UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Tese

Produção de regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai

Marcos Aurélio Matos Lemões

Pelotas, 2016.

Marcos Aurélio Matos Lemões

Produção das regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai

Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Celmira Lange

Pelotas, 2016

L555p Lemões, Marcos Aurélio Matos
Produção de regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai / Marcos Aurélio Matos Lemões. – 2016.
109 f. : il.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.
Orientação: Profª Dra. Celmira Lange.

1. Planejamento Estratégico. 2. Saúde na Fronteira. 3. Integralidade em Saúde. I. Título.

CDU 614:35

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Dóris Fraga Vargas – CRB 10/2089

Marcos Aurélio Matos Lemões

Produção das regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 16/12/2016.

Banca examinadora:

_____
Profa. Dra. Celmira Lange – UFPel
Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Presidente da banca

_____
Profa. Dra Vera Maria Ribeiro Nogueira- UFSC
Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - UFSC

_____
Profa. Drª Zoraida Fort- Udelar- Uruguai
Doutora pela Universidad Andrés Bello , Santiago de Chile

_____
Profa. Dra Liane Beatriz Righi- UFSM
Doutora pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

_____
Profa. Dra Vini Rabassa da Silva – UCPel
Doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUC- RS

_____
Profa. Dra Vanda Maria da Rosa jardim- UFPel
Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - UFSC

_____
Profa. Dra Stefanie Griebeler Oliveira – UFPel
Doutora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

_____
Profa. Dra Beatriz Franchini- UFPel
Doutora pela Universidade Federal de Pelotas- UFPel

“ Dos ciudades que conforman uma única comunidade dividida por uma línea imaginaria, em sectores representada por uma calle, en otra delimitada por marcos de material y en muchas áreas es difícil poder visualizar el límite entre ambos”.

Nancy Suárez

Agradecimentos

À minha amada família pela força em todos os momentos, e compreensão quando estive ausente, mergulhado na concepção deste trabalho.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPel pela oportunidade de desenvolver o tema gestão em saúde e deste modo, qualificando o conhecimento sobre acesso aos serviços de saúde e acesso de estrangeiros no Sistema de saúde do Brasil.

À Doutora Celmira Lange pelo apoio, amizade e orientação com rigor e sabedoria, o mais sincero agradecimento por ter aceitado o desafio de estudar esta temática de saúde em região de fronteira.

As amigas Roberta Antunes Machado, Ariane Guedes e Samanta Maagh, por estarem presentes em todos os momentos especiais de minha formação e por serem inspiração de trabalhadoras competentes e dedicadas a enfermagem e saúde.

A amiga, companheira de Luta pelo SUS e colega de doutoramento Liamara Denise Ubessi, por dividir as angustias na construção do conhecimento, por leituras do mundo e da vida que compartilhamos em defesa dos direitos humanos para todos e todas.

A Professora Doutora Liane Beatriz Righi que sempre inspira-nos a sermos pesquisadores incumbidos de olhar os usuários e seus problemas prioritários e a construir junto a estes propostas para aprimoramento do sistema de saúde do Brasil.

A Excelentíssima presidenta Sra. Dilma Vana Roussef, pela coragem e garra em aprovar programas e políticas de saúde contra hegemônicos e deste modo, garantir saúde a populações que há décadas eram desassistidas. Pela ampliação de Universidades e Programas de Pós-Graduação no Brasil, possibilitando ampliação no acesso a formação em saúde.

Ao Enfermeiro Cleiman Gonsalez de ávila por ter me motivado a volta dos estudo e por me conduzir no caminho da enfermagem.

RESUMO

LEMÕES, Marcos Aurélio Matos. **Produção das regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai.** 2016. 109f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2016.

A presente tese foi construída a partir de um recorte da pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada "Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai" financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ. Utilizou-se o banco de dados qualitativo de municípios pesquisados sobre o eixo saúde pública. O estudo buscou reconhecer como se produz no cotidiano da gestão, regiões de saúde em municípios considerados cidades gêmeas entre o Brasil e o Uruguai. Na pesquisa foram entrevistados gestores municipais e gestores de saúde do Brasil e do Uruguai totalizando 14 municípios. A coleta de dados deu-se por entrevista semiestruturada com perguntas abertas sobre gestão em saúde e questões fechadas para realizar a caracterização do município e perfil dos participantes. Para este estudo optou-se por realizar a análise de conteúdo proposta por Bardin, (2011). Neste método foram designados três polos cronológicos a pré analise, a exploração do material e o tratamento dos resultados a inferência e a interpretação. No estudo optou-se como referencial teórico o Postulado de coerência de Carlos Matus e Mário Testa e a proposta teórica de Rogério Haesbaert para a multiterritorialidade. A coleta de dados deu-se após aprovação do Comitê de ética e Pesquisa parecer número1.757.934 no mês de outubro de 2016. Verificou-se que os gestores destes municípios enfrentam diariamente a fluidez do espaço utilizado por usuários nacionais e estrangeiros que utilizam os serviços de saúde para sanar os problemas de saúde. Por ser considerada uma fronteira aberta, é difícil ordenar e quantificar os atendimentos a estrangeiros, fato este que incide nos registros e sistemas de informações do Ministério da Saúde por indisponibilidade de alimentação de dados sobre estrangeiros. Os atendimentos na maioria nos municípios ainda ocorrem em situações de urgência e emergência, com vínculos precários e baixa cooperação entre os países. Os gestores anunciam que se utilizam do poder político para definir a contratação de médicos uruguaios e aderir ao Programa Mais Médicos, acarretando disputas judiciais com o Sindicato Medico do Rio Grande do Sul. A definição estratégica e forma de implementação de políticas, são definidas por uma visão intrínseca e fortemente vinculada ao sub financiamento da saúde.

Palavras chaves: Planejamento Estratégico; Saúde na Fronteira; Integralidade em Saúde.

LEMÕES, Marcos Aurélio Matos. **Formation of the health regions along the border between Brazil and Uruguay.** 2016. N109 ºf. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, School of Nursing, Federal University of Pelotas. Pelotas, 2016.

This thesis was built from part of a research carried out along the border between Brazil and Uruguay titled “identifying indicators for monitoring and evaluating the new Uruguayan political impacts on public health and drug consumption caused by the cannabis market regulation along the border area between Brazil and Uruguay" funded by the National Secretariat of Drugs of the Ministry of Justice SENAD / MJ. The aim of the study was to understand the formation of health regions from the Situational strategic planning in twin cities between Brazil and Uruguay. It was used a qualitative database of the cities searched on the axis public health. In the survey, the respondents were municipal managers and health managers in Brazil and Uruguay totaling 14 municipalities. Data collection occurred by semistructured interview with open questions on health management and closed questions designed to perform the characterization of the city and profile of participants. For this study it was decided to carry out the content analysis proposed by Bardin (2011). It was chosen also as a theoretical basis, the Postulate of Coherence of Carlos Matus and Mario Testa, and, the theoretical proposal of Rogério Haesbaert for multi-territoriality. Data collection occurred after approval by the Ethics and Research Committee Opinion number 1,757,934 in October 2016. It was found that the managers of those cities daily face the fluidity of space used by domestic and foreign users who use health services to address the health problems. Because it is considered an open border, it is difficult to sort and quantify the calls to foreigners, a fact that focuses on the records and information systems of the Ministry of Health, due to the unavailability of data on foreign supply. The health calls in most cities still occur in urgent and emergency situations, with poor bonds and low cooperation between the countries. Managers claim about the use of political power to set the hiring of Uruguayan doctors and to join the More Doctors – a Brazilian Program - causing disputes with the Medical Union of Rio Grande do Sul state. The strategic definition and form of policy implementation are defined by an intrinsic vision and are strongly linked to the health underfunding.

Key words: Strategic Planning; Border Health; Integrality in Health.

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado como requisito parcial do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde e o estudo foi desenvolvido na Linha de Pesquisa Epidemiologia, práticas e cuidado em saúde e enfermagem.

O Doutorado foi realizado na Faculdade de Enfermagem (FEN) UFPel, localizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março de 2013 a dezembro de 2016.

Conforme o Regimento do PPGEnf-UFPel, esta Tese de Doutorado está estruturada da seguinte maneira:

Projeto de pesquisa: A versão aqui apresentada incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação realizado em 30 de março de 2015.

Relatório da Coleta de Campo: Descreve o caminho percorrido pelo doutorando no desenvolvimento de sua pesquisa com ênfase nos aspectos metodológicos da coleta de dados e em reflexões e implicações do estudo.

Artigos de Sustentação de Tese:

Artigo 1- PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA FRONTEIRA: GESTÃO EM CIDADES GÊMEAS ENTRE BRASIL E URUGUAI" será submetido para Revista Ciência e Saúde Coletiva

Artigo 2- TRANSFRONTEIRIZAÇÃO ENTRE BRASIL E URUGUAI: O PODER NA PRODUÇÃO DE SAÚDE PELA GESTÃO MUNICIPAL" será submetido para Revista Pan-americana de Saúde Pública.

PROJETO DE PESQUISA

Lista de Figuras

Figura 1- Postulado de Coerência.....39

Figura 2- Mapa com localização geográfica dos municípios que compõem a pesquisa.....50

Lista de Quadros

Quadro 1- Indicadores de saúde. Brasil e Uruguai, ano de 2010.....31

Quadro 2- Mortalidade e Morbidade. Indicadores selecionados. Brasil e Uruguai. Ano de 2010..... 32

Quadro 3- Lista de cidades gêmeas do Rio Grande do Sul com Uruguai e respectiva Coordenadoria Regional de saúde e Número de habitante.....49

Quadro 4- Municípios de estudo e previsão de data para realização da coleta de dados.....52

Quadro 5- Planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.....55

Quadro 6- Quadro de orçamento dos recursos materiais e plano de despesas para realização da pesquisa 56

Lista de abreviaturas

ALM	Agência de Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UDELAR	Universidad de la Republica
UFGRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFPel-	Universidade Federal de Pelotas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

1Introdução.....14

2 Justificativa.....24

3 Objetivos.....25

4 Pressupostos.....25

5 Contextualização histórica da UFPel e região ao problema de pesquisa.....26

6 Sistemas de saúde no Brasil e no Uruguai.....28

7 Referencial teórico.....33

8 Metodologia.....48

8.1 Caracterização do estudo.....48

8.2 Cenário da pesquisa.....48

8.3 Participantes do estudo.....50

8.4 Critérios de inclusão.....51

8.5 Critérios de exclusão.....51

8.6 Instrumento e coleta de dados.....51

8.7 Cronograma de trabalho de campo.....52

8.8 Princípios Éticos.....53

9 Analise de dados.....54

10 Cronograma do projeto 55

11 Recursos e Plano de despesas.....56

Referencias.....

Apêndices.....

RELATÓRIO DE COLETA DE CAMPO.....

Artigo de defesa 1- PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA FRONTEIRA: GESTÃO EM CIDADES GÊMEAS ENTRE BRASIL E URUGUAI

Artigo de defesa 2- TRANSFRONTEIRIZAÇÃO ENTRE BRASIL E URUGUAI: O PODER NA PRODUÇÃO DE SAÚDE PELA GESTÃO MUNICIPAL

APENDICES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. INTRODUÇÃO

Estudos que buscam descrever as fronteiras são um dos principais objetos da geografia política, de mesmo modo, existem pesquisas que utilizaram o termo fronteira em diversas disciplinas como: história, sociologia, política, relações e o direito internacional (SMITH, 1997; NEWMAN e PASSI, 1998).

As fronteiras em diversos países sempre foram vistas como um espaço abstruso em que há um complexo emaranhado de sentimentos que por vezes buscam uma identidade nacional e em outras percebe-se a necessidade de cooperação entre os países. Neste segundo ponto fundamento meu objeto de estudo, por considerar que a saúde um direito universal e que as constituições políticas, jurídicas e de gestão necessitam, portanto, alinhar-se em prol das comunidades, quando mais, ao se tratar de um mercado comum, como no caso o Mercado Comum do Sul -MERCOSUL.

No MERCOSUL, criado em 1991- integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai- paralelamente à sua ampliação com a incorporação de outros países, questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente tem sido incorporada à agenda política dos governantes da região (GIOVANELLA, 2007).

No contexto do MERCOSUL, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. O Brasil tem uma faixa de fronteira extensa de 15.719 quilômetros que corresponde a 27% do território nacional. A faixa de fronteira é a área de 150 quilômetros de largura paralela à linha divisória terrestre nacional, nela estão sediados 588 municípios, onze estados que bordeiam dez países da América do Sul, onde vivem 10 milhões de pessoas (GADELHA e COSTA, 2007).

Pensar a fronteira como forma diferenciada de organização territorial daquela da lógica capitalista também se faz necessário, pois a fronteira constitui um recorte analítico e espacial de diversas realidades sociais, políticas, econômicas e culturais. Enquanto categoria de análise espacial, ela envolve a problemática da volatilidade do capital e das relações de produção pelo território. Além disso, por vezes a

fronteira é palco para conflitos transculturais e identitários (SOUZA, GEMELLI, 2011).

Corroborando ao exposto, a fronteira é resultante de um processo histórico e político que tem por base a preocupação do Estado com a garantia de sua soberania e independência nacional desde os tempos da Colônia. Historicamente, o país tem demonstrado interesse pela região que envolve a fronteira, ao buscar identificá-la como faixa de fronteira, e como tal, dotada de complexidade e peculiaridades que a tornam especial em relação ao restante do país (BRASIL, 2010).

Contemporaneamente tem-se uma revalorização da fronteira, considerando a própria complexidade do tema (PUCCI, 2010). As tipologias de fronteiras tendem a ser definidas de acordo com o caráter mais funcional e dependendo níveis de contato e interação entre as pessoas e bens de cada lado da fronteira (MAX,OLIVEIRA, 2009).

No Brasil o Ministério de Integração Regional busca identificar as simetrias e assimetrias próprias destes espaços territoriais e contextos regionais, tendo-as como um dos alicerces de integração com os outros países latino-americanos (BRASIL, 2005). Assim, o Ministério da Integração Nacional (MIN) em 2008 constituiu a comissão permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira (CDIFF) integrada por todos os ministérios do governo federal, com previsão de convite aos municípios na construção e instalação de núcleos estaduais que realizariam a sistematização e encaminhamentos das demandas locais. (BRASIL, 2008)

A dimensão dessa questão assume proporções variadas considerando o mosaico de relações e laços das populações fronteiriças que mantém constante fluxo (LEMOES,2012).

A América Latina sinalizou com um processo de legalização das relações nessas regiões a partir da criação do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL (SIS-MERCOSUL), em 2005. Através da participação dos Ministérios de Saúde dos Estados-membros do MERCOSUL, o SIS-MERCOSUL foi formado visando promover maior agilidade nos processos de saúde nas áreas fronteiriças do Brasil com países da América do Sul (GALLO; COSTA, 2004).

Os Pactos pela Saúde do governo brasileiro foi um dispositivo que implicou na regionalização transfronteiriça, pois possibilitava financiamento diferenciado para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários de municípios de fronteira. Deste

modo, contemplou algumas estratégias já consolidadas pelos gestores de saúde, respeitando as diferenças regionais, reforçando a organização das regiões por meio de mecanismos de gestão e planejamento.

A inovação dos Pactos se deu em relação a concepção de território, ampliando a capacidade operacional dos municípios, incluindo a população estrangeira aos mesmos patamares de atenção integral e universal que está garantida a cidadãos brasileiros em termos constitucionais.

Na mesma vertente o Sistema Integrado de Saúde (SIS- FRONTEIRA) foi mais uma tentativa de impulsionar o processo de sedimentação da integração regional. A elaboração do SIS Fronteira foi motivado pela percepção de que existe morosidade nos processos de harmonização. E com esta perspectiva buscou auxiliar à integração dos distintos e diferenciados sistemas de saúde de países latino americanos (OPAS, 2004).

Os processos de integração regional entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados no contexto da globalização e lentamente uma agenda social da integração é constituída acompanhando a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, fundamentos econômicos e de um mercado único.

Neste sentido de conceber melhorias na agenda social o Decreto Nº 5105 de 14 de junho de 2004, no qual os governos brasileiro e uruguaio formalizaram o Acordo de Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para permissão de ingresso, residência, estudo, trabalho, previdência social e concessão de documento especial de fronteiriço a estrangeiros residentes em 18 localidades fronteiriças. Posteriormente, foi ampliado, em um ajuste complementar ao Acordo para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro em 28 de novembro de 2008, aprovado em Decreto Legislativo Nº 933/2009 e promulgado pelo decreto Nº 7239/2010.

Estes acordos tornam a região de abrangência deste estudo uma cidadania binacional regionalizada, rompendo com a linha divisória entre os dois países. Assim, o transito de usuários entre os dois países caracterizam de certo modo, conhecimento de legislações e portas de acesso aos sistemas de saúde pelos usuários dos dois lados da fronteira.

Segundo Giovanella, (2007) os secretários municipais de saúde reconhecem a insuficiência de iniciativas e propõem temas prioritários de cooperação para além do comercial. Segundo este estudo dois terços dos secretários municipais de saúde consideram necessário firmar acordos entre o município brasileiro e a cidade estrangeira vizinha para tratar de questões de saúde na fronteira, principalmente nas áreas de: vigilância epidemiológica de diversos agravos, como dengue, malária, AIDS, tuberculose, hepatites e algumas iniciativas pontuais para grupos etários considerando o território sanitário.

Na área da saúde houve uma adoção de conceitos do espaço geográfico, porem recentemente passou-se a ter interesse pelo conceito de território (ROESE, 2012). Para Santos (1994) o território significa ações e a constituição de redes, podendo ser compreendido como sinônimo de espaço geográfico socialmente organizado. Outro teórico compreende o território como sendo constituído a partir da apropriação do espaço, ou seja, é o espaço transformado historicamente pelas sociedades (RAFFESTIN, 1993).

Assim, o território pode ser interpretado como um espaço social, historicamente produzido e organizado, permeado por relações de poder, por redes e por identidades, que estão em constante transformação no tempo (SOUZA, GEMELLI, 2011).

Para pensar em estruturar uma base territorial que compreenda uma região de saúde deve-se olhar para este espaço, além dos aspectos geográficos, percebendo as interações sociais, históricas, de escopo e escala de serviços ao fundir informações relevantes para definir a região e os municípios que a compreende.

Assim como afirma Haesbaert (2004) a região é de forma dinâmica e considera o contexto social, pertencimento e identidade. A região é assim, uma realidade que se concretiza por meio da ação de atores sociais, evidenciada a partir do momento em que se definem similaridades e relações internas comuns, capazes de delimitá-las. A região é, portanto, uma dimensão real da vivência dos indivíduos e dos grupos, e é a partir dela que se cria uma base territorial comum para um dado quadro de referência de pertencimento e identidades.

A instituição de regiões de saúde como espaço territorial, tem a intenção de garantir a ampliação do rol de ações e serviços, nos termos do art. 198, com o art.

7º, II, da Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, sendo um ato administrativo essencial.

O conceito de Região de Saúde aqui exposto tem sua fonte do Decreto Presidencial nº 7508/ 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 no que se refere à organização do SUS, ao Planejamento da Saúde, à Assistência à saúde e a articulação Interfederativa, legislação mais atual sobre a operação de gestão em saúde no Brasil.

Em seu Art. 4º delineia que as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a que se refere o inciso I do Art. 30 - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

No parágrafo § 2º do Art. 4, a instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

E com base no Art. 32. do mesmo decreto as Comissões Intergestores pactuarão: Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação: III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Para Santos (2012) estas organizações regionais de saúde necessitam ser dotados de inteligência sanitário-organizativa para unificar serviços, ganhar escala, ampliar a cobertura e permitir a continuidade do cuidado em toda a sua dimensão sanitária.

A partir do Decreto Presidencial nº 7508/ 2011 para definir um território e instituir regiões de saúde deve-se considerar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, portanto deve do ponto de vista jurídico haver pactuação entre os municípios por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP, sendo este um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito da região de saúde. Os entes federativos União, estados e municípios assinam o contrato com o objetivo de integrar e organizar as ações e os serviços de saúde.

As responsabilidades individuais e solidárias pactuadas ficam definidas em quatro partes que compõem o contrato, sendo elas: Responsabilidades Organizativas, Responsabilidades Executivas, Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras e Responsabilidades no Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria.

Este é um instrumento importante, pois ao realizar o COAP se define que a Região de saúde tem uma Gestão compartilhada, e assim passa a conjugar esforços para alcançar objetivos comuns, visando a integralidade da assistência à saúde e através da Comissão Intergestores regional (CIR) pode realizar a governança regional.

A avaliação da execução do COAP é realizada pela Comissão Intergestores Regionais (CIR) e por meio de relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhado pelo Controle Social que integra a Região de saúde.

Os contratos COAP para estes municípios devem descrevem as demandas emanadas das cidades gêmeas, justificando suas características como fluxos de usuários estrangeiros, e se existe a possibilidade de integração de serviços assistenciais, além de relações de colaboração internacional entre dois países.

A questão das relações bilaterais e multilaterais com o país vizinho, isto é, os temas transfronteiriços, também fazem parte da pauta de uma política de ordenamento territorial no âmbito nacional, pois possui importantes repercussões nos fluxos e mesmo em regiões às vezes distantes das fronteiras (SOUZA, GEMELLI, 2011).

2. Justificativa

Este projeto de tese foi desenvolvido após a inserção do doutorando ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Pelotas, com a perspectiva de avançar nos estudos que busquem compreender o acesso de usuários aos sistemas de saúde.

O estudo sobre acesso aos serviços de saúde começou durante a Graduação em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande (FURG) no ano de 2008, participação como estudante no Grupo de Pesquisa Processo Saúde Doença vinculado ao Departamento de Medicina Interna, e no qual ainda participa como pesquisador. Neste primeiro estudo foi verificado como ocorria a referência de

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que utilizavam os serviços de pronto atendimento de um hospital Universitários do município.

Com este estudo pode-se perceber que apesar dos avanços dentro do sistema SUS, há um pleito de organizar, orientar e desenvolver os fluxos de usuários dentro de um sistema de saúde municipal que considere as demandas prioritárias da atenção Primária à saúde alinhada a este planejamento (LEMÕES, 2009).

Durante o mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) participei do Grupo de Pesquisa AQUARES- Avaliação em saúde vinculado ao Departamento de Medicina Social, este especialista em realizar grandes inquéritos de avaliação de políticas e serviços de saúde, inclusive de abrangência nacional. Nesta etapa realizei o estudo de Avaliação das ações de Regulação da assistência à saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil.

As ações de regulação da assistência em saúde são um conjunto de relações, saberes e tecnologias e ações que intermedeiam a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, busca articular as respostas disponíveis no SUS às demandas da população (LEMÕES, 2013).

Neste estudo descreveu-se quais os gargalos assistenciais destas regiões, o tempo médio em dias de espera para consulta com especialidades e para realização de exames diagnósticos de média e alta complexidade tecnológica, além de descrever qual a articulação da Atenção Primária à Saúde com os serviços de maior complexidade tecnológica (LEMÕES, 2013).

No curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no ano de 2009, foi quando começou a primeira relação acadêmica de pesquisa com a temática de fronteira, saúde e acesso de usuários, com o projeto denominado Sistema integrado de saúde em região de fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde, defendido no ano de 2012.

Na especialização em Gestão em Saúde realizou-se um Estudo de Caso no Município de Jaguarão- RS, com intuito de verificar como era percebido pela Gestão municipal o acesso de estrangeiros aos serviços de saúde disponíveis na Atenção Primária à Saúde, e deste modo realizou-se uma breve descrição dos problemas e soluções disponíveis para pensar esta modalidade de acesso (LEMÕES, 2012).

Na questão de saúde, o impacto destas problemáticas é direto, considerando que estas cidades situadas na fronteira são apontadas como de difícil acesso, em

alguns casos promove piores condições para estruturar uma rede de serviços e comportar profissionais qualificados de saúde, por se localizar longe das capitais e cidades mais desenvolvidas. Outra característica destes espaços loco regionais é que, as fronteiras são regiões da contradição, ao mesmo tempo periféricos aos países, podem ser plenos de alternativas políticas e econômicas oferecidas pelo trânsito fronteiriço (DORFMAN, 2008). Principalmente quando há diferentes tipos de serviços ofertados como no caso da interrupção voluntária da gestação descriminalizada no Uruguai.

No ano de 2013 fui estudante do curso de Atualização em Políticas Públicas de Cooperação Internacional em saúde em perspectiva Bioética, ofertado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Campus Brasília- (DF). Foi a oportunidade de realizar um exercício de reflexão crítica, na interseção dos campos da bioética, das relações internacionais e da saúde pública, e integrar conhecimentos dirigidos para os diferentes panoramas de cooperação internacional de saúde e o papel do Brasil no contexto mundial.

Nesta formação buscou-se integrar os conhecimentos para o aprimoramento do foco de interesse na perspectiva de organização das regiões de saúde em municípios de fronteira no Brasil, e fez parte deste processo também perceber que além da solidariedade internacional existe igualmente enfoque do interesse nacional imbricado no contexto.

Neste sentido, o envolvimento do objeto de estudo é mais complexo por considerar poderes que emanam de duas frentes por um lado o sentido de cooperação para o desenvolvimento e melhoria da saúde das populações que vivem em região fronteiriça e, por outro, o que de fato é de interesse do Estado nação. Neste último há tentativas que impõe limites a estrangeiros e desta forma desconsidera a característica das cidades gêmeas que no caso do estado do Rio Grande do Sul possuem uma integração intensa com as coirmãs do lado uruguaio.

Acompanho durante os últimos cinco anos a problemática vivenciada por gestores municipais, estaduais e federais em diferentes espaços de discussão e de organização política, como: Seminário Internacional Permanente Universidade e a Integração Fronteiriça, organizado pela UFPel, reuniões do Comitê Binacional de Intendentes e Prefeitos de fronteira entre Brasil e Uruguai, Seminário Internacional de Regiões de Fronteira realizado pela Secretaria de Relações Institucionais do

Governo brasileiro, Foro Internacional Una Frontera en Avanzada organizado pelo Ministerio de Relaciones Exteriores do Uruguai.

Além de encontros presenciais, acompanho as discussões e estudos de outras Universidades nacionais e internacionais que se empenham em debater o tema fronteira, a exemplo o Grupo de Pesquisa RETIS da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Internacional Boundaries Research Unit (IBRU) na Universidade de Durham, Inglaterra; Centre for Cross Border Studies Vinculado a Universidades de Queen´s de Belfast e Dublin na Irlanda do Norte e United States-México Border Health Commission (BHC), este último composto pelos secretários federais de saúde, os diretores de saúde dos dez estados fronteiriços, e profissionais renomados da área de saúde da comunidade de ambas as nações.

A possibilidade de estudar outros contextos assim como aponta Pucci (2010), é importante para perceber as interações fronteiriças a nível internacional, enquanto estas permitam caracterizar a singularidade da fronteira Brasil- Uruguai.

Destaco aqui que o foco de interesse deste projeto de pesquisa é a produção de regiões de saúde fronteiriças terrestres, desta escrita foram excluídos estudos relacionados a fronteiras marítimas, muito discutida em países asiáticos, incluindo a China, e limites como Dinamarca e Polônia a única fronteira marítima do mar Báltico.

Outro foco de exclusão foram as fronteiras aéreas, estas apresentam a preocupação de países na contenção de fluxos migratórios, além da discussão de avanço nos limites do espaço aéreo de países em conflito.

Percebe-se neste contexto fronteiriço terrestre que existe uma implicação nas responsabilidades dos gestores para além de seu limite territorial, que fundamenta as políticas governamentais a nível nacional de regionalização. No caso da saúde, apresenta-se um dilema, como realizar a oferta de serviços que desempenhe o seu papel em uma rede de cuidados de saúde alocada em uma região de saúde e ao mesmo tempo, possibilite o acesso de estrangeiros nesta demanda de serviços?

Esta é uma das principais particularidades dos municípios considerados cidades gêmeas, pois não há como organizar o acesso aos serviços de saúde desconsiderando a possibilidade neste o ingresso de estrangeiros ou de cidadão que possuem a dupla cidadania e deste modo há um incremento na demanda dos serviços de saúde que necessita ser contabilizada pelos municípios.

De fato, há um movimento/envolvimento crescente dos prefeitos de municípios de fronteira, em reuniões de alto nível e com órgãos de fomento

nacionais e internacionais para desenvolver estratégias singulares para os municípios que compõem estas regiões. Nestes espaços estes gestores buscam apoio nacional e internacional que considerem a sua singularidade de organização territorial fronteiriça, nesta complexidade destaca-se o fluxo de usuários em busca de acesso aos serviços de saúde, o que representa para estes municípios uma população flutuante e de difícil contabilidade.

Os municípios situados ao longo da fronteira do Brasil com o Uruguai têm tido grandes dificuldades em prover seus munícipes de atenção integral à saúde, assim como municípios localizados em demais regiões do país. Falta uma rede completa de serviços, exclusiva para atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a distância entre os municípios fronteiriços e os centros de referência são problemas cotidiano para as populações e para os gestores municipais (GALLO; COSTA, 2004).

Estes fatos de certo modo, influenciam a constituição das regiões de saúde, pois podem determinar arranjos para o acesso de usuários a serviços de referência e organização dos serviços de saúde ao delimitarem suas bases territoriais ou intermunicipais.

A forma como regionalização em saúde se organiza no Brasil, com a fixação dos serviços de maior complexidade tecnológica em municípios de maior porte populacional, revela a inquietação com que estes municípios acompanham e buscam soluções aos problemas prioritários na área da saúde relacionados ao MERCOSUL e a integração regional.

Afinado a este contingente de argumentações sobre a integração regional e a problemática vivenciada nestes municípios fronteiriços, no que tange a organização, planejamento e definições de regiões de saúde vislumbra-se um campo opulento para a pesquisa acadêmica que busca compreender a organização de sistemas de saúde para estas cidades.

Há de fato a necessidade de ampliar o debate na organização de serviços de saúde com caráter de colaboração intermunicipal, desenvolver pensamento crítico na constituição de uma rede regional de saúde, com vistas a diminuir as desigualdades na universalização da saúde, e complementaridade na organização de uma rede assistencial entre cidades gêmeas.

Este projeto de tese pretende colaborar teoricamente nos processos de produção das regiões de saúde entre os dois países. E deste modo, aspira

desenvolver um olhar mais sensível as reais demandas da gestão na constituição destas regiões de saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. Desta forma almeja contribuir para constituição de regiões internacionais de saúde em um território que é considerado vanguarda para ações de integração no MERCOSUL, por sua constituição geográfica possuir barreiras mínimas para o fluxo de populações.

Justifica-se realizar a pesquisa pela perspectiva da Gestão em saúde, pois durante estes anos de acompanhamento das discussões de cooperação e integração fronteiriça entre Brasil e Uruguai percebe-se que, para concretizar ações, acordos binacionais, envolve diretamente os **Atores** que operam na gestão. De mesmo modo, há um suporte jurídico potente nestas relações, que exige envolvimento e conhecimento do contexto regional e das estratégias de cooperação internacional dos Estados envolvidos.

A contextualização da pesquisa aponta que existem distintas formas de utilização do território e serviços de saúde. Em região de fronteira existem características dos processos de constituição dos municípios, dos interesses de Estados nacionais e da integração social transfronteiriça, sendo esta, mais coesa em alguns municípios e de menor intensidade em outros.

Estas distinções nos modelos políticos e de gestão adotados pelas cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai repercutem nos níveis dos acordos de planejamento e gestão da saúde. Deste modo, cabe levantar algumas questões de pesquisa no âmbito da gestão municipal:

Quais são os instrumentos que auxiliam na produção de regiões de saúde utilizados pelas cidades gêmeas?

É possível produzir no planejamento, jurisdição e financiamento para cidades gêmeas no Brasil e Uruguai regiões de saúde?

Neste modo, este projeto de tese busca responder a questão de tese: **como se produzem regiões de saúde na fronteira entre Brasil e Uruguai.**

Minha tese é:

Os entraves políticos e de jurisdição impedem a integração entre sistemas de saúde no Brasil e Uruguai, mesmo considerando elevado grau de cooperação entre estes países.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Compreender a produção de regiões de saúde a partir do Planejamento estratégico situacional em cidades gêmeas entre o Brasil e Uruguai.

3. 2 Objetivos específicos

- Analisar as relações de poder na produção das regiões de saúde que incluem cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai;
- Descrever a ideologia (postulado de coerência) que os atores sociais (gestores), percebem em relação aos avanços e aos entraves ao produzir regiões de saúde em cidades fronteiriças entre os dois países;
- Identificar se o planejamento regional inclui a multiterritorialidade no contexto de produção de regiões de saúde.
- Propor um suporte teórico/político a proposta de (re) planejamento das regiões de saúde capaz de atender as demandas de saúde das/de cidades gêmeas entre o Brasil e Uruguai.

4- Pressupostos

- A produção das regiões são estruturas de gestão sensíveis e fortemente dependentes de uma legislação federativa que necessita perceber a problemática vivenciada pelos municípios fronteiriços.
- Para os municípios o fluxo variável de usuários é um desafio na aplicação dos recursos para saúde.

Os usuários brasileiros e estrangeiros constituem fluxos nos serviços de saúde que podem ser priorizados nos acordos binacionais, e deste modo os países envolvidos respondem de forma mais efetiva as demandas loco-regionais.

- Como há diferenciação entre portes de municípios e regionais de saúde poderá ocorrer diferenciações nos acordos e decisões nas instâncias de gestão para operar as Regiões de Saúde, este fato, possibilita o surgimento diferentes formas de produção destas Regiões.

5. Contextualização histórica da UFPel e região ao problema de pesquisa

Na Universidade Federal de Pelotas, foi criado o Centro de Integração do Mercosul (CIM), em 29 de novembro de 1995, desenvolvendo ações voltadas para a integração e, priorizando o Mercosul. A criação deste Centro teve o ideal de potencializar e atuar no revigoramento dos vínculos que ligam a Universidade Federal de Pelotas ao Mercosul e aos blocos econômicos a nível local, regional, nacional e internacional.

O CIM prioriza o MERCOSUL, a partir de atividades que valorizem o potencial da sociedade local e da própria UFPel, para contribuir na formação de uma consciência favorável à integração. Compõe o Centro de Integração do MERCOSUL, segmentos de apoio a UFPel, como a Fundação Simón Bolívar e o Departamento de Intercâmbio e Programas Internacionais (DIPI). Desta forma a Universidade Federal de Pelotas pensou em romper as barreiras culturais, econômicas e sociais, na busca por uma maior integração internacional.

Dentre os órgãos que que compõem a UFPel no âmbito da integração regional temos Agencia de Desenvolvimento da Lagoa Mirim, e o Núcleo de Estudos Fronteiriços.

Agência de Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim

A Agência de Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim (ALM) atua como instituição voltada para o desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim - lado brasileiro - e como organismo operativo e de apoio à Seção Brasileira da ALM. É articulada com os Ministérios das Relações Exteriores, da Integração Nacional e do Meio Ambiente, Agricultura, Educação, Desenvolvimento, Transportes, em ações e projetos específicos.

Pelo Decreto Nº 4.258, que ratifica a condição da ALM como instituição complementar ao Ministério da Integração Nacional, esta, passa a ser Sede Executiva da Seção Brasileira da CLM (Art. 3º, § 2º), conforme acima mencionado, devendo sediar suas reuniões.

Também, cabe à ALM a responsabilidade pela operação e manutenção da Barragem Eclusa do Canal São Gonçalo, pela administração da Barragem e do Distrito de Irrigação do Arroio Chasqueiro e pela operação de parte da Rede Hidro meteorológica e de Qualidade da Água do lado brasileiro da Bacia da Lagoa Mirim.

A Comissão Mista Brasileiro-Uruguaia para o Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim (CLM), composta por uma Seção Brasileira e por uma Delegação Uruguaia, foi criada em 26 de abril de 1963 e consolidada pelo Tratado da Lagoa Mirim (Art. 6°) do qual é responsável pela execução.

Núcleo de Estudos Fronteiriços

O Núcleo de Estudos Fronteiriços busca promover a cooperação solidária e o intercâmbio, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas educacionais, bem como o funcionamento de redes de instituições universitárias da região e binacionais. Assim, a criação do Núcleo visa promover o processo de integração regional, bem como atendem à vocação precípua da Universidade Federal de Pelotas.

Em vistas a contribuir com a gestão de municípios na fronteira, a Universidade Federal de Pelotas-UFPel que está situada na região do extremo meridional do Brasil, faixa de fronteira sul do Estado do Rio Grande do Sul, esta instituição federal de ensino vem participando com grande intensidade dos efeitos da integração regional, a partir dos acordos do Mercosul.

A UFPel, em 30 de julho de 2010 inaugurou o Núcleo de Estudos Fronteiriços como unidade do Centro de Integração do Mercosul durante a visita dos presidentes Luiz Inácio Lula da Silva, do Brasil e José Alberto Mujica Cordano, do Uruguai à cidade de Santana do Livramento no Rio Grande do Sul. A implantação do Núcleo de Estudos Fronteiriços na fronteira Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai tem como foco principal estudar a integração entre os países a partir do território fronteiriço, pois deste, emergem de fato os processos de integração social, bem como são experimentadas em primeiro plano as decisões governamentais relativas ao processo de integração.

Além da UFPel a Universidade Católica de Pelotas (UCPel) através do Programa de Pós Graduação em Política Social tem se empenhado em estudar e aprofundar os conhecimentos acadêmicos sobre a proteção social de cidadãos transfronteiriços, como também constituição de rede de saúde, e de outros temas relevantes ao desenvolvimento regional e de cidades gêmeas no Rio Grande do Sul com núcleos de pesquisas que se empenham em estudar esta temática.

6. Sistemas de saúde no Brasil e no Uruguai

6.1 Estrutura do Sistema de saúde do Brasil

No Brasil desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei 8080/90, e Lei 8142/90 se instituiu um sistema de saúde de acesso universal a atenção integral, com financiamento fiscal, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

O SUS tem dimensão universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos. Ao descrever a assistência à saúde ele é responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, já que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando simultaneamente o SUS e em algumas situações quando o sistema privado apresenta limites de cobertura (MENDES, 2013).

O Sistema Único de Saúde conforme sua legislação é descentralizado com responsabilidades compartidas nas três esferas de governo, nacional, estados e municípios. Pelo Ministério da Saúde define políticas comuns, coordena e regula. Através de Secretarias Estaduais de Saúde definem as políticas de estado, apoiam seus municípios na implementação do SUS e regulam a atenção de especialidades. Os municípios por sua vez, executam e implementam as políticas de saúde em seu território com o apoio das outras esferas de gestão (BRASIL, 2012).

A assistência sanitária no SUS é ofertada por serviços públicos e por prestadores privados contratados. A assistência básica de saúde ocorre nos municípios pelas Unidades Básicas de Saúde, nos modelos tradicional e Saúde da Família. Os setores de atenção especializada, de diagnóstico e hospitalar predominantemente são realizados por estabelecimentos privados com ou sem fim lucrativos, que são contratados pelo sistema SUS (MENDES, 2013).

Além do sistema público, através da Agencia Nacional de Saúde o sistema SUS regula o setor privado de saúde complementar. Este sistema composto pelos chamados planos de saúde e seguros de saúde privados. O acesso aos planos de saúde ocorre referente aos diferentes tipos de pagamento individual ou coletivo, ou pelo acesso pode ocorrer pelas empresas que ofertam aos seus funcionários. O pagamento em empresas geralmente ocorre com contrapartida de trabalhadores e dos empregadores. Além disso coexiste o acesso ao setor privado de acesso mais

restrito constituído por prestadores privados independentes, de pagamento mediante a cada consulta ou atendimento do setor contratado. (LORENZETTI, 2014).

6.2 Estrutura do sistema de saúde no Uruguai

No Uruguai desde 2007 foi instituído o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) este articula o Seguro Nacional de Saúde para a população de mercado formal e seus familiares com o subsetor público Administração dos Serviços do Estado (ASSE) que assiste a assegurados e como prestador de serviços a população de baixa renda com proposito de assegurar cobertura universal (SNIS, 2006).

O setor público é composto por: o Ministério da Saúde Pública (MPS); o Banco de Previsão Social (BPS); a Universidade De La República (através do Hospital de Clínicas); Ministério da Defesa Nacional e do Interior (Serviço de Sanidade das Forças Armadas e Serviços de Sanidade Policial); Intendências Municipais; Banco de Seguros do Estado; serviços de saúde de outras entidades públicas (SNIS, 2006).

O Ministério de Saúde Pública – MSP presta a função reguladora do sistema de saúde no Uruguai, compartilhado com outros organismos do Estado e, principalmente, com o Ministério de Economia e Finanças. A Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção descrita pelo SNIS e abrange um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades, a promoção da saúde e prevenção de doenças (SNIS, 2006).

O segundo nível está organizado para atenção médica em regime de hospitalização contínua ou parcial, de diversos níveis de complexidade, inclui especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas (SNIS, 2006).

as relações entre prestadores integrais membros do SNIS e os prestadores de cobertura parcial ou não membros do SNIS (SNIS, 2006).

Com o SNIS a cobertura se aproximou do 100% da população por via do Seguro Social do Fondo Nacional de Salud (FONASA), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), serviços que assistem trabalhadores da polícia e militares, além de pagamento de subsídios para setores da população que vivem em condições desfavoráveis (SNIS, 2006).

O setor privado é composto de Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC); Instituições de Assistência Médica Particular que são empresas sem fins

lucrativos que ofertam atenção privativa como emergências, odontológica, policlínicas; Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que são empresas públicas ou privadas que realizam alguns procedimentos pagos através do Fundo Nacional de Recursos (FNR); os Sanatórios, Clínicas; Consultórios Privados e as Residências para Idosos (OPAS, 2002).

Em 2011, começou a instalação das Juntas Departamentales de salud (JUDESAS) responsável por tomar as decisões sobre a realidade territorial de cada departamento. Tem como principal função garantir com que as obrigações assumidas pelos serviços públicos e privados se cumpram, por meio de contratos de gestão firmados entre os serviços (SNIS, 2006).

Deste modo, o sistema de saúde uruguaio se organiza com arranjos em vistas a universalidade e com desenvolvimento de ações de regulação e controle dos serviços prestados.

6.3 Sistemas de saúde do Brasil e Uruguai em análise comparativa

Em estudo organizado por Giovanella (2013), realizou-se análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil, Uruguai e Argentina. A partir de estudos realizados nos três países realizou um comparativo sobre os principais dados que incidem diretamente nos sistemas de saúde. A situação de saúde aponta que tanto no Brasil como no Uruguai tem aumentado a esperança de vida, e este fato impõe aos sistemas de saúde e assistência social uma reorganização para atenção especializada a pessoa idosa (RIOS, 2012).

Sobre as taxas de mortalidade infantil houve progressiva melhoria com redução de mais de 40% na última década, com dados melhores no pós neonatal. Para a taxa de mortalidade materna apresentam importantes oscilações com comportamento irregular que pode estar atribuído por diferentes causas, como melhorias na subnotificação no caso Brasileiro e no caso do Uruguai está associado ao pequeno número de casos de morte (GIOVANELLA, 2013).

Nos dois países mais de 98% dos partos são realizados em ambiente hospitalar. Destaca-se o excesso no Brasil de partos cesáreos tem repercussão negativa sobre a mortalidade materna e o aumento de neonatos de baixo peso. O Uruguai tem a taxa de mortalidade mais baixa, além de ter implementado uma série de medidas até aprovar em outubro de 2012 a Lei de descriminaliza o aborto

habilitando a sua realização dentro do (SNIS) para mulheres com até doze semanas de gravidez (GIOVANELLA, 2013).

Quadro 1 – indicadores de saúde. Brasil e Uruguai, ano de 2010.

Indicadores dados do ano de 2010.	Brasil	Uruguai
Esperança de vida ao nascer-	74 anos	76 anos
Esperança de vida ao nascer para homens	70 anos	72,3 anos
Esperança de vida ao nascer para mulheres	77 anos	79,7 anos
Taxa de mortalidade infantil ≤ 1 ano por mil nascidos vivos	16	7,7
Taxa de mortalidade infantil neonatal	11,1	4,0
Taxa de mortalidade infantil pós neonatal	4,9	3,7
Taxa de mortalidade infantil ≤ 5 anos por mil nascidos vivos	18,6	11
Taxa de mortalidade materna/ 100mil nascidos vivos	58	34 (2009)

* Adaptado pelo autor a partir do estudo de (GIOVANELLA, 2013)

O envelhecimento das populações tanto no Brasil quanto no Uruguai fez crescer o número de mortes por doenças não transmissíveis. A principal causa de morte nos dois países é por disfunções do sistema circulatório como: enfermidades isquêmicas do coração e cérebro-hemorrágicas (GIOVANELLA, 2013).

Entre os fatores de risco destaca-se a obesidade e sobrepeso que afeta quase que a metade da população adulta no Brasil. A segunda causa de morte aparece as neoplasias. A terceira causa de morte no Uruguai aparece as doenças respiratórias no Uruguai e no Brasil aparece as causas externas com taxas elevadas de homicídios e por lesões causadas por acidentes no transito (GIOVANELLA, 2013).

Quadro 2- Mortalidade e Morbidade. Indicadores selecionados. Brasil e Uruguai. Ano de 2010.

Indicadores	Brasil	Uruguai
Principais causas de mortalidade (%por total de disfunções)		
Enfermidades do sistema circulatório (%)	30,9	29,5
Neoplasias malignas (%)	16,9	23,8
Enfermidades respiratórias (%)	11,3	10,6
Causas externas (%)	13,6	6,6
Taxa de incidência de AIDS/100 mil	17,9	7,5
Taxa de incidência de TB/100mil	37,6	20,7
% população adulta com sobrepeso	52 % em homens 44 % em mulheres	Sobrepeso e obesidade 57%
Tabagismo %	14,8% (2011)	20% (2012)

* Adaptado pelo autor a partir do estudo de (GIOVANELLA, 2013).

7. Referencial teórico

A palavra fronteira começou a ser utilizada no século XI, segundo glossário intitulado Voces Ibéricas y Latinas de 1888. E desde então durante a história da humanidade obteve diversos significados. A primeira concepção da palavra fronteira tinha conteúdo jurídico, e se utilizava para indicar a zona ou confim onde se irradia o império do rei (SIMONET, 1888).

Ao rever a história das relações internacionais e limites territoriais do Brasil, percebe-se que uma personalidade se destaca José Maria da Silva Paranhos Júnior - Barão do Rio Branco. Além de ser titular do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, abrangendo quatro mandatos presidenciais, no período compreendido entre 03 de dezembro de 1902 a 10 de fevereiro de 1912, desempenhou várias funções no cenário inter Por sua vez, o historiador francês Lucien Febvre, assegurava que a palavra fronteira surgiu na língua francesa no século XIII como um adjetivo proveniente do termo “fronte”, isto é, representava o limite territorial que a força militar podia defender (FURTADO, 2013).

Na geografia humana há várias definições de fronteira, cada uma construída a partir da combinação categorias de espaço área, região território, fenômenos e processos sociais ocorrendo nas áreas de fronteira e sujeitos sociais envolvidos em tal processos (CASTRO, 2012). nacional da época (BACKHEUSER, 1945).

Na condição de Ministro das Relações Exteriores, Rio Branco esteve diretamente envolvido no estabelecimento das fronteiras com a Argentina (1895), Guiana Francesa (1900), Bolívia (1903), Equador (1904), Guiana Inglesa (1904), Guiana Holandesa (1906), Colômbia (1907), Peru (1909) e Uruguai (1909). Ao pensar geopoliticamente o espaço brasileiro Rio Branco, refletia as concepções dos pensadores que estavam sistematizando o conhecimento geopolítico naquele momento como do geógrafo alemão F. Ratzel em sua geografia política (1897) que já se ocupava das temáticas dos limites e fronteiras desde o final do século XIX. Sua preocupação também estava no tocante à organização interna do espaço territorial, pois como deixava implícito nas suas ações, ‘espaço é poder’. Assim, poderia atuar no sentido de fortalecer o Estado Nacional (HEINSFELD, 2013).

No final do século XIX, a faixa de fronteira brasileira foi definida como área geográfica com regime jurídico particular pela Lei nº. 601, de 18 de setembro de 1890, que reservou uma faixa de dez léguas, correspondente a 66 km, ao longo do

limite do território nacional. Na década de 1930, esta área foi sucessivamente ampliada para 100 km e depois para 150 km (BRASIL, Relatório do desempenho do projeto SIS Fronteira, 2009).

Sob a Lei nº 6.634, de 1979 é a norma que identifica atualmente a faixa de fronteira como região estratégica ao Estado e encontra-se em harmonia com os ideais de justiça e desenvolvimento na referida região, a qual corresponde a aproximadamente 27% do território nacional com, 15.719 km de extensão, abriga cerca de 10 milhões de habitantes de 11 estados brasileiros, com 588 municípios e é lindeira a 10 países da América do Sul.

Por tanto, para este projeto resgata- se quatro conceitos centrais: Planejamento, Poder, Ator Social e Multiterritorialidade**.** No **Planejamento** será descrito a organização política ou de câmaras públicas de controle e gestão em saúde, como no caso da Comissão Inter gestores Bipartite (CIB). No conceito **Poder** buscar-se-á compreender como as variadas decisões tomadas por gestores municipais e secretários de saúde influenciam na organização e na gestão das regiões de saúde. No conceito de **Ator Social** compreende-se que cada um tem uma visão da realidade, dos resultados que deve e pode alcançar e da ação que deve empreender. A **Multiterritorialidade** trata de reterritorialização complexa, em rede e com fortes conotações rizomáticas, ao comportar nestas regiões de saúde múltiplos territórios.

Optou-se como referencial teórico para tratar dos três primeiros conceitos centrais Planejamento, ator social e poder Carlos Matus e Mário Testa e para suporte ao último conceito de Multiterritorialidade será utilizado o referencial de Rogério Haesbaert.

Originalmente o planejamento iniciou-se em países socialistas como a ex União Soviética, quando o plano foi utilizado para substituir o mecanismo de mercado, como procedimento de atribuição de recursos e de distribuição de produtos (TESTA, 1992).

O sucesso de alguns exemplos europeus foi um elemento importante para que a ideia de planejamento ganhasse força na América Latina. As teorias desenvolvimentistas apontam para uma solução dos ingentes problemas de emprego, inflação, déficit na balança de pagamentos, carências setoriais e sub consumo baseando-se no crescimento (TESTA, 1992).

No Brasil, no início da década de 1940 as experiências de planejamento foram estimuladas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em seus programas para desenvolvimento e de sua Comissão Econômica para a América Latina.

A partir dos anos cinquenta ocorreram sucessivas experiências de planejamento no âmbito federal Brasileiro a exemplo Plano de Metas (1956-1961) do governo Juscelino Kubitschek. O Projeto de Brasil Grande potência do período militar a partir de 1964 e no início dos anos setenta a implantação de um Sistema de Planejamento Federal, assim como o governo civil da Nova República, iniciado em 1985 houve tentativas para o planejamento para além do plano setorial (DAGNINO, 2009).

Na América Latina, nos meados da década de setenta, ao criticar o planejamento governamental tradicional e após um longo período de reflexão em que esteve preso pelo golpe militar, o ex ministro de Planejamento chileno do governo Salvador Allende, Carlos Matus formulou o método do **Planejamento** estratégico situacional (PES). Deste modo, propôs um método alternativo que considerasse o caráter situacional do ator que planeja e cria estratégias necessárias para lidar com as particularidades do Estado Latino Americano (DAGNINO,2009).

Segundo, Testa (1992) não existia no planejamento governamental tradicional ou normativo com categorias básicas de qualquer análise de sociedade, mas sim um governo que planifica suas decisões baseados em conceitos econômicos ou da contabilidade nacional. Outro erro descrito por Matus é a separação da vida social em unidades estanques desconsiderando a verbalização que indica ao contrário, na verdade muitas das propostas do planejamento normativo derivam da técnica de avaliação de projetos, cuja base é a estimação de alguma forma de custo-benefício.

Deste modo perde-se a relação e a inter-relação entre o econômico e o político, na qual o critério da eficácia política é tão rigoroso como o da eficácia econômica, embora mais dominante. Deste modo, o planejamento não é privilégio da força social dominante que controla o Estado, como no caso do planejamento normativo, mas consiste em um acúmulo de diferentes forças políticas que constituem o Estado (TESTA, 1992).

A construção da proposta de **Planejamento** Estratégico Situacional sobre a noção de situação deve ser entendida que é neste espaço que estão situados o ator e a ação. A forma com que estes se relacionam, permite entender a maneira pela

qual cada **ator social** define e delimita a situação ou de mesma forma, explica a realidade em função do seu propósito (ARTMANN, 2000).

Para Matus (1996), o **ator social** é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças no decorrer do jogo e possui, portanto, capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto.

O enfoque do PES de Matus, (1993, 1994a, 1994b) foi idealizado no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e adaptado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano. Esta abordagem parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, desta forma os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartido, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

No PES, a situação inicial é considerar uma meta. Cada situação com sua objetividade pode utilizar diferentes trajetórias que implicam em situações intermediárias e diversas. Observa-se, portanto, que há uma rede de trajetórias possíveis, como consequência dos diferentes projetos das forças sociais em luta, e desta forma pode-se analisar as condições da viabilidade política (MATUS, 1994).

A situação, enquanto um recorte problemático feito a cargo de um projeto de ação está formado pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelos arcabouços econômicos, políticos, ideológicos e culturais que condicionam os atores e suas ações (ARTMANN,2000).

Desta maneira, o PES auxilia neste estudo a descrever a produção de fatos em uma situação definida em realizar o planejamento de regiões de saúde com municípios de fronteira e desta forma é possível entender para além do **planejamento** em sí, mas neste plano da realidade estão situados os **atores sociais**, produtores de fatos e seu produto social na utilização do **poder**.

O **poder** da sociedade, de acordo Testa (1995) está situado em duplo sentido, o primeiro em relação a estabilização burocrática de uma organização em geral e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, considerados **atores sociais** primários. Segundo o autor no caso da saúde os tipos de **poder** com os quais se lida são denominados técnico, administrativo e político como descreve:

> O poder técnico é a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes, o poder administrativo é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos e o poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses (TESTA, 1995, p118).

O **poder** técnico possui vários aspectos e opera em muitos âmbitos, considerando que os aspectos se referem ao tipo de informação que lida com essa forma de **poder.** Os aspectos foram classificados como informação do tipo médica, sanitária, administrativa e marco teórico e a circulação destas informações foram sistematizados em cinco âmbitos principais sendo eles: docência, investigação, os serviços, a administração superior e a população (TESTA, 1995).

Já o **poder** administrativo visto da perspectiva da acumulação de **poder** no setor, é sintetizado quase que completamente nos países capitalistas através de diversas formas de financiamento, este como expressão do **poder** administrativo é fundamental nos deslocamentos de **poder** dentro do setor. Em uma primeira abordagem se observa três possibilidades no setor saúde: público, privado e o intermediário, o primeiro representado pelos Ministérios da saúde, o segundo pelas diversas atividades ofertadas pelo setor privado e o terceiro com atributos dos seguros saúde propostos a financiar o atendimento aos trabalhadores e seus dependentes (TESTA, 1992).

O **poder** político destaca a capacidade de desenvolver uma mobilização, através de uma visão da realidade, sendo este saber originado de maneira distinta, como experiência da situação e ainda como sentimentos desencadeados por esta experiência, e reflexão sobre ela. As diferentes formas de saber podem estar em duas grandes categorias: o saber empírico e o saber científico.

Ao aproximar-se estes conceitos ao setor saúde o poder político intersecta-se com os poderes de tipo técnico e administrativo nas formas do saber científico com a prática de dominação e de saber empírico com a prática hegemônica (TESTA, 1995).

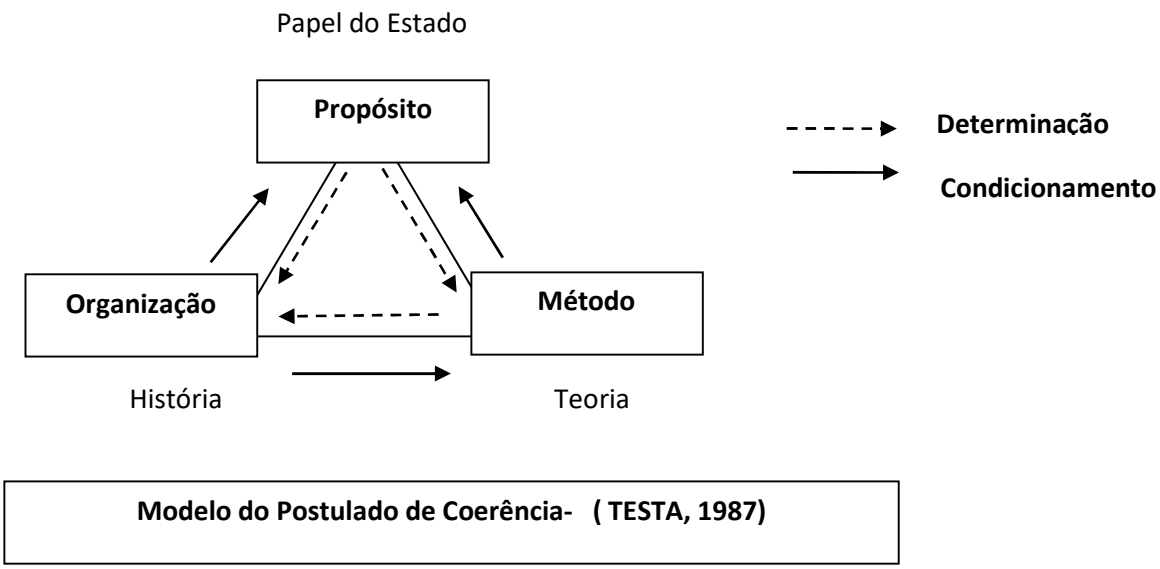
Esta pesquisa busca compreender como os diferentes tipos **poder** se apresentam no jogo de decisão em constituições de regiões de saúde, considerando que neste espaço existem em seu intrínseco, condições de mobilizações destes poderes para efetivar a rede de assistência ofertada na região.

A partir da reflexão dos tipos de poder, Testa, (1987) organizou uma concepção de estrutura do poder no setor saúde. O importante é que indica um ponto de partida para análise das posições políticos-ideológicas, dos atores que desenvolvem o processo político da saúde considerando as necessidades das populações.

Na reflexão sobre a tomada de decisão como estratégias de ação em saúde, e reflexão sobre o **Poder**, adota-se como base o Postulado de Coerência ao qual apresenta que a viabilidade de qualquer proposta irá depender das relações que podem se estabelecer em um determinado projeto de saúde e deve haver coerência de três elementos fundamentais: os propósitos do Governo, os métodos de **Planejamento** e a organização (TESTA, 1987, 1992).

O comportamento dos **Atores Sociais** com ênfase na análise das relações de **Poder** e a compressão das práticas de saúde destaca a formação destes Atores para o desenvolvimento de atos políticos, a exemplo dos planos e programas de saúde, monitoramento de como estes incidem na sociedade, e definem a territorialização da saúde.

Figura 1- Postulado de Coerência



* Adaptado para o projeto pelo autor.

Diante do exposto, compreende-se que ao analisar o território e suas múltiplas condições de domínio e apropriação a gestão de municípios considerados cidades gêmeas poderão apresentar argumentos em defesa de suas características geopolíticas, geográficas e sociais na constituição destas regiões de saúde.

A utilização de termos e conceitos da geografia na área da saúde teve como denominação por várias décadas como Geografia Médica. Com a ampliação do espectro de temas, questões e abordagens que esta foi expandindo ao longo do tempo culminou no pedido da Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional (UGI), em Moscou (1976), de se adotar uma nova denominação mais abrangente, substituindo Geografia Médica por Geografia da Saúde.

A nova designação não foi adotada em todos os países, encontrando-se ainda hoje a denominação Geografia Médica em alguns países anglo-saxões (PEITER, 2006).

Os estudos em Geografia da Saúde apontam em novas propostas que buscam conectar as condições de vida, incluindo o acesso aos serviços de saúde, e a situação de saúde numa perspectiva de promoção da saúde, buscando a unificação em uma, das várias vertentes da Geografia Médica (OLIVERA, 1993; IÑIGUEZ ROJAS, 1998).

A Geografia da Saúde demanda conhecimento multidisciplinar, pois se nutre de aportes de outras ciências, particularmente do conhecimento das ciências da saúde, e é dele que se extraem conceitos e definições de seus principais objetos, a saúde e a doença (PEITER,2006).

Na abordagem da análise regional, estudiosos que utilizam conceitos da geografia da saúde visam identificar espaços homogêneos de ocorrência de doenças e seus determinantes. São exemplos os estudos de regionalização dos serviços de saúde, como no caso de análises de delimitação de área de serviços de saúde, ou estudos ecológicos de delimitação da área de circulação de agentes de doenças e a identificação de focos (PEITER, 2006).

Segundo Haesbaert e Porto Gonçalves, (2006) a globalização configura lugares, tornando-os cada vez mais heterogêneos, constituídos de uma distinção espacial caracterizada pelo surgimento de múltiplos territórios, que, ao mesmo

tempo em que se distinguem pelas suas diferenças identitárias, também se conectam e se sobrepõem no emaranhado complexo das redes que constituem o espaço geográfico atual.

A partir do momento em que fundamenta a construção do espaço geográfico por determinada sociedade, se dá também a formação do território, que nada mais é do que a expressão da apropriação e das relações abstratas que ocorrem no espaço geográfico entre os indivíduos, envolvendo poder (RAFFESTIN,1993).

Santos (1994, p.78) enfatiza que o território "[...] significa objetos, ações e a composição de redes, podendo ser compreendido como sinônimo de espaço geográfico socialmente organizado [...]".

A distinção entre Milton Santos e Claude Raffestin na concepção de espaço e de território é que, para o primeiro, o espaço geográfico é o conceito básico, e, para o segundo, o território é a categoria principal de análise geográfica. Embora distintos, espaço e território não podem ser separados, pois um é condição para a existência do outro. O território pode ser interpretado como um espaço social, historicamente produzido e organizado, permeado por relações de poder, por redes e por identidades, que estão em constante transformação no tempo. (SOUZA, GEMELLI, 2011).

Já Haesbaert (2004) afirma que desde a origem, o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de terra-territorium quanto de terreo-territor, terror, aterrorizar, ou seja, associado a dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou são impedidos de entrar neste território. Ao mesmo tempo, por extensão, pode-se dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufrui-lo, o território inspira a identificação positiva e a efetiva apropriação.

