A saúde e a inclusão social nas fronteiras

La salud y la inclusión social en las fronteras

Organizadores:

Maria de Lourdes de Souza
Luiz Alberto Peregrino Ferreira
Vanessa Murta Rezende
Marisa Lucena Branco

Saúde
Ministério da Saúde

Convênio 5435/2004
MS-BOITEUX

A saúde e a inclusão social nas fronteiras

La salud y la inclusión social en las fronteras

Maria de Lourdes de Souza
Luiz Alberto Peregrino Ferreira
Vanessa Murta Rezende
Marisa Lucena Branco
(Organizadores)

A saúde e a inclusão social nas fronteiras

La salud y la inclusión social en las fronteras

Editora Boiteux
Florianópolis, 2008

© Fundação José Arthur Boiteux

Ficha catalográfica

S27 A saúde e a inclusão social nas fronteiras. / Maria de Lourdes de Souza... [et al.] (org.). - Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.
400 p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7840-005-7.

1. Saúde pública. 2. Promoção da saúde. 3. Serviços de saúde comunitária. 4. Inclusão social. 5. Política de saúde. I. Ferreira, Luis Alberto Peregrino. II. Rezende, Vanessa Murta. III. Branco, Marisa Lucena. IV. Título.

CDU 614.79

Catalogação na publicação por: Aline Cipriano Aquini CRB-14/961

EDITORA FUNDAÇÃO BOITEUX

Conselho Editorial: Prof. Aires José Rover
Prof. Arno Dal Ri Júnior
Prof. Carlos Araujo Leonetti
Prof. Orides Mezzaroba
Profa. Thais Luzia Colaço

Secretária Executiva: Meiri Regina Anderle

Projeto gráfico: Drª Maria de Lourdes de Souza
Versão para o espanhol: Maria Isabel Garrido e Mariano Barthe Dupont
Revisão de bibliografia: Antonio Carlos Lopes
Diagramação: Carlos Alberto Leal da Costa
Capa: Maria de Lourdes de Souza e Carlos Alberto Leal da Costa
Apoio: Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem

REPENSUL

Impressão: Maboni Promoções, Eventos e Turismo Ltda - (48) 3028-6526
E-mail- impressos@familianet.com.br

Endereço: UFSC - CCJ - 2º andar - Sala 216 - Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 6510 - CEP: 88036-970 - Florianópolis - SC
Tel./Fax: 3233-0390 (Ramal 201) - E-mail: livraria@funjab.ufsc.br
Site: www.funjab.ufsc.br

A Dra. ***Beatriz Nuñez Santiago*** ✞

Você que descobriu primeiro a fronteira entre o céu e a terra

nossa homenagem de respeito e carinho.

S U M Á R I O

CAPÍTULO I - GLOBALIZAÇÃO E POLÍTICA 23

1.1 Concepção política da globalização.....24

1.2 Globalização e os aspectos econômicos.....37

1.3 Reflexões teóricas sobre comportamentos de cidadania organizacional em modelos comparados de gestão burocrática e gestão flexivel 45

CAPÍTULO II - GLOBALIZAÇÃO E A CIDADANIA SUL-AMERICANA.....55

2.1 Identidade Sul-Americana.....56

2.2 Integração regional da saúde na América do Sul: desafios e prioridades.....63

2.3 Relações culturais e desafíos éticos da saúde em um mundo globalizado.....70

2.4 A religião e mobilidade social no Mercosul.....82

CAPÍTULO III - SOCIEDADE ORGANIZADA E OS ESPAÇOS TRANSFRONTEIRAS 93

3.1 Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras 94

3.2 A política de saúde e o espaço de participação da sociedade civil através dos conselhos paritários.....109

3.3 O direito sanitário no contexto das fronteiras.....116

CAPÍTULO IV - A SAÚDE COMO BEM COLETIVO E AS POLÍTICAS DE GOVERNO 123

4.1 Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira.....124

4.2 A saúde nas fronteiras: “uma proposta de bem-estar e desenvolvimento”.....149

CAPÍTULO V - DO IDEÁRIO A VIVÊNCIA DE PRÁTICAS NO CONTEXTO DAS FRONTEIRAS 155

5.1 Projeto SIS Fronteira.....156

5.2 Caracterização dos municípios e de seus sistemas locais de saúde na região de fronteira do Paraná.....163

5.3 O Projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul.....177

CAPÍTULO I - GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICA 213

1.1 Concepción política de la globalización.....214

1.2 Globalización y los aspectos económicos.....227

1.3 Reflexiones teóricas sobre comportamientos de ciudadania organizacional en modelos comparados de gestión burocrática y gestión flexible.....236

CAPÍTULO II - GLOBALIZACIÓN Y LA CIUDADANIA SUDAMERICANA 245

2.1 Identidade Sudamericana.....246

2.2 Integración regional de la salud en América del Sur: desafios y prioridades.....253

2.3 Relaciones culturales y desafíos éticos de la salud en un mundo globalizado.....260

2.4 Religión y mobilidad social en el Mercosur.....272

CAPÍTULO III - SOCIEDAD ORGANIZADA Y LOS ESPACIOS TRANSFRONTERAS 283

3.1 Aspectos filosóficos de los espacios transfronteras.....284

3.2 La política de salud y el espacio de participación de la sociedad civil a través de los consejos paritarios.....300

3.3 **El derecho sanitario en el contexto de las fronteras**.....307

CAPÍTULO IV - LA SALUD COMO BIEN COLECTIVO Y LAS POLÍTICAS DE GOBIERNO 315

4.1 Salud: la concepción política y la perspectiva brasileña.....316

4.2 La salud en las fronteras: “una propuesta de bien-estar y desarrollo”.....341

CAPÍTULO V - DE LOS IDEALES A LA EXPERIENCIA PRÁCTICA EN EL CONTEXTO DE LAS FRONTERAS.....347

5.1 Proyecto SIS-Frontera.....348

5.2 Caracterización de los municipios y de seus sistemas locales de salud en la región de frontera de Paraná..... 355

5.3 El proyecto SIS-Frontera en el Estado de Mato Grosso do Sul.....369

AGRADECIMENTOS

A construção deste livro decorre da contribuição de
vários profissionais vinculados ao Ministério da Saúde, destacamos e agradecemos a:

1. Edmundo Gallo

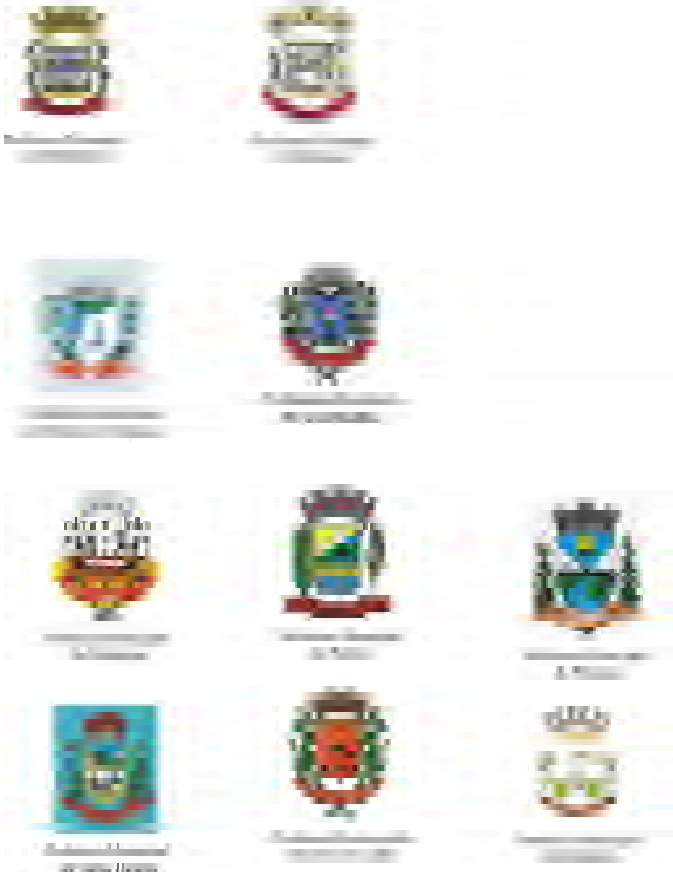
2. Maria Helena de Figueiredo Cunha

3. Paulo Biancardi Kouri

4. Carlos Felipe D´Oliveira

Agradecimento especial ao Dr. Beskow (DIPE- Ministério da Saúde) que soube compreender a necessária aproximação de diferentes atores sociais para a construção do saber viver e promover a Saúde e a inclusão social nas fronteiras.

Nossa homenagem aos Municípios



MARCO DA FRONTEIRA BRASIL / ARGENTINA

OS ORGANIZADORES NO MARCO DA FRONTEIRA BRASIL / ARGENTINA

DOS ORGANIZADORES

Maria de Lourdes de Souza

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Manaus – 1968. Habilitação em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas - São Paulo. Mestrado e Doutorado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1978 e 1982. Docente Colaborador dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, da Universidade de Carabobo - Venezuela, da Universidade de Tucumã - Argentina. Docente Visitante do Instituto Superior da Maia (ISMAI) - Portugal. Coordenadora Geral da Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL).

Luiz Alberto Peregrino Ferreira

Graduado em Farmácia e Bioquímica opção Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977). Mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (1981). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - Área de Concentração Filosofia, Saúde e Sociedade. Professor Titular da UFSC.

Vanessa Murta Rezende

Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1997) e especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pelo CICT/Fiocruz (2005) e Saúde Coletiva pela ABO/MG (2000). Atualmente é Coordenadora do Projeto SIS FRONTEIRAS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Marisa Lucena Branco

Graduada em Administração - Habilitação Administração Hospitalar pela União Educacional de Brasilia (1993). Especialização em Gestão Hospitalar pela AEUDF (1994). Especialização em Administração pela Qualidade Total pelo ICAT/UNEB (1995). Cursando Especialização em Direito Sanitário - FIOCRUZ (2008). Estudante de Graduação em Direito, pelo CEUB (2005). Assessora Técnica do Ministério da Saúde (com atuação no SIS FRONTEIRAS - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e na CGEP - Coordenação Geral de Execução de Projetos - Secretaria Executiva do Ministério da Saúde).

DOS AUTORES

Alessandra Santos Araujo
Graduada em Administração em 2001, pela Faculdades Integradas do Planalto Central. Assessora Técnica do Projeto SIS-Fronteira/ Ministério da Saúde.

Alex Fiúza de Mello
Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Pará – UFPA (1977). Especialista em Teoria Sociológica pela UFPA (1985). Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (1992). Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1998). Pós-Doutor pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (2000). Professor Adjunto IV da Universidade Federal do Pará. Membro do Conselho Nacional de Educação do MEC. Membro do Conselho Técnico Consultivo do Museu Paraense Emílio Goeldi, Ministério da Ciência e Tecnologia. Reitor da UFPA.

Angela Silvano
Graduada em Biologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1983). Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2006). Professor substituto da Universidade Federal do Paraná e pesquisador externo da Universidade Federal do Paraná.

Antonio Flávio Ferraz
Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS.

Antônio Horácio Toro Ocampo
Graduado em Medicina pela Universidad Mayor de San Andrés - Bolívia. Mestre em Saúde Pública e em Direção e Gestão de Bem-Estar Social e Serviços Sociais. Ex Representante da Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), no Brasil (2004). Desde outubro de 2005 é o Coordenador Residente do Sistema das Nações Unidas, no Brasil.

Beatriz Nuñez Santiago✞
Bacharel em Direito e Doutora em Ciências Jurídicas. Pesquisadora Permanente do Instituto de Pesquisas Jurídicas e Sociais A.L. Gioja. Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires. Professora Regular da Disciplina Regime Jurídico dos Recursos Naturais do Departamento de Economia Empresarial da Universidade de Buenos Aires. Diretora do Programa de Atualização Interdisciplinária em Direito Alimentar no Departamento de Pós Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires. Vicepresidente do Conselho Assessor do Conselho Europeu de Direito do Consumidor-CEEUDECO. Madrid – Bruxelas – Barcelona. Cofundadora da Associação Iberoamericana para o Direito Alimentar- AIBAD.

Cristhiane Aparecida Mariot
Graduada em Odontologia (2002). Licenciatura em Ciências Biológicas–PUC.Pr. Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Paraná. Professor Colaborador Departamento de Saúde Comunitária da UFPR.

Denise Siqueira de Carvalho
Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1981). Especialização em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal do Paraná (1984). Mestrado em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (1991). Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2002). Residência-médica pela Universidade Federal do Paraná (1983). Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

Dirceu Luís Bassi
Graduado em Administração pela UNOESC (Chapecó/SC) e Mestre em Administração pela UFSC.

Edmundo de Almeida Gallo
Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984). Especialista pela Universidade Federal de Minas Gerais (1986) e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991). Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz.

Edson Mamoru Tamaki
Graduado em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - SP (1975). Mestrado e Doutorado em Économie Publique et Gestion Activités Non Marchandes - Université de Paris IX (Paris-Dauphine) (1980 e 1984). Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Coordenador do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UFMS.

Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1987). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1997). Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002). Professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste e Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Giovana Daniela Pecharki
Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná, 2000. Mestrado em Odontologia, Área de Concentração em Cardiologia pela FOP-UNICAMP (2003). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PUC/PR. Trabalha no Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Professora do Curso de Odontologia da PUC/PR.

João Benjamim da Cruz Junior
Graduado em Administração pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Mestre e Ph.D. em Administração Pública pela University of Southern California (USC/USA). Professor de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/Brasil). Professor Visitante de Administração Pública, Universidade do Minho - Portugal. Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/ Brasil).

José da Costa Dantas
Graduado em Curso Humanístico pela Universidade Católica de Braga - Portugal. Mestre em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas - Brasil. Doutorando em Ciência da Administração pela Universidade do Minho - Portugal. Professor do Departamento de Economia e Gestão da Universidade do Minho, Portugal. Professor do Curso de Graduação em Gestão de Recursos Humanos do Instituto Superior da Maia (ISMAI) – Portugal. Membro do Conselho Científico e Pedagógico do ISMAI. Diretor Regional de Agricultura de Entre Douro – Minho (Ministério da Agricultura) – Portugal.

José do Nascimento
Graduado em Letras Italiano e Mestre em História Cultural pela Universidade Federal de Santa Catarina. Aluno do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Literatura da UFSC.

José Saraiva Felipe
Graduado em Medicina pela UFMG (1970-1976). Mestrado em Saúde Pública - ENSP, Rio de Janeiro, RJ, 1982-1983. Especialização em Saúde Pública, ENSP, 1980-1981. Pesquisador CNPq. Professor da Faculdade de Medicina - UFMG. Professor – ENSP. Ministro de Estado de Saúde, em 8 de julho de 2005.

Laura Christina Macedo
Graduada em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2005). Professor Assistente da Universidade Federal do Paraná.

Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (1980), Mestre em Enfermagem (1996) e Doutora em Engenharia de Produção (2005) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano (NEPECHE) e integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFPR).

Loris Baena Cunha Neto
Graduado e Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002; 2005). Mestre em International Law, Investments and Trade pela Universität Heidelberg (2005). Professor Substituto da Universidade Federal de Santa Catarina.

Luciana Schneider
Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná. Aluna do Curso de Mestrado da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Helena de Oliveira Cazola
Graduada em Enfermagem pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas (1981). Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde pela Escola de Saúde Publica Dr Jorge David Nasser (1998). Especialização em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2000). Especialização em Enfermagem para Cirurgia Cardíaca pelo Centro de Pesquisa e Aperfeiçoamento em Cirurgia Cardíaca no Hospital dos Servidores (1986). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2001). Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer. Professor Auxiliar da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Magda Eline Guerrart Portugal
Mestrado em Ciências (Bioquímica) pela Universidade Federal do Paraná, UFPR 2004-2006. Doutoranda em Ciências (Bioquímica). Universidade Federal do Paraná, UFPR, Brasil. 2008. Colaboradora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Maria Elizabeth Araujo Ajalla
Graduada em Farmácia. Mestrado Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS 1995-1999). Especialização em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ (1988). Professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Maria Isabel Barros Bellini
Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2002), Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1992). Realizou estágio no Central State Hospital em Indianápolis/Indiana/EUA em 1988. Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Assistente Social do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Coordenadora de Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual da Saúde/RS e Coordenadora da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ROREHS/ENSP/SES desde 2006.

Maria Teresa Arrigoni
Bacharelado e Licenciatura em Língua e Literatura Inglesa e Norte Americana pela Universidade de São Paulo (1980), em Língua e Literatura Italiana pela Universidade de São Paulo (1980), e em Língua e Literaturas Portuguesa e Brasileira pela Universidade de São Paulo (1980). Mestrado em Letras (Língua e Literatura Italiana) pela Universidade de São Paulo (1987). Doutorado em Lingüística Aplicada Área de Tradução pela Universidade Estadual de Campinas (2000).

Marilene da Cruz Magalhães Buffon
Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1984) , especialização em Dentística Restauradora pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1991), especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pelo Fundação Oswaldo Cruz (1993), Mestrado em Agronomia (Produção Vegetal) pela Universidade Federal do Paraná (2002) e Doutorado em Agronomia (Produção Vegetal) pela Universidade Federal do Paraná (2005). Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

Marisa Lucena Branco
Graduada em Administração - Habilitação Administração Hospitalar pela União Educacional de Brasilia (1993). Especialização em Gestão Hospitalar pela AEUDF (1994) e Especialização em Administração pela Qualidade Total pelo ICAT/UNEB (1995). Cursando Especialização em Direito Sanitário - FIOCRUZ (2008). Estudante de Graduação em Direito, pelo CEUB (2005). Assessora técnica do Ministério da Saúde (com atuação no SIS FRONTEIRAS - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e na CGEP - Coordenação Geral de Execução de Projetos - Secretaria Executiva do Ministério da Saúde).

Miguel Angel Sánchez González
Graduado em Medicina, Licenciado em Filosofia, Mestre em Bioética. Doutor em Medicina. Professor Titular de Historia da Medicina na Universidad Complutense de Madrid, España.

Nildo Domingos Ouriques
Graduado em Economia pela UFSC. Doutor em Economia Política pela Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM) 1995. Presidente do Instituto de Estudos Latino-Americanos (IELA).Professor Adjunto do Departamento de Economia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Rafael Gomes Ditterich

Graduado em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2003). Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2005). Mestrado em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2006). Doutorando em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Coordenador e Professor do Curso Técnico em Higiene Dental da Sociedade Educacional Herrero. Professor do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais. Professor Colaborador da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Renata Palópolis Picoli

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2001). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2005). Aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública/USP. Pesquisadora e professora da Universidade Federal de Mato Grosso de Sul. Professora da UNIDERP.

Rogério Andrade Mulinari

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1978), Especialização em Clínica Médica-Nefrologia pela Universidade Federal do Paraná (1982), Mestrado em Medicina (Nefrologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1985), Doutorado em Medicina (Nefrologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1986) e Pós-Doutorado pela Boston University (1988). Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

Sirlei Favero Cetolin

Graduada em Serviço Social pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (1999). Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí (2002). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Assistente Social da 10ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina . Professor Titular no Curso de Serviço Social da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC.

Thatiana Regina Favaro

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (1999). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2006). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – FIOCRUZ.

Vanessa Murta Rezende

Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1997) e Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pelo CICT/FIOCRUZ (2005) e Saúde Coletiva pela ABO/MG (2000). Atualmente é Coordenadora do Projeto SIS FRONTEIRAS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

PREFÁCIO

Este livro é um dos componentes do **Projeto Cidadania e Saúde no Contexto das Fronteiras**, proposto ao Ministério da Saúde pela Dra Maria de Lourdes de Souza, Coordenadora da Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem (Repensul) – UFSC. O projeto resultou no convênio número 5435-2004 Ministério da Saúde/Fundação Boiteux-UFSC.

Uma das finalidades deste livro é contribuir para a compreensão da saúde na fronteira como estratégia para a Nação no contexto da globalização.

O livro foi organizado em cinco partes, sendo as quatro primeiras de natureza teórica. A primeira sobre **Globalização e Política** inclui conteúdos sobre: a Concepção política da globalização; Globalização e os aspectos econômicos; Reflelxões teóricas sobre comportamentos de cidadania organizacional em modelos comparados de gestão burocrática e gestão flexível; Comportamentos da cidadania organizacional. A segunda sobre **Globalização e a Cidadania Sul Americana** aborda: Identidade Sul Americana; Integração regional da saúde na América do Sul: desafios e prioridades; Relações culturais e desafios éticos da saúde no mundo globalizado; A religião e a mobilidade social no Mercosul. A terceira sobre **Sociedade Organizada e os Espaços Transfronteiras** inclui: Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras; A política de saúde e o espaço de participação da sociedade civil através dos conselhos paritários; O direito sanitário no contexto das fronteiras. A quarta parte trata da **Saúde como bem coletivo e as políticas de governo** e inclui: Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira; A saúde nas fronteiras: uma proposta de bem estar e desenvolvimento.

A quinta parte que trata **Do Ideário à vivencia de práticas no contexto das fronteiras**, inclui registros sobre: O SIS-Fronteira; Caracterização dos municípios e de seus sistemas locais de saúde na região de fronteira do Paraná; O projeto SIS Fronteiras no Estado de Mato Grosso do Sul.

Assim, o Ministério da Saúde por meio de um Projeto oferece para os profissionais da saúde, gestores da saúde e de educação, trabalhadores da área da saúde, estudantes da área da saúde, assim como a profissionais do direito, da sociologia, economia, administração dentre outros, suporte teórico para compreensão da importância do tema – *A saúde e a inclusão social nas fronteiras.* Apresenta também, parte da história do **Projeto SIS Fronteira** com a narrativa de duas experiências, do Paraná e do Mato Grosso do Sul, que por sua diversidade representam contribuições para o entendimento de como a utopia é transformada em realidade.

O conteúdo do livro reflete a articulação de várias lideranças, do Brasil e de diferentes países e instituições, que trabalham na construção de uma cultura de cooperação no contexto global. Os capítulos foram escritos por pesquisadores de vários países e também por profissionais que atuam na área da saúde em cooperação com o Ministério da Saúde do Brasil. Portanto, o conteúdo e forma de cada texto é de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Dra Maria de Lourdes de Souza

CAPÍTULO

I

GLOBALIZAÇÃO E POLÍTICA

Concepção política da globalização
Alex Fiúza de Mello

Globalização e os aspectos econômicos
Nildo Domingos Ouriques

Reflexões teóricas sobre comportamentos de cidadania organizacional em modelos comparados de gestão burocrática e gestão flexível.
João Benjamim da Cruz Júnior
Dirceu Luís Bassi

1.1 Concepção política da globalização

Alex Fiuza de Mello

Numa leitura atenta da história do capitalismo, pode-se constatar que para cada fase ou etapa delineada de seu desenvolvimento, a cada novo grande ciclo de acumulação (com suas formas e mecanismos característicos de processualidade), para cada novo surto de expansão e reconfiguração de suas articulações mundiais de ordenamento, correspondeu à formulação de conceitos próprios e singularizantes, destinados a conferir inteligência e destaque às manifestações mais específicas e típicas de cada contexto histórico referido. Assim como a longa fase de desenvolvimento do capitalismo comercial (séculos XVI a XIX), voltada para a criação de um mercado mundial e costurada pela dinâmica das trocas desiguais entre metrópoles e colônias, levou à consagração dos conceitos de mercantilismo e de colonialismo, da mesma forma emerge, na virada do século XIX para o XX, aquele de imperialismo, sinalizando o advento de uma nova e diferenciada fase de expansão capitalista, distinta da anterior. Desde então, ganha centralidade o movimento de exportação de capitais produtivos das metrópoles para áreas coloniais, num processo de internacionalização crescente das bases industriais de grande escala que, sob os auspícios e proteção da intervenção estatal (das grandes potências), respondia às necessidades de dominação direta, pelos conglomerados monopolistas, dos mercados de trabalho e de matérias-primas em todo o mundo. Tanto num caso, como no outro, os conceitos definem e demarcam tempos diferenciados, formas singulares e ritmos (acelerações) específicas de manifestação do processo histórico de constituição da sociedade mundial burguesa, dotando-o, assim, de plausível inteligibilidade.

O conceito de globalismo veio se conformando somente na fase mais recente de desenvolvimento do capitalismo (particularmente nas duas últimas décadas do século XX), associado (como idéia) à hipótese da emergência de um novo patamar de ordenamento da vida social, institucionalmente articulado em plano supra-nacional, em que o centro das atenções se volta para a constituição de uma realidade (relações, processos e estruturas) não mais simplesmente determinada (como no passado) através da expansão e/ou difusão horizontal/centrífuga de ações econômicas, políticas e culturais entre nações (sob impulso e primazia daquelas hegemônicas) – internacionalização – (NICOLAS, 1994, p. 90),[1] mas configurada por meio de uma dinâmica progressivamente transversal/centrípeta de efetividade societal, plasmada em plano concretamente trans-nacional (global) de materialidade.

Não obstante produto cumulativo de múltiplos processos sociais, econômicos, políticos e culturais, por vezes em germinação desde o nascimento da civilização do capital, por vezes deflagrados com o colonialismo e/ou o imperialismo (IANNI, 1996, p. 236-7; ORTIZ, 1997, p. 13), o fato é que a era do globalismo – assim denominada – vai se revelando aos poucos, seja à observação, seja ao pensamento, assim como assumindo contornos mais nítidos a partir do final da II Guerra Mundial, quando, então, ocorre o fabuloso surto de desenvolvimento econômico que ficou conhecido sob a alcunha de "Anos Dourados" (Golden Years). Foi este novo ciclo de expansão da produção e do mercado "que criou, pela primeira vez na história [consolidando um processo já anteriormente em andamento], uma singular, crescentemente integrada e universal economia mundial, operando amplamente por sobre as fronteiras dos Estados ('transnacionalidade') e, portanto, também cada vez mais para além das fronteiras da ideologia estatal" (HOBSBAWM, 1994, p. 9-10).[2]

É nesse período, em realidade, que emergem manifestações mais evidentes e impetuosas dos novos padrões societários, configurados em escala propriamente trans-nacional, demarcando um novo e

1 Daniel Nicolas, em linha semelhante de raciocínio, concebe o conceito de "internacionalização" como uma "expansão que parte de um centro de poder, difunde-se, polariza o espaço circundante e busca adequá-lo à sua própria lógica espaço-temporal".

2 Aqui, a expressão "ideologia estatal" deve ser compreendida como ideologia do Estado *nacional*, visto que, logo a seguir, Eric Hobsbawm especifica o sentido da colocação: "As próprias unidades básicas da política, a territorial, a soberania e os 'Estados-nação' independentes, incluídos os mais antigos e estáveis, encontram-se sugados pelas forças de uma economia supranacional ou transnacional" (HOBSBAWM, 1994, p. 10).

inédito patamar de institucionalidade: corporações empresariais transnacionais,[3] federações interestatais (como a Organização do Tratado Atlântico Norte/OTAN e a Organização das Nações Unidas/ONU), blocos regionais de mercado comum (inicialmente o Mercado Comum Europeu/MCE e, mais recentemente, o Tratado de Livre Comércio da América do Norte/NAFTA, a Comunidade de Estados Independentes/CEI, a Associação das Nações do Sudoeste Asiático/ASEAN, o Mercado Comum do Sul/MERCOSUL), organismos mundiais de política econômica (como o Fundo Monetário Internacional/FMI, o Banco Mundial/ BIRD e a Organização Mundial do Comércio/OMC, antigo Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio/ GATT)(TANZER, 1995), padrões tecnológicos globais de produção, redes intercontinentais de comunicação (com transmissões diretas via satélite), assim como todas as demais possibilidades abertas com a universalização da revolução informática (SCHAFF, 1995; LOJKINE, 1995).

O qualificativo *"global"*,[4] contudo, já estava formulado pelo menos desde a década de 1960, com a publicação de *A Aldeia Global* (*The Global Village*), de McLuhan (1962; MCLUHAN; POWERS, 1989). Não obstante, será nos anos 1980 que o conceito alcançará uma maior afirmação dentro da Academia, como nas escolas americanas de administração de empresas, de Universidades de ponta (*business management schools*), tais como Harvard, Stanford e Columbia, ganhando em seguida popularidade através da veiculação de artigos de consultoria em estratégias de marketing e por meio da imprensa anglo-saxã voltada para matérias econômicas e financeiras. Desde então, o termo invade todo o discurso econômico e político em todo o mundo – capitaneado, sobretudo, pela perspectiva do neoliberalismo –, cotidianizando sua instrumentação (CHESNAIS, 1996, p. 23). Expressões tais como "mundo sem fronteiras", "empresas sem nacionalidade", "tecno-globalismo" – ou "aldeia global", "fábrica global", "sistema-mundo", "economia-mundo", e tantas outras *metáforas* que ajudam a taquigrafar os novos significados da realidade em mutação e a avançar desafios teórico-metodológicos de enfrentamento de sua inteligibilidade –, foram ganhando, cada vez mais, espaço no imaginário internacional, e chamando a atenção da sociedade mundial para fenômenos e ocorrências que, embora já viessem se processando há décadas (ou mesmo há séculos), neste novo contexto histórico, certamente, assumiram maior *concretude* e *visibilidade*.

Sob a avalanche dos novos acontecimentos e o impacto das transformações em cena, passam então a multiplicar-se as perspectivas de abordagem dessa surpreendente *aceleração contemporânea (*SANTOS, 1993, p. 15)[5] (ou do novo *mapa-mundi*), com significativas variações de enfoque e/ou de angularidade no tratamento do tema, segundo referenciais de análise os mais diversos. Robertson (1994, p. 8), por exemplo, referindo-se mais especificamente à dimensão da percepção humana vinculada ao seu próprio contexto histórico de imersão, atribui basicamente ao conceito de *"globalização"* o de uma formulação recente que é resultado de uma maior intensificação da consciência social relativamente à compreensão do mundo como um *"todo"* (enquanto unidade integrada, sociologicamente falando). Essa consciência, segundo o autor, já vinha sendo progressivamente elaborada há vários séculos, mas somente agora teria ganho uma centralidade e um desenvolvimento focal determinante, como *problema* e como *objeto especificamente delimitado de investigação teórico-científico-filosófica*.

Ampliando a reflexão, Spybey (1996, p. 9), apropriando-se do conceito giddensiano de *"modernidade reflexiva"*,[6] afere que a questão central da sociedade moderna neste final de século residiria no fato de que não haveria mais ninguém, em todo o planeta, que pudesse participar da vida social sem alguma referência a instituições globalizadas, de uma forma ou de outra; fato que, na acepção de Latouche (1992, p. 53), ressoa como sinal da emergência de uma *"meta-sociedade mundial"*, assim definida como um *"mecanismo"* de trocas (não unicamente econômicas) que, baseado na concorrência universal e impessoal entre indivíduos (e para além da mera hegemonia de Estados-nação, como a Inglaterra ou os Estados Unidos), coloca em relação todas as partes do planeta, impondo-se definitivamente, como espécie de *"força corrosiva"*, sobre todas as civilizações. Ortiz (1994, p. 16-17; 1997, p. 13-15) fala ainda de uma *"mega-sociedade"*, de um conjunto articulado de relações sociais planetárias que, enquanto totalidade *sui generis* (em termos durkheimianos), penetra e atravessa transversalmente as diversas configurações sociais existentes (grupos, classes, nações, civilizações), recriando-as (ou redefinindo-as) num outro patamar (globalmente sobredeterminado) de institucionalidade.

Sob todos os aspectos, é inegável que o fenômeno da globalização, pelos desafios postos

3 Não apenas grandes empresas individualmente consideradas, instaladas em múltiplos países e atuando inclusive contemporânea e combinadamente em setores diversos da economia mundial, como também associações transnacionais de empresas, organizadas por setores e/ou regiões, a exemplo dos "Eurogrupos" tipo Comitê de Construtores Automobilísticos do Mercado Comum - CLCA.

4 Sobre a origem do conceito "global", vd. também Mattelart (1992, p. 255-58).

5 Empresto aqui a metáfora utilizada por Santos (1993), em seu texto "A aceleração contemporânea: tempo mundo e espaço mundo".

6 Referente ao fenômeno da intensificação, no contexto da chamada "alta-modernidade", do grau e ritmo de incidência dos processos massificados de informação no comportamento cotidiano dos indivíduos e nas formas (permanentemente alteradas) de engajamento social daí resultantes (GIDDENS, 1991).

à sua inteligibilidade, institui, por certo, novos horizontes heurísticos para as ciências sociais e a filosofia, abrindo espaços para novas reflexões, hipóteses, conceitos e teorizações sobre a sociedade e a história. Como há que se considerar – conforme sugerem Giddens (1981) e Axford (1995, p. 123-45) a necessidade de abordagens "multi-dimensionais" na tentativa de deslindamento desse novo "sistema global" emergente. Não obstante – e para além de todos esses interessantes e fecundos recortes de análise –, não deve ser ofuscado o fato de que, "*na base do globalismo*, nos termos em que se apresenta no fim do século XX, anunciando o século XXI, *está o capitalismo* (grifos meus)" (IANNI, 1996, p. 236). O que significa dizer que, para além de todas as demais (e importantes) dimensões e potencialidades envolvidas na questão (ORTIZ, 1994; CHESNEAUX, 1989; MATTELART, 1992)[7] – e a despeito da observação de Axford (1995, p. 33), que nega a possibilidade de uma única lógica causal na raiz do fenômeno –, continua a ser a *acumulação do capital* (seu movimento de concentração/centralização) o *substrato básico* de todo o processo em andamento, o *vetor* de todo este novo *surto de mundialização* em curso. Assim como "a concentração e centralização fundamentam o colonialismo e o imperialismo, são [estas também e primordialmente] indispensáveis à inteligência do globalismo" (IANNI, 1996, p. 267).

Neste cenário – é preciso não perder de vista –, são as novas combinações entre os investimentos internacionais, a colaboração recíproca (para além da concorrência) e/ou a fusão (sinergia) entre grandes empresas oligopólicas, como uma maior racionalização das operações de mercado em escala mundial, os fatores que passam a exigir uma reestruturação mais radical de todo o sistema político-institucional e econômico-financeiro internacional, tendo em vista a adequação de sua formatação às necessidades de um novo e emergente ciclo de acumulação: *a centralização transnacional do capital*. Vai-se, então, progressivamente, configurando um novo patamar de institucionalidade societária, forjado a partir da liberação das "forças do mercado" dos entraves interpostos ao movimento dos negócios durante mais de meio século pela divisão imperialista clássica, e que traduz, em última instância, o próprio estágio avançado do processo de concentração/centralização do capital, hoje efetivamente globalizado. Tal fato é corolário de todo um processo que já estava em marcha desde o século XIX (e mesmo antes), como desdobramento das possibilidades abertas pela Revolução Industrial.[8]

De fato, as primeiras manifestações de organização *supra*-nacional do capital produtivo vêm logo à tona no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX (ainda que como fenômenos raros e isolados), num quadro desenhado pela hegemonia do capital financeiro e pela concorrência imperialista, quando as primeiras corporações transnacionais privadas emergem como "empresas especializadas num determinado ramo de negócios, em múltiplos territórios e jurisdições (...) minando progressivamente a centralidade do sistema interestatal como *locus* primário do poder mundial" (ARRIGHI, 1996, p. 251). Kennedy (1993, p. 47), a propósito, lembra que os bancos privados cosmopolitas de fins do Oitocentos (cujo crescimento foi favorecido pela revolução das comunicações realizada, antes, pelo telégrafo), representaram as primeiras formas (ainda que embrionárias) de articulação institucional *internacional* de interesses capitalistas. "A Casa Rotschild, por exemplo, tinha, em 1900, filiais em Frankfurt, Viena, Paris e Londres, em contato diário umas com as outras. O Lloyds de Londres segurava, antes de 1914, a maioria do transporte marítimo alemão e estava preparado para pagar indenizações por perdas mesmo no caso de uma guerra anglo-germânica. São numerosos os exemplos de [outras] empresas multinacionais [além dos bancos], como os Lever Bros (precursores da Unilever), com instalações de produção que iam da África Ocidental até a Índia; ou de grandes companhias petrolíferas que vasculhavam o mundo em busca de novos poços e levavam os produtos refinados de um mercado para o outro. Também a Ford tornou-se 'global' ao decidir fabricar automóveis e caminhões na América e na Europa".

Já nessa época, formas muito concentradas de produção e de comercialização perfilavam a organização de alguns dos setores de ponta da economia mundial, anunciando que um *higher degree of cartelisation* (centralização) já estava em curso. Além da indústria elétrica ou do petróleo, dentre outras, a de extração e tratamento de metais não-ferrosos (como o alumínio) destacava-se como uma daquelas onde o processo de concentração/centralização avançava a um ritmo verdadeiramente avassalador. Retrato de uma das mais intensas competições jamais havidas na história do desenvolvimento industrial, em poucos anos (de 1898 a 1900) assistiu o estratégico ramo produtivo de metais não-ferrosos a um repentino e vasto movimento de fusão de capitais, os Estados Unidos na cabeça. Em 1901, alguns dos grandes grupos norte-americanos, associados sob o domínio dos impérios financeiros de Carnegie, Morgan e Moore, fundavam a U.S. Steel Corporation, uma "combinação de combinações" que em pouco tempo

7 Como, por exemplo, a tese de Ortiz (1994), que sugere que, no contexto histórico em causa, existiriam processos (manifestações culturais) que, por sua condição *global* de incidência, transcenderiam não apenas grupos e nações, mas também as próprias *classes sociais*, constituindo-se, então, em fatores potencialmente fundadores de uma ordem qualitativamente diversa de sociabilidade humana.

8 "A história da economia mundial desde a Revolução Industrial - argüi Hobsbawm (1994, p. 87) - foi aquela da aceleração do progresso técnico, do contínuo, ainda que desigual crescimento econômico, e da ampliação da 'globalização', isto é, de uma divisão mundial do trabalho cada vez mais elaborada e intrincada, de uma densa rede de escoamentos e trocas que amarrou cada parte da economia mundial ao sistema global".

passaria a dominar mais de 65% de toda a capacidade produtiva instalada do setor a nível interno do país, e que, nas décadas seguintes, assumiria o controle de nada menos que a metade de toda a produção líquida mundial (ADAMS, 1982, p. 74-5). Não demorou, então, para que a Europa reagisse aos *trusts* americanos: em 1926, os industriais franceses e alemães do alumínio concretizavam, na onda de euforia da cartelização inter(multi)nacional, a fusão de suas companhias na gigantesca IRG (International Steel Cartel), poucos anos depois (1933) transformada, com a entrada dos ingleses, em IREG (International Steel Export Cartel) – fato que ampliava, ainda mais, a idéia de acordos entre grandes empresas pela instituição de um mercado transnacional horizontal cada vez mais dinâmico (BERGHAHN, 1986, p. 23-4).

A progressiva internacionalização das bases produtivas do capital industrial (financeiro), com o acirramento da concorrência entre oligopólios e o cruzamento de interesses entre grupos empresariais de diversas nações, preparava, assim, não só o terreno para novos ciclos de crise (superprodução) e de guerras imperialistas de espectro mundial, como ensaiava fusões *multi*-nacionais de empresas, fermentando, já à época, os primeiros projetos de um novo ordenamento sistêmico da economia e da política, arquitetados em plano global. Não por acaso Gramsci tematizava, em 1918, o surgimento (e significado) da proposta de criação de uma instituição denominada *Liga das Nações*, espécie de idéia precursora da ONU, e que traduzia uma das primeiras tentativas de institucionalização representativa dos interesses burgueses a nível internacional, num momento de franca reordenação do capitalismo em plano mundial, determinada pelo contexto da I Grande Guerra:

> Para a burguesia, Liga das Nações quer dizer dissoluções das relíquias políticas do feudalismo. A economia burguesa, num primeiro momento, dissolveu as pequenas nacionalidades, os pequenos grupos feudais; libertou os mercados internos de todas as peias mercantis que embaraçavam o tráfico, que impediam que a produção se transformasse e se expandisse. A economia burguesa suscitou, assim, as grandes nações modernas. Nos países anglo-saxões ultrapassou esta posição; a prática liberal criou, no interno, maravilhosas individualidades, energias seguras e aguerridas para a luta e para a concorrência, descentralizou os Estados, desburocratizou-os; a produção, não insidiada continuamente por forças não econômicas, desenvolveu-se com um respirar de amplitude mundial (grifo meu), despejou nos mercados mundiais montes de mercadoria e riqueza. Continua a operar; sente-se sufocada pela sobrevivência do protecionismo em muitos mercados europeus e do mundo (...) Neste período de vida do mundo lança a ideologia da Liga das Nações. Ela representa para a burguesia liberalista anglo-saxônica a garantia política da atividade econômica de amanhã e do ulterior desenvolvimento capitalista (grifo meu). É a tentativa para adequar a política internacional às necessidades das trocas internacionais (...) É o grande estado burguês supernacional[9] (grifo meu) que dissolveu as barreiras alfandegárias, que ampliou os mercados, que ampliou o respirar da livre concorrência e permite as grandes empresas, as grandes concentrações capitalistas internacionais. (GRAMSCI, 1977, p. 188-9)

Mas, a organização mais sólida de um sistema (econômico e político) mundial capitalista ainda tardaria um pouco até encontrar mecanismos mais adequados à sua efetiva consolidação. Os desníveis que, após a I Grande Guerra, haviam se estabelecido entre a economia norte-americana e a européia (esta atingida, sobremaneira, pelos efeitos devastadores do conflito), criavam sérias dificuldades ao funcionamento mais fluente e estável da economia internacional durante os anos 1920. Os Estados Unidos, já à época, despontavam como a nova grande potência mundial (em substituição à Inglaterra), chegando a deter, em 1929, cerca de 42% do total da produção mundial, contra apenas 28% das três principais potências industriais européias (Inglaterra, França e Alemanha) somadas. De país devedor (antes da guerra), os norte-americanos haviam se alçado à condição de principal credor internacional, assumindo, além do mais, uma certa autonomia relativamente à importação de capitais e mesmo de mercadorias de outras regiões (à exceção de matérias-primas). Suas exportações – embora internacionalmente importantes – contribuíam proporcionalmente menos à formação da renda nacional que em qualquer outra nação industrial (HOBSBAWM, 1994, p. 97-100). Tais disparidades e assimetrias causavam progressivos e cumulativos desequilíbrios nas balanças de pagamentos, sobretudo dos países europeus (onde estava concentrada, aliás, a maior soma dos investimentos americanos)[10]. o que, cedo, levou ao colapso do sistema, com o conhecido crash de Wall Steet, em 1929.

O quadro de estagnação e depressão (*Great Slump*) que marcou o interregno de 1929-1933, seguido pelos conseqüentes conflitos políticos que fermentaram o nazi-fascismo e que desagüaram em mais uma Guerra Mundial, em 1939, revelava, como nunca, de uma forma nítida e inquestionável, que o capitalismo já não podia mais organizar-se e/ou manter-se senão como um sistema efetivamente estruturado e planejado em escala global, uma vez que cada crise particular já interferia no conjunto (e vice-versa),

---

9 A tradução portuguesa manteve o termo *"supernacional"*, tal qual aparece no texto original em italiano *"il grande Stato borguese supernazionale"*, que poderia ser traduzido, também, numa linguagem mais atual, como *"supranacional"* (GRAMSCI, 1973, p. 149).

10 Segundo Wilkins (1970, p. 71), desde 1902 o volume de investimentos americanos na Europa já se mostrava bastante significativo, a ponto dos europeus falarem, à época, de uma "invasão americana". Em 1914, o investimento direto dos Estados Unidos no exterior (sendo a maior concentração na Europa) chegara a 7% do PIB, mantendo-se esta tendência ao longo dos anos 20.

ameaçando-o. Logo, como condição à estabilidade de longo prazo e de defesa contra outras crises futuras, a dinâmica capitalista do pós-guerra passava a exigir fundações menos frágeis que aquelas que haviam sustentado a economia mundial até os anos 1920/30, apresentando-se o desafio de formas mais globais de planejamento e de acordos macroeconômicos entre as potências industriais como o único caminho à salvaguarda do sistema como um todo.

O keynesianismo (com sua fórmula do Estado regulador/investidor e de Bem Estar) e o fordismo (como universalização do modelo produtivo americanista pautado na produção e consumo de massa) emergem, então, como padrões institucionais *mundiais* de estabilização sistêmica – como um *modo de regulação*, no dizer de Aglietta (1979) –, responsáveis pela ampliação das demandas efetivas que garantiriam, durante os vinte e cinco anos que se seguiram a 1945 (*Golden Years*), a acumulação capitalista a uma taxa média de crescimento econômico jamais conhecida na história. Nesse movimento, a centralização do poder financeiro internacional se torna ainda maior, passando os Estados Unidos, praticamente, a desfrutar do monopólio da liquidez mundial, em 1947 simbolizado na equivalência de suas reservas de ouro ao percentual de 70% do total disponível no planeta (ARRIGHI, 1996, p. 284).[11]

Desde então, o que passa a suceder é uma contínua e substancial reestruturação das bases institucionais do capitalismo legadas pelo imperialismo, avançando-se a criação de mecanismos *trans*-nacionais efetivos de regulação econômica e política, com os Estados Unidos na cabeça do sistema. O unimundismo da doutrina do New Deal, de Roosevelt, implicava o sentido de o planeta passar a ser concebido não mais como um conjunto de nações com interesses díspares, mas como um único sistema tendencialmente harmônico, inexplicavelmente articulado enquanto um só mercado mundial, no contexto do qual, portanto, a ajuda norte-americana à Europa Ocidental (Plano Marshall) "reativaria o crescimento econômico, estimularia o comércio transoceânico e, desse modo, ajudaria a economia americana a longo prazo" (ARRIGHI, 1996, p. 285) – uma vez que a saúde desta (como os norte-americanos haviam aprendido) dependia da saúde do todo.[12] O novo sistema monetário mundial que resultou do acordo de Bretton Woods (e que definiu o dólar como padrão universal de equivalência), nada mais fora que um reflexo desta nova percepção globalizada do sistema capitalista, onde também a "produção" do dinheiro mundial passara a ser assumida e controlada por uma rede de organizações governamentais – o FMI, o BIRD, o Sistema da Reserva Federal dos Estados Unidos – "agindo em concerto com os bancos centrais dos [diversos países] aliados" (FRIEDEN, 1987 apud ARRIGHI, 1996, p. 287) e em nome da "saúde sistêmica".

Pari passu, as grandes corporações, ao sabor desse espetacular avanço na globalização da economia e das estruturas de poder, como um punhado de "cavalos de Tróia",[13] também se expandem *trans*-nacionalmente, invadindo os mercados internos dos vários Estados-nação, mobilizando recursos externos em prol de sua própria expansão burocrática, e assumindo, com a passagem a combinações ainda mais complexas de composição do capital, uma formatação concreta e crescentemente *supra*-nacional de materialidade, com autonomia de locomoção e de gestão historicamente inéditas.[14] "Uma nova divisão internacional do trabalho começou [então] a minar a mais antiga. A firma alemã Volkswagen montou fábricas de automóveis na Argentina, Brasil, Canadá, Equador, Egito, México, Nigéria, Perú, África do Sul e Iuguslávia – como usualmente, principalmente após meados dos anos 60, as novas indústrias do Terceiro Mundo passaram a suprir não apenas seus inchados mercados locais, mas também todo o mercado mundial (...) As indústrias locais *tornavam-se parte de um processo transnacional de manufatura* (...) [onde] a linha de produção agora se movia não [mais] