoveu cursos de aperfeiçoamento da gestão e custeou parcialmente o Centro Materno Infantil (FOZ DO IGUAÇU, 2010). Não se pôde identificar nas atas do COMUSFOZ as discussões que determinaram a construção desses serviços.

Na política de saúde, os CMS configuram-se como espaços que possibilitam a participação da população na formulação e controle das políticas públicas de saúde, representando a intervenção da sociedade civil na gestão do SUS. De Freitas, Ferreira e Oliveira (2019, p.519) revelam a importância da qualificação para os dirigentes da gestão pública de saúde, para os autores “... há um grande percentual de conselheiros que desenvolvem atividades no CMS e não possuem capacitação na área e a própria comunidade não é bem orientada sobre seu direito de opinar e fiscalizar as ações de saúde que lhe rodeiam”. Santos – Melo et al. (2020) concluem como fator limitante das principais estratégias de cooperação em saúde o desconhecimento dos gestores locais sobre acordos de cooperação estabelecidos entre os governos federais, este estudo contou com a participação de um presidente do CMS no contexto da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru.

A EPS pressupõe a modificação efetiva do cotidiano do setor saúde, na qual aprender e ensinar congregam-se aos afazeres habituais, empregando métodos ativos de ensino-aprendizagem (FAKHOURIA; FRANCISCHETTIB; VIEIRA, 2017). Pode ser direcionada aos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, inclusive com intuito de estimular o controle social efetivo sobre as políticas de saúde.

Salientando a importância da educação permanente, Gomes et al. (2018) afirmam que a qualificação do exercício do controle social para os conselheiros municipais de saúde, contribui para a qualificação da construção de políticas públicas ajustadas com a realidade local e com princípios e diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises das atas do COMUSFOZ, de 2006 a 2018, apontaram que as especificidades relacionadas à saúde em região de fronteira receberam pouca atenção dos agentes que compõe o controle social na saúde do município de Foz do Iguaçu. Mesmo com adesão do SIS Fronteiras pela gestão local e com aprovação do plano operativo do programa no CMS, a estruturação de uma política pública voltada para a saúde na região fronteira ainda não é uma realidade para o exercício do controle social da saúde do município.

Vale ressaltar que apesar de o SIS Fronteiras ter sido abordado no estudo como “objeto – marcador” do exercício do controle social de uma política direcionada para a região fronteira, foi possível identificar que este programa não conseguiu consolidar uma discussão durável e permanente entre os conselheiros municipais de saúde quanto a essa temática.

Destacou-se que o COMUSFOZ adota a dinâmica do QUALIFOZ, curso estruturado pelo QUALICONSELHOS e também não inclui na programação o tema saúde em região de fronteira. Nesse aspecto, os conselheiros devem se preparar ou ser capacitados para esta atribuição, isto é, conhecer os princípios do SUS, condições de vida e de trabalho da região que impactam na determinação do perfil sanitário e as funções de conselheiro. Conhecer a realidade local é um dos quesitos fundamentais para exercer o controle social e, em se tratando de um município localizado em tríplice fronteira internacional, compreender tratados internacionais, acordos bilaterais e relações de integração entre países para o setor saúde colaboram para exercício do controle social tencionando questões referentes a saúde na fronteira.

No sentido de ampliar a capacidade desta população frente ao fortalecimento do exercício do controle social para saúde em região de fronteira, sugere-se incluir na dinâmica de formação dos conselheiros municipais de saúde conteúdos para compreensão do tema políticas de saúde na fronteira. Atividades como as desenvolvidas pela Fundação Oswaldo Cruz, que recentemente lançou o curso de atualização à distância, tratam a saúde em regiões de fronteiras a partir de uma abordagem interdisciplinar, considerando temas atuais em saúde e conexões com o cenário internacional, podem contribuir para ampliar a visão crítica e participativa sobre política de saúde na fronteira, apoiando a atuação dos conselheiros municipais de saúde nas necessidades específicas desse território.

REFERÊNCIAS

- AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00182117, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00182117/pt>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- AZEVEDO, Suelen Terre de. As percepções sobre a saúde na fronteira Brasil e Paraguai: os transfronteiriços e o atendimento pelo SUS. **ENCONTRO NACIONAL DA ANPEGE**, v. 11, p. 5546-5556, 2015. Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/18/518.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 04 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.188, de 05 de junho de 2006. Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jun. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html. Acesso em: 04 dez. 2019.
- CECHINEL, Andre et al. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2446/2324>. Acesso em: 07 de dez. 2019.
- DE FREITAS, Maciana; FERREIRA, Tamara de Freitas; OLIVEIRA, Ronally Dart. CRISE DO CAPITAL E OS DESAFIOS PARA O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE. **REVISTA DIREITOS, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL**, v. 5, n. 8, p. 57-77, 2019. Disponível em: <http://www.os.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/aperiodicoscientificarticle/view/8876>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- FAKHOURI, Ana Paula; FRANCISCHETTI, Ieda; VIEIRA, Camila Mugnai. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 1029-1040. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>. Acesso em: 04 dez. 2019.
- FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ / ATA Nº 339. REUNIÃO ORDINÁRIA - 23/02/06
- FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ / ATA Nº 418. REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA - 18/08/2008.

FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ / ATA Nº 536. REUNIÃO ORDINÁRIA – 18/

FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ/ ATA Nº 355. REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA - 28/09/2006.

FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ/ ATA Nº 340. REUNIÃO ORDINÁRIA - 09/03/2006.

FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ/ ATA Nº 441. REUNIÃO ORDINÁRIA – 30 /04/ 2009.

FOZ DO IGUAÇU. COMUSFOZ/ ATA Nº 614. REUNIÃO ORDINÁRIA – 22/10/2015.

GOMES, Angela Maria et al. Reflexões e produção coletiva sobre o " ser" conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0496.pdf. Acesso em: 04 dez. 2019.

HORTELAN, Michele dos Santos et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>. Acesso em: 17 mar. 2020.

KATEIVAS, Mari. Unila completa 10 anos com quase 30% de alunos estrangeiros. G1 oeste e sudoeste. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2020/01/13/unila-completa-10-anos-com-quase-30percent-de-alunos-estrangeiros.ghtml>. Acesso em: 12 mar. 2020.

LEMÕES, Marcos Aurélio Matos et al. Mais médicos no programa de fronteira: gestão da saúde nas cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. **Revista Uruguia de Enfermagem**, v. 14, n. 1, 2019. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/269/272>. Acesso em: 04 dez. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. A implementação do SIS Fronteiras–Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 30 set. 2019.

PERON, Vanessa Demarchi. Cooperação Internacional e Política Públicas: a atuação do GT-Saúde na Tríplice Fronteira. Universidade Federal da Integração Latino Americana–UNILA. Foz do Iguaçu-Pr. 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/2278/04R2708E3008VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 de jan. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde – 2010/2013. Foz do Iguaçu- PR. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde no município de Foz do Iguaçu-PR. 2012.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000200324&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2020.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos et al. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 05, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/05/en/>. Acesso em: 18 mar. 2020.

7. ARTIGO 2

O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS EM TERRITÓRIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL

RESUMO

Este estudo teve como escopo a compreensão do exercício do controle social das políticas públicas de saúde, em um município brasileiro de tríplice fronteira internacional, por meio de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e desenvolvido a partir de entrevista com 15 conselheiros municipais de saúde que atuaram ou atuam desde 2006, considerando-se neste recorte temporal a partir do ano de adesão do programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Os resultados foram organizados nas seguintes categorias de análise; o debate em torno da política de saúde na fronteira; a integração das políticas de saúde na fronteira pelo controle social; a influência do COMUSFOZ na elaboração de uma política pública de saúde voltada para os transfronteiriço; o programa SIS Fronteiras; as dificuldades em exercer o controle social em um município de fronteira e o potencial de exercer o controle social na fronteira. Dessa forma, aponta-se a necessidade de ampliar o debate em torno da atenção à saúde para a população transfronteiriça, para o controle social das políticas de saúde local.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde; controle social; saúde na fronteira.

THE EXERCISE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) IN A TRIPLE INTERNATIONAL FRONTIER

ABSTRACT

This paper analyses how social control is applied through public health policies in a triple international frontier municipality. By means of a descriptive research and upon

qualitative approach, the data corresponds of interviews with fifteen municipal health councilors that are or have been in service since 2006 – such timeline considers the implementation of the Integrated Health System of the Frontiers (SIS Frontiers). The results were organized in the following categories: debates on health policies in the frontier; the integration of health policies in the frontiers through social control; the establishment of public health policies to border residents; the program “Integrated Health System of the Frontiers”; the difficulties and potentialities to perform social control in the borders. In this way, it is necessary to amplify the debates on public health policies to border residents, on local health policies and their social control as well as asserting rightful place to hold such discussions in assemblies.

Keywords: Unified Health System; social control; health in the frontiers.

INTRODUÇÃO

A participação popular nas decisões políticas do setor de saúde foi institucionalizada em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e regulamentada pela Lei Federal nº 8.142 em 1990, passando o controle social a ser exercido nos Conselhos Estaduais, Municipais e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esses espaços caracterizam-se pela participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com a elaboração de políticas públicas para a saúde da população, na busca de assegurar acesso universal e integralidade na assistência previstos nos princípios e diretrizes do SUS.

Conforme o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - COMUSFOZ, no Capítulo II - DAS COMPETÊNCIAS E DAS ATRIBUIÇÕES, no seu Art. 3º De acordo com a legislação vigente, ao Conselho Municipal de Saúde - COMUSFOZ - compete:

XXV - acompanhar o controle e avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) local, recomendando ações e providências para a correção das distorções e deficiências constatadas para que as necessidades da população sejam atendidas dentro dos parâmetros assistenciais recomendados pelo Ministério da Saúde, especialmente no que diz respeito ao nível de oferta, resolução e qualidade dos serviços de saúde disponibilizados pelo Gestor Municipal (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

Os planejamentos das ações de saúde devem ser vivos e dinâmicos, definindo os problemas de saúde articulado com a realidade de vida das pessoas e comunidades, considerando os seus diferentes cotidianos. A proposta do SUS concebeu um projeto apoiado na cidadania e representa uma vitória da sociedade, instituindo em suas diretivas ações e serviços de saúde descentralizados e com “a participação da comunidade, aproximando a população do processo de elaboração e tomada de decisão sobre as políticas de saúde adequadas às demandas da realidade local” (SHIMIZU et al., 2018, p.28).

As regiões de fronteiras são caracterizadas por movimentos migratórios intensos, visto que “... envolvem um grande número de municípios e correspondem a uma busca preferencial pelos países limítrofes, o que sugere um exercício de interação entre os povos dessa região” (CARDOSO; MOURA, 2017, p.94). Os territórios de fronteira se caracterizam pelo fluxo de pessoas entre as cidades, na maioria das vezes, buscando por serviços de educação, saúde e emprego, em virtude dessas regiões apresentarem uma desigualdade de direitos sociais (TEIXERA et al, 2019). As políticas na maioria das vezes são pensadas a nível nacional como um todo, ou seja, não consideram as características e particularidades das regiões em que serão realizadas. Para que os fronteiriços sejam amparados é necessário que os métodos planejados sejam adequados à realidade dessas localidades. “As áreas de fronteira se apresentaram com características singulares à adequação e flexibilidade dos serviços de saúde” (TEIXEIRA et al., 2019, p. 247).

Desta forma, a atenção à saúde em áreas fronteiriças é determinada por diversos elementos locais para a implementação de políticas públicas e de cidadania, haja vista que o fluxo populacional intenso, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população (brasileiros e estrangeiros) que habita a região e as condições precárias de vida em territórios distantes dos grandes centros nacionais tornam essa uma região desafiadora para a organização de sistemas locais de saúde.

O Governo Federal lançou, em 2005, o programa SIS Fronteiras com o propósito principal de fortalecer os serviços de saúde dos 121 municípios localizados em até 10 km da linha da fronteira. O processo de operacionalização do programa SIS Fronteiras ocorreu em três fases de trabalho. Na primeira, realizou-se a elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços, selecionando, inicialmente, 69

municípios localizados nos estados da Região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) mais o estado do Mato Grosso do Sul, em seguida, o programa passou por uma ampliação, chegando a 52 municípios da Região Norte (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima) mais o estado do Mato Grosso. Na segunda fase, iniciou-se o “processo de qualificação da gestão, serviços, ações e implementação da rede de saúde. Por fim, a terceira fase foi destinada para a implantação de serviços e ações de saúde nos municípios” (FEITOSA, 2015, p.07).

Outro dispositivo também impulsionado pelo Ministério da Saúde foi o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que objetivou fortalecer o processo de regionalização entre os municípios e, no que tange às regiões fronteiriças, o pacto possibilitou acordos bilaterais entre gestores municipais e estaduais responsáveis por municípios e estados que fazem fronteira com outros países, compondo dessa maneira um Colegiado de Gestão Regional juntamente com o Gestor Federal (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Para uma integração em territórios de fronteira internacional, esperam-se políticas estruturadas entre os países que visem à satisfação das necessidades sociais da população que vive na região além da redução nas discrepâncias administrativas entre os sistemas de saúde em ambos os lados dos limites territoriais. Outrossim, o pensamento em torno da integração deve transcender o sentido de mercado, compreendendo que a integração é um ato de cooperação humanitária para os avanços e melhorias das condições da vida humana (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

O controle social no âmbito do SUS é exercido através dos conselhos de saúde e está presente em todo território nacional, prevê normas de funcionamento para todos os conselhos, no entanto a dinâmica de atividade vai depender dos agentes envolvidos e das necessidades locais do território, sendo assim, almeja-se que o processo de elaboração e tomadas de decisões sobre as políticas de saúde estejam adequadas às demandas da realidade local. Por conseguinte, vê-se a necessidade de investigar como ocorre, na dinâmica do funcionamento do COMUSFOZ, a abordagem da temática saúde para a população fronteiriça, considerando a integração regional e a atuação de políticas nacionais, regionais e locais, uma vez que, na gestão da saúde, o controle social tem um importante papel na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo a compreensão do exercício do controle social das políticas públicas de saúde, em um município brasileiro de tríplice fronteira internacional.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com dados obtidos por meio de entrevistas com conselheiros municipais de saúde, representantes desse segmento dos usuários que atuam ou atuaram no Conselho Municipal de Foz do Iguaçu durante o período de 2006 a 2019. Foram escolhidos os conselheiros que representam o segmento usuário, pois, totalizam a maioria representativa no COMUSFOZ de 50% (cinquenta por cento), as outras representatividades dos gestores/ prestadores e trabalhadores em saúde tem a oportunidade em outros espaços, inclusive no processo de formação acadêmica de conhecer e estudar a temática, sendo assim foram selecionados os conselheiros usuários para investigação do objeto de estudo.

Definiu-se o recorte temporal a partir de 2006, o ano da adesão do programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Foram entrevistados 15 conselheiros, utilizou -se o critério de saturação para o limite da amostra: momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimento para o objeto estudado (MINAYO, 2017).

Em 1990, o Conselho Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu (COMUSFOZ) foi instituído pela Lei Municipal nº 1.507, constituído por 03 (três) segmentos sociais e por representação paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de entidades de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores em serviços de saúde, 12,5% (doze e meio por cento) de gestores de órgãos públicos de saúde e 12,5% (doze e meio por cento) de prestadores de serviços de saúde, totalizando 32 (trinta e dois) membros titulares e 32 (trinta e dois) membros suplentes, indicados pelas entidades/órgãos eleitas em Conferência Municipal de Saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

O município de Foz do Iguaçu está localizado na região de tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), esse espaço urbano é composto por habitantes de 80 nacionalidades, além de dispor de atrativos turísticos como o Parque das Cataratas do Iguaçu, Usina Hidrelétrica de Itaipu e o comércio de fronteira com Ciudad Del Este, elementos que caracterizam a tríplice fronteira como uma região de intensa circulação de pessoas e mercadorias.

Foram incluídos na amostra conselheiros municipais que representam o segmento usuário e que exerceram ou exercem as suas funções no COMUSFOZ no período de implantação do SIS Fronteiras, ou seja, registrado em ata a participação do

conselheiro em debates sobre o programa a partir do ano da adesão em 2006, excluídos aqueles que nos registros das atas não constava a participação em pelo menos uma reunião que abordava o tema do programa SIS Fronteiras.

Após gravação e transcrição integral das entrevistas, elas passaram por apuração segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016) que propõe tratar as informações do tipo temáticas, sistematizado em três etapas: pré-análise, exploração e interpretação dos dados. As perguntas buscaram levantar a percepção dos conselheiros sobre o controle social no SUS no território fronteiriço, especialmente acerca do programa SIS – fronteira, tomado como “objeto – marcador” do exercício do controle social de uma política específica para o território fronteiriço. Foram definidas categorias analíticas sobre o debate em torno da política de saúde na fronteira; a integração das políticas de saúde na fronteira pelo controle social; a influência do COMUSFOZ na elaboração de uma política pública de saúde voltada para os transfronteiriço; o programa SIS Fronteiras; as dificuldades em exercer o controle social em um município de fronteira e o potencial de exercer o controle social na fronteira.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste – Universidade Estadual do Oeste do Paraná - aprovou o projeto sob parecer nº 2.982.939 de 25 de outubro de 2018. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as falas foram identificadas por meio das letras extenso (C), seguida de número, C/1, C/2, C/3... C/15.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os conselhos de saúde são espaços institucionalizados de participação popular no SUS, configurando-se em significativos canais para impulsionar a efetiva participação da sociedade civil na construção da gestão pública, refletindo as reais necessidades locais do território, das pessoas e da comunidade. A seguir, serão apresentados os resultados das análises das entrevistas realizadas no COMUSFOZ, procurando compreender como esses representantes aborda a temática saúde para a população transfronteiriça.

1. Perfil dos entrevistados

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados – Foz do Iguaçu, PR, Brasil – 2019

Número	Sexo	Idade	Escolaridade	Nacionalidade	Status Ocupacional	Tempo no Conselho Municipal de Saúde
C1	F	72	EMC	Brasileira	Aposentada	30 anos
C2	M	55	EMC	Brasileiro	Empregado	18 anos
C3	F	42	ESC	Brasileira	Autônoma	2 anos
C4	M	56	EMC	Brasileiro	Autônomo	15 anos
C5	F	76	EMC	Brasileira	Aposentada	19 anos
C6	F	43	ESC	Brasileira	Empregada	6 anos
C7	M	67	EMC	Brasileiro	Autônomo	8 anos
C8	M	61	EFC	Brasileiro	Aposentado	2 anos
C9	F	69	EFI	Paraguaia	Sem emprego	3 anos
C10	M	47	ESC	Brasileiro	Autônomo	2 anos
C11	F	55	ESI	Brasileira	Autônoma	2 anos
C12	F	59	EFC	Brasileira	Autônoma	25 anos
C13	F	65	EFC	Brasileira	Autônoma	6 anos
C14	F	71	ESC	Brasileira	Aposentada	5 anos
C15	M	65	EMC	Brasileiro	Aposentado	4 anos

Legenda: C= Conselheiro; M = Masculino / F = Feminino; A = Analfabeto / EFI = Ensino Fundamental Incompleto / EFC = Ensino Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto / EMC = Ensino Médio Completo / ESC = Ensino Superior Completo.

Entre os entrevistados, a idade era de 42 anos e 76 anos, de nacionalidade brasileira e paraguaia, quanto à escolaridade apresentaram entre ensino fundamental incompleto a superior completo, não havendo entre eles analfabetos, surgiram as seguintes ocupações: aposentados, autônomos, empregados e sem emprego, o tempo de atuação no conselho variou entre dois anos e trinta anos.

2. O debate em torno da política de saúde na fronteira

O financiamento da saúde foi o principal tema relatado pelos conselheiros, principalmente, referente à insuficiência de repasse de verba do Governo Federal para os municípios em território fronteiriço, que atendem nos serviços de saúde à população transfronteiriça.

[...] a questão era exatamente essa porque existia um valor e uma demanda que era para a população de Foz [...] porque eles

tinham um valor X e extrapolava isso por causa do atendimento da população de fora (C/3).

[...] Na hora do governo mandar verba, ele vai mandar a verba pela quantidade de habitante que tem na cidade, só que é muito grande a quantidade de brasileiros que moram fora [...] (C/11).

A intensa circulação de pessoas não residentes no município também foi um tema bastante lembrado pelos entrevistados, que destacaram a quantidade e o fluxo de pessoas no município.

[...] rotatividade de pessoas, essas foram umas das discussões mais fortes da época [...] nós temos aqui uma população de 270 ou 280 mil pessoas, mas nós temos um trânsito aqui de 1,5 milhão por mês de pessoas que entram, de pessoas que saem (C/7).

Os fluxos imigratórios são um fenômeno mundial crescendo em ritmo acelerado, e o Brasil não fica isento desse acontecimento. Ainda que a migração não reflita absolutamente como uma ameaça à saúde, é possível acelerar a vulnerabilidade das pessoas, considerando as características heterogêneas da população migrante e natural e dos distintos sistemas de saúde vigentes nos países, fazendo-se indispensáveis políticas públicas que assegurem o direito à saúde (GUERRA; VENTURA, 2017).

Em 2017 o governo brasileiro lança a Lei de Migração, e no artigo 23, informa que “a fim de facilitar a sua livre circulação, poderá ser concedida ao residente fronteiriço, mediante requerimento, autorização para a realização de atos da vida civil” (BRASIL, 2017, p.). Segundo Lacerda, Neto, Ludwig (2019, p.37) “A nova Lei de Migração, com o intuito de facilitar a livre circulação do residente fronteiriço, instituiu que o Governo Brasileiro poderá conceder autorização para a realização de atos da vida civil, mediante requerimento do interessado”.

No Brasil, mesmo com a existência da Lei de Migração que facilita a circulação da população fronteiriça, a política de financiamento da saúde em municípios fronteiriços ainda apresenta fragilidades. Uma vez que a intensa circulação de pessoas torna a atenção à saúde mais difícil e a questão financeira mais grave, pois os não

residentes não são contabilizados no repasse dos recursos (DOS SANTOS; RIZZOTTO; CARVALHO, 2019).

3. A Integração das políticas de saúde na fronteira pelo controle social

Territórios de fronteira possuem especial relevância, com acentuadas trocas sociais devido ao intenso fluxo de pessoas que habitam a região. A intensa mobilidade fronteiriça intensifica a necessidade de ampliar a discussão em torno da temática integração regional, inclusive nos espaços de participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisões e acompanhamento das ações. De acordo com Campos (2017, p. 2.166) “Torna-se imprescindível em qualquer discussão acerca da definição de políticas públicas regionais em saúde, bem como sobre os processos de integração e de cooperação internacional a inclusão de mecanismos de democracia sanitária⁵”.

Foi possível identificar na fala dos entrevistados que o discurso em torno da temática integração regional ainda é incipiente no âmbito do COMUSFOZ, como quando questionados sobre a existência de discussão voltada para a integração das políticas de saúde na fronteira, eles responderam:

Efetivamente não [...] eu nunca soube, ou nunca participei [...], mas eu nunca vi e eu acho que seria muito interessante (C/6).

[...] parece-me que essa discussão ficou em segundo plano [...] (C/7).

Todavia, há o reconhecimento de que o debate em torno da integração regional acontece no grupo de trabalho para integração das ações de saúde da Itaipu (GT- saúde):

Eu participei de algumas reuniões, poucas, porém do GT-ITAIPU que tem um grupo lá que discute políticas públicas, e entre elas têm acho que um dos grupos que discute a saúde deve

⁵ A democracia sanitária encontra-se prevista como um princípio que deve servir para conduzir a adoção das políticas de saúde na Unasul de forma coerente com os anseios da população e, assim, apoiar as ações dos Estados membros (CAMPOS, 2017, p. 2.166).

ter outros temas, então eu acho que em um sentido de fronteira eu acredito que seja o único grupo assim que chegou a fazer essa discussão (C/12).

Na realidade hoje o que eu vejo fazendo esse trabalho de diálogo entre os dois países que fazem fronteira aqui é o GT SAÚDE Itaipu, o GT sempre está trazendo o pessoal do Paraguai da Argentina, representantes lá da saúde, médico e tudo [...] (C/2).

Fundado em 2003, o Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu Binacional (GT-Saúde), no âmbito do Programa Saúde na fronteira⁶, tem como objetivo apoiar as ações de saúde na área de influência da Itaipu e na Região Trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina. É constituído por profissionais da área de saúde dos três países que desenvolvem os seus trabalhos baseados em uma metodologia participativa, por meio de onze comissões técnicas que reúnem representantes de diversas instituições (PERON, 2017, p.17).

[...] Na sua missão de construir um espaço democrático para trabalho e debates sobre a saúde da região da tríplice fronteira, mais do que gerar integração, cooperação e troca de experiências entre profissionais, o GT-Saúde exerce importante papel ao colocar em pauta os principais temas relacionados às necessidades da área.

Estudos, que tratam da temática integração de saúde em região de fronteira, apontam que “os acordos de integração em saúde em regiões de fronteiras constituem uma iniciativa possível e podem efetivamente minimizar as assimetrias existentes entre os centros urbanos e essas regiões” (MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018, p. 106). Os territórios fronteiriços geralmente são afastados dos grandes centros urbanos e apresentam singularidades, revelam-se espaços oportunos de integração socioeconômicos que se destinam a reduzir as desigualdades presentes nessas localidades (SANTOS-MELO et al., 2020).

⁶ O Programa Saúde na Fronteira foi criado em 2003 com o objetivo de apoiar as ações de saúde na área de influência da Itaipu (faixa de fronteira entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina), unificando uma política de saúde pública. Segundo o Relatório de Sustentabilidade da Itaipu Binacional de 2003, o Programa nasceu para atender cerca de 1,5 milhão de pessoas de 27 cidades brasileiras e de 31 municípios paraguaios (PERON, 2017, p. 08).

Os acordos de integração em saúde existem em dois tipos: formal e informal. Formalizados por governos federais ou legislações internacionais e têm o propósito de colaborar no enfretamento de obstáculos regionais provenientes das discrepâncias no acesso à saúde das populações fronteiriças, sendo que, as ações de integração tendem a minimizar as assimetrias de saúde das populações fronteiriças (SANTOS-MELO et al., 2020).

Referente à cooperação, Fagundes et al. (2018, p.330) citam uma delicada situação sofrida pelos gestores, “na medida em há uma exigência de cooperação entre os sistemas locais de saúde, fundamentada nos acordos bilaterais, em nível nacional, sem a sua tradução para o sistema local”. Frequentemente, a cooperação é muito díspar, tomada por diversos fatores, dentre eles as questões éticas e políticas dos dirigentes da gestão, “reduzindo ou mesmo anulando a possibilidade de atenção aos usuários do sistema, seja brasileiros residindo do outro lado da fronteira internacional, seja não nacionais residentes do outro lado da linha fronteira” (FAGUNDES et al., 2018, p. 295).

Outra fragilidade mencionada por Fagundes et al.(2018) refere-se ao percurso da construção e consolidação dos acordos bilaterais, que são as alternâncias de gestores nas esferas municipal e federal, alterando o quadro de funcionamento, não dando continuidade aos segmentos indispensáveis para a edificação e solidificação no campo da proteção à saúde. De acordo com Carvalho (2014, p.102):

[...] constata-se que na América do Sul o planejamento e a coordenação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras entre si ainda é tímido e descoordenado. As reuniões, entendimentos e acordos acontecem, mas se perdem numa burocracia governamental que tem um tempo e uma lógica próprios. Muitas vezes as reuniões de trabalho não envolvem os atores locais que vivem a realidade e padecem com as limitações estruturais.

Ainda que aconteça, na maioria das vezes, de forma assimétrica e na ausência dos sujeitos que vivem a realidade local, as cooperações internacionais são imprescindíveis para a superação das fragilidades dos distintos sistemas de saúde e para o estreitamento das disparidades do acesso à saúde da população fronteira, contanto que considere as reais necessidades da população, respeitando as peculiaridades do seu território.

4. A influência do COMUSFOZ na elaboração de uma política pública de saúde voltada para os transfronteiriços

A concepção do SUS configura-se em uma proposta baseada na construção dos direitos e deveres dos cidadãos, além de evidenciar uma vitória da sociedade brasileira, também abrange em suas diretrizes a descentralização política administrativa e a participação cidadã nos processos de planejamento e elaboração das políticas públicas para a saúde própria da realidade local (SHIMIZU et al., 2018). Cabe, pois, aos conselhos e conselheiros acompanhar a elaboração e decisões sobre os planos e gestão da saúde, representados por 50% dos usuários do sistema e dos serviços.

No entanto, há um reconhecimento dos entrevistados da pouca influência do COMUSFOZ na elaboração de políticas públicas orientadas para a população fronteiriça.

Não [...] talvez porque a gente teve uma época de uma demanda muito grande aqui do cotidiano diário, na época das questões do hospital municipal, outras de planejamento, financiamento, recursos, troca de gestor da prefeitura, então eu acho que se pegou muitos nos acontecimentos e algumas outras coisas foram sacrificadas (C/6).

Mesmo não sendo priorizado nas discussões do COMUSFOZ, o assunto apareceu quando recebeu destaque nos meios de comunicação da cidade.

Quando é tocado no assunto ou quando chega a demanda sim [...] é como eu te digo essas coisas só vêm à tona quando acontece algum caso cai na mídia [...] aí que todo mundo se manifesta, dá o seu parecer [...] fica coisa de quinze dias porque está na mídia e depois morre o assunto coloca para o lado [...](C/4).

Em síntese, as falas dos entrevistados evidenciaram a pouca influência do COMUSFOZ na elaboração de uma política pública norteada para os fronteiriços, transparecendo a distância dos conselheiros municipais de saúde nas intervenções governamentais no que diz respeito a essa população.

5. O programa SIS Fronteiras

O programa SIS Fronteiras foi idealizado pelo governo Federal em 2005, período entre 2004 e 2008 em que toda a América do Sul estava sob a liderança de governos progressistas “... o que contribuiu para um clima político de integração Sul-Americana e de modelos de desenvolvimento semelhantes entre si...” (KRYKHTINE, 2014, p. 47). O objetivo do programa era de consolidar e organizar os sistemas locais de saúde, minimizar dificuldades de recursos enfrentadas pelos municípios brasileiros fronteiriços que atendem estrangeiros e os nacionais que residem no país vizinho (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015). O programa surgiu em um momento político em que predominava a ideia de integração da América latina com o intuito de integrar as regiões, não só do ponto de vista comercial, mas assumindo um caráter social.

Na percepção dos conselheiros, o programa auxiliou no aporte de recursos financeiros extraordinários e impulsionou reflexões em relação às necessidades de estrutura dos serviços para atender às demandas dos transfronteiriços. Quanto ao programa, os entrevistados responderam como o assunto foi abordado nas reuniões durante o período de implantação:

Mas um dos programas que veio que foi muito bom foi o SIS Fronteiras, ele ajudou bastante principalmente na construção de alguns postos de saúde e outras coisas mais para Foz do Iguaçu (C/1).

[...] teve um período que a gente discutiu isso no conselho e naquela época se viu a necessidade de haver uma unidade ou duas que atendesse essa demanda, então foi quando na época foi disponibilizado um recurso pelo SIS Fronteiras e que esse recurso teria que atender algumas unidades específica que fariam o atendimento a essa demanda de brasileiros que moram

no Paraguai ou turistas, outros estrangeiros [...] então eu me lembro que foi direcionado sim o recurso para o atendimento e as unidades seriam a KLP e o Jardim América (C/12).

Apesar de o programa ter financiado a construção de serviços de saúde no município para atender essa população, para os conselheiros dúvidas em relação à continuidade do programa ainda permaneceram. Segundos os entrevistados, o recurso financeiro possibilitou a construção de unidades de saúde, no entanto, a discussão em torno da implementação do programa com os conselheiros foi insuficiente na visão deles.

[...] essa questão do SIS Fronteiras ele foi falado muito pouco porque seria assim, o que foi passado para nós na época, a pessoa que veio fazer a apresentação do programa veio e disse que haveria um recurso que viria para a implementação da estrutura para o atendimento dessa demanda de fronteira, brasiguaió, enfim, e que seria para reestruturar essas unidades[...] na época o conselho aprovou, porém, depois o que a gente não teve foi feedback disso se concluiu ou não concluiu, isso a gente não teve (C/12).

Ferreira, Mariani, Neto (2015), que analisaram as contribuições do projeto SIS Fronteiras no município Corumbá- MS com a participação de conselheiros municipais, concluíram que “O SIS-Fronteiras foi, portanto, um projeto escassamente debatido entre os segmentos envolvidos, ao que se pode atribuir não só as dificuldades de sua apreensão, mas também de sua operacionalização...” (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015, p. 90).

A descontinuidade do programa também é relatada por uma das entrevistadas do COMUSFOZ, ela diz que o programa:

[...] foi uma ajuda que veio do governo que nunca mais [...] ficou, parou. Na época eu me recordo que para nós era uma

coisa nova, aqui no conselho lutamos para que isso acontecesse assinamos e deliberamos enquanto durou, enquanto isto aconteceu [...] (C/1).

Rocha (2019) analisou os efeitos da implantação do SIS Fronteiras no município de Ponta Porã – MS e também reitera a pouca discussão em torno do programa, dizendo ainda “que o projeto se perdeu em seu cronograma, com o passar do tempo e com as mudanças políticas acabou perdendo espaço político, sendo renegado a apenas um projeto de investimento pontual nas regiões de fronteiras” (ROCHA, 2019, p.81). O abandono e a ausência de interesses políticos se tornaram os problemas de maior relevância do programa, evidenciando que o descaso limitou a condução de novos projetos ou de uma nova política integrativa no campo da saúde em regiões de fronteira.

De acordo Nogueira e Fagundes (2015) dificuldades no campo da gestão principalmente na descontinuidade dos gestores na equipe ministerial contribuíram para o não exitoso dos objetivos iniciais do programa, observando a que a partir de 2010 não houve manifestação do Ministério da Saúde referente a continuidade do programa. Fabriz (2019) revela nos resultados de sua pesquisa que, a descontinuidade do projeto foi uma das falhas presentes no suporte técnico aos municípios fronteiriços do estado do Paraná pelo Ministério da Saúde, a autora evidenciou necessidades de avanços nas políticas públicas de saúde nas regiões fronteiriças, para isso, a continuidade do programa ou o uso da sua experiência contribuiriam para a elaboração de inovadas políticas públicas.

A descontinuidade de políticas e programas entre uma gestão e outra, no Brasil é uma realidade. Para o autor Henz (2018, p. 9) “A realidade brasileira tem demonstrado um processo de descontinuidade quanto as políticas públicas, pois a cada mudança de governo, invariavelmente, elas são substituídas por outras ...” a interrupção de programas e projetos é uma pratica frequente após alternâncias da administração dos gestores, com o intuito de adequar os projetos de governo que serão executadas nos próximos anos. Mesmo com a alternância de gestores o Estado deve se preocupar com as necessidades dos cidadãos garantindo a manutenção de programas e projetos, “... principalmente os desassistidos que fazem parte do substrato mais baixo das classes sociais” (COUTO, 2017, p. 48).

6. As dificuldades em exercer o controle social em um município de fronteira

Os conselhos de saúde configuram em espaços efetivos da democracia participativa, representados pela sociedade civil organizada, gerando um elo entre os cidadãos e a gestão de saúde. Entretanto, “A cultura participativa, como cultivo ou cuidado para a plena realização das potencialidades políticas da população, ainda caminha com passos tímidos” (VENTURA et al, 2017, p.11). Durante a entrevista foram apontados pelos conselheiros do COMUSFOZ desafios no exercício do controle social, dentre eles: a falta de tempo para exercer as atividades, a interferência clientelista/político-partidária durante os debates, dificuldades com a infraestrutura e escassez de recursos humanos que afetam o desenvolvimento integral do funcionamento, falta de conhecimento e preparo relativo às atribuições e obrigações na função de conselheiros e o desinteresse por parte do Governo Federal em atender às demandas de saúde da população fronteiriça.

Para a análise dos impasses da participação popular no COMUFOZ, os conselheiros foram questionados sobre as dificuldades para exercer o papel como tal em território de fronteira. Observou-se que a especificidade do território fronteiriço não foi mencionada entre os principais óbices para o exercício do controle social naquela região, porém a falta de tempo para aliar o trabalho e as atividades de conselheiro, por exemplo foram citadas. Dos 15 conselheiros entrevistados, nove estavam ativos no mercado de trabalho, limitando a disponibilidade do seu tempo para exercer atividades no COMUSFOZ.

Você ter um tempo para se dedicar a atividade, porque o que acontece a legislação permite a liberação para participar da reunião, mas se você recebe um relatório você vai ter que usar outros tempos noites, madrugadas para estudar para poder vir para discussão das reuniões e participar [...] (C/10).

Como expõem Kierpecz, Bartmeyer, Preuss (2018, p. 334), a escassez de tempo para participação direta nos conselhos, “... implica que aqueles que têm mais tempo para

tais atividades, têm maiores chances de influírem nas decisões políticas”. A indisponibilidade de tempo surge como um fator limitante para praticar as atividades propostas pelos Conselhos, além das reuniões é necessário reservar momentos para participações em comissões internas e leituras detalhadas de materiais, tais como relatórios, planilhas e outros documentos que são entregues para análise antes das deliberações. Como a disposição de tempo não é igual entre todos, tal situação gera disparidade entre os sujeitos na capacidade de influenciar nas decisões.

Outra questão que também emergiu como um fator que dificulta a atuação dos conselheiros foi a interferência de partidos políticos, identificada pelos entrevistados como uma prática corriqueira no COMUSFOZ. A interferência de interesses partidários aparece nas falas dos conselheiros como fator negativo durante as discussões no COMUSFOZ.

[...] infelizmente a gente tem muito aquela coisa da discussão da comunidade que envolvia interferências políticas, interesses políticos que atrapalhavam bastante [...] (C/7).

Os autores Lemos et al. (2016) divulgam, nos resultados de sua pesquisa, como desafio para o aprimoramento desses espaços de participação o crescente partidarismo entre seus membros, ou seja, a influência dos partidos políticos nas tomadas de decisões. A autonomia dos cidadãos e das coletividades pouco prevalece nos espaços de compartilhamentos e negociações dos mais diversificados interesses e necessidades, visto que, no Brasil, predomina um viés autoritário e patrimonialista conduzindo iniciativas e processos comunicacionais aos interesses dos governos ou partidos no poder (CARDOSO; ROCHA, 2018).

A tradição autoritária do Estado brasileiro e a permanência de traços na cultura clientelista fazem com que os sujeitos permitam nas decisões a presença de manobras pautadas na política partidária. Os conselhos de saúde são espaços de decisões políticas, é inegável por parte dos conselheiros exercerem o seu papel político, sendo assim, quanto maior for a qualificação dos conselheiros, menos lacunas se abrem para a prática da política que tem como objetivo atender interesses pessoais, estabelecida pela barganha de favores particulares em benefício próprio.

Outra barreira, considerada como fator limitante para o exercício das funções dos conselheiros, é a falta de recursos necessários ao conselho para o funcionamento do transporte, apoio técnico administrativo e material de expediente.

[...] aqui qualquer coisa que se faça você tem que fazer com o seu carro, nós não temos carro [...] a gente às vezes não tem nem funcionário aqui para ajudar [...] (C/5).

No que diz respeito aos recursos disponíveis para os conselheiros exercerem as suas tarefas, pesquisa realizada pelos autores Ventura et al. (2017) também mostra, em seus resultados, dificuldades como infraestrutura inadequada e falta de recursos financeiros. Outro estudo que igualmente apontou a necessidade do apoio administrativo e de infraestrutura partiu dos autores Bortoli e Kovaleski (2019, p. 1.175), para eles “a falta de recursos próprios do conselho compromete as decisões, pois, ao invés dos conselheiros se aliarem ao governo na busca de melhorias, eles se sentem subordinados e intimidados pela prefeitura...”

Estrutura inadequada, recursos financeiros insuficientes, escassez de recursos humanos e autonomia restrita da dotação orçamentaria são fatores que não só comprometem o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, mas também a operacionalização dos seus trabalhos.

Outra dificuldade constatada nos depoimentos, foi o desconhecimento acerca das funções e do papel a ser desempenhado pelos conselheiros. Os entrevistados reconheceram que possuíam pouca ou nenhuma ciência sobre suas obrigações na função de conselheiro, antes de começar a exercê-la.

[...] a principal dificuldade é desconhecer as obrigações que um conselheiro deve ter, as responsabilidades de um conselheiro e o conhecimento na área que ele vai estar trabalhando [...] (C/7).

Conhecimento porque, assim, 50% eram usuários voluntariados pessoas simples que se dispõem e que querem ajudar, aí quando vai para uma discussão mesmo quem domina é quem sabe, articula, passa de uma forma que para quem não conhece como

é o negócio? Para quem não conhece a verdade qualquer mentira serve (C/13).

É importante considerar que, na caracterização dos conselheiros, dos 15 entrevistados apenas quatro possuíam ensino superior completo, o que representa um grau de escolaridade relativamente baixo entre eles. A compreensão limitada dos conselheiros usuários a respeito das suas atribuições e do sistema de saúde pode restringir o seu protagonismo, dessa maneira aprofundando a “... assimetria de conhecimento em relação aos gestores e trabalhadores, e acaba por inibi-los a serem mais ativos em suas proposições, fragilizando a ideia de um controle social de fato participativo, no qual os usuários ocupam a significativa parcela de 50% deste conselho” (BIANCHI; NICOLAU, 2017, p. 64).

Um fato observado foi que, nas respostas dos conselheiros, não apareceram as dificuldades do exercício do controle social atrelada à temática das fronteiras, o que se pode entender é que essa ausência de resposta relacionada às questões das fronteiras caracteriza a não percepção do assunto pelos conselheiros e, no entanto, pode estar associada a todas as demais barreiras apontadas.

A dificuldade de compreender que regiões de fronteira têm necessidades específicas não é exclusiva da população local, mas também foi observada nas discussões estaduais, como relatado por um conselheiro que representava o controle social do município em uma Conferência de Saúde [...].

Brigamos por nossas propostas daqui de Foz do Iguaçu [...] porque Foz do Iguaçu? Tem que ser o Paraná todo, a gente já tentou várias vezes ir lá explicar porque Foz do Iguaçu [...] a gente explicava, mas achavam que tinha que ser para todos e sempre excluía e queriam que tirasse o nome de Foz do Iguaçu das propostas, mas ai foi tirado [...] (C/2).

De acordo com Aragón (2013), conforme citado por De Souza e Simonian (2019, p. 534), “O desconhecimento das necessidades das populações na tríplice fronteira leva a inanição do governo central o que gera na população um sentimento de abandono”. Também mencionado por Rocha (2019, p.78) “... o descontentamento quanto à

dificuldade de as demandas serem ouvidas, e o desinteresse do Governo Federal em investir nessa região”.

Presente na fala do conselheiro C/2 e corroborando com os autores supracitados Aragón (2013), De Souza e Simonian (2019) e Rocha (2019), nota-se um relativo desinteresse político por parte do Governo Federal sendo percebido pela ausência de investimentos nas regiões de fronteira e a omissão diante das demandas que são apontadas, dificultando a cooperação e a integração indispensáveis para o combate às assimetrias dos sistemas de saúde nessas regiões. Observa-se ainda “... a inexistência de uma entidade supranacional que gerencie os conflitos, e que enfim possibilite articulações entre os países que levassem à harmonização legal necessária à integração tanto econômica, como social” (ROCHA, 2019, p. 30).

7. Potencializando a capacidade de exercer o controle social na fronteira

Identifica-se também na fala dos entrevistados, a urgência de fortalecer a discussão, no cenário do COMUSFOZ, sobre as políticas de saúde para a população transfronteiriça, criando mecanismos que proporcionem a aproximação com essa temática. Quando questionados sobre quais contribuições indicariam para fortalecer o exercício do controle social, os entrevistados indicaram a possibilidade de instituir uma comissão específica sobre o tema, participação de palestrantes sobre os problemas relativos ao território fronteiro em trabalhos de conscientização da população sobre políticas de saúde para a região.

Poderia ter uma comissão para tratar só disso [...] teria que ter aqui dentro do COMUS uma comissão dedicada só a isso em condição de ir a campo, ver e frequentar (C/5).

[...] eu acho que um trabalho de conscientização para despertar na comunidade a importância desses nos conselhos locais e posteriormente a participação no conselho municipal e os resultados que isso daria essa discussão com maior interesse (C/7).

Outras ideias se concentraram na perspectiva de proporcionar maior integração entre os três países, partindo de encontros regulares com os representantes do controle social. Sugestões como debates, reuniões itinerantes e salas de conversa poderiam harmonizar as relações e potencializariam o exercício do controle social na saúde voltado a uma discussão integrada e específica para uma população fronteiriça.

Talvez se criar uma sala de conversa, um momento de conversa, acho que começa por aí, um levantamento de dados uma matemática inicial para um bate papo, uma conversa e um convite um pouco mais formalizado com uma data especial, com representantes da sociedade nossa e dos outros países, acho que começa por aí (C/6).

[...] eu acho o que deveria ser feito as autoridades o poder público deveria apoiar o controle social e fazer um debate trinacional tipo assim; lá no Paraguai tem conselheiro? Tem! Então vamos fazer uma reunião intersetorializada vamos daqui fazer uma reunião lá e de lá vamos fazer uma aqui, vamos fazer na Argentina para conhecer as realidades [...] (C/12).

Potencializar a capacidade do exercício do controle social na fronteira requer estreitar as relações com os países vizinhos, visto que conhecer a realidade da saúde local dos três países e como o controle social de cada uma funciona, podem, então, proporcionar integração entre os conselheiros e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nesses municípios.

Na Argentina El Consejo Federal de Salud (COFESA) foi criado e regulamentado pelo decreto nº 22.373/1980, que dispõe da estrutura e dinâmica operacional. O conselho é integrado pelas autoridades de saúde pública do mais alto nível na ordem nacional, em cada província e na cidade autônoma de Buenos Aires. Com a função principal de coordenar o desenvolvimento setorial em matéria de saúde em toda a República, apreciando os problemas de saúde comuns em todo o país, os de cada província e os de cada região em particular (CETRÁNGOLO et al., 2011).

No Paraguai, o exemplo mais amplo, duradouro e substancial da participação dos cidadãos tem sido o de Conselhos Locais de Saúde, instituídos na lei nº 1032/1996 que também criou o sistema nacional de saúde do país (SETRINI; RECALDE, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do exercício do controle social das políticas públicas de saúde em um município de fronteira indicou a ausência de discussões direcionadas para as políticas de saúde da população transfronteiriça, e, mesmo com a existência temporária de um programa federal específico para tratar dessas políticas, observou-se pouca influência do programa SIS Fronteiras na consolidação de política pública voltada aos usuários transfronteiriços, haja vista que a implementação do programa foi pouco debatida no âmbito do COMUSFOZ.

Sugere-se, pois, incluir na dinâmica do funcionamento dos conselhos municipais de saúde localizados em regiões de fronteiras, como o COMUSFOZ, a discussão em torno da atenção à saúde para a população transfronteiriça, com o intuito de fortalecer a implementação de políticas públicas que contemplem a integração entre os distintos sistemas de saúde, ampliando o debate não somente para os conselheiros mas também para a população geral, a sociedade local também precisa discutir o tema, tomando como exemplo outras experiências de controle social, como o GT – Itaipu Saúde. Aconselha-se fomentar a integração entre COMUSFOZ e o GT – Itaipu Saúde, pois o grupo realiza um importante trabalho discutindo a saúde da região da tríplice fronteira.

REFERÊNCIAS

- AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00182117, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00182117/pt>. Acesso em: 22 jan.2020.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BORTOLI, Francieli Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1168-1180, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n123/1168-1180/pt/>. Acesso em: 26 abr.2020.

- CAMPOS, Roberta de Freitas. Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2161-2167, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03212017>. Acesso: 13 jan. 2020.
- CARDOSO, Janine Miranda; ROCHA, Rogério Lannes. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1871-1880, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1871-1880/>. Acesso em: 24 abr.2020.
- CARDOSO, Nelson Ari; MOURA, Rosa. Regiões de fronteira e fluxos migratórios: o caso do Paraná. Capítulo publicado em: O Mercosul e as regiões de fronteira/Organizadores Bruna Penha, Walter Antonio Desiderá Neto, Rodrigo Fracalossi de Moraes. – Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8739>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- CETRÁNGOLO, Oscar et al. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud : Naciones Unidas, CEPAL : PNUD Argentina; 2011. 73 p. (Aportes para el desarrollo humano en Argentina). Disponível em: <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>. Acesso em: 26 abr.2020.
- COUTO, José Cláudio Diniz. DESCONTINUIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO: AÇÕES POLÍTICAS E ALTERNÂNCIA DE PODER. 2017. 421p. Tese (Educação) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1702>. Acesso em: 15 jul.2020.
- DE SOUZA, Antônio Jorge Ataíde; SIMONIAN, Ligia T. Lopes. Os desafios das políticas públicas de saúde na Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru. **Amazonia Investiga**, v. 8, n. 24, p. 541-551, 2019. Disponível em: <https://amazoniainvestiga.info/index.php/amazonia/article/view/1015>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- DOS SANTOS, Cleide Teresinha; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; DE CARVALHO, Manoela. FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE DE MUNICÍPIOS PARANAENSES EM REGIÃO DE FRONTEIRAS (2000–2016). **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61110/pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- FABRIZ, Luciana Aparecida. **Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná: um estudo avaliativo**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22102019-201716/en.php>. Acesso em: 24 jan.2020.
- FAGUNDES, Helenara Silveira et al. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Revista Katálisis**, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802018000200293&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 abr.2020.

FEITOSA, Luciana da Costa. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTTEIRA) no Contexto das Políticas de Integração Sul-americanas. In: XV Encontro de Geógrafos da América Latina (XV EGAL), 2015, Havana. Por uma América Latina unida y sostenible, 2015. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal15/Geografiasocioeconomica/Geografiamedica/04.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pasquotto; NETO, Antonio Firmino Oliveira. O projeto sistema integrado de saúde das fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**, v. 10, n. 18, p. 71-92, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/794>. Acesso em: 23 jan.2020.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010185.pdf>. Acesso em: 23 abr.2020.

HENZ, Ademir. SEGURANÇA PÚBLICA: A DESCONTINUIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sid spp/article/view/18758>. Acesso em: 14 jul.2020.

KIERECZ, Marlon Silvestre; BARTMEYER, Tania Ramos; PREUSS, Lislei Teresinha. O CONTROLE SOCIAL COMO PRÁTICA CIDADÃ: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS-PR EM 2017. **Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas**, v. 26, n. 3, p. 328-340, 2018. Disponível em: <https://revistas.apps.uepg.br/index.php/sociais/article/view/12388>. Acesso em: 22 mar. 2020.

KRYKHTINE, Felipe Baptista et al. **A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório**. 2014. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16334>. Acesso em: 15 jul.2020.

LACERDA, Jan Marcel de Almeida Freitas; NETO, Dirceu Marchini; LUDWIG, Fernando Jose. A LEI DE MIGRAÇÃO BRASILEIRA (LEI Nº 13.445/2017) E A FACILITAÇÃO DA LIVRE CIRCULAÇÃO DO RESIDENTE FRONTEIRIÇO. **Revista de Estudos Internacionais**, v. 10, n. 1, p. 23-39, 2019. Disponível em: <http://www.revistadeestudosinternacionais.com/uepb/index.php/rei/article/view/446/446>. Acesso em: 21 mar. 2020.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão et al. Perfil e visão dos conselheiros municipais de saúde sobre sua atuação. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 1126-1139, 2016.

Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5658768>. Acesso em: 22 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril; 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 abr. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. A implementação do SIS Fronteiras–Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 30 set. 2019.

PERON, Vanessa Demarchi. Cooperação Internacional e Políticas Públicas: a atuação do GT-Saúde na Tríplice Fronteira. Universidade Federal da Integração Latino Americana – UNILA. Foz do Iguaçu-Pr, 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/2278/04R2708E3008VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 jan.2020.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde no município de Foz do Iguaçu- PR. 2015.

ROCHA, Tamyris Cristiny Souza. A Saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do SIS Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. 2019. 103 f. Dissertação (Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos) – Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1685>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos et al. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 05, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/05/pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos; ANDRADE, Selma Regina de; RUOFF, Andriela Backes. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0102.pdf>. Acesso em: 20 jan.2020.

SETRINI, Gustavo Ariel; RECALDE, Liliana Rocío Duarte. O desenvolvimento de instituições participativas no Paraguai: uma ferramenta para democratização ou controle estatal? **Revista Paraguai de Ciências Sociais**, n. 10, p. 68-89, 2019. Disponível em: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistaparaguay/article/view/4697>. Acesso em: 26 abr.2020.

SHIMIZU, Helena et al. Os Conselhos de Saúde no Brasil: 25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social. **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**, p. 27. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34552>. Acesso em: 21 jan.2020.

TEIXEIRA, Camila Soares et al. “O SUS é para todos!”: Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 237-249, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2262/pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622015.0941/>. Acesso em: 22 mar. 2020.

8. ARTIGO 3

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA. OS CONSELHEIROS DE SAÚDE ESTÃO PREPARADOS?

RESUMO

Este estudo aborda as políticas públicas de saúde voltadas para a população transfronteiriça e tem como campo o Conselho Municipal de um território de tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai com o propósito de identificar as demandas para a formação ou educação permanente dos conselheiros que exercem o controle social em um território de tríplice fronteira internacional, ressaltando a recomendação de educação permanente do Conselho Nacional de Saúde, como estratégia transformadora para qualificação do controle social. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de entrevista com 15 conselheiros municipais de saúde que participam ou participaram no período entre 2006 a 2019, o recorte temporal foi considerado a partir da implantação do programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Resultados: Evidenciou-se insuficiência de educação permanente para conselheiros com abordagem específica para a saúde da população fronteiriça, os conselheiros não participaram de programa de educação permanente sobre saúde em região de fronteiras e percebem sua qualificação como insatisfatória para exercer suas atividades em torno das questões relacionadas aos cidadãos transfronteiriços. Conclui-se, então, que há lacunas no acesso às informações de saúde em relação a essa temática e que a frágil inserção pode comprometer seu exercício no processo decisório das políticas de saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; controle social; educação permanente; saúde fronteira.

SOCIAL CONTROL IN HEALTH AT THE TRIPLE BORDER. ARE HEALTH ADVISERS PREPARED?

ABSTRACT

This research addresses the public health policies elaborated to boarder residents and taking into consideration the Municipal Council of a city localized in the triple frontier of Brazil, Argentina and Paraguay, the aim is to identify quests to continuing training of the citizens who hold positions as councilors, deeming the recommendations of the National Health Council concerning education as transformative strategy of qualification of social control. In this sense, it is a descriptive study that through a qualitative approach analyses interviews with fifteen municipal councilors that either

have been or were still active in their services during the period between 2006 and 2019. Such temporal cut is due to the implementation of the program “Integrated Health System of the Frontiers (SIS Frontiers)”. As results, it was observed shortcomings of permanent education to the councilors regarding specific approaches to the health of the boarder residents. In conclusion, there are gaps in the access of information concerning health in relation to such topic and its fragile input might compromise its functionality in the decision-making process of health policies.

Keywords: Unified Health System; social control; continuing training; health in the frontier.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas no campo da saúde devem ser compreendidas como uma política social, que está submetida à diversidade de determinantes políticos, econômicos e sociais. A participação social em saúde no Brasil foi introduzida no texto da Constituição Federal em 1988, sendo assim, a presença da sociedade civil para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] torna-se um eixo que estimula a práxis da cidadania, na perspectiva de um controle social, em que o indivíduo deve ser ator de sua própria saúde e da saúde da comunidade na qual está inserido” (JUNGLOS; AMADIGI; MACHADO, 2019, p.3).

No contexto do SUS, a premissa de controle social passa a ser atribuída à participação da população prevista formalmente por meio de conselhos e conferências, nas instâncias municipais, estaduais e federal. Nos municípios, os conselhos de saúde constituem o órgão máximo no setor de saúde e tem participação imprescindível na formulação e fiscalização de políticas públicas, no seu funcionamento e na avaliação dos serviços prestados no SUS (BRASIL, 1988).

O envolvimento da sociedade civil no SUS foi assegurado como diretriz na Constituição Federal de 1988 e, em seguida delineado na Lei Federal nº 8.142/90, que instituiu os conselhos e as conferências de saúde, tornando-o elemento obrigatório na gestão de saúde, garantindo aos conselhos, de forma organizada, participar, acompanhar e fiscalizar as ações e serviços de saúde (SILVA, 2017).

O conceito reformulado de participação social como um “modelo de cogestão social que incorpora a negociação como instrumento de interação entre os atores sociais”, de acordo com Silva e Pelicioni (2013, p. 565) “Tudo isso significa o empoderamento da população”. Como estratégia para impulsionar a autonomia do

controle social, a autora aponta a qualificação dos conselhos de saúde como método potencial. Os autores Ouverney, Moreira, Ribeiro (2016) afirmam que, para que haja um estímulo político e uma mudança definitiva no exercício do controle social, as práticas educativas precisam ser de fato permanentes.

Em 2004, institucionalizou-se a EPS por meio da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que objetivou gerar transformações nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, com base na problematização da realidade e na elaboração coletiva de soluções, dispendo como eixo as necessidades da população e o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004). A PEPS passou por uma reformulação em 2007 e contou com a participação do Conselho Nacional de Saúde, na ocasião, foram determinadas as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, buscando fomentar e ampliar iniciativas já existentes das instituições e incentivar estados e municípios a buscarem a qualificação de seus conselheiros (BRASIL, 2007).

Ainda que a educação permanente tenha sido firmada há mais de uma década como política nacional, até então não é uma prioridade para a maioria dos conselhos de saúde em território brasileiro. Logo, medidas para o fortalecimento educacional tornam-se indispensáveis, pois além de levar em consideração as demandas e necessidades peculiares de distintas regiões, devem se basear no cotidiano dos conselheiros, visto que as dificuldades no exercício da participação popular no Brasil ainda são significativas (DA SILVA; DE NOVAIS; ZUCCHI, 2020).

A implementação de políticas públicas, assim como a atuação estruturada dos gestores locais, interfere diretamente no desenvolvimento regional, capaz de contribuir na formulação e controle da execução das políticas socioeconômicas, “[...] pois a organização dos atores sociais de cada região exerce um importante papel para a consolidação de um novo modelo de gestão de políticas públicas, que priorize a participação da sociedade civil [...]” (AVELAR, 2018, p. 43).

Foz do Iguaçu, cidade localizada no estado do Paraná e integrada à região trinacional, faz divisa com a cidade argentina de Puerto Iguazú e com a cidade paraguaia de Ciudad del. As relações estabelecidas pela comunidade local dos três países, tornam o território em questão uma região que evidencia diversas peculiaridades, como constante movimentação econômica, pluralidade cultural e livre circulação de pessoas, capitais e mercadorias (CHEN; GOMES; BARBOSA, 2019). Pensando no

crescimento dessas regiões, um fator fundamental é o planejamento de políticas públicas, “[...] pois por meio delas se torna possível promover o desenvolvimento e o dinamismo econômico, que são condições primordiais para que ocorra melhoria da qualidade de vida da população” (AVELAR, 2018, p. 18).

A fronteira trinacional demanda políticas públicas no seu contexto e, na medida do possível, adaptadas às particularidades locais. “Isto porque nesta região os conceitos de cidadania não são estáticos, e a configuração social possui um elevado grau de mobilidade, o que não é observado em outras localidades” (LINI, 2014, p.183).

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar as demandas para a formação ou educação permanente dos conselheiros que exercem o controle social em uma região de tríplice fronteira internacional.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, com dados obtidos por meio de entrevistas utilizando um instrumento semiestruturado, aplicado aos conselheiros municipais de representantes dos usuários saúde, que participam ou participaram no Conselho Municipal de Foz do Iguaçu durante o período de 2006 a 2019, o recorte temporal foi considerado a partir de 2006, ano da adesão do programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Foram escolhidos os conselheiros que representam o segmento usuário, pois, totalizam a maioria representativa no COMUSFOZ de 50% (cinquenta por cento), as outras representatividades dos gestores/prestadores e trabalhadores em saúde tem a oportunidade em outros espaços, inclusive no processo de formação acadêmica de conhecer e estudar a temática, sendo assim foram selecionados os conselheiros usuários para investigação do objeto de estudo. Para o fechamento amostral utilizou-se o critério de saturação: momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimento para o objeto estudado (MINAYO, 2017).

No ano de 1990, o Conselho Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu foi instituído pela Lei Municipal nº 1.507, passando a sua organização, composição e atribuições a ser regidas por esta Lei. O (COMUSFOZ) é constituído por 03 (três) segmentos sociais e por representação paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de entidades de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores em serviços de saúde, 12,5% (doze e meio por cento) de gestores de órgãos públicos de saúde e 12,5% (doze e

meio por cento) de prestadores de serviços de saúde, totalizando 32 (trinta e dois) membros titulares e 32 (trinta e dois) membros suplentes, indicados pelas entidades/órgãos eleitas em Conferência Municipal de Saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2012). Como critério de inclusão, foram integrados conselheiros municipais que representam o segmento usuário que exerceram e/ou exercem as suas funções no COMUSFOZ, no período de implantação do SIS Fronteiras, sendo eles 14 titulares e apenas 1 suplente. Como critério de exclusão, foram eliminados aqueles que não constavam nos registros das atas a participação em pelo menos uma reunião que abordava o tema do programa SIS Fronteiras.

O contato com os conselheiros para agendamento das entrevistas aconteceu previamente, as conversas foram gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas segundo o conteúdo de Bardin (2016) que propõe tratar as informações do tipo temáticas, sistematizado em três etapas: pré-análise, exploração e interpretação dos dados. As perguntas buscaram identificar demandas para a formação ou educação permanente dos sujeitos que exercem o controle social em uma região de tríplice fronteira internacional.

As categorias analíticas foram organizadas com o intuito de compreender quais estratégias de formação poderiam potencializar a performance dos conselheiros, de acordo com as demandas específicas deste espaço geográfico diferenciado. Estruturadas de acordo com: (1) A compreensão sobre o direito à saúde para os estrangeiros em território fronteiriço, (2) Percepção sobre valorização e respeito ao conselheiro municipal de saúde frente ao exercício do controle social, (3) Percepções dos conselheiros sobre a sua formação em políticas de saúde para população fronteiriça.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste – Universidade do Oeste do Paraná - aprovou o projeto sob parecer n ° 2.982.939 de 25 de outubro de 2018. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as falas foram identificadas por meio das letras extenso (C), seguida de número, C/1, C/2, C/3... C/15.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com o propósito de que as demandas sociais sejam contempladas de modo satisfatório e eficaz, a escolha das políticas públicas deverá considerar os elementos humanos e geográficos. É fundamental a integração na formulação e implementação das

políticas públicas, nos diversos níveis governamentais, visando o diálogo e a identificação das necessidades locais, que são ferramentas indispensáveis para a escolha adequada das ações governamentais. Pretende-se, com os resultados deste estudo, responder ao objetivo proposto, e compreender quais as necessidades de formação para potencializar o desempenho dos conselheiros do COMUSFOZ, considerando as singularidades dos serviços de saúde em um território de tríplex fronteira.

Perfil dos entrevistados

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos conselheiros representantes do segmento usuário entrevistados no COMUSFOZ – Foz do Iguaçu, PR, Brasil – 2019

Número	Sexo	Idade	Escolaridade	Nacionalidade	Ocupação	Tempo no Conselho Municipal de Saúde
C1	F	72	EMC	Brasileira	Aposentada	30 anos
C2	M	55	EMC	Brasileiro	Auxiliar Administrativo	18 anos
C3	F	42	ESC	Brasileira	Fisioterapeuta	2 anos
C4	M	56	EMC	Brasileiro	Assessor de Marketing	15 anos
C5	F	76	EMC	Brasileira	Aposentada	19 anos
C6	F	43	ESC	Brasileira	Fonoaudióloga	6 anos
C7	M	67	EMC	Brasileiro	Comerciante	8 anos
C8	M	61	EFC	Brasileiro	Aposentado	2 anos
C9	F	69	EFI	Paraguaia	Sem emprego	3 anos
C10	M	47	ESC	Brasileiro	Eletricista	2 anos
C11	F	55	ESI	Brasileira	Comerciante	2 anos
C12	F	59	EFC	Brasileira	Comerciante	25 anos
C13	F	65	EFC	Brasileira	Comerciante	6 anos
C14	F	71	ESC	Brasileira	Aposentada	5 anos
C15	M	65	EMC	Brasileiro	Aposentado	4 anos

Legenda: C = Conselheiro; M = Masculino / F = Feminino; A = Analfabeto / EFI = Ensino Fundamental Incompleto / EFC = Ensino Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto / EMC = Ensino Médio Completo / ESC = Ensino Superior Completo.

1. A compreensão sobre o direito à saúde para os estrangeiros em território fronteiriço

A Constituição Cidadã de 1988 determina o direito fundamental à saúde para toda a população, assegurando acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, e, aos não nacionais assistência em caso de urgência ou emergência (AIKES; RIZZOTTO, 2018). A garantia legítima de acesso ao SUS não é exclusiva para os nacionais, mas também

para os estrangeiros residentes ou em trânsito pelo território brasileiro, sem amparo em situações prováveis de exclusão (VERONES; MACHADO, 2017).

Os sujeitos entrevistados compreendem que se deve garantir acesso amplo e democrático para todos de acordo as diretrizes e princípios do SUS, inclusive aos estrangeiros em solo brasileiro.

[...]Jo que eu sempre questioneei e sempre me chamou muito atenção como o SUS é um serviço pela lei deve ser aberto a qualquer pessoa que procura o sistema de saúde, pode ser turista, europeu, argentino e paraguaio, é lei que se atenda pelas mesmas condições que deveriam ser atendidos os nacionais[...]eu acho que principalmente aqui na fronteira deveria ser igualitário[...]mas precisava protocolar direitinho dar uma atenção que possa fluir melhor (C/5).

Como cidadão e ser humano eu tenho que olhar isso como um direito universal [...] não posso aceitar que um estrangeiro venha para o meu país e não seja olhado como um cidadão que está aqui contribuindo de alguma forma, ele é turista? Está gastando? Ele é radicado no país? Está de passagem? Mas ele está deixando alguma contribuição [...] mas tem que haver uma política adequada voltada para esses estrangeiros, estrangeiro que vive, estrangeiro que passa, que vem fazer turismo [...] como nós vivemos em uma fronteira, a gente tem que ter um planejamento diferenciado, nós somos a fronteira mais movimentada do país[...] (C/7).

O acesso à saúde para os estrangeiros é visto como um direito universal no COMUSFOZ, no entanto, a compreensão do direito vinculado à contribuição é perceptível nas falas dos conselheiros. Para eles, existe uma falha nos protocolos e fluxos de atendimento na rede de atenção à saúde do município direcionados para a população estrangeira, especialmente por trata-se de pessoas que contribuem economicamente com a região, seja por meio do turismo ou do trabalho.

Em relação ao financiamento, como não existe, por parte dos governos Federal e Estadual, repasse de verba para garantir a assistência à saúde para essa população que não mora no município brasileiro, mas que busca atendimento no SUS, uma vez que o cálculo para a transferência de recursos para custear a saúde é baseado na população residente no município. Conselheiros entrevistados refletem sobre meios para restringir a demanda apenas aos casos de emergência para aqueles que não contribuem diretamente para o financiamento do sistema local de saúde.

Na minha opinião teria que ser mais a emergência, [...] a menos que tivéssemos aí uma renda [...] uma verba que viesse para que a gente pudesse atender, porque senão nós aqui acabamos penalizados, mais a emergência tem que ser atendido isso não tem como [...] é uma coisa humana mesmo, eu acho que tem que ser atendido (C/11).

Se você pensar na questão humanitária a gente não tem fronteiras, ela é uma criação do homem os limites, as fronteiras, os limites geográficos, eles são imaginários todo mundo está nesse mundo e ninguém é dono desse mundo, então eu posso ir para qualquer país, eu posso usufruir de qualquer coisa, eu tenho o direito tanto quanto qualquer outro ser humano de estar aqui. Só que a questão política e a questão geográfica não me permitem isso porque ela tem custos, eu tenho que pagar esse tratamento de saúde, eu tenho que pagar a medicação[...]. o quê que ela está contribuindo aqui? Como que eu vou lidar com essa situação financeira? Dessa demanda mesmo de recurso, como que se paga isso? (C/6)

Estudos referentes ao direito à saúde do estrangeiro, como o publicado por Verones e Machado (2017, p. 249), afirmam que “... nada impede que o Brasil estabeleça acordos com outros países e com organismos internacionais para possíveis compensações financeiras...”. Para os autores, o que não é aceitável é falta de acolhimento de seres humanos em condições vulneráveis por ausência de uma contrapartida financeira.

Estratégias como o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), além de possibilitarem avanços ao contemplar as regiões de fronteiras em seu projeto de regionalização, também expandiram a capacidade operacional dos gestores municipais no que diz respeito ao acesso universal e integral às ações de saúde dos cidadãos estrangeiros (SANTOS – MELO et al., 2020).

2. Percepção sobre valorização e respeito ao conselheiro municipal de saúde frente ao exercício do controle social

Os conselhos de saúde são constituídos pelo elo entre a sociedade civil e a gestão de saúde, configurando-se em uma importante parceria entre a comunidade e gestores visando à elaboração de políticas públicas em saúde que atendam aos interesses da coletividade. “O Conselho de Saúde em âmbito local e municipal deve ser valorizado como locus privilegiado pela possibilidade de promover uma rede de participação social de alta capilaridade” (JUNGLOS et al., 2019, p. 6).

Quando questionados sobre a valorização e o respeito da comunidade ao conselho municipal de saúde na região de fronteira, os entrevistados demonstram que o sentimento de valorização está mais circunscrito ao próprio conselho e à compreensão que os próprios conselheiros têm da importância do controle social, mais do que em relação às demonstrações de valorização pela comunidade externa.

[...] o conselheiro ele se faz respeitar [...] a pessoa para ser conselheira de saúde não pode ser somente indicada pela entidade que ela representa, aqui a pessoa tem que gostar e ter interesse pela coisa[...] (C/4).

[...] acredito que sim, não consigo mensurar [...] porque quando você está lá, você está lá para defender aquela política, a gente está lá para defender a comunidade [...] (C/11).

O sentimento de respeito está atrelado à importância desse trabalho para o fortalecimento de uma política pública que contemple os interesses da coletividade, pois para os entrevistados, exercer a função de conselheiro municipal de saúde é um direito

garantido por lei e um dever de quem o assume, além de apreciar, é necessário garantir disposição para as atividades assumidas. Porém, o distanciamento dos conselhos de saúde em relação à sociedade civil e a pouca divulgação dos resultados e das discussões em pauta podem produzir uma certa invisibilidade e pouco reconhecimento acerca de sua importância.

Diante disso, a autora Gerschman (2004, p. 1673) afirmam que “... anos depois e no despontar do novo século, o movimento popular em saúde quase que desapareceu da cena política e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira ...”. Corroborando com as autoras, (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2016 apud SANTOS, 2007) associam a não visibilidade dos conselhos de participação popular à capacitações que não predomina o diálogo e as trocas horizontais de saberes, ou seja, qualificações baseadas na “monocultura do saber e do rigor”, quando unicamente o conhecimento científico é visto como apropriado, tornando silenciosas outras formas de saber e experiências vividas pelos usuários, ocasionando a “inexistência” e aumentando a invisibilidade.

[...] os conselheiros se sentem sim respeitados, mas não é infelizmente valorizado pela comunidade, porque ele é uma pessoa muito importante para a comunidade, a partir do momento que a comunidade tem consciência de tudo que ele representa, o conselheiro não faz parte de um conselho local, de um conselho municipal preocupado com ele, e nem poderia ser, ele é peça de uma estrutura coletiva [...] (C/7).

Eu acho que em certos momentos sim [...] mas certos momentos não [...] eu vejo uma falta muito grande de reconhecimento porque o nosso trabalho é voluntário, às vezes há um descaso [...] (C/11).

Na contramão dos avanços na democracia participativa e dificultando o reconhecimento da importância da cooperação popular nas esferas de decisões políticas do País, é importante destacar que, no dia 11 de abril de 2019, entrou em vigência o

Decreto nº 9.759 assinado pelo presidente Jair Bolsonaro, que extingue e estabelece “diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal”. Seu objetivo é reduzir bruscamente o número de Conselhos Sociais e outros órgãos colegiados, de 700 para 50 em todo o país, mesmo sendo previstos pela Política Nacional de Participação Social (PNPS) e pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Muitos deles, resultaram dos direitos já garantidos pela Constituição Federal de 1988 e não apenas de programas criados na gestão anterior, da ex-presidente Dilma Rousseff, em 2014, logo, estão alinhados com os princípios legais e com o reconhecimento da importância de controle social na administração direta e indireta.

Para ou autores Garnica e Kempfer (2019, p. 29):

Estes órgãos são pilares da democracia participativa que levam à republicização. Ao extinguir conselhos dificultam-se as possibilidades de participação direta e do controle público, ferindo, sobretudo, as possibilidades democráticas da soberania popular.

Como justificativa para a elaboração desse Decreto, Onyx Lorenzoni, ministro-chefe da Casa Civil, alegou que estes Conselhos apresentavam uma visão distorcida da participação social, pois tinham “como gênese a visão ideológica dos governos anteriores de fragilizar a representação da própria sociedade”. Argumenta ainda, que a medida abrange apenas a eliminação de “colegiados supérfluos, desnecessários, de resultados práticos positivos desconhecidos e com superposição de atribuições com as de autoridades singulares ou de outros colegiados” (SOARES; MAIA; GRILLO, 2019).

O discurso produzido pelo presidente Jair Bolsonaro e pelo então ministro-chefe da Casa Civil, Onyx Lorenzoni, para descrever a “necessidade” desse decreto, impõe a reflexão sobre a diferença de interesses entre as classes sociais nos países capitalistas, orientados pelo neoliberalismo. Configura um direcionamento cujo fim é limitar a participação social nas políticas públicas e, por isso, afeta diretamente os cidadãos brasileiros que delas se beneficiam de inúmeras formas (BEZERRA et al., 2019). “Suprimir a existência dos conselhos é minar a efetividade da participação social e, corresponde, a um retrocesso visível” (GARNICA; KEMPFER, 2019, p. 32).

3. Percepções dos conselheiros sobre a sua formação em políticas de saúde para população fronteiriça

A educação permanente no processo de formação dos conselheiros é uma ferramenta metodológica de elaboração e sistematização dos conselhos de saúde, ou seja, técnica de ensino utilizada desde a criação do primeiro conselho. Conforme Carvalho (2019, p.34) “... surge como questão estratégica para a consolidação do SUS, buscando garantir consistência na participação popular e dos vários segmentos que compõem os Conselhos”.

Nas entrevistas, quando questionados sobre a participação em cursos de formação voltados para políticas de saúde específicas para regiões de fronteiras, identificou-se a ausência de capacitações para os conselheiros sobre a temática, pois foram unânimes as respostas que declaravam a inexistência desse tema nas atividades de formação que foram oferecidas pelo COMUSFOZ.

Da fronteira não teve, quando teve foram capacitações para conselheiros de saúde, mas não eram direcionadas à fronteira, no município geral, no estado, no país [...] (C/4).

[...] não sei o que existe e acordos bilaterais ou trinacionais, ou de Mercosul, e o que existe de tratados na área da saúde (C/12).

O acesso à informação e à comunicação em saúde é imprescindível para agentes políticos, pois desta maneira, têm estimulados o desempenho da elaboração e o acompanhamento das políticas públicas que atendam as necessidades locais. “O processo decisório nos conselhos de saúde está diretamente atrelado a existência de ferramentas que possibilitem a participação democrática, neste sentido, a informação e a comunicação passam a ser elementos estratégicos para o controle social” (SILVA, 2016, p. 21).

Como Lisboa et al. (2016, p. 694) destacam nos resultados de sua pesquisa a importância que a “[...] implementação de programas de educação permanente, com o

propósito de discutir com os conselheiros como o conhecimento sobre o território que habitam é a principal ferramenta para o exercício do cargo de conselheiro”. Para os autores são soluções que podem corrigir nos conselheiros o sentimento de ausência da capacidade do controle social.

Os sujeitos, envolvidos na elaboração e acompanhamento das políticas públicas de saúde que atuam em região de fronteira, devem considerar que se trata de uma região distinta das demais do território brasileiro, para isso é necessário ter conhecimento das políticas públicas existentes e próprias dessas regiões.

A compreensão de que o poder deliberativo dos conselheiros está vinculado de modo direto aos seus conhecimentos sobre políticas públicas e a realidade local, é destacada pelos autores Rezende e Cordeiro (2019) que recomendam a constituição de comissões específicas de educação permanente, tanto para a definição das necessidades de qualificação dos conselheiros de acordo com as especificidades locais, quanto como estratégia para potencializar a atuação dos conselhos.

Constatou-se, portanto, que as capacitações no âmbito do COMUSFOZ não incluíram em seu conteúdo programático as políticas públicas em saúde para a população fronteiriça e territórios situados em regiões de fronteiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, pode-se perceber que as ações do COMUSFOZ em torno da política de saúde para os fronteiriços ainda se mostram inseguras diante do seu potencial. Mesmo sendo o Conselho o órgão máximo no setor saúde no município, dispendo de uma participação imprescindível na formulação e fiscalização de políticas públicas, no seu funcionamento e avaliação dos serviços prestados no SUS.

Identificou-se, também, que os conselheiros não participaram de programa de educação permanente sobre saúde em região de fronteiras, que percebem sua qualificação como insatisfatória para exercer suas atividades em torno das questões relacionadas à população fronteiriça. A realização de capacitações e atividades de educação permanente que contemplem no conteúdo programático essa temática, poderiam influenciar diretamente na dinâmica de funcionamento do controle social do

município, visto que o fortalecimento da participação popular depende de ações que deem importância aos aspectos da realidade local.

Diante disso, Sugere-se a realização de programações educativas nos conselhos de saúde que atuam em municípios de fronteira, assim como o COMUSFOZ, sobre a temática da saúde voltada para a população fronteiriça.

REFERÊNCIAS

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.34, n.8, p.1-11, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00182117/pt>. Acesso em: 15 jun. 2018.

AVELAR, João Marcos Borges. O papel das políticas públicas no desenvolvimento da região das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú. 2018. 208 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2018. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3905>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, et al. **Um decreto contra a participação. Os riscos à democracia no Brasil**. Carta Capital, 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/um-decreto-contr-a-participacao-os-riscos-a-democracia-no-brasil/>. Acesso em: 30 abr.2019.

BIANCHI, Pamela Cristina; NICOLAU, Stella Maris. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular/Trajectories of health counselors: reflecting on political culture and popular participation. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1330>. Acesso em: 01 mai.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 02 mai.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 02 mai.2020.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>>. Acesso em: 15 mai.2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

CARVALHO, Francisco de Assis Lima. Atenção à Saúde nas Cidades Fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: Implementação do SIS-Fronteiras em Roraima. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014. Disponível em: http://www.bdt.d.ufr.br/tde_arquivos/6/TDE-2015-03-09T061940Z-217/Publico/FranciscodeAssisLimaCarvalho.pdf. Acesso em: 20 jul.2020.

CARVALHO, Ricardo Chaves de et al. **Formação de conselheiros de saúde para o controle social no SUS: análise do (per) curso—do presencial ao ead.** 2019. Tese de Doutorado. EPSJV. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32496/2/Ricardo_Carvalho_EPSJV_Mestrado_2019.pdf. Acesso em: 27 mar.2020.

CHEN, Estefani Wu; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; DE ANDRADE BARBOSA, Thiago Luis. Anos potenciais de vida perdidos no período de 2010 a 2015 em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Revista Brasileira de Iniciação Científica, v. 6, n. 4, p. 18-33, 2019. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/1536>. Acesso em: 29 mar. 2020.

DA SILVA, Rita de Cássia Costa; DE NOVAIS, Maykon Anderson Pires; ZUCCHI, Paola. A educação permanente como responsabilidade inalienável dos conselhos de saúde: o cenário atual no Sistema Único de Saúde. **Clinics**, v. 75, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322020000100204&script=sci_arttext. Acesso em: 02 mai.2020.

GARNICA, Vitor Gabriel; KEMPFER, Marlene. A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL PARA A REPUBLICIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, v. 5, n. 2, p. 19-37, 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/rdagp/article/view/5828>. Acesso em: 25 mar.2020.

GERSCHMAN, Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1670-1681, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n6/1670-1681/pt>. Acesso em: 20 jul.2020.

JUNGLOS, Carlos et al. MOTIVAÇÕES, IMPORTÂNCIA, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66874/pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LINI, Priscila. Políticas Públicas na fronteira trinacional: o desafio ao pleno exercício da cidadania. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, p. 173-184, 2014. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/2813>. Acesso em: 02 mai.2020.

LISBOA, Edgar Andrade et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des) caminhos da participação social. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300679&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril; 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 abr.2019.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 411-423, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n2/411-423/pt/>. Acesso em: 01 mai. 2020.

OUVERNEY, Assis Mafort; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 186-200, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40nspe/186-200/>. Acesso em: 02 mai.2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde no município de Foz do Iguaçu-PR. 2012.

REZENDE, Aline Costa; CORDEIRO, Benedito Carlos. Reflexão do papel da educação permanente sobre os desafios dos conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 123-141, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1857>. Acesso em: 27 mar.2020.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos et al. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 05, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2020.v54/05/pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SILVA, Elaine Cristina da; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque

Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 563-572, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n2/563-572/>. Acesso em: 20 jul.2020.

SILVA, João Paulo Fernandes da. Programa de inclusão digital dos conselheiros de saúde: o uso das tecnologias de informação e comunicação auxiliam no controle social?. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília – UnB. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20828/1/2016_Jo%c3%a3oPauloFernandesdaSilva.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

SILVA, Rosimary Bernardes. Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 6, n. 3, p. 90-100, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/380> . Acesso em: 25 mar.2020.

SOARES, Jussara; MAIA Gustavo; GRILLO Marco. **Governo Bolsonaro quer extinção de conselhos sociais criados por Dilma**. O Globo, 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/governo-bolsonaro-quer-extincao-de-conselhos-sociais-criados-por-dilma-23591925>. Acesso em: 30 abr.2019.

VERONESE, Osmar; MACHADO, Marsal Cordeiro. O direito fundamental à saúde e os estrangeiros. **Revista Paradigma**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <http://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/838/pdf>. Acesso em: 22 jan.2020.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos, sendo este realizado pela necessidade de compreender as singularidades do papel do conselheiro municipal de saúde em território fronteiriço, em relação às políticas de saúde para a região.

As análises documentais do COMUSFOZ, de 2006 a 2018, apontaram que as especificidades relacionadas à saúde em região de fronteira receberam pouca atenção dos agentes que compõe o controle social na saúde do município de Foz do Iguaçu. Mesmo com adesão do SIS Fronteiras pela gestão local e com aprovação do plano operativo do programa no CMS, a estruturação de uma política pública voltada para a saúde na região fronteiriça ainda não é uma realidade para o exercício do controle social da saúde do município.

Vale ressaltar que apesar de o SIS Fronteiras ter sido abordado no estudo como “objeto – marcador” do exercício do controle social de uma política voltada para a região fronteira, foi possível identificar que este programa não conseguiu consolidar uma discussão durável e permanente entre os conselheiros municipais de saúde referente a essa temática.

No estudo de campo, pode-se perceber que as ações no cenário do COMUSFOZ, em torno da política de saúde para os transfronteiriços, ainda se mostram tímidas diante do seu potencial enquanto o órgão máximo no setor saúde do município, dispendo de uma participação imprescindível na formulação e fiscalização de políticas públicas, no seu funcionamento e avaliação dos serviços prestados pelo SUS. Identificando a ausência de discussões direcionadas para as políticas de saúde da população fronteira e, mesmo com a existência temporária de um programa federal específico para tratar dessas políticas, observou-se pouca influência do programa SIS Fronteiras na consolidação de política pública voltada aos transfronteiriços, visto que a implementação do programa foi pouco debatida no âmbito do COMUSFOZ.

Foi possível identificar após as análises das atas e das falas dos conselheiros entrevistados que o exercício do controle social sobre as políticas públicas de atenção a saúde para a população transfronteira esta em processo de construção, existem fragilidades, mesmo compreendendo o direito universal a saúde de todos os sujeitos que circulam nesse território, ainda permanecem dúvidas em relação as legislações, acordos bilaterais e de Mercosul.

Recomenda-se incluir na dinâmica do funcionamento dos conselhos municipais de saúde localizados em regiões de fronteiras, como o COMUSFOZ, a discussão em torno da atenção à saúde para a população de transfronteira, com o intuito de fortalecer a implementação de políticas públicas que contemplem a integração e cooperação entre os distintos sistemas de saúde, ampliando o debate não somente para os conselheiros mas também para a população geral, a sociedade local também precisa discutir o tema, tomando como exemplo outras experiências de controle social, como o GT – Itaipu Saúde. Aconselha -se fomentar a integração entre COMUSFOZ e o GT – Itaipu Saúde, pois o grupo realiza um importante trabalho discutindo a saúde da região da tríplice fronteira.

Em relação às demandas para a formação ou educação permanente dos conselheiros, que exercem o controle social em uma região de tríplice fronteira

internacional. Identificou-se que os conselheiros não participaram de programa de educação permanente sobre saúde em região de fronteiras, que percebem sua qualificação como insatisfatória para exercer suas atividades em torno das questões relacionadas à população transfronteiriça. A realização de capacitações e atividades de educação permanente, que contemplem no conteúdo programático essa temática, poderia influenciar diretamente a dinâmica do funcionamento do controle social do município, visto que o fortalecimento da participação popular depende de ações que considerem a realidade local.

Diante disso, sugere-se a necessidade de efetivar programações educativas nos conselhos de saúde que atuam em municípios de fronteira, assim como o COMUSFOZ, sobre a temática da saúde voltada para a população transfronteiriça.

10. REFERÊNCIAS

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00182117, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00182117/pt/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e180196, 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200304&tlng=pt. Acesso em: 8 jul.2020.

ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. Identidades em territórios de fronteira: Os casos de Ceuta e Gibraltar na fronteira entre a África e a Europa. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 2, p. 285-302, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-60892018000200285&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

ALESSIO, Maria Alice Gabiatti. Estado, Sociedade Civil e o Controle Social: uma análise desta relação sob a perspectiva do conceito gramsciano de estado ampliado. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais**. 2016. Disponível em: <https://anaiscbeo.emnuvens.com.br/cbeo/article/view/125>. Acesso em: 14 abr.2019.

ALMEIDA, Ana Patrícia Sampaio de. Estatuto da cidadania do MERCOSUL e Plano Estratégico de Ação Social: conquistas e desafios pendentes. In: Anais do XVI Congresso internacional FoMerco. 2017. Disponível em: http://www.congresso2017.fomerco.com.br/resources/anais/8/1505389981_ARQUIVO_EstatutodaCidadaniadoMERCOSULEPlanoEstrategicodeAcaoSocialtexto.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

AVELAR, João Marcos Borges. O papel das políticas públicas no desenvolvimento da região das cidades gêmeas de Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú. 2018. 208 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2018. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3905>. Acesso em: 30 de abr. 2019.

BARBOSA, Mayara Lima et al. Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400210&script=sci_arttext. Acesso: 31 mar. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, Michelle Camille. Direitos humanos, políticas públicas e migrações: debates internos no Mercosul. 2018. 1 recurso online (110 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Limeira, SP. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331842/1/Barreto_MichelleCamille_M.pdf. Acesso em: 20 set. 2019

BARROS, Ana Cristina. Curso transparência na gestão pública: controle cidadão. **Fortaleza: Edições Demócrito Rocha/TCE**, 2017. Disponível em: https://www.tce.ce.gov.br/downloads/Controle_Cidadao/fasciculo_6_novo.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

BARROS, Pedro Silva; SAMURIO, Sofía Escobar. A Institucionalidade da integração fronteiriça na Unasul e no Mercosul. BEPI. 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9800/1/BEPI_n25_Institucionalidade.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

BEZERRA, et al. **Um decreto contra a participação. Os riscos à democracia no Brasil**. Carta Capital, 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/um-decreto-contr-a-participacao-os-riscos-a-democracia-no-brasil/>. Acesso: 30 abr. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de

Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006. Disponível em:
<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso: 30 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras. PORTARIA Nº 1.120, DE 06 DE JULHO DE 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jul. 2005. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Secretária-geral. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

BRUNIERA-OLIVEIRA, Robson et al. Desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica de Fronteira no contexto da Globalização: conceitos e marcos teóricos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 75-93, 2014. Disponível em:
<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1565/1346>. Acesso em: 20 de set. 2019.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000200442&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 abr. 2019.

CAMPOS, Heleniza Ávila. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguaiana (BR) e Paso de los Libres (AR). **REDES: Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 22, n. 1, p. 56-73, 2017. Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6354624>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira. Processos de Transfronteirização na Bacia do Prata: a Tríplice Fronteira Brasil - Argentina – Paraguai. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: 2013. Dissertação (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/88615>. Acesso em: 20 de out, 2019.

CATAIA, Márcio Antonio. Território político: fundamento e fundação do Estado/Political territory: basis and foundation of the State. **Revista Sociedade & Natureza**. ISSN, v. 1982, p. 4513, 2011. Disponível em:
<http://www.seer.ufu.br/index.php/sociedadennatureza/article/view/11531>. Acesso em: 20 jun. 2019.

COELHO, Sâmia Suyane Cunha. Uma aproximação da crítica marxista à política urbana no Brasil na era “neodesenvolvimentista”: uma reflexão necessária. 2018. 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/33104?mode=full>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. FNEPAS, 2000. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

DA SILVA, Guilherme Bertassoni; FERRETE, Yuri Alexandre; HOLANDA, Adriano Furtado. A consolidação do modelo asilar: a Legislação Brasileira de 1930 a 1966. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, v. 8, n. 2, p. 129-142, 2019. Disponível em: <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/252>. Acesso em: 07 jul. 2020.

DA SILVA FILHO, José Carlos Moreira. TRANSNACIONALIDADE E JUSTIÇA DE TRANSIÇÃO NO ÂMBITO DO MERCOSUL (2005-2016) – projetos, contexto e perspectiva comparada na atuação da Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos e Chancelarias (RAADH) e do Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) | DOI: 10.12818/P.0304-2340.2018v72p329. **REVISTA DA FACULDADE DE DIREITO DA UFMG**, [S.l.], n. 72, p. 329 - 356, dez. 2018. ISSN 1984-1841. Disponível em: <https://web.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1916>. Acesso em: 09 jul. 2020.

DE ALMEIDA PFITSCHER, Milton Guilherme; DO NASCIMENTO, Valéria Ribas. Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do Mercosul (IPPDH): reflexos da mundialização no Estado a partir do contexto regional. In: **Los desafíos jurídicos a la gobernanza global: una perspectiva para los próximos siglos**. Advocacia-Geral da União, 2017. p. 103-129. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6913267>. Acesso em: 16 out. 2019.

DE OLIVEIRA, Tito Carlos Machado; DO NASCIMENTO, Rainne Feitoza. Fronteira, paradiplomacia e desenvolvimento. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 6, n. 12, p. 23-49, 2017. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes/article/view/7227>. Acesso: 15 out. 2019.

DERROSSO, Giuliano; CURY, Mauro José. ELEMENTOS DE UMA IDENTIDADE TERRITORIAL: UM ESTUDO DE CASO DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU-PR. *Caderno Prudentino de Geografia*, v. 1, n. 41, p. 65-85, 2019. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/6053>. Acesso em: 09 jul. 2020.

DUARTE, Elisete; EBLE, Laetícia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n1/e00100018>. Acesso: 30 abr. 2019.

Extinção de conselhos sociais reforça linha autoritária de Bolsonaro. Rede Brasil atual, 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2019/04/extincao-de-conselhos-sociais-reforca-linha-autoritaria-de-bolsonaro/>. Acesso em: 30 abr. 2019.

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; KREUTZ, Ineiva Terezinha. Políticas de saúde no Mercosul: relevância e funcionalidade da dimensão jurídico-norativa. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 150-165, 2018. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/18745>. Acesso em: 10 set. 2016.

FEITOSA, Luciana da Costa. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTIERA) no Contexto das Políticas de Integração Sul-americanas. In: XV Encontro de Geógrafos da América Latina (XV EGAL), 2015, Havana. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal15/Geografiasocioeconomica/Geografiamedica/04.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1311-1320, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1311-1320/>. Acesso em: 8 jul.2020.

FERRARI, Maristela. As noções de fronteira em geografia. **Perspectiva Geográfica**, v. 9, n. 10, 2014. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/10161>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FERREIRA, Renata Estrazulas Yoshikawa. O processo de inclusão de estrangeiros nas políticas públicas de saúde: a experiência no município de foz do Iguaçu. Dissertação (Mestrado em Direito Político e econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3401/5/Renata%20Estrazulas%20Yoshikawa%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GADELHA, Carlos Augusto Graboys; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S214-S226, 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 mai. 2018.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S251-S266, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007001400014&script=sci_arttext. Acesso em: 08 jul.2020.

GOMES, Joséli Fiorin. A contribuição da Rede Mercocidades para o desenvolvimento da integração fronteiriça junto ao Mercosul: o papel da paradiplomacia municipal sul-americana na concretização da integração regional em zonas de fronteiras. **Revista Intellector-ISSN 1807-1260-CENEGRI**, v. 13, n. 26, p. 05-19, 2017. Disponível em:

<http://www.cenegri.org.br/intellector/ojs-2.4.3/index.php/intellector/article/view/116>. Acesso em: 16 out. 2019.

GOTTMANN, Jean. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 2, n. 3, p. 523-545, 2012. Disponível em: <http://agbcampinas.com.br/bcg/index.php/boletim-campineiro/article/view/86>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GRAMSCI, Antonio. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. **Cadernos do cárcere**, v. 3, p. 36-46, 2000. Disponível em: <https://www.netmundi.org/home/wp-content/uploads/2019/03/Antonio-Gramsci-Cadernos-do-c%C3%A1rcere-v.-3.pdf>. Acesso em: 15 abr.2019.

HIRSCH, Joachim; KANNANKULAM, John; WISSEL, Jens. A teoria do Estado do "marxismo ocidental". Gramsci, Althusser, Poulantzas e a chamada derivação do Estado. **Direito e Práxis**, v. 8, n. 1, p. 722-761, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3509/350950140024.pdf> <https://www.redalyc.org/p4.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

KUHN, Wesley Lopes; DAMASCENO, Sonia Maria Pereira. A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul. In: REZENDE, Bruno Pereira; FREDERICO, Fabio Rocha; KUHN, Wesley Lopes. (Org.). Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998 - 2018). 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018, v. 1, p. 185-200. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/11_Wesley_Kuhn_Sonia_Damasceno.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

LACERDA, Jan Marcel de Almeida Freitas; NETO, Dirceu Marchini; LUDW, Fernando Jose. A LEI DE MIGRAÇÃO BRASILEIRA (LEI Nº 13.445/2017) E A FACILITAÇÃO DA LIVRE CIRCULAÇÃO DO RESIDENTE FRONTEIRIÇO. **Revista de Estudos Internacionais**, v. 10, n. 1, p. 23-39, 2019. Disponível em: <http://www.revistadeestudosinternacionais.com/uepb/index.php/rei/article/view/446>. Acesso em: 15 out. 2019.

LIMA, Terezinha Moreira. Descentralização e controle social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1.2, p. 71-96, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3695/1706>. Acesso em: 10 out. 2019.

LINS, Richard; BASSO, Carolina Laurindo. Controle social e planejamento urbano: Uma reflexão sobre os processos neoliberais e neodesenvolvimentista de cidadania participativa na conjuntura pós-Estatuto das Cidades. **Marx e o Marxismo-Revista do NIEP-Marx**, v. 5, n. 8, p. 94-117, 2017. Disponível em: <http://niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/140>. Acesso em: 20 set. 2019.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, n. 2, p. 163-172, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151870122016000200163&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 abr.2019.

MALLMANN, Maria Izabel; SANTANDER, Sebastian; SOUZA, Gustavo Matiuzzi de. Mundialização, regionalização e fronteiras. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 2, p. 221-227, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-60892018000200221&script=sci_arttext. Acesso em: 16 out. 2019.

MARQUES, George. MPF preocupado com decreto de Bolsonaro que extingue conselhos de participação social. Revista Fórum, 2019. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/blogs/blogdogeorge/mpf-preocupado-com-decreto-de-bolsonaro-que-extingue-conselhos-de-participacao-social/> . Acesso em: 30 abr. 2019.

MARTINEZ, Elias David Morales; MACHADO, Jessica Gomes. A dimensão social da integração mercosulina: uma análise sobre o Projeto Mercosul Social. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 6, n. 12, p. 368-394, 2017. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes>. Acesso em: 01 out. 2019.

MASCOLO, Tenile. A América Latina, uma justaposição de dois sistemas de proteção de direitos humanos?. **Revista de la Secretaría del Tribunal Permanente de Revisión**, v. 3, n. 6, p. 140-160, 2015. Disponível em: <http://scielo.ics.una.py/pdf/rstpr/v3n6/2304-7887-rstpr-3-06-00140.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

MEDICI, Rita. Gramsci e o Estado: para uma releitura do problema. **Revista de Sociologia e Política**, n. 29, p. 31-43, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782007000200004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 abr. 2019.

MÉSZÁROS, István. Para além do capital. Tradução de Paulo Sérgio Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: **Boitempo**; Campinas: Editora da Unicamp, 2002. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf?1350933922>. Acesso em: 20 jul.2020.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 12 ed. Petrópolis: Vozes. 1999.

NEVES, Angela Vieira. Apontamentos sobre Gramsci e sua influência ao Serviço Social no século 21. **Revista Katálysis**, v. 20, n. 1, p. 31-36, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802017000100031&script=sci_arttext. Acesso em: 30 abr. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro et al. **Cidadania em Zonas de Fronteira - O Caso do MERCOSUL**. Relatório Final das atividades realizadas no marco do CONTRATO

ISM/FOCEM IV, nº 002/2017–Instituto Social do Mercosul. Florianópolis. (mimeo). 2017. Disponível em: <http://www.ismercosur.org/wp-content/uploads/2017/03/Consultoria-ISM-Cidadania-em-Zonas-de-Fronteira.pdf>. Acesso: 10 out. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro et al. Institucionalidades do sistema de proteção social em linhas de fronteira: experiência metodológica e resultados obtidos. **Serviço Social em Revista**, v. 21, n. 1, p. 263-288, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/34953/24664>. Acesso: 12 Out. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. A implementação do SIS Fronteiras–Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 30 set. 2019.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 34, n. 1, p. 171-179, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010230982017000100171&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

PEITER, Paulo Cesar. Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Peiter/publication/267838080_A_Geografia_da_Saude_na_Faixa_de_Fronteira_Continental_do_Brasil_na_Passagem_do_Milenio/links/572b90de08aef7c7e2c6b57e/A-Geografia-da-Saude-na-Faixa-de-Fronteira-Continental-do-Brasil-na-Passagem-do-Milenio.pdf. Acesso em: 07 out.2019.

PENHA, Bruna; DESIDERÁ NETO, Walter Antonio; MORAES, Rodrigo Fracalossi de. O Mercosul e as regiões de fronteira. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8146>. Acesso em: 28 set. 2018.

PORTO, Jadson Luís Rebelo; CAVLAK, Iuri; NORONHA, Andrius Estevam. **Faces da fronteira: entre histórias e espaços, encontros e desencontros**. – Macapá, EDUNIFAP. v. 3, 146 p.: il. 2018. Disponível em: <https://www2.unifap.br/editora/files/2018/10/Faces-da-fronteira-entre-hist%C3%B3rias-e-esp%C3%A7os-encontros-e-desencontros.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

POZZATTI JUNIOR, Ademar; PEREIRA, Tamara Lorenzoni. Estudo comparado do impacto das políticas públicas do IPPDH no tratamento do legado das ditaduras militares nos países do Mercosul. **Revista Interação**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 36-62, dez. 2018. ISSN 2357-7975. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/interacao/article/view/36170/0>. Acesso em: 10 out. 2019.

POZZATTI, Junior Ademar; QUADROS, Mariana Felix. O papel do IPPDH/MERCOSUL na construção de bens públicos regionais. In: 9 Congresso Latino-americano de ciência política, 2017, Montevideu- Uruguay. Política internacional, Relações internacionais, política exterior e integração regional, 2017. Disponível em: <http://www.congressoalacip2017.org/arquivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6InBhc mFtcyI7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUIFVSZPIjtzOjQ6IjlxODMiO30iO3M6 MToiaCI7czozMjoiOWZIMzZhYTk0MDVjNTcxY2E1MjA4NDQxNDMyYmM4Ym UiO30%3D>. Acesso em: 15 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde no município de Foz do Iguaçu-PR. 2012.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. Acesso: 30 set. 2019

PREUSS, Lislei Teresinha. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. 2011. 181 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/498>. Acesso em: 28 set. 2018.

SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método, Boletim Paulista de geografia, nº 54, 1977. Disponível em: <https://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/boletim-paulista/article/view/1092/949#>. Acesso em: 06 jul.2020.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf. Acesso em: 06 jul.2020.

SAQUET, Marcos Aurelio; DA SILVA, Sueli Santos. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo Uerj**, v.2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>. Acesso em: 06 jul. 2020.

SILVA, Maria Euzimar Berenice Rego. O Estado em Marx e a teoria ampliada do Estado em Gramsci. In: 4º Colóquio Marx e Engels, 2005, Campinas - SP. Anais do 4º Colóquio Marx e Engels, 2005. v. 01. Disponível em: <https://www.unicamp.br/cemarx/ANAIS%20IV%20COLOQUIO/comunica%E7%F5es/GT2/gt2m5c5.pdf>. Acesso: 14 abr. 2019.

SILVA, Mauri Antono da. Consequências da crise do capital sobre a classe trabalhadora brasileira (1990-2016). 2017. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa

Catarina, Florianópolis. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/182596>. Acesso em: 16 abril. 2019.

SOARES, Jussara; MAIA, Gustavo; GRILLO, Marco. Governo Bolsonaro quer extinção de conselhos sociais criados por Dilma. O Globo, 2019. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/brasil/governo-bolsonaro-quer-extincao-de-conselhos-sociais-criados-por-dilma-23591925>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SOUZA, Julio Cesar Donisete Santos; SANTOS, Alethele de Oliveira. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 29-47, abr./jun. 2018.

Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/478>. Acesso em: 30 set. 2019.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de et al. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado. 2014. Tese de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz. Disponível em:

http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_naiara_prato.pdf.

Acesso em: 30 abr. 2019.

TOGNETTI, Marilza Aparecida Rodrigues. Metodologia da pesquisa científica. São Carlos: Serviço de Biblioteca e Informação do Instituto de Física de São Carlos; 2006. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001572788>. Acesso em: 20 ago.2017.

11. ANEXOS



UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Pesquisador: NATALIA DIAS ALVES PUBLIO HAUM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00989118.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.982.939

Apresentação do Projeto:

O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Será feito um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, sobre o Conselho Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu no período de implantação do SIS - Fronteira. Para isso, serão feitas análises de conteúdos das ATAS das reuniões do Conselho Municipal de Saúde na época da implantação do SIS Fronteira. Também serão feitas entrevistas, com os 69 conselheiros municipais de saúde, acerca das percepções sobre o papel do Conselho Municipal de saúde no controle social do sistema público de saúde em região de fronteira.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto objetiva compreender as singularidades do papel do conselheiro municipal de saúde em território fronteiriço em relação às políticas de saúde para a região.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente explicitados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está dentro dos parâmetros éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão devidamente apresentados.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

APÊNDICES**12. APÊNDICES****APÊNDICE 1**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CLS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS ATAS

	Número de ordem da Ata	Data da reunião	Temas/ Observações
1. Listar quantas e quais foram os Temas apresentados nas pautas das plenárias relacionados a políticas de saúde na fronteira;			
2. Listar em quantas plenárias foram discutidas as etapas relacionadas ao programa SIS Fronteiras;			
3. Listar quais foram as etapas discutidas em plenária em relação ao programa SIS Fronteiras (Adesão, financiamento, implementação de serviços e qualificação da gestão);			
4. Listar quantas e quais as capacitações foram promovidas para os conselheiros relacionadas as políticas de saúde na fronteira;			
5. Identificar quais os documentos são disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu para exercício do controle social relacionados a população fronteiriça (Financiamento, perfil epidemiológico, atendimentos de saúde e serviços de saúde e entre outros).			

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CLS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS ENTREVISTAS

Caracterização dos participantes:

Identificação: Entrevista/C/1, C/2, C/3... **Idade:** _____

Sexo: 0.1 () Masculino 0.2 () Feminino **Nacionalidade:** _____

Escolaridade:

0.1 Fundamental Incompleto () 02. Fundamental Completo () 03. Médio Incompleto ()
0.4 Médio Completo () 05. Superior Incompleto () 06. Superior Completo ()

Profissão/ocupação: _____

Atualmente esta trabalhando: 0.1 () sim 0.2 () não

Quanto tempo representando o seguimento usuário no Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu/ COMUFOZ? _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

1. Quais os principais problemas discutidos nas reuniões? E quais temas o Sr. ou Sr.^a avalia que deveriam ser tratados mas não eram(são)?
2. Conte como o conselho aborda a questão da fronteira na definição e fiscalização das políticas de saúde?
3. Em sua opinião, existe uma discussão voltada a integração das políticas de saúde na fronteira? Se sim Conte como ele é feita? Pode dar exemplos? Se não a que você atribui a ausência dessa discussão
4. Você acha que o COMUFOZ tem influenciado na elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para os fronteiriços? Pode citar exemplos? SE NÃO PORQUE NÃO?
5. Como o Sr. ou Sr.^a acha que o conselho poderia contribuir para efetivar o controle social na fronteira?
6. Como é o diálogo com os outros países da fronteira?
7. Na sua opinião, o conselho tem papel importante na definição de políticas para a fronteira?
8. Participou de cursos de formação voltados para a questão das políticas de saúde na região de fronteira, especificamente? Que cursos participou?
9. Você conhece algum programa que destina recursos ao município em função de estar na fronteira?
10. Como você compreende o direito a saúde para estrangeiros?
11. Conhece o SIS Fronteiras?

12. Conte como eram as reuniões que discutiam o SIS Fronteiras;
 - a. Sobre o que era tratado;
 - b. Quais as dificuldades,
 - c. O que ficava de dúvidas sobre o programa?
 - d. O que os conselheiros conseguiam fiscalizar ou propor alteração?
 - e. Lembra-se de alguma alteração ou prioridade proposta pelo conselho e que foi acatada?
 - f. Como era feita a discussão/diálogo com os outros países da fronteira?
 - g. E em relação ao financiamento?
13. Como é o dialogo com o GT Saúde da Itaipu?
14. Os conselheiros sentem-se respeitados na sua função?
15. Quais as principais dificuldades para exercer o papel de conselheiro em região de fronteira?