Este território tem funcionalidade, tanto mais ele é dominado pelos agentes/atores que o manipulam tornando-o uni funcional, menos ele se presta à apropriação. Porque ele se deposita fora do tempo vivido, aquele dos usuários, tempo diverso e complexo. (LEFEBVRE, 1986). Enquanto "espaço-tempo vivido", o território é sempre múltiplo, diverso e complexo, ao contrário do território uni funcional proposto pela lógica capitalista hegemônica (HAESBAERT, 2011).

Para Haesbaert, (2011, p.88) pode-se simplificadamente, falar em quatro grandes “fins” ou objetivos da territorialização, acumulados e distintamente valorizados ao longo do tempo:

> - Abrigo físico, fonte de recursos materiais ou meio de produção;
> - Identificação ou simbolização de grupos por referentes espaciais, a começar pela própria fronteira.
> - Disciplinarização ou controle pelo espaço fortalecimento da ideia de indivíduo através de espaços também individualizados.
> - Construção e controle de conexões e redes fluxos, principalmente fluxos de pessoas, mercadorias e informações.

Generalizando, pode-se afirmar que o capitalismo se funda, geograficamente, sob dois grandes paradigmas territoriais um mais voltado para a lógica estatal, controladora de fluxos pelo controle de áreas, quase sempre contínuas e de fronteiras claramente delimitadas e outro mais relacionado à lógica empresarial, também controladora de fluxos, porém prioritariamente pela sua canalização através de determinados dutos e nódulos de conexão “as redes” (HAESBAERT, 2004).

Haesbaert (2011) afirma que a desterritorialização muito mais que representar a extinção do território ao abandona-lo, relaciona-se também com a recusa em reconhecer ou uma dificuldade de definir o novo tipo de território, muito mais múltiplo e descontínuo.

Assim, com base em (Haesbaert, 2011, p.342), propõe-se identificar múltiplos territórios através das seguintes modalidades:

> - Territorializações mais fechadas, quase uni territoriais no sentido de imporem a correspondência entre poder político e identidade cultural, ligadas ao fenômeno do territorialismo, como nos territórios defendidos por grupos étnicos que são culturalmente homogêneos, não admitindo a pluralidade territorial de poderes e identidades.
> - Territorializações político-funcionais mais tradicionais, como a do Estado-nação que, mesmo admitindo certa pluralidade cultural sob a bandeira de uma mesma nação enquanto comunidade imaginada não admite a pluralidade de poderes.
> - Territorializações mais flexíveis, que admitem a sobreposição territorial, seja sucessiva como nos territórios periódicos ou espaços multifuncionais na área central das grandes cidades, ou concomitantemente, como na

> sobreposição encaixada de territorialidades político-administrativas.
>
> - Territorializações efetivamente múltiplas – uma **multiterritorialidade** em sentido estrito, construídas por grupos ou indivíduos que constroem seus territórios na conexão flexível de territórios multifuncionais e multi-identitários.

A **multiterritorialidade** foi descrita pelo menos no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização múltipla e efetiva, não é exatamente uma inovação, pois o processo de territorialização parte do nível individual ou de pequenos grupos, e toda relação social implica uma interação territorial, um entrecruzamento de diferentes territórios. Em certo sentido, teríamos vivido sempre uma "**multiterritorialidade**" (HAESBAERT, 2004).

A flexibilidade territorial do mundo pós-moderno, como uma marca globalmente difundida, permite que alguns grupos, em geral os mais privilegiados, desfrutem de uma multiplicidade incomum de territórios, seja no sentido da sua sobreposição num mesmo local, seja da sua conexão em rede por vários pontos do mundo. Aqui pode-se lembrar a **multiterritorialidade** mais funcional da organização terrorista Al Qaeda (HAESBAERT, 2002), e a multiterritorialidade funcional e simbólica da elite ou da burguesia globalizada.

A existência de uma elite que expande sua acessibilidade no planeta não evita que ela tenha não só de se proteger em termos de espaço residencial como também de manter as conexões, físicas e/ou informacionais, entre os múltiplos territórios que, combinados, conformam a sua **multiterritorialidade** (HAESBAERT, 2005).

Dentro dessas novas articulações espaciais em rede surgem territórios-rede flexíveis onde o que importa é ter acesso, ou aos meios que possibilitem a maior mobilidade física dentro da(s) rede(s), ou aos pontos de conexão que permitam jogar com as múltiplas modalidades de território existentes, criando a partir daí uma nova **multiterritorialidade** (HAESBAERT, 2005).

Enquanto a economia globalizada torna os espaços muito mais fluidos, a cultura, a identidade, muitas vezes re-situa os indivíduos em micro ou mesmo em mesoespaços (regiões) em torno dos quais eles se agregam na defesa de suas especificidades histórico-sociais e geográficas (HAESBAERT, 2011).

Nos municípios considerados cidades gêmeas entre o Brasil e o Uruguai os espaços, territórios e fronteiras são por vezes distinguíveis, e desta forma caracteriza a fluidez e os fluxos transfronteiriços e a integração social que compartilha o mesmo território.

Os principais instrumentos legais que regulamentam a ocupação e o desenvolvimento da Faixa de Fronteira brasileira são: a Lei nº. 6.634 de 02 de maio de 1979 e o Decreto nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, que consideram a Faixa de Fronteira como área indispensável à Segurança Nacional.

As políticas de saúde no Brasil utilizam os termos da geografia da saúde para desenvolver o processo de regionalização e constituição de cooptações municipais que desfrutam de uma problemática de saúde e social mais ou menos similar, e de forma complementar busca desenhar/articular uma rede assistencial que suporte os problemas prioritários desta região.

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais, que originou a etapa de regionalização (SOUZA, 2011).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) representaram um importante instrumento na regionalização do SUS e ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas – as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96. As duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (SOUZA,2011).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002 enfatizou a necessidade de consolidar a lógica de estruturação das redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente introduzindo, em âmbito nacional elementos estratégicos de integração intermunicipal.

Com o Pacto pela Saúde de 2006 houve avanços neste sentido de introduzir novas estratégias de integração e articulação da política, ao conduzir um formato de relações entre as esferas de Estado, implicitamente organizando o sistema de saúde sob forma de redes (BRASIL,2009)

Segundo Ministério da Saúde, uma rede de atenção à saúde pode ser definida como: arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio diagnóstico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população (BRASIL, 2009).

A descentralização do SUS com ênfase na municipalização ocorrida nessas duas últimas décadas, se por um lado proporcionou inegáveis avanços, como a capilaridade do sistema e a enorme expansão do acesso, por outro lado tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios da melhoria de efetividade na produção de saúde e da eficiência sistêmica do SUS (BRASIL, 2009).

A territorialização no SUS consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde utilizada em programas como Saúde da Família, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada deste lugar (MONKEN, BARCELLOS 2005).

Na atualidade, as bases jurídicas para a regionalização no SUS conta com, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme prevista no decreto 7.508, de 2011 e na lei 12.466, de 2011, com suas atribuições essenciais de planejar de modo interfederativo (regional) a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012, art. 1710, sendo elemento essencial nos acordos solidários visando ao alcance da equidade regional no SUS (SANTOS,2014).

A região é uma realidade que se concretiza por meio da ação de atores sociais, evidenciada a partir do momento em que se definem analogias e relações internas comuns, capazes de delimitá-las (SOUZA, 2011). De acordo com Haesbaert, (2004) região é uma dimensão real da vivência dos indivíduos e dos grupos, e é a partir dela que se cria uma base territorial comum para um dado quadro de referência de pertencimento e identidades.

As regiões de saúde que incluem a fronteira, segundo Riggirozzi, (2014) podem ser entendidas como uma estrutura de governança e constituem espaços importantes para a socialização de grupos e indivíduos. Regiões são espaços ou arenas de ação dirigida por diferentes **atores**, motivações e expectativas sobre os esforços regionais.

Segundo Haesbaert (2004) há duas lógicas espaciais de fronteira. Uma é a “lógica territorial tradicional” e a distinta “lógica reticular”. Ambas são diferentes, porém articuladas. A lógica territorial tradicional é o modelo de ordenamento territorial por excelência dos Estados nacionais modernos, expressa por áreas onde as relações sociais estão delimitadas e reguladas de forma a serem estabelecidos recortes espaciais contínuos e contíguos que servem como quadro de referência para a ação dos agentes sociais. E deste modo utilizado nos programas sociais e na organização territorial dos serviços de saúde. A identidade territorial tende a legitimar ou a ser legitimada pelas fronteiras político-territoriais.

A lógica reticular onde predomina o controle de redes, como na lógica territorial dominante entre as grandes empresas transnacionais e a i-lógica dos aglomerados capaz de dar conta dos processos desordenadores e descontrolados, presentes em maior ou menor grau em todos os espaços do nosso tempo (HAESBAERT, 2004).

O regionalismo surge como a nova arquitetura da política mundial, enquanto globalização tem sido a palavra de ordem de estudiosos internacionais de relações para descrever a emergente ordem mundial, no máximo, que coexiste com a regionalização (ACHARYA, 2006; KATZENSTEIN, 2005).

O panorama de integração deve ser considerado entre os dois países em estudo neste projeto, pois vislumbra-se encontrar soluções na constituição de regiões de saúde que tragam inovação a realidade de local com vistas a auxiliar regulamentação internacional.

De acordo com Brasil (2005) a fronteira entre Brasil e Uruguai é o espaço teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais.

Neste ponto de vista, deve-se pensar que a governança regional não é simplesmente uma aglomeração das unidades territoriais locais a nível nacional maior, em vez disso, representa uma fundamental transformação do Estado. Cada vez mais esta governança regional se ocupa em defesa da cooperação, além do habitual menu de liberalização financeira e comercial. Ela engloba a regulamentação da área social e econômica com questões que vão desde doenças infecciosas à governança ambiental. (PHILLIPS, 2001).

Isto não significa que o capitalismo, o liberalismo e as formas conexas de integração estão deixando de ser elementos importantes da agenda regional, em vez disso, parece que a sua centralidade está sendo deslocada como novas metas sociais válidas e estão sendo recuperadas e tendo precedência na política de construção de região e da prática do regionalismo na América do Sul.

Neste contexto, a saúde é um campo apropriado para uma abordagem que foca não apenas a integração social entre os Estados, mas também na capacidade das organizações regionais para defender os modelos mais inclusivos de governança da saúde global (RIGGIROZZI, 2014).

Para este projeto de tese se aposta pensar no desenvolvimento de uma governança regional na constituição de regiões de saúde, sendo que esta articulação desenvolverá de mesmo modo inovação ao se constituir "regiões internacionais de saúde", articulando a saúde internacional a partir de demandas do loco regionais.

Desta forma, descrever o surgimento de uma política territorial, moldadas pelas tensões, conflitos e acomodações entre regimes nacionais, regionais no interior de cada Estado nação ao encontro da **multiterritorialidade**.

Contudo, a regionalização não representa o surgimento de autoridade supranacional, mas o reescalonamento da governança e elaboração de políticas para os espaços regionais localizados no interior do Estado ou ao lado das instituições estabelecidas e de normas internas (HAMEIRI, 2009)

Içando o direito humano à saúde como parte estabelecida da estruturação legal de governança internacional da saúde global. No entanto, os críticos de instituições internacionais estão apontando preocupações sobre como as questões de representação, transparência, responsabilidade e eficácia pode minar oportunidades para desfrutar de padrões de saúde física e mental em países em desenvolvimento como os latinos americanos (RIGGIROZZI, 2014).

Estudiosos da regionalização, sejam realistas, liberais institucionalistas ou construtivistas têm em sua maior parte compartilhado do pressuposto de que as regiões existem para além das fronteiras territoriais e institucionais do Estado em uma série de instituições internacional e acordos (HAMEIRI, JAYASURIYA, 2011).

Como a maioria dos espaços de discussão da política social, a saúde pública tem sido tradicionalmente uma área sensível, onde a forma dominante de organização política e prestação de serviços tem sido o Estado. No entanto, nos

últimos anos tem aumentado a percepção que a saúde é uma área política estratégica com implicações transfronteiriças.

Existem, cada vez, mais evidências de que muitos determinantes da saúde vão além da área comumente entendida de política pública e as atividades do setor de saúde, estão associados a pandemias transnacionais e doenças que transpassam as fronteiras nacionais e migram de países ao país através das fronteiras porosas e economias interdependentes (KICKBUSCHA; SILBERSCHMIDT; BUSS, 2007).

Pensar na constituição de regiões de saúde com municípios de fronteira entre o Brasil e Uruguai e definir que há imbricado neste processo a compreensão de saúde internacional apontando na **Multiterritorialidade** deste espaço. Portanto é ir além do intento de realizar saúde com limite, deve-se olhar o entorno, os fluxos para conseguir **planejar** ao considerar os **poderes**, e os determinantes políticos dos **atores sociais** afora da jurisprudência que condicionam e limitam a integração fronteiriça na saúde.

8. Metodologia

Nesse item serão abordados os aspectos metodológicos da pesquisa que subsidiarão seu desenvolvimento, tais como: caracterização do estudo, cenário da pesquisa, participantes do estudo, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, instrumento e coleta de dados, cronograma de trabalho de campo, princípios éticos, análise dos dados.

8.1 Caracterização do estudo

A utilização metodologia qualitativa busca analisar em profundidade de que forma estes gestores percebem este panorama de vivenciar uma gestão local, com problemas regionais e ao mesmo tempo, ter que realizar articulações internacionais. Visto que estes gestores necessitam responder o que está “imposto” pela integração compacta produzida historicamente pela população, diluídos na Multiterritorialidade de seu espaço de produzir a vida.

Assim, este estudo será desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo do tipo qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa busca estudar dentre outros, fatores que são advindos de interpretações e construções que as pessoas fazem de sua realidade. Permite a investigação de grupos particulares e suas relações sociais, pois essa pressupõe interação entre o pesquisador e os participantes, almejando alcançar os resultados esperados (MINAYO, 2013).

8.2 Cenário da pesquisa

Ao estudar o contexto de municípios fronteiriços com foco no acesso da população que busca nos serviços disponíveis respostas a suas prioridades para saúde, este estudo necessitará investigar como os gestores municipais se articulam sobre desenvolver parcerias com outros municípios para organizar um escopo mínimo de resoluções que contemplem o seu município e região.

A complexidade imposta a gestão refere-se a população, não se restringe a somente um país, estruturado com normas internas que busca acabar com as iniquidades regionais e encontram-se apoiados com resoluções tripartites ou programas e estratégias federativas para a saúde, mas sim pensar no sentido de cooperar com um país vizinho, que pactuam uma comunidade que vivencia no seu cotidiano esta integração.

O estudo foi desenvolvido com gestores em 14 municípios considerados cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. Os municípios brasileiros são Chui, Jaguarão, Aceguá, Santana do Livramento, Barra do Quaraí e Quaraí, e ao lado Uruguaio estão as cidades Chuy, Rio Branco, Aceguá, Rivera, Bella Unión. E três cidades de referência em saúde para os municípios brasileiros: Santa Vitória do Palmar, Bagé e Uruguaiana.

Quadro 3- Lista de cidades gêmeas do Rio Grande do Sul com Uruguai e respectiva Coordenadoria Regional de saúde e Número de habitantes.

Coordenadoria Regional de Saúde/ RS	Cidades gêmeas Brasil e Uruguai/ habitantes			
	Brasil	Número de habitantes	Uruguai	Número de habitantes
3ª CRS	Jaguarão	27.931 hab.	Rio Branco	13.456 hab.
	Chuí	5.917 hab.	Chuy	9.675 hab.
7ª CRS	Aceguá	4.394 hab.	Aceguá	1.511 hab.
	Barra do Quaraí-	4.012 hab.	Bella Unión	13.181 hab.
10ª CRS	Quaraí-	23.021 hab.	Artigas	43.567 hab.
	Santana do Livramento	82.464 hab.	Rivera	78.900 hab.

FONTE: IBGE, 2010.

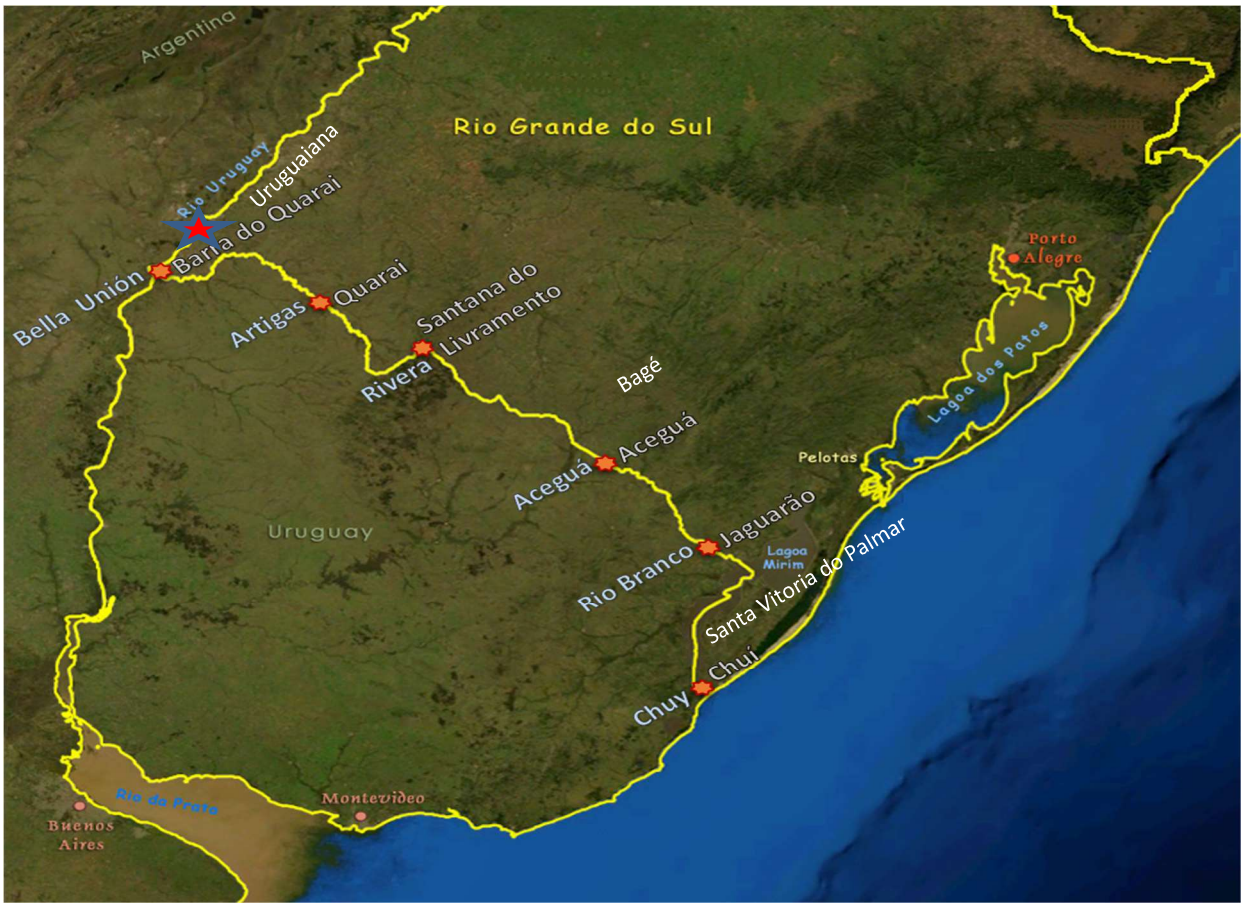


Figura 3- Mapa localização geográfica dos municípios que compõem a pesquisa
Fonte: http://www.webquestfacil.com.br/webquest.php?wq=11785. Adaptado para o projeto pelo autor.

8.3 Participantes do estudo

A fonte a ser pesquisada neste estudo fio gestores e técnicos de saúde do lado brasileiro prefeitos e secretários de saúde e do lado uruguaio intendentes, alcaldes e responsáveis do Ministerio de Salud Publica. As cidades gêmeas ficam localizadas no Arco Sul, Sub região XVII, fronteira da metade sul do Rio Grande do Sul, a partir da gestão municipal e gestão em saúde (BRASIL, 2009). Intendentes que são responsáveis por uma determinada zona geográfica de tamanho médio, encarregados de administrar cada um dos dezenove departamentos do país. Os alcaldes é um cargo público que se encontra na frente da administração política de uma cidade.

Diante do exposto busca-se ao entrevistar estas lideranças que desenvolvem a governança local, não somente na conjuntura de sua prática, mas principalmente em função de seu proposito ao descrever sua realidade, sua relação com o poder,

sendo ele um ator social que vive a multiterritorialidade e planeja suas ações de saúde em âmbito municipal.

8.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foi possuir cargo de gestão municipal, intendentes, alcaldes, prefeitos, secretários de saúde e responsáveis pela saúde pública no Uruguai em municípios de fronteira entre Brasil e Uruguai, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

8.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os participantes que, no momento da coleta de dados estiverem viajando por mais de dois dias fora de seu município onde ocupa cargo de gestão. Este limite de dias refere-se ao provável tempo de coleta de dados em cada cidade deste estudo.

8.6 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada com perguntas abertas que possibilitam os participantes expressarem livremente sua percepção a respeito dos temas levantados e questões fechadas para realizar a caracterização do município e perfil dos participantes.

A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2013).

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, conforme (Apêndice B), onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI e QUARESMA, 2005).

A técnica de entrevista semiestruturada, também, tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas (BONI e QUARESMA, 2005).

Todas as entrevistas serão gravadas em aparelho digital, para posteriormente serem transcritas na integra, durante o processo de organização dos dados.

Segunda etapa é cumprir o cronograma proposto de viagens aos municípios para a realização de entrevista. A entrevista será semi- estruturada e realizada em local de escolha do participante entrevistado. As entrevistas serão gravadas em aparelhos digitais e na etapa de análise de dados serão organizadas em software para receberem o tratamento posterior.

8.7 Cronograma de trabalho de campo

O trabalho de campo para a coleta dos dados será realizado pelo doutorando/pesquisador, com cronograma de meses e locais para a coleta de dados conforme quadro a seguir.

Quadro 4- Municípios de estudo e previsão de data para realização da coleta de dados*

Cidades	Outubro 2016
Chuí- Chuy- Santa Vitória do Palmar	X
Jaguarão- Rio Branco	X
Aceguá- Aceguá	X
Santana do Livramento- Rivera	X
Barra do Quaraí- Bella Unión- Uruguaiana	X
Quaraí-	X

*Coleta de dados teve início somente após aprovação no CEP.

8.8 Princípios Éticos

Primeiramente, após a qualificação, será realizada a primeira etapa de aproximação ao campo. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2016 para reunião com cada representante da gestão municipal e solicitar a carta de anuência municipal. (APÊNDICE C). Neste primeiro encontro é apresentado que a proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas, não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O projeto não apresenta riscos físicos aos participantes do estudo, porém se alguma questão causar constrangimento ou desconforto no momento da coleta de dados, ele poderá negar-se a respondê-la, pois sua participação é livre e voluntária sem sofrer penalização alguma, ou então, se desejar poderá ser encaminhado para atendimento no serviço de saúde do município ou em serviço de sua preferência.

No segundo passo o projeto será cadastrado na Plataforma Brasil, a qual o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a análise, sendo que, a coleta de dados somente iniciará após a aprovação do projeto pelo CEP. Sua elaboração e desenvolvimento seguirão as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/2012 e o Código de Ética da Enfermagem por meio da resolução COFEN 311/2007.

Na fase de coleta nos meses de maio e junho de 2016 na concordância do gestor em participar, será entregue o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias, o qual será assinado pelo gestor, assim como, assinado pela doutorando e pesquisador do estudo. O gestor vai escolher o local e data mais apropriado para a realização da pesquisa. Ao gestor fica assegurado o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados do estudo, assim como, a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa.

Os benefícios desta pesquisa se darão em médio prazo, à medida que os resultados servirão para que os mesmos repensem estratégias de gestão que permitam a organização de regiões de saúde em municípios de fronteira entre Brasil e Uruguai, e desta forma busca beneficiar os usuários que procuram os serviços de saúde.

O anonimato dos participantes será preservado segundo a codificação utilizada pelo pesquisador durante a entrevista que obedecerá ao seguinte critério: letra G indicando gestor, número indicando a ordem de entrevista, a letra (B)

representando Brasil e (U) indicando que o gestor é uruguaio. Deste modo, exemplo da quarta entrevista de um gestor uruguaio ficará com codificação: (G4U).

Os dados organizados para esta pesquisa serão armazenados pelo pesquisador em armário fechado no Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) localizado na sala do Núcleo de pesquisa, na Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas e após cinco anos serão extinguidos.

As entrevistas após a gravação digital serão integralmente transcritas e organizadas em um documento criado no programa Word ®, para a seguir serem analisadas.

9. **Analise de Dados**

Para este estudo optou-se por realizar a análise de conteúdo proposta por Bardin, (2011). Neste método estão designados três polos cronológicos a pré analise, a exploração do material e o tratamento dos resultados a inferência e a interpretação.

Na pré analise ocorre a organização do material de pesquisa e assim, operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir um plano de análise por meio de leitura flutuante, a escolha dos dados a serem submetidos a análise formando a constituição do corpus e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN,2011).

Na etapa de exploração de material é a fase mais longa do processo de análise, consiste na operação de codificação e categorização em função de classificar elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e/ou analogia com critérios previamente definidos. Deste modo será realizada em duas etapas, na primeira será isolar os elementos que carregam em suas mensagens afinidades para compor a descrição exata de características do conteúdo e na segunda etapa que busca organização das mensagens categorizando por temas (BARDIN, 2011).

Tratamento dos resultados parte da premissa de trabalhar resultados brutos para serem significativos e válidos. A partir dos objetivos previstos poderá adiantar interpretações ou que digam a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

10- Cronograma do projeto

Quadro 6- de Planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Plano de ação / semestre	2013 1ºsem	2013 2ºsem	2014 1ºsem	2014 2ºsem	2015 1ºsem	2015 2ºsem	2016 1ºsem	2016 2ºsem
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto de tese		X	X	X				
Qualificação do projeto de tese					X			
Inserção do projeto de tese a Plataforma Brasil e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa								x
Coleta de dados*.								x
Digitação dos dados								x
Análise dos dados e a elaboração do relatório								x
Divulgação dos resultados								X
Encaminhamento de artigos científicos para publicação								X
Defesa da tese								x

*** Coleta de dados teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa**

Recursos humanos envolvidos

- Pesquisador e bolsista Iniciação Científica
- Revisor de português, inglês e espanhol

11. Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 6- Quadro de orçamento dos recursos materiais e plano de despesas para realização da pesquisa

Materiais	Quantidade	Custo unitário em R$	Custo em R$ total
Lápis	20	1,00	20,00
Borracha	20	0,60	12,00
Caneta	20	1,30	26,00
Caneta marca texto	10	1,10	11,00
Cd	06	1,30	7,80
Caderno 96 folhas	10	2,50	25,00
Xerox (cópias)	5000	0,15	750,00
Encadernação final	10	40,00	400,00
Impressão	4000	0,15	60,00
Revisão de Português	02	340,00	680,00
Revisão do resumo em espanhol	02	30,00	60,00
Revisão do resumo em inglês	02	30,00	60,00
Cartucho de tinta	08	23,00	176,00
Livros	10	120,00	1.200,00
Folhas de ofício A4 (pacote de 500 folhas)	10	16,00	160,00
Transporte	1200	2,60	3.120,00
Pendrive	3	30,00	90,00
Viagens terrestres (ônibus)	10	300,00	3.000,00
Notebook	01	2.000	2.000,00
Estadias em hotel e alimentação	20	200,00	4.000,00
Total			**15.857,80**

Obs.: Os recursos materiais serão custeados pelo doutorando. Os recursos de coleta de dados que inclui (viagens terrestres, estadias em hotel e alimentações em cada município será financiado pelo Projeto Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça – SENAD/MJ.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, A. (2007) ‘The Emerging Regional Architecture of World Politics’,World Politics, 59 (4), 629–52.

ACHARYA, A. and Stubbs, R. (2006) ‘Theorizing Southeast Asian Relations:An Introduction’, The Pacific Review, 19 (2), 125–34.

ANDREUZZA M. Planejamento Estratégico. Sagres Política e Gestão Estratégica Aplicadas, Paraná, 2012. Disponível em <http://www.madeira.ufpr.br/disciplinasgarzel/12.pdf> Acesso em 05/08/2014.

ARTMANN E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. (Série Desenvolvimento Local; Cadernos da Oficina Social, 3).

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3. reimp. Lisboa: Ediçoes, v. 70, 2011.

BRASIL. Bases para uma Proposta de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira. Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça. Ministério da Integração, 2010.

BRASIL. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

BRASIL. Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde TEIAS. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_out2010.pdf acessado em: julho 2011.

BRASIL. DECRETO Nº 5.105, DE 14 DE JUNHO DE 2004. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios.

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

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Brasília, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Acessado: 04/03/2015.

BACKHEUSER, Everardo. “Rio-Branco, geógrafo e geopolítico”. Revista da Sociedade de Geografia. Rio de Janeiro, tomo 52, p. 5-29, 1945.

BONI V, QUARESMA SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Rev Eletrônica Pós-Grad Sociol Política UFSC 2005; 2(1): 68-80

CASTRO, José Marcelo de. A influência da mortalidade por causas externas no desenvolvimento humano na Faixa de Fronteira brasileira. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

COFEN - Resolução COFEN nº. 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. –Disponível em < http://www.portalcofen.gov>. Acesso em 03 de março de 2016.
DAGNINO, Renato Peixoto. Planejamento estratégico governamental. CAPES;[Florianópolis, 2009.

DAL PRÁ KR, Mendes JMR, Mioto RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2007; 23 Suppl 2:S164-73.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. s/d. [ed. original: 1972] O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assírio & Alvim

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. 1995a. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34.

_____1995b. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34.
_____ 1996. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34.

_____1997. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 5. Rio de Janeiro: Ed. 34.

DOMINGOS, SRF. MERIGHI, MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. [Internet]. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2010 (acesso 16 abr. 2012);14(1). Rio de Janeiro. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100026&script=sci_arttext

DORFMAN, A. A condição fronteiriça: a experiência local de um objeto geográfico nacional. XV ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA – SÃO PAULO, 2008.

FURTADO, Renata. Descobrindo a faixa de fronteira: a trajetória das elites organizacionais do executivo federal: as estratégias, as negociações e o embate na constituinte/ Renata Furtado.- Curitiba, PR: CRV, 2013.

FERREIRA, A. B. H. Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. Editora: Positivo. Livro em português. 3ed, 2004.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad Saúde Pública. v. 23, p. S214-26. 2007.
GADELHA, CAG; COSTA, L. A política nacional de integração e o desenvolvimento das fronteiras: o programa de desenvolvimento da faixa de fronteira – PDFF. In: OLIVEIRA, TCM (Org). Território sem Limites. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005 (p.25-46)

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

GALLO, E.; COSTA, L. (Org.). Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL. SISMERCOSUL: Uma agenda para integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: DF. 2004.

GIOVANELLA, L., GUIMARÃES, L., NOGUEIRA, V. M. R., LOBATO, L. D. V. C., & Damacena, G. N. (2007). 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. Cad Saude Publica, 23(2), S251-66.

GIOVANELLA, Lígia. Saúde nas Fronteiras: um estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

GIOVANELLA, L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay em perspectiva comparada. Observatorio Mercosul de sistemas de salud. Rio de Janeiro, 2013.

HAESBAERT, R.; GONÇALVES, C. W. P. A nova des-ordem mundial. São Paulo: EditoraUnesp, 2006.

_____. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. “Desterritorialização, multiterritorialidade e regionalização”. In: LIMONAD,E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Orgs.) Brasil século XXI por uma novaregionalização – agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004.

_____. R. 1994. O mito da desterritorialização e as “regiões-rede”. Anais do V Congresso Brasileiro de Geografia. Curitiba: AGB, pp. 206-214.

_____ 1997. Des-territorialização e Identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste. Niterói: EdUFF.

_____ 2001a. Da desterritorialização à multiterritorialidade. Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR. Vol. 3. Rio de Janeiro: ANPUR.

_____ 2001b. Le mythe de la déterritorialisation. Géographies et Cultures n. 40. Paris: L’Harmattan.

_____ 2002a. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo da Al Qaeda. Terra Livre n. 7. São Paulo: Associação dos Geógrafos Brasileiros.

_____ 2002b. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: Lopes, L. e Bastos, L. (org.) Identidades: recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado de Letras.

_____. COSTA, Rogério H. da (Rogério Haesbaert da)), 1958- O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à Multiterritorialidade/ Rogério Haesbaert. – 6ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

HAMEIRI, Shahar. Beyond methodological nationalism, but where to for the study of regional governance? Australian Journal of International Affairs, v. 63, n. 3, p. 430-441, 2009.

HAMEIRI, Shahar; JAYASURIYA, Kanishka. Regulatory regionalism and the dynamics of territorial politics: The case of the Asia-Pacific region. Political Studies, v. 59, n. 1, p. 20-37, 2011.

HEINSFELD, Adelar. A influência de Ratzel e Mahan na politica externa do Barão do Rio Branco. Revista de Geopolítica, v. 4, nº 1, p. 115 – 134, jan./jun. 2013.

IÑIGUEZ ROJAS, L.; TOLEDO, L.M. de (org.). Espaço e Doença: Um olhar sobre o Amazonas, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

IÑIGUEZ ROJAS, L. Geografía y salud. Temas y perspectivas en América Latina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, out-dez,1998.

JAYASURIYA, K. (2008) ‘Regionalising the State: PoliticalTopography of Regulatory Regionalism’, Contemporary Politics, 14 (1), 21–35.

JAYASURIYA, K. (2009) ‘Regulatory Regionalism in the Asia-Pacific: Drivers, Instruments and Actors’, Australian Journal of International Affairs, 63 (3), 335–47.

KATZENSTEIN, P. (2005) AWorld of Regions: Asia and Europe in the American Imperium. Ithaca NY: Cornell University Press.

KICKBUSCHA, I., SILBERSCHMIDT, G., BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health Bulletin of

the World Health Organization Past issues Volume 85: 2007 Volume 85, Number 3, March 2007, 161-244.

LAGUARDA. Rodrigo. Representaciones y prácticas sociales: visiones desde la historia moderna y contemporánea/ coordinación; presentación Enriqueta Quiroz. – México: Instituto Mora, 2012.

LEMÕES, MAM. COSTA, CFS. MANDOZA-SASSI, RAM. Referenciamento de usuários do sus para um Hospital universitário no sul do brasil. Rev. Cienc. Cuid. Saude 2009 Abr/Jun; 8(2):198-204.

LEMÕES, MAM. BONAMIGO, A.W. Sistema Integrado em Saúde em região de fronteira: Desafios do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde. [Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em saúde- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ano, 2012.] Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67732/000871162.pdf?sequence=1 Acessado em: 16/08/2014.

LEMÕES, MAM. THUMÉ, E. TOMASI, E. DILÉLIO A.S. BORGES,C.L.S. FACCHINI, L.A. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004 Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(4):631-640, out-dez 2013.

LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto Contexto Enferm [online], v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

MACHADO DO OLIVEIRA, T. C. “Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teóricopráticos”. En: Machado do Oliveira, T. C. -org.- Território sem limites. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006. p. 302.

MACHADO, L. O. et al. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a Faixa de Fronteira. v. 1, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2005.450 p.

MATUS, C., 1982. Política y plan. Caracas: iveplan.

_____, C., 1987. Adiós Sr. Presidente. Caracas: Pomaire Ensayos.

_____, C., 1993. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA.

_____, C., 1994ª El PES en la Practica. Caracas: Fundación ALTADIR. (mimeo)

_____, C., 1994b. Guia de Análisis Teórico. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir.

MAX, Claudio Zarate; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. As relações de troca em região de fronteira: uma proposta metodológica sob a ótica convencionalista. Geosul (UFSC), v. 24,2009. p. 07-27.
MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud. av.[online]. 2013, vol.27, n.78, pp.27-34.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

NEWMAN D. and PASSI A. (1998) "Fences and neighbours in the postmodern world: boundary narratives in political geography". En Progress in Human Geography 22,2 186-207.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira.In. Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.435-472

OLIVERA, A. Geografía de la Salud. Madrid : Editorial Sintesis, 1993.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai. Ministérios da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai. Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina – Brasil – Paraguai 2001-2002. Brasília: OPAS, 2004.

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

PUCCI, Adriano Silva. O estatuto da fronteira Brasil-Uruguai/ Adriano Silva Pucci.- Brasília: FUNAG, 2010. 332p.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA FAIXA DE FRONTEIRA, Secretaria de Programas Regionais, Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2005.

PHILLIPS, N. ‘Regionalist Governance in the New Political Economy of Development:“Relaunching” the Mercosur’, ThirdWorld Quarterly, 22 (4), 565–83(2001).

RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.

REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI. Instituto Nacional de Estatística - INE. Censos2011. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/socio-demográficos/pobhogyviv2008.asp> Acesso em: 01 set 2016.

_____. Instituto Nacional de Estatística. Departamento de Rivera/Uruguai. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/mapas/censos2011/para%20colgar%20en%20web/pdf/13_UYRV/A0 H_13Departamental.pdf>. Acesso em: 17 out 2016.

_____. Ministério de Saúde Pública do Uruguai. Sistema Nacional Integrado de Saúde, 2005-2009.

RIOS, G. Perfil descriptivo de los sistemas de salud de Republica Oriental de Uruguay. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados- partes del Mercosul.Montevideo. Observatório Mercosul de sistemas de salud.2012.

RIGGIROZZI, P., Regionalism and Health Policy in South America: Tackling Germs, Brokering Norms and Contesting Power (July 2014). Robert Schuman Centre for Advanced Studies Research Paper No. RSCAS 2014/83. Available at SSRN: http://ssrn.com/abstract=2470633 z\sssa

ROESE, A. Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde.2012. 268 f. Tese (enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Porto Alegre.2012.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec,
1996.
_____. “O retorno do território”. In: SANTOS, M. et al (Orgs.). Território: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p.15-20.

_____. Por uma outra globalização: do pensamento único a consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SOUZA, E. B. C. A (re)produção da região do Lago de Itaipu. Cascavel: Edunioeste, 2009.

SOUZA, E.B.C. GEMELLI, V. Território, região e fronteira Análise Geográfica Integrada da Fronteira Brasil/Paraguai. r. b. estudos urbanos e regionais v. 13, n.2 / novembro 2011.
.

SANTOS, E. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? Disponível em: http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/06/20/regionalizando-a-descentralizacao-regiao-de-

saude-como-imposicao-constitucional-ou-como-ato-de-vontade-dos-entes-federativos/ Acessado em: 16/08/2014.

SANTOS, L. SUS: A REGIÃO DE SAÚDE É O CAMINHO. Disponivel em: http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf Acessado em:16/08/2014.

SEDGH, G. SINGH, S. SHAH, IH. AHMAN, E. HENSHAW, SK. BANKOLE, A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379(9816):625-32.

SMITH G. (1997) "Geopolitics". En JOHNSTON R (ed.) The dictionary of human geography, third edition. Blackwell, Oxford, UK. 228-229.

SIMONET, F.J. Glosario de voces ibéricas y latinas usadas entre los mozárabes R. Academia española, Madrid. Madrid 1888. Editora Est. tip. de Fortanet. Disponível em: http://www.archive.org/details/glosariodevoces00espagoog/ Acessado em: 16/08/2014.

URUGUAY. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Ley nº 19.172, de 22 de octubre de 2012. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2012.

WONG-GONZÁLEZ, Pablo. Cooperación y competência internacionalde regiones:hacia nuevas formas de gestión de desarrollo regional binacional. In:OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. Territórios sem limites- estudos sobre fronteiras. 1 ed. Campo Grande, MS: Editorada UFMS, 2005. P. 151- 184. 648p.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),
Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulado Regiões de Saúde na fronteira Brasil e Uruguai. Com o objetivo de compreender o planejamento de regiões de saúde em cidades gemas do Brasil com Uruguai.

RISCOS: É importante destacar que a proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas semiestruturadas. O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista será gravada com sua autorização e o(a) senhor(a) responderá as questões de livre e espontânea vontade. Se caso o estudo, durante a realização da entrevista, despertar algum desconforto de cunho emocional as questões poderão ser respondidas ou não sem prejuízo para a participante.

BENEFÍCIOS: O benefício de sua participação no estudo é que as informações relatadas na entrevista sobre sua experiência na gestão municipal de saúde oportunizarão a troca de conhecimentos, a reflexão e o diálogo entre o participante e o pesquisador.

Os resultados dessa pesquisa contribuirão para adequação de serviços existentes e planejamento de outros, de forma a garantir maior o investimento na saúde pública para desenvolvimento de planejamento estratégico de regiões de saúde binacionais.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fui informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara, de que a entrevista terá questões sobre gestão em saúde e caracterização do local e dos participantes. Além disso, declaro estar ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me a qualquer momento, se assim o desejar.
- A coleta de dados não prevê procedimentos invasivos, considerando que durante a entrevista as questões poderão ser respondidas na totalidade ou em parte.
- A segurança de que não serei identificado na entrevista que será realizada e pelo pesquisador, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas.
- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, e de publicações de cunho cientifico e que ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.

Ciente, eu_____ concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ___, de_____ de 2016_____

Assinatura do entrevistado

Pesquisador: Marcos Aurélio Matos Lemões.Ass_____telefone: (53)81005610

e-mail: enf.lemoes @gmail.com

Orientadora: Profª.Drª. Celmira Langetelefone: (53)91566878

e-mail: celmira_lange@terra.com.br

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: **Marcos Aurélio Matos Lemões**
Orientadora: Profª. Dra. Celmira Lange

Roteiro Entrevistas semiestruturadas Gestores de Saúde – Eixo Saúde Pública

Introdução:

Explicação dos objetivos da entrevista e procedimentos éticos (sigilo dos dados, TCLE para participação e autorização para gravação em áudio).

Previsão de duração: 01h

1) Leitura do TCLE e assinatura individual; marcar se é gestor municipal ou de saúde
2) Esclarecimento que se o entrevistado tiver dificuldade para assinar o TCLE deverá informar ao entrevistador que o auxiliará nesta etapa.
3) Entrevistador assinar do TCLE e recolhimento do mesmo.
4) Gravação em áudio e acionamento do gravador.
5) Agradecer a participação no projeto.

Município / ciudad	
Data da entrevista	
Respondente	
Nome	
Cargo	
Telefone	
email	
Idade em anos	
sexo	
Nível máximo de escolaridade	
Formação na graduação	

Ocupação anterior do cargo	
Tempo de gestor	
Já foi prefeito, Intendente ou Secretário(a) Municipal de Saúde antes:	
Já teve cargo político eletivo? Qual?	

Entrevista com gestores Municípios do Brasil

1- Fale como é planejar a saúde de uma cidade gêmea?

2- Sabemos que existe um decreto 7508 de 2011 sobre regiões de saúde. Como é o planejamento por regiões dentro da CIR para uma cidade fronteiriça?

3- Fale sobre o acesso de estrangeiros (Uruguaios) na saúde de seu município e de brasileiros que buscam assistência no Uruguai, você sabe os motivos que levam a este fluxo?

4- Fale sobre existência de apoio financeiro ou acordos que auxiliem o município por estar situado em fronteira, ou que articule com o país vizinho.

5- Fale sobre os avanços e entraves na saúde por ser cidade gêmea e a relação com o MERCOSUL

6- Gostaria de falar algo mais sobre o assunto de planejamento em saúde em seu município?

Entrevista con gestores de Municipios de uruguayos

1- Hable sobre cómo es planificar la salud de una ciudad de frontera.

2- ¿Existe alguna legislación para la planificación en conjunto con otros municipios de Uruguay o Brasil en el área de la salud?

3- Hable sobre el acceso de extranjeros (Brasileños) en la salud de su municipio y de uruguayos que buscan asistencia en Brasil, ¿sabe usted cuales motivos llevan a este flujo?

4- Hable sobre la existencia de apoyo financiero o acuerdos que auxilien el municipio por estar situado en frontera, o que articule con el país vecino.

5- Hable sobre los avanzos y entrabes en la salud por ser ciudad hermana y la relación con el MERCOSUR.

6- ¿Le gustaría hablar algo a más sobre el asunto de planificación en salud de su municipio?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Carta de Anuência para autorização de pesquisa

Pesquisador: Doutorando Marcos Aurélio Matos Lemões- telefone: (53)81005610

e-mail: enf.lemoes @gmail.com

Orientadora da Pesquisa Profª.Drª. Celmira Lange- telefone: (53)915668 e-mail: celmira_lange@terra.com.br

Ilmo. Sr. ( ) Gestor municipal / ( )saúde do município _____

Solicitamos autorização institucional municipal para desenvolver a pesquisa intitulada Regiões de saúde situadas na fronteira Brasil Uruguai. Realizada pelo pesquisador Marcos Aurélio Matos Lemões, sob responsabilidade da orientadora da pesquisa Celmira Lange, da Universidade Federal de Pelotas-UFPel.

É importante destacar que a proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas semiestruturadas, não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

Os benefícios desta pesquisa se darão em médio prazo, à medida que os resultados servirão para os participantes repensar em estratégias de planejamento de regiões de saúde em municípios de fronteira entre Brasil e Uruguai. Os resultados dessa pesquisa contribuirão para adequação de serviços existentes e planejamento de outros, de forma a garantir maior o investimento na saúde pública para desenvolvimento de planejamento estratégico de regiões de saúde binacionais.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

· O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
· A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
· Não haverá nenhuma despesa para este município que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
· No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Pesquisador Marcos A. Matos Lemões Data__/___/_____

_____

Orientadora- Drª. Celmira Lange-UFPel Gestor Municipal

_____ _____

RELATÓRIO DE COLETA DE CAMPO

Relatório técnico de pesquisa de campo

O presente relatório técnico de pesquisa de campo descreve os passos metodológicos utilizados pelo pesquisador e coletadores no planejamento das atividades de campo e a coleta de dados. A partir de reuniões sistemáticas que aconteceram com antecedência de dois meses para discutir os objetivos do projeto e as questões de pesquisa, montar o questionário, e organizar o cronograma de viagens aos municípios que compuseram o estudo, foi definido a organização para o campo de pesquisa nos municípios fronteiriços entre o Brasil e Uruguai.

A presente tese foi construída a partir de um recorte da pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ.

O “Projeto Cannabis” foi desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça – SENAD/MJ. Além disso, há a participação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, desenvolvendo a análise de alguns componentes, a considerar a complexidade do tema que envolve diretamente órgãos oficiais de dois países, e uma problemática que por décadas é tratado como de segurança nacional, conta também com Junta Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai – JND por meio da Universidade da República Oriental do Uruguai – UDELAR.

Esta proposta surgiu a partir de uma demanda da SENAD para que a Universidade Federal de Pelotas colaborasse na realização desta pesquisa, haja vista a proximidade geográfica, existência de parcerias anteriores bem sucedidas e demonstração de capacidade técnica. A SENAD por meio da Diretoria de Projetos Especiais e Assuntos Internacionais tem direcionado sua atenção às recentes mudanças de legislação do Uruguai que em dezembro de 2013, aprovou a Lei n. 19.172, que regulou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de Cannabis, tornando-se o único país do mundo com esta modalidade de afastamento do paradigma proibicionista. Deste modo, o projeto Cannabis é o primeiro monitoramento desta nova política, e visa acompanhar os impactos que podem surgir no Brasil a partir da nova legislação uruguaia.

O Projeto Cannabis foi organizado em três equipes. Uma equipe para realização de pesquisa de campo qualitativa que entrevistou usuários, trabalhadores da saúde, sobre práticas de consumo e cuidados aos usuários de Cannabis; a equipe dois ficou responsável pelos dados quantitativos e o geoprocessamento dos municípios do estudo e, a equipe três ficou responsável pelo eixo saúde pública do Projeto

cannabis formada pelo pesquisador do projeto Produção de regiões de saúde na fronteira Brasil e Uruguai, e dois bolsistas voluntários para realizar a pesquisa qualitativa com os gestores de saúde, prefeitos dos municípios do lado brasileiros e com alcaldes, intendentes e gestores de saúde dos municípios do lado uruguaio. Em uma analogia simplista a organização política brasileira, alcaldes podem ser considerados prefeitos e intendentes seriam como governadores de estado no Uruguai.

Na primeira reunião, o momento inicial com a equipe de coordenação com os bolsistas selecionados foi apresentado o projeto Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. No segundo momento, foram agendadas reuniões de bolsistas quantitativos, qualitativos e qualitativos eixo saúde pública com a coordenação do projeto para definir os passos metodológicos. Apesar de ser os mesmos municípios de estudo, cada equipe estruturou o seu cronograma de saída a campo para coleta de dados em reuniões separadas em cada equipe.

As demais reuniões de pré coleta de dados ocorreram separadamente com a divisão de cada equipe. A equipe três foi formada pelo pesquisador do Projeto Marcos Aurélio Matos Lemões, bolsista de Iniciação científica Daniele Luersen, e Coletadora voluntária Mestre em enfermagem Roberta Antunes Machado. A equipe três contou com supervisão da orientadora de Tese Prof. Dra. Celmira Lange em todos os estágios de organização para pesquisa de campo, utilizando a estratégia de proximidades regionais para as viagens até os municípios fronteiriços. Deste modo instituiu-se três rotas de viagens. A rota um abrangeu os municípios de Santa Vitória do Palmar, Chui e Chuy. Na Rota dois envolveu os municípios de Uruguaiana, Barra do Quaraí, Bella Unión, Quaraí, Santana do Livramento, Rivera. E na rota três compreendeu os municípios de Bagé, Aceguá, Aceguá- Uruguai, Rio Branco e Jaguarão.

Na reunião posterior foi contatado os municípios via telefone e agendado com os gestores as entrevistas. Com o fechamento de um cronograma de três semanas para a realização da coleta total de dados. Em outra etapa programada em reunião o projeto preparou os materiais impressos para coleta de dados que contou com entrevista, carta de apresentação do projeto e dos entrevistadores, carta de anuência, crachás de identificação com foto e o Terno de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada coletador recebeu uma pasta contendo seus materiais impressos para realizar o trabalho de campo.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto Cannabis pelo comitê de ética do IPEA e a provação do projeto Produção de Regiões de saúde na fronteira Brasil e Uruguai pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem-UFPel sob o parecer: 1.757.934.

O questionário foi dirigido a gestores de saúde, prefeitos, alcaldes e intendentes, considerando o cargo de gestão de saúde pública. As questões versavam sobre gestão de saúde em municípios fronteiriços, como realizam a sua rede de serviços de saúde, como organizam a assistência a saúde, o reconhecimento ou não de fluxos de usuários estrangeiros nos serviços, e possíveis inovações que caracterizaria a construção de regiões de saúde binacionais.

Inicio de coleta de dados

A coleta teve inicio dia 10 de outubro de 2016 as 9:00 da manhã do município do Pelotas-RS em direção aos Municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí e Chuy. As entrevistas com os gestores de saúde foram agendadas previamente via telefone com uma semana de antecedência. Após organizar os materiais para coleta de dados nos deslocamos até a secretaria municipal de saúde do Chuí- Brasil no horário agendado. Ao chegar na secretaria aguardamos aproximadamente 15 minutos até que o gestor chegasse. A entrevista foi realizada em uma sala reservada e foi gravada em áudio. O gestor se mostrou colaborativo a todo o momento da entrevista e também auxiliou os pesquisadores no contato com o prefeito e com a alcadía no Uruguai.

No dia 11 de outubro partimos em direção ao município de Santa Vitória do Palmar que serve de referência em saúde para o município de Chui. A segunda entrevista foi agendada com a gestora de saúde de Santa Vitória do Palmar. Ao chegar na secretária de saúde a gestora de saúde não estava a nossa espera. Deste modo fizemos um novo agendamento para o dia 11 de outubro as 14 hs com o prefeito municipal de Santa Vitória do Palmar e as 16 horas com a secretária de saúde. Nesta data a equipe de coleta se dividiu entre dois municípios um do lado brasileiro e um componente foi para o Município de Chuy no lado uruguaio, para finalizar a rota um dentro do período previsto.

A rota dois começou no dia 12 de outubro com saída do município de Pelotas as 8:30 da manhã. Seguimos o planejamento rumo ao município de Uruguaiana, nesta data houve problemas mecânicos no veículo, a equipe teve que parar um dia no município de Bagé para seguir viagem no dia 13 de outubro. Foi realizado o contato telefônico com os gestores explicando o ocorrido e reagendando para o dia posterior. No dia 13 de outubro a equipe partiu de Bagé as 7:40 da manhã em direção ao destino programado, na data agendada a equipe se dividiu e realizou as entrevistas em três municípios dois do lado brasileiro Uruguaiana e Barra do Quaraí e um do lado uruguaio Bella Unión. No dia 14 de outubro a equipe agendou para o período da manhã o município de Quaraí e no período da tarde Santana do Livramento e Rivera do lado uruguaio a equipe pernoitou na cidade de Santana do Livramento e retornou dia 15 de outubro para o município de Pelotas.

A rota três começou no dia 17 de outubro com saída do município de Pelotas as 8:00 da manhã em direção ao município de Bagé, foi realizada a entrevista no período da tarde neste município e a equipe pernoitou nesta cidade. No dia 18 de

outubro a equipe partiu em direção ao município de Aceguá no Brasil agendada para o período da manhã. Após a equipe teve que ingressar no Uruguai pois os gestores de Aceguá do lado uruguaio estavam em reunião no município de Melo no Uruguai. Fomos até Melo para realizar as entrevistas. Após a realização das entrevistas alteramos nossa programação, decidimos fazer o percurso por dentro do país vizinho até o município Uruguaio de Rio Branco pois desta forma reduzia a quilometragem de deslocamento. Chegando no município de Rio Branco o gestor não pode atender a equipe, tivemos que agendar para a próxima semana. Atravessamos a fronteira para o lado brasileiro para pernoitar. Realizamos a entrevista no município de Jaguarão e retornamos ao município de Pelotas.

No dia 25 de outubro conforme agendamento um componente da equipe de coletadores se deslocou até o município de Rio Branco no Uruguai para a realização da entrevista, retornando na mesma data ao município de Pelotas.

Os municípios considerados cidades gêmeas entre o Brasil e Uruguai reconhecem os fluxos binacionais de usuários que utilizam os serviços de saúde, mas os diálogos de cooperação entre os gestores são incipientes. Em diversas exposições os gestores apontam baixa articulação para a realização de ações em conjunto, pois a organização política do lado uruguaio por alcaldias estabelece dependência as intendências, em exceção do Departamento de Rivera que possui um Intendente no município. Do lado uruguaio as alcaldias possuem pouca autonomia na pasta de saúde.

Os gestores brasileiros apontam que o financiamento recebido é calculado pela base populacional dos municípios, deste modo torna-se um limitante das ações binacionais e em muitos municípios foi o foco central das entrevistas. Percebe-se nas falas que apesar da fronteira aberta cada país olha para a sua realidade, e os esforços para a construção de regiões binacionais de saúde é fortemente dependente da capacidade de gestão e reconhecimento da realidade vivenciada de cada município. Os decretos que são firmados entre os entes federados avançam na perspectiva da população que culturalmente usam a Multiterritorialidade e usufruem dos espaços conforme sua necessidade e, deste modo apropriam-se dos serviços de saúde ofertados no intuito de compor um quadro de possibilidades para a resolução dos problemas em saúde.

Percebe-se pelos relatos dos gestores que há pouco apoio aos municípios em região de fronteira, e a realidade de atender tanto brasileiros quanto a uruguaios não tem uma defesa concreta nos Colegiados de Gestores Regionais no Estado do Rio Grande do Sul, e na Secretaria Estadual de Saúde e o aporte do Ministério da Saúde que se resumia no Sistema Integrado de saúde na fronteira, o (SIS Fronteira) foi descontinuado. Em diversos municípios os gestores se utilizam de seu poder político para definir as possibilidades de assistência dos estrangeiros no sistema SUS. Em relatos, os gestores reforçam a característica de transfronteirização e de integração da população por laços familiares e convivência harmônica, com

precedentes históricos anteriores ao MERCOSUL, como definidor para sustentação e custeamento dos atendimentos de saúde.

O Programa Mais Médicos associado ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002 (promulgado pelo Decreto n.º 5.105 de 14/06/2004) e do Ajuste do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios para Prestação de Serviços de Saúde, internado na ordem jurídica brasileira com a promulgação do Decreto nº 7.239, de 26 de julho de 2010, possibilitou aos municípios a contratação de profissionais médicos, transformando o fato de escassez destes profissionais, a uma nova configuração e estruturação de sistemas municipais de saúde. Apesar de toda a legislação favorável é frequente ações judiciais do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul contra os municípios, promovendo uma contenda de atuação profissional estrangeiro que foi garantido por decreto. Segundo os relatos de gestores municipais os resultados judiciais estão despontando favoráveis aos municípios.

A equipe de pesquisadores do projeto Produção de regiões de saúde na fronteira Brasil e Uruguai pretende ao finalizar o estudo realizar o retorno aos municípios participantes, confeccionando um relatório técnico sobre os principais resultados de cada município, participando de eventos relacionados aos municípios fronteiriços para divulgação dos dados analisados e divulgação em eventos e artigos científicos.

ARTIGO 1 PARA DEFESA DE TESE

Revista Ciência & Saúde Coletiva

PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA FRONTEIRA: GESTÃO EM CIDADES GÊMEAS ENTRE BRASIL E URUGUAI.

PROGRAMA MÁS MÉDICOS EN LA FRONTERA: GESTIÓN EN LAS CIUDADES GEMELAS ENTRE BRASIL Y URUGUAY

PROGRAM MORE MEDICS IN THE FRONTIER: MANAGEMENT OF TWIN CITIES BETWEEN BRASIL AND URUGUAY.

Resumo: O objetivo deste estudo foi descrever as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica, em cidades gêmeas entre o Brasil e o Uruguai. **Metodologia**: estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas a seis gestores municipais e. A análise de dados utilizou-se de conteúdo descrita por Bardin e referencial teórico de Planejamento estratégico de Matus e Testa. **Resultados**: os municípios fronteiriços descentralizaram e planificaram a atenção em saúde ao alocarem os profissionais na Atenção Básica. O provimento e permanência maior do médico nas equipes mobilizou o trabalho multiprofissional e ampliou o acesso aos serviços e ações de saúde. A gestão em saúde aufere maior poder de planejamento ao dispor do profissional medico em seu quadro de trabalhadores. Portanto, o Programa Mais Médicos propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde nos municípios fronteiriços.

Palavras-chave: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Planejamento Estratégico; Medicina de Família e Comunidade.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo describir potencialidades del Programa “Mais Médicos” en la reorientación de la Atención Básica, en ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay. Metodología: estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a seis gestores municipales, para analizar los datos se utilizó contenido descrito por Bardin y referencias teóricas de planeamiento estratégico de Matus y Testa. Resultados: municipios fronterizos descentralizan y planifican la atención en salud al colocar los profesionales en la Atención Básica. La disponibilización y permanencia mayor del médico en los equipos movilizó el trabajo multidiciplinar y amplifico el acceso a servicios y acciones de salud. La gestión en salud obtiene poder de planeamiento al disponer de este profesional médico en su cuadro de trabajadores. Con esto, el programa “Mais Médicos” proporcionó cambios en el modelo de atención y enfrentamiento de las desigualdades sociales en los municipios fronterizos.

Palabras Claves: Políticas, Planeamiento y Administración en Salud; Planeamiento Estratégico; Medicina de la Familia y Comunidad.

Abstract: The aim of this study was to describe the potencialities of the “Program More Medics” on Basic Attention reorientation in twin cities between Brazil and Uruguay. Methodology: Qualitative study with semistructured to six municipal managers. For the data analysis the content described by Bardin was used and also the theoretical framework of strategic planning of Matus and Testa. Results: the border municipalities and decentralized planning the health attention when allocating the profissionals on Basic Attention. The provision and a higher doctor permanency on the teams mobilized the multiprofissional work and expanded access to the health services and ations. The management on health earns higher planejement to be used by the medic professional on his table workers. Therefore, the “Program More Medics” propitiated change on the attention model and addressing social inequalities in health in border towns.

Keywords: Health Policy, Planning and Management; Strategic Planning; Family Practice

Introdução

Os municípios de fronteira entre o Brasil e Uruguai, no extremo sul do Brasil, caracterizado geograficamente como área remota de difícil acesso e distante dos centros de referência em saúde, possuem um déficit histórico de profissionais da área da saúde, em especial o profissional médico, caracterizando, nesse sentido, um obstáculo na universalização do acesso ao sistema Único de Saúde (SUS).

Experiências internacionais no provimento e fixação de profissionais em áreas de vulnerabilidade social dispuseram de distintas estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio[3].

A preocupação com a distribuição de profissionais de saúde, em particular médicos, bem como a implementação de ações que possibilitem enfrentar situações de escassez e iniquidades no acesso da população aos serviços de saúde, têm sido predominantes nas políticas de recursos humanos para o SUS nos últimos anos[4].

Neste sentido, o Programa Mais Médicos (PMM) criado pela Lei nº 12.871, de 2013, surgiu estruturado em três frentes estratégicas: a primeira seria o provimento emergencial de médicos para Atenção Básica, a segunda, o investimento em infraestrutura neste nível de atenção e a última, medidas relacionadas à formação de médicos no país[5].

Particularmente nos municípios de fronteira, existe a possibilidade de contratação de profissionais na área de saúde, que inclui a categoria médica. Essa ação foi assegurada pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 933/2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239/2010.

Alguns municípios fronteiriços já se beneficiam desse dispositivo, realizando contratações de médicos e enfermeiros no seu quadro para integrar a atenção do município [6,7] conquistou, na justiça, a possibilidade de ter profissionais especializados de forma a garantir a continuidade do atendimento à população[8]

Portanto, o objetivo deste artigo é descrever as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica em cidades gêmeas entre Brasil e o Uruguai.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, composto de entrevistas realizadas com seis gestores municipais de saúde, de municípios considerados cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai: Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá. As entrevistas pré-estruturadas foram agendadas previamente via telefone pela equipe de pesquisadores, considerando o deslocamento a cada município, a fim de cumprir o cronograma de trabalho de campo que ocorreu em outubro e novembro de 2016.

As entrevistas foram realizadas em local reservado de escolha dos participantes do estudo, gravadas em aparelhos digitais para posterior transcrição. Essas transcrições serão guardadas em um banco de dados por um período de cinco anos pela equipe do projeto, sendo os arquivos contendo os artigos deletados no cumprimento deste prazo. O projeto não apresentou impedimentos éticos conforme oficio nº13 da Comissão de ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem- UFPel sob o parecer: 1.757.934.

Para garantir o sigilo os nomes dos gestores dos municípios foram codificados como Gestor Municipal 1, (GM1), (GM2) e assim sucessivamente por ordem de entrevista.

A análise de dados foi realizada com método de análise de conteúdo descrita por Bardin[6]. Desenvolveu-se o método e técnicas, respectivamente: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações[7].

Para tanto, seguiu-se os passos de pré-análise a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Seguiu-se para exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica[6].

O referencial teórico utilizado para análise foi do planejamento estratégico resgata- se três conceitos centrais: Planejamento, Poder, Ator Social[8,9]. O planejamento foi idealizado no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e adaptado em áreas como saúde. Esta abordagem parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico.

O poder, está situado em duplo sentido[9], o primeiro em relação à estabilização burocrática de uma organização em geral e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, considerados atores sociais primários. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças, portanto, tem a capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto[8].

Após a realização dos passos metodológicos de análise emergiram três temas, a seguir discutidos.

Programa Mais Médicos Fortalecendo o Acesso e as Ações de Promoção à Saúde da Atenção Básica nas Cidades Gêmeas

O acesso da população aos cuidados médicos é essencial para promoção de um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil há uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, e escassez nas regiões norte e nordeste do país, especialmente na Atenção Básica[2]. As cidades situadas em região de fronteira também sofrem de escassez dos profissionais médicos, pois são consideradas áreas longínquos das grandes cidades e capitais.

Com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013, foi possível reduzir as iniquidades de contratação dos médicos, atendendo prioritariamente os municípios em situação de extrema miséria, de difícil acesso e com grandes demandas de saúde, fortalecendo a Atenção Básica através da melhoria no acesso e ampliando as ações de promoção à saúde.

Conforme relato dos gestores, destaca-se que a inserção dos profissionais médicos por meio do PMM e do PROVAB melhorou o acesso dos usuários às unidades básicas de saúde e o desenvolvimento das ações de promoção de saúde,

auxiliando, dessa forma, no fortalecimento da Atenção Básica como modelo de reorientação do SUS. Conforme relatos abaixo:

> Deste modo, melhorar a promoção de saúde por intermédio das estratégias de saúde da família, mas para isso precisamos da continuidade do Programa Mais Médicos. Ele que faz o suporte de toda a estratégia de saúde da família e a promoção da saúde (GM1).

> A base da gestão é a prevenção através da Estratégia da Saúde da Família. Com o Mais Médicos e Provab nós temos vinte e cinco profissionais (GM7).

> Saímos do zero para 61,65% de cobertura da população e pretendemos atingir 80%. Com o novo mapeamento, estamos refazendo para ampliar. Incluindo a estrutura que não tínhamos, a visita domiciliar, procedimento no domicilio, para aquelas pessoas que não têm condições de ir no hospital e nem na unidade de saúde, portanto a equipe vai até eles e realiza este acompanhamento. Todos os profissionais fazem este trabalho e isso facilita bastante (GM6).

A adequada disponibilidade de recursos humanos nas cidades estudadas, propiciada pelo PMM viabilizou a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, atendendo de forma satisfatória as demandas das populações, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e longitudinalidade do cuidado em saúde.

Foi evidenciado que o Programa Mais Médicos contribuiu para a melhoria da Atenção Básica, agregando novas experiências e práticas de cuidado. Nas suas considerações os autores abalizam que o programa incide sobre a carência de médicos a curto e médio prazo[1].

Percebe-se que o PMM além de mobilizar a Atenção em nível de Unidade Básica de Saúde (UBS), também oferece a oportunidade de trabalhar em abordagem complexa de visita e atendimento domiciliar, algo que na modalidade

das UBS tradicionais e devido a falta de profissionais vinculados a ESF, esta era uma ação inviável nos sistemas de saúde de municípios fronteiriços.

Ao discutir acesso em região de fronteira deve-se considerar que brasileiros e estrangeiros que residem nas cidades uruguaias acessam os serviços de saúde no Brasil. Em um estudo[10], foi constatado que a demanda de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é maior entre os brasileiros residentes nas cidades estrangeiras do que pelos os estrangeiros. No entanto, esses atendimentos refletem sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, tendo em vista que o repasse de verba federal é realizada na modalidade *per capita,* não sendo contabilizada a população itinerante.

Nos municípios fronteiriços estudados, a dificuldade se mantém, segundo gestores municipais o acesso a saúde de brasileiros que residem no Uruguai e estrangeiros, reflete de forma negativa no Planejamento, pois não há como contabilizar os atendimentos e justificar ao SUS, de acordo as falas a seguir:

> Nós damos assistência a esse estrangeiro, o SUS não vê isso como um trabalho do SUS, ele simplesmente fecha os olhos pra isso, por mais que a gente informe tudo, tem um sistema pra se informar os pacientes atendidos. Então se informa esses pacientes estrangeiros, a maioria como se diz, chega no verão aqui, chega a ter um trânsito de 250 mil estrangeiros e sempre tem problema, então, o maior problema é esse, o SUS não vê isso, não nos reembolsa (GM1).

> Então isso aí, a gente tem um número grande de uruguaios que tem o cartão do SUS, porque eles têm a documentação fronteiriça, a provisória, a permanente, eles tão legal deste lado e eles tem o direito porque eles tem o CPF, eles vão ali, tem o cartão do SUS e é prestado o atendimento pra eles, não sei te dizer mas, são muitos uruguaios durante o ano que a gente atende no serviço na área da saúde (GM2).

> Hoje a gente está com equipes melhores [...] então somos muito fã do programa do governo federal do Mais Médicos porque nos possibilitou ter médico 8h por dia hoje em quase todas as unidades de saúde (GM3).

Os gestores assinalam realizar o atendimento a estrangeiros e a brasileiros que vivem no Uruguai, pois esta dinâmica populacional é “ser fronteiriço”. A utilização do espaço entre os dois países ou, ora em um lado, ora no outro lado da fronteira ocorre muito antes do MERCOSUL, portanto deveria ser compreendido pelo SUS ao descrever a regionalização diferenciada destes municípios que possuem de fato uma população flutuante e que buscam acesso a saúde onde há respostas efetivas as suas expectativas de cuidado.

Organização do sistema municipal de saúde e equipes de ESF

O Decreto 7.508/11 põe o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão de forma ascendente e integrado, do nível local até o nível federal, permitindo aos gestores programar as metas, objetivos e diretrizes de acordo com as especificidades de cada território e das necessidades de saúde da população[11].

Ao somar o Programa Mais Médicos e PROVAB, tem-se uma alternância da realidade vivenciada a décadas nestes municípios fronteiriços de ausência permanente de profissionais da saúde, permitindo a reorientação e planejamento municipal de saúde. Isso reverte, em parte, o cenário em que municípios de fronteira do Brasil tinham grandes dificuldades em prover seus munícipios de atenção integral à saúde[12], situações ainda relatadas pelos Atores Sociais da Gestão Política municipal, que descrevem:

> Com a questão do advento do Mais Médicos, nós conseguimos estruturar 24 postos de saúde como ESFs. E hoje essa é a grande mudança: nós conseguimos uma cobertura considerável no município como ESF. E, esse avanço se revela sobre a redução de mortalidade infantil (GM6).
>
> Então a gente procura mapear, procuramos mapear o município pra tentar separar, os moradores do município daqueles que não residem no município, que residem no lado vizinho (GM1).
>
> Eu acho que os benefícios é a facilidade de acesso hoje, porque nós temos hoje unidades básicas espalhadas por todo o município, descentralizamos,

> construímos, reformamos, implementamos o Programa Estratégia de Saúde da Família, fomos beneficiados com o programa Mais Médicos, e PROVAB e isso nos facilitou muito (GM4).
>
> Agora não é mais só Agente Comunitário de Saúde (ACS), é Estratégia de Saúde da Família. Começamos a organizar todas as redes com capacitação das equipes, processo seletivo, da contratação do enfermeiro, mais técnicos de enfermagem pra trabalhar nas unidades de saúde das estratégias. Foi um avanço nós termos aderido ao Programa Mais Médicos, porque nas unidades de saúde os médicos trabalhavam duas horas diárias, que não resolvia, e enfermeira tínhamos as que trabalhavam ou no turno da manhã ou na tarde, no turno integral não. Com o Mais médicos conseguimos amplia a carga horária delas, contratar outras enfermeiras com carga horária nova e ter saúde bucal nas unidades funcionando com 8 horas diárias (GM6).

Estudos epidemiológicos de Estudo de Linha de base (ELB) já apontavam dificuldades na municipalização dos sistemas de saúde no que corresponde à estrutura dos serviços e fixação e manutenção de trabalhadores na Atenção Básica de Saúde (ABS). O modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) representou um empenho bem sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença era maior em regiões mais pobres e com população mais vulnerável como as de municípios fronteiriços. O apropriado enfrentamento dos principais problemas do ESF poderá desenvolver significativamente seu desempenho e impacto positivo na saúde da população[13,14].

Os gestores políticos com a disponibilidade de profissionais médicos nos municípios fronteiriços têm o Poder de Planejar as ações em Atenção Básica, o que reflete em outras categorias profissionais como da enfermagem e odontologia. Ao formalizar as atividades de ESF é possível atuar nas frentes que impossibilitavam a municipalização e a territorialização das ações. Ao mesmo tempo, há uma ordenação do sistema municipal e provisão de políticas que historicamente não delimitavam os usuários de saúde adscritos no território em vistas a população flutuante[15].

A adesão aos programas nas cidades gêmeas permitiu a reforma e a construção de novas unidades básicas de saúde, melhorando a infraestrutura e descentralizando os serviços. Conforme a lei do Programa Mais Médicos, a gestão tem um prazo de cinco anos, a contar da sua publicação, para qualificar os equipamentos e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) articulado ao Requalifica UBS, está permitindo a construção, ampliação e reforma de 26 mil UBS em todo o país, sendo investidos mais de 5 bilhões de reais em obras que visam a melhoria das condições de trabalho e de acesso a população[16].

Percebe-se, contudo, que os gestores municipais conseguiram programar com os trabalhadores outras formas de organização dos serviços, conectando as ações de saúde a territórios que condizem com a realidade da comunidade.

Realidade de Fronteira: Programa Mais Médicos e Acordo Binacional

O debate sobre os problemas nas fronteiras, em especial o da saúde acontece há décadas, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias, a situação permanecia praticamente inalterada nos últimos anos[17].

Contemporaneamente, tem-se uma revalorização da fronteira, considerando a própria complexidade do tema[18]. As tipologias de fronteiras tendem a ser definidas de acordo com o caráter mais funcional e dependendo níveis de contato e interação entre as pessoas e bens de cada lado da fronteira. Na questão de saúde, o impacto destas problemáticas é direto, considerando que estas cidades situadas na fronteira são apontadas como de difícil acesso, em alguns casos estão em piores condições para estruturar uma rede de serviços e admitir profissionais qualificados de saúde[19].

Contudo, os gestores municipais apontam a experiência exitosa de estruturação de sistemas locais e regionais de saúde com o Programa Mais Médicos nos municípios fronteiriços, porém mostram problemas no registro de atividades de profissionais pelo Acordo Binacional e financiamento para estruturação relacionados ao e SIS fronteira. Segundo as falas:

> No programa Mais Médicos, os parâmetros de aplicação dele se encaixam muito nas características de região de fronteira. Por isso, nós fechamos mais com os parâmetros Mais Médicos. Pode-se classificar o Mais Médicos como um programa que estruturou a faixa de fronteira de forma diferenciada (GM6).

> Aqui na nossa região, o pessoal da Comissão Intergestores Regionais (CIR) tem uma inveja "branca" dos municípios de fronteira, que consegue essa contratação pelo acordo Binacional e pelo Mais Médicos, o que é uma dificuldade de todos os municípios. Se existissem mais políticas voltadas para área de fronteira, como já existiu pelo governo federal, o SIS fronteira, e nós recebemos recurso, era possível usar esse recurso para unidades básicas, seria um ótimo benefício (GM3).

> Nós temos 4 médicos registrados do Programa Mais Médicos, cuja produção é registrada. Médicos fronteiriços que atendem e não têm sua produção computada, cujas informações que resultariam em dados e que motivariam recursos financeiros e materiais é prejudicada (GM5).

Os relatos dos gestores ajuízam as vivências nos municípios fronteiriços, em alguns momentos políticos existem programas de incentivo que possibilitam planejar a municipalidade da saúde e que por outro lado, a sua descontinuidade se entende como abandono da problemática cotidiana. Esta realidade é comungada por outros municípios que não estão em fronteira, mas que possuem baixa densidade tecnológica em saúde, e detém a falta de profissionais médicos.

Essa ação de contratação de médicos uruguaios é um novo panorama assegurado pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde. Decreto nº 7239/2010 em que também estão previstas contratações de: serviços de saúde de caráter preventivo, serviços de diagnóstico; serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado; serviços cirúrgicos, internações clínicas e cirúrgicas; e atenção de urgência e emergência[20].

Os gestores municipais apontam que há dificuldade de contabilizar os atendimentos realizados por estes profissionais que atuam por intermédio do acordo, e desta forma, baixa a produtividade do município e, consequentemente, o

percentual de profissionais por número de habitantes, influenciando no Índice de desenvolvimento Humano (IDH) destes municípios fronteiriços.

A intenção originária do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras) foi expandir a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, isto é, da linha divisória terrestre do território nacional, que atraem fluxos regulares de pacientes oriundos do país vizinho, por meio de um sistema de compensação financeira. Uma vez que essa população flutuante não era contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal[21].

O SIS Fronteiras foi descontinuado pelo MS, o que mobilizou a insatisfação dos gestores sobre o projeto que previa ações que incidiam com a problemática específica destes municípios. A previsão era alterar de caráter contínuo o escopo, promovendo acesso aos diferentes níveis de assistência e complexidade tecnológica ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde destas comunidades, e não apenas a um recorte de problemas.

O contexto fronteiriço necessita de outras iniciativas quão intensamente o SIS fronteira que percebam estas singularidades destes municípios e invistam em ações problematizadas pela gestão em saúde, desta forma conduzir o planejamento e o monitoramento, atentando para dinâmica situacional de usuários que acessam os sistemas de saúde.

Conclusão

O artigo descreve a realidade vivenciada pela gestão de municípios na fronteira entre o Brasil e o Uruguai abalizando que o Programa Mais Médicos é potente para reorganizar os sistemas municipais de saúde.

Aponta que o PMM auxiliou a reorientação na Atenção Básica de Saúde, e desta forma, descentralizou, ampliou o acesso aos programas e ações em saúde. Além disso, propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde que são frequentes nos municípios fronteiriços por apresentar alta vulnerabilidade social.

Com profissionais médicos alocados maior carga horárias nas equipes foi possível disponibilizar outros turnos de atenção ao usuário e prestar diferentes

ações de saúde, além das de enfermagem, odontologia e assistência domiciliar. Analisa-se neste artigo, o alto grau de inferência do profissional médico no contexto da ESF e mobilização da equipe multiprofissional ao integrar este profissional.

O programa Mais Médicos somado a outras alternativas de admissão destes profissionais qualifica o escopo de serviços disponíveis. Mas ainda existem empecilhos no que corresponde ao credenciamento e contabilização dos atendimentos de profissionais por intermédio do Decreto nº 7239/2010, o que reduz a capacidade municipal em saúde de comprovar aos sistemas de informações em saúde vigentes.

Uma alternativa é buscar apresentar aos responsáveis pelos sistemas informatizados de captação de informações de saúde municipal, e nas regionais de saúde, que nos municípios fronteiriços ocorre especificidade na contratação médica, portanto é relevante contabilizar os atendimentos visto que esses são importantes para descrever de fato o consolidado de prestação de serviços médicos a comunidade.

Pensar em gestão de saúde na fronteira é elucidar ao sistema SUS que é um espaço de vanguarda na organização de regiões de saúde, visto que o território utilizado avança e se retrai na linha imaginária da fronteira, pois estes usuários de saúde buscam nos serviços resolutividade dos seus problemas prioritários. Deste modo, utilizam os sistemas de saúde dos dois países conforme a conveniência e possibilidade de acesso.

Ao executar sistemas municipalizados de saúde os Atores sociais descritos no Planejamento estratégico, neste caso os gestores municipais, atuam com poder decisório e infere intensamente no bojo de cobertura, acesso e disponibilidade dos serviços da rede de saúde e sua disponibilidade na região. E o Programa Mais Médicos apresentou sustentação para conduzir ao planejamento de forma mais eficaz e eficiente.

A provisão de médicos tem recebido notória visibilidade pública, assinalando mudanças significativas na ampliação de acesso, organização de redes de atenção em regiões de saúde dos municípios fronteiriços, fortalecendo a capacidade de gestão municipal na orientação do sistema público de saúde.

Referencias:

1- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cien Saúde Colet 2015; (11) 20: 3547- 3552.

2- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.

3- Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ 2010; 88(5):379-385.

4- Pierantoni CR, Varella TC, Santos MRD, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS; Health care work and education management in the SUS:26 human resources in 20 years of the Unified Health System. Physis (Rio J.).2008; 18(4):685-704.

5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. DF: Ministério da Saúde; 2015.

6- BONTEMPO, Carla Gabriela Cavini; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assistência à saúde na fronteira com o Uruguai: estratégias para qualificação de atendimento pelo SUS. **Revista Ideação**, v. 13, n. 1, p. 139-156, 2011.

7- MAZUI, Guilherme. Jaguarão contrata médicos uruguaios. Jaguarão Online, Jaguarão, 29 nov 2010. Disponível em: <http://www.jaguarao.net/ index.php?option=com_k2&view=item&id=2449:nova-modalidade-%C3%A9-alternativa-para-atendimentos&Itemid=70>. Acesso em: 02 set 2016.

8- BITTENCOURT, Fabiana. Médicos de Rivera podem atender na Santa Casa. Jornal A Platéia, Santana do Livramento, 21dez 2006.Disponível em: <http://srv3.vxpressa.com.br/edicoes/2006/dezembro/211206/manchete.php>. Acesso em: 02 set 2016.

9- Bardin L. Ánálise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

10- Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. RAC: (Curitiba). 2011; 15(4): 731-747.

11- Matus C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAPE; 1997.

12- Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1992.

13- Giovanella L, Guimaraes L, Nogueira V, Lobato L, Damacena G. Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigner and non-residents of Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. Cad Saude Publica. 2007; 23:251–266.

14- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.

15- Silva MP. Governança territorial em áreas de fronteira O desafio da cooperação em saúde ambiental na fronteira Santana do Livramento (brasil) e Rivera (Uruguai) Revista geonorte. 2013; Edição Especial 3(7):1591-1604.

16- Facchini LA. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cien Saúde Colet. 2006;11(3):669-681.

17- Facchini LA. et a,l. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública. 2008; Rio de Janeiro, 24 Sup (1): S159-S172.

18- Gadelha CAG, Costa L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S214-S226, 2007. [Acesso 2016 fev 29]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf.

19- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

20- Gallo E, Costa L, Moraes A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS MERCOSUL. In: Gallo E, Costa L (orgs). SIS MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2004.p. 41-53. [Acesso2016 fev 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf.

21- Pucci AS. O estatuto da fronteira Brasil-Uruguai/ Adriano Silva Pucci.- Brasília: FUNAG, 2010.

22- Dorfman, A. A condição fronteiriça: a experiência local de um objeto geográfico nacional. XV ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA – SÃO PAULO, 2008.

23- Brasil. Decreto nº 7.239, de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jul. 2010. [Acesso 2010 dez 04]. Disponível em:<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=27/07/2010.

24- Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. Saude soc. [online]. 2015 [Acesso 2016 jan 16]. Disponivel em: seer.ufms.br/index.php/revgeo/article/download/794/889.

ARTIGO 2 PARA DEFESA DE TESE

Revista Pan-americana de Saúde Pública

Transfronteirização entre Brasil e Uruguai: o poder na produção de saúde pela gestão municipal

Marcos Aurélio Matos Lemões

Celmira Lange

Resumo: objetivo narrar as relações de poder utilizado por gestores na produção de saúde em cidades gêmeas, e como operam para garantir à saúde considerando a realidade de transfronteirização local. **Metodologia**: Trata-se de um estudo de abordagem exploratória e método qualitativo, realizadas em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. Os participantes foram seis prefeitos municipais, de Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá. A coleta ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016. **Resultados**: Os gestores utilizam o poder político para concretizar as ações binacionais e garantir o acesso de estrangeiros no SUS, os acordos assinados distantes da realidade da gestão interfere na aplicação de leis na fronteira **Conclusão**: os gestores necessitam representatividade em espaços de decisão a nível estadual e nacional que ordenasse as demandas que emergem dos comitês binacionais de fronteira e possibilitar melhor governança local na cooperação em saúde no Mercosul.

Descritores: Planejamento Estratégico; Saúde na Fronteira; Gestão em Saúde.

Abstract: This study aims to describe the power relations used by managers in the production of health in twin cities and how they operate to ensure health considering the reality of local cross-translational organization. **Methodology:** This is an exploratory study with qualitative method carried out in twin cities between Brazil and Uruguay. The participants were six municipal mayors of Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí and Aceguá cities. Data collection occurred from October to November 2016. **Results:** Managers use the political power to concretize binational actions and guarantee the access of foreigners to SUS (health system of Brazil), the agreements signed that are not consistent with the reality of management interfere with the enforcement of laws at the border. **Conclusion:** Managers need representation in decision-making spaces at the state and national levels, ordering the demands that emerge from the binational border committees and enabling better local governance in health cooperation in Mercosul.

Keywords: Strategic Planning; Border Health; Health Management

Introdução

A política de saúde adotada no Brasil com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) se abalizou nos últimos vinte seis anos para descentralização, municipalização, redes e de organizações regionais de saúde[1]. Neste sentido, qualquer política pública hoje é territorial e, expressiva do poder exercido por diversos atores na produção do espaço, seja por meio do exercício do poder, de políticas, de programas estratégicos, seja pela impressão de novos usos ao território[2].

Os fluxos sociais e os movimentos migratórios populacionais na atualidade instituem a construção de novas regiões de características transfronteiriças, também considerados processos entendidos como diferenciações territoriais associados a relações interestatais, à travessia de fronteiras e a micro regionalismos envolvendo atores e poderes de dois ou mais Estados[3].

Na exposição do grau de porosidade de uma fronteira percebe-se as facilidades ou dificuldades sobre os fluxos de bens, serviços e pessoas que a atravessam e, tornam possível ou não a construção de complementaridades[4]. É importante compreender as interações fronteiriças com outros países e a nível internacional, a medida que permitam caracterizar o quanto de singularidade apresenta a fronteira Brasil e Uruguai[5].

Este espaço fronteiriço no extremo sul do Brasil destacasse como a mais fluida e integrada fronteira brasileira com outro país da América Latina. Também chamada de "fronteira viva" o espaço fronteiriço entre o Brasil e o Uruguai tem orientado acordos de ambos governos nacionais como por exemplo o reconhecimento dos cidadãos fronteiriços com dupla identidade. As cidades-gêmeas entre Brasil e Uruguai disponibilizam de infraestrutura urbana e de serviços que costumam servir aos dois países, no caso mais notável dos serviços de saúde[3,7,8].

Para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação da gestão de saúde destes municípios de dinâmica transfronteiriça faz-se necessário uma gama de conhecimentos como legislações nacionais e internacionais, e acordos binacionais, financiamento no Sistema único de Saúde, legislação de proteção social para os gestores se debruçar sobre esta realidade que

difere da relação intermunicipal federativa nacional, e envolve neste contexto o local e o internacional na arena de deliberação da assistência à saúde a esta população flutuante[9].

Este artigo tem como objetivo avaliar as relações de poder utilizado por gestores na produção de saúde em cidades gêmeas, e como operam para garantir ou não assistência à saúde considerando a realidade de transfronteirização local. Deste modo pretende auxiliar a gestão pública de municípios fronteiriços a buscar formas de reconhecimento nacional a uma problemática que assola o setor saúde há décadas.

Metodologia

Esta pesquisa é um recorte da pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada "Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai" financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ.

Trata-se de um estudo de abordagem exploratória e método qualitativo, os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com seis prefeitos municipais, de cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai: Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá. As entrevistas foram agendadas previamente via telefone pela equipe de pesquisadores, o trabalho de campo ocorreu em outubro e novembro de 2016.

O projeto teve aprovação conforme oficio nº13 da Comissão de ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (UFPel) sob o parecer: 1.757.934. Para garantir o sigilo os nomes dos gestores foram codificados como Gestor Municipal 1, (GM1), gestor Municipal 2(GM2) e assim sucessivamente por ordem de entrevista.

A apreciação de dados foi realizada pelo método de análise de conteúdo. Para tanto, seguiu-se os passos de pré-análise a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Seguiu-se para exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e unidade de significação corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das

informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica[10].

O referencial teórico utilizado para análise foi do planejamento estratégico de onde resgata- se dois conceitos centrais: Poder e Ator Social. O poder político destaca a capacidade de desenvolver uma mobilização, por meio de uma visão da realidade, sendo este saber originado de maneira distinta, como experiência da situação e ainda como sentimentos desencadeados por esta experiência, e reflexão sobre ela[11]. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças, portanto, tem a capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto[12].

Na reflexão sobre a tomada de decisão como estratégias de ação em saúde, adota-se como base o Postulado de Coerência, ao qual apresenta que a viabilidade de qualquer proposta irá depender das relações que podem se estabelecer em um determinado projeto de saúde e deve haver coerência de três elementos fundamentais: Os propósitos do Governo, os métodos de Planejamento e a organização[11,13,14].

Após a leitura extenuante dos dados contribuintes emergiram duas categorias de análise que serão descritas a seguir. A produção de saúde: a demanda social na orientação do poder político municipal e Poder e governança local dos Atores Sociais: divergências entre o vivido e o tensionado pelo Estado.

A produção de saúde: a demanda social na orientação do poder político municipal

Ao produzir saúde no território fronteiriço os gestores se munem de estratégias e jurisdições para viabilizar uma política local e ao mesmo tempo internacional que incide no cotidiano, na baixa governança local ao envolver decisões binacionais como por exemplo da complementaridade de oferta de serviços de saúde. As medidas operadas pela gestão municipal priorizam a continuidade da assistência e manutenção da cobertura de serviços, como refere as falas a seguir.

> Devido ao problema na contratação de médicos uruguaios, o município viveu grandes problemas com a implantação [contratação de médicos uruguaios pelo acordo binacional]. Este assunto foi bastante fiscalizado, passado por grandes auditorias de controle, tribunal de contas, ministério público federal, polícia federal. Para que os contratos com estes médicos estrangeiros sigam uma normativa e isso tranquilizou o município. Aqui nós temos com o Uruguai acordos específicos de alto nível, com experiência de resposta na saúde. (GM2).

> Então, só para tu ver a saúde, como é um problema. Atendi mil pessoas no mês aqui, tudo pelo sistema do SUS. Mas tem 300 uruguaios, o dinheiro só vem para 700 (GM3).

> O ideal seria que se conseguisse investir em sentidos diferentes, em especialidades diferentes e ter uma cobertura maior para ambos os países. Eu sei que isso não é fácil, porque o regramento dos países acaba sendo diferente, mas criar estrutura, ou condições para que possa haver uma sintonia entre os investimentos em saúde em ambos os municípios, poderia ser um grande ganho, para toda população, porque a gente conseguiria ter uma cobertura muito maior com um investimento muito menor (GM4).

Poder e governança local dos Atores Sociais: divergências entre o vivido e o tensionado pelo Estado Nacional

A falta de reconhecimento dos sistemas nacionais de saúde da interdependência e da necessidade de produção de saúde neste espaço binacional é um desafio posto a gestão municipal que ha décadas trabalha com esta realidade de fluxos intensos de usuários brasileiros e uruguaios entre os dois países.

Ora, se nós somos aqui uma variável étnica muito grande, temos no nosso componente muitas pessoas, de origem uruguaia, acho que também é, um reconhecimento digamos assim, as nossas origens. De um modo geral, as pessoas que decidem políticas públicas nos países, tanto no Uruguai como no Brasil, eles não conhecem a questão de fronteira. Acho que nós que somos governantes no Brasil, nós temos que ter muito bem dimensionada as características peculiares do município que nos dirigimos para que muitas vezes nos possamos discutir a nível central, em Brasília, essas nossas realidades, que muitas vezes são muito distintas da média nacional. (GM1)

A gente tem algumas dificuldades de transferência financeira, e de uso dos serviços. Esse é um debate que os municípios conseguem fazer, mas o sistema de regulação para que se normatize depende do governo central dos dois países. E essa normatização acaba demorando muito por conta dos tramites de relação internacional, de Brasília com Montevideo. Então existe uma dificuldade muito grande para que isso que a gente vive na pratica possa de fato normatizado, essa é a grande dificuldade. Então precisaria ter uma ação, ou uma gerencia vamos dizer, dos municípios para que a gente pudesse normatizar isso, o que acontece na maioria das vezes é informal. É obvio que isso é lento e acho que todo esse entrave dessa lentidão é de que todas as políticas para serem estabelecidas na faixa de fronteira dependem dos governos centrais, então isso atrapalha muito. Se a gente tivesse por exemplo autonomia de regular questões entre municípios estava muito mais próximo, a gente teria condição de estabelecer

regramentos de uma forma muito mais simples, muito mais ágil. (GM4).

Temos um grande problema, que Brasília fica longe e Montevidéu também fica longe. São pessoas que tomam decisões em relação ao pessoal da fronteira, e estão fora desta realidade (GM6).

Então, logicamente a muita coisa que nós teríamos que avançar e ainda está impedido por questão de legislação, mas, já tivemos um comitê binacional de saúde mais atuante que trabalhava em diferentes níveis. Eram fóruns de discussões, justamente para apontar alguns encaminhamentos, aos órgãos responsáveis. Esta questão da saúde principalmente, vem sendo tratada a um tempo, através, justamente, da agenda positiva Uruguai e Brasil, que vem sendo trabalhada a muito tempo com os locais, que vivenciam as suas necessidades, do dia a dia, através das esferas representativa, como a secretaria de saúde, a direção departamental de saúde. Mas não são as instituições que atuam por uma formalidade, são as pessoas que fazem isso possível, então, eu acho que, o maior benefício é o entendimento que nos moradores da fronteira, fronteiriços, temos enquanto a poder solucionar problemas dos cidadãos através de ações, seja ela na saúde, seja ela em qualquer outra área (GM5).

Discussão

As dificuldades no acesso, escopo e o estabelecimento do direito à saúde a estrangeiros é reflexo do subfinanciamento do setor que somado a dificuldades de descentralização dos processos assistenciais e das tecnologias médicas, oferece baixa cobertura[15]. Para além, a legislação é dúbia no que consta de cobertura universal, não elucidando se compete também a assistência a estrangeiros gerando divergências na interpretação da lei[8].

Os gestores ao referir complementaridade entre os serviços ofertados dentre cidades gêmeas, para ampliar o desempenho regional em escopo e acesso, avançam no sentido de produção do que pode-se denominar "regiões binacionais de saúde" pois a realidade detém uma distribuição geográfica desigual de recursos e estruturas de serviços, mas ao mesmo tempo contextualiza os desafios de operar com diferentes sistemas de saúde e legislações, imprimindo obstáculos na cooperação entre os dois países.

Para os gestores desenvolver as ações de Atenção e promoção à saúde os municípios fronteiriços realizam a contratação de médicos uruguaios que avançou e foi possível a partir do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 933/2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239/2010. Estes acordos possibilitaram que municípios fronteiriços brasileiros e uruguaios tivessem uma transfronteirização na contratação profissional e suprir em partes a demanda reprimida de profissionais médicos e se amplia a outros profissionais como enfermagem[16,17,18].

Os **atores sociais** neste caso os prefeitos municipais referem que a modalidade de financiamento do sistema local difere de sua realidade assistencial, pois jamais prevê o aporte de serviços de saúde aos estrangeiros, ou seja, este fluxo transfronteiriço é desconsiderado em outras instancias de gestão do SUS. Através do repasse financeiro intermédio do Piso de Atenção Básica, os municípios recebem do SUS um valor per capita, de acordo com a população residente. Este mecanismo de transferências do SUS pode estar induzindo a uma espécie de exigência de contrapartida de atenção unicamente aos brasileiros e a eventuais distorções em seu papel redistributivo que incide negativamente na municipalização da saúde e na ampliação do acesso[19,20,21].

Neste sentido, a assistência à saúde ofertada aos estrangeiros é estabelecida pelo **poder político** local, no caso os gestores que é condicionada a forma de noção, ou determinada visão de realidade, gerado com experiência concreta do cotidiano[22]. Para tanto, ao analisar pelo postulado de coerência percebe-se uma visão de mundo destes gestores que define a organização dos serviços condicionada a história, a cultura, aos propósitos do governo local supra do priorizado pelos demais níveis de gestão da saúde, portanto este poder do ator social advém a ser discricionário.

Existe o componente histórico e cultural que incide em algumas decisões dos gestores municipais, no reconhecimento de laços familiares binacionais, na cultura gaúcha que unem hábitos alimentares, vestuário, modos laborais de criação de gado e agricultura, caracterizando em diversos municípios um espaço vivido comum e fluido entre os dois países. Estudos descrevem que há relações históricas anteriores ao MERCOSUL, e que as comunidades fronteiriças exibem variáveis perfis de transações socioculturais e econômicas[23,6].

A afinidade política dos governos do Brasil e Uruguai na última década defendeu de algum modo a definição do direito universal à saúde e reconheceu o valor intrínseco e a igualdade de cada ser humano para assegurar o seu acesso aos serviços de saúde, sem discriminação o que incide nos tratados firmados para legalizar os fluxos de cidadãos fronteiriços. Em termos práticos, ela é guiada por necessidades de saúde e faz parte da construção da cidadania social[24].

Os gestores ainda afirmam que muitos tratados e acordos são realizados longe da realidade vivenciada e que deste modo a aplicabilidade apresenta morosidade em todos os aspectos, seja de entendimento do acordado nas instancias federativas, seja dos outros órgãos que trabalham na região fronteiriça de ter juízo do que foi acordado. Os acordos e pactos bilaterais firmados entre os governos do Brasil e Uruguai, não têm tido repercussão, inclusive em alguns casos com o desconhecimento completo por parte dos gestores e profissionais de saúde[6]. Os municípios que participam de órgão colegiados binacionais conseguem avançar em alguns ajustes e acordos, pactuando ações em conjunto e, reciprocidade nos serviços de saúde, mas é algo muito incipiente para uma fronteira que detém tamanha integração populacional e territorial[25].

Apesar de anunciações do fim do Estado, com fronteiras mais fluidas e integradas a sua atuação no território fronteiriço continua forte, por vezes freando as alternativas mais

viáveis para resolução de problemas ou impasses locais[26]. Destarte o que viabiliza de fato a assistência à saúde nas cidades fronteiriças, além do fluxo de usuários são os Atores Sociais que reconhecem esta realidade, que vivencia a gestão e que busca alternativas viáveis para suprir a carência financeira.

Conclusões:

Este artigo descreve a gestão de municípios de fronteira entre o Brasil e Uruguai na pasta saúde destacando os seus desafios assistência a saúde aos estrangeiros e a atuação do poder político no processo de governança local.

Os gestores brasileiros, enquanto atores sociais reconhecem que os municípios possuem na sua constituição histórica e territorial a co-dependência com o Uruguai, e suas decisões advêm por este crivo. Contudo, enfrentam o baixo reconhecimento dos colegiados gestores e de outras esferas governamentais de instâncias jurídico-administrativas superiores para o enfrentamento, com qualidade, as peculiaridades destes municípios.

A alternativa consistiria em criar arranjos que identificassem propostas inovadoras, ou projetos pilotos que possibilitem experimentar um modelo de gestão partilhada ou cooperada entre dois países. Os acordos atualmente firmados tendem a articular ações específicas na tentativa de mitigar as assimetrias de oferta de serviços.

Os municípios necessitam uma representatividade nos espaços de decisão a nível estadual e nacional que ordenasse as demandas que emergem dos comitês binacionais de fronteira. Ao mesmo modo, há ainda a necessidade de um canal mais próximo de diálogo com o Ministério da Saúde na busca por resolutividade e orientação a execuções binacionais.

A problemática dos direitos sociais a cidadão fronteiriços é apontada por diversos estudos, mas urge a necessidade atuação política articulada nas três esferas de governo para avançar e, possibilitar melhor governança local na cooperação em saúde no Mercosul.

Referencias:

1. Ribeiro, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil.Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.
2. Rückert, A. A. Usos do território e políticas territoriais contemporâneas: alguns cenários no Brasil, União Europeia e Mercosul. Revista de Geopolítica, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 17-32, 2010.
3. Rückert, A; Grasland, C. Transfronteirizações: possibilidades de pesquisa comparada América do Sul-União Europeia. Revista de Geopolítica, Natal - RN, v. 3, nº 2, p. 90 – 112, jul./dez. 2012.
4. Carneiro Filho, C. P; Rückert, A. Transfronteirização e gestão do território no arco sul da fronteira do Brasil. REVISTA GEONORTE, v. 4, n. 12, p. 1298-1314, 2015.
5. Pucci, A. S. O estatuto da fronteira Brasil-Uruguai/ Adriano Silva Pucci.- Brasília: FUNAG, 2010. 332p. PUCCI, Adriano Silva. O estatuto da fronteira Brasil-Uruguai/ Adriano Silva Pucci.- Brasília: FUNAG, 2010. 332p.
6. Nogueira, V. M. R; Da Silva, M. G. Direitos, fronteiras e desigualdades em saude. **Em Pauta**, n. 24, p. 83-99, 2009.
7. Pessôa, I. N. **Saúde e modos de vida em contextos amazônicos**: Brasil, Peru e Bolívia. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.6.2014.tde-02042014-114236. Acesso em: 2016-11-09.
8. Branco, M. L. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 40-54, 2014.
9. Nogueira, V. M. R.; Simionatto, Ivete. Fronteira MERCOSUL: processos de inclusão/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. In: **A questão social no novo milénio**. 2004. p. 335.
10. Bardin L. Ánálise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Testa, M. Planificación Estratégica en el Sector Salud. Caracas. CENDES/UCV. 1981. Mimeo.
12. Matus, C., 1982. Política y plan. Caracas: iveplan.
13. Testa, M. Pensar en Salud. Buenos Aires, 1983-6. Mimeo. Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación. Buenos Aires, 1986. Mimeo.
14. Testa, M. Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Parte I. Cuadernos Médico Sociales. Rosario (38)4: 24, 1987.
15. Mitano F, Ventura CAA, Lima MCRAA, Balegamire JB, Palha PF. Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2679. Acesso:26/10/2016; Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113371/111336.

16. Brasil. Decreto nº 7.239, de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jul. 2010. Disponível em: <http://www.in.gov .br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=27/07/2010> . Acesso em: 04 out 2016.
17. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Ajuste complementar ao acordo para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, para prestação de serviços de saúde. Disponível em: http://www2.mre.gov.br/dai/b_urug_297.htm. Acesso 02 out 2016.
18. Brasil. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 933 de 11 de dezembro de 2009. Aprova o texto do Acordo entre os Governos da República Federativa do Brasil e da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, celebrado em Montevidéu, em 21 de agosto de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 dez. 2009. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/ index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/12/2009> Acesso em: 12 out 2016.
19. Aerts, D. Abegg C., Cesa, K. "O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde." *Ciência & Saúde Coletiva* 9.1 (2004): 131-138.
20. Mesa-Lago, C. "O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade." *ABACO Revista de Cultura y Ciencias Sociales*41.115.31 (2007).
21. Simao, J. B.; Orellano, Fernandez, V. I. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estud. Econ.* [online]. 2015, vol.45, n.1, pp.33-63.
22. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014.
23. Giovanella, L., Guimarães, L., Nogueira, V. M. R., Lobato, L. D. V. C., & Damacena, G. N. (2007). 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. *Cad Saude Publica*, *23*(2), S251-66.
24. Dal Prá, K. R., Mendes, J. M. R., & Mioto, R. C. T. (2007). O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde The challenge of social integration in the MERCOSUR: a discussion on citizenship. *Cad. saúde pública*, *23*(Sup 2), S164-S173.
25. Laurell, A. E. C. (2016). Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, 2668.

26. Ribas, L; Oliveira, S. (2013). Acesso do estrangeiro à saúde: políticas públicas do SUS e atendimento no Mato Grosso do Sul, nas cidades de Ponta Porã e Corumbá. In: AMARAL, A. P.; CARVALHO, Luciani (org). Direito do estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS. Ed. UFMS, Campo Grande.
27. Bontempo, C. G. C. (2013). A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011). 107p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas/RS.

Considerações Finais

Esta pesquisa é um recorte da investigação realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ.

Conforme o referencial teórico do Planejamento estratégico e a orientação do Postulado de Coerência, produzimos as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado projeto, que explicita os propósitos de um dado governo, portanto os dados para esta defesa foram analisados a partir do Estado Brasileiro. Compõe ainda na organização dos dados, informações sobre os secretários de saúde do Brasil e dos gestores do Uruguai que serão trabalhados em outras publicações.

Por meio da discussão da Política e do Estado que pode-se aproximar da essência do Poder, das suas reais determinações para com a descentralização e regionalização na saúde. A repartição, deslocamento ou permanência de Poder, e o Estado pode ser entendido como a maior organização política que interfere nas decisões loco regionais.

Os Atores Sociais no caso deste estudo os gestores municipais e gestores de saúde, atuam com o poder político para operar e organizar o escopo de saúde nos municípios fronteiriços. Enfrentam no cotidiano o fluxo de usuários estrangeiros que não estão contabilizados no repasse de financiamento a saúde destes municípios.

Este estudo aponta que é imperativo uma representação destes municípios nos órgãos e colegiados a nível estadual e federal criando um canal de comunicação e de decisão, afim de reconhecer a problemática vivenciada, e minimizar a morosidade dos processos e deliberações importantes para contexto binacional.

Todavia os acordos firmados entre o Brasil e Uruguai possuem baixa aderência nos municípios seja por desconhecimento do aporte judiciário municipal, ou por envolver diversos órgão que atuam nas normas internacionais e deste modo, incide nas decisões dos prefeitos.

A produção de dados constará no eixo saúde pública do projeto Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai e será de domínio público e do Ministério da Justiça do Brasil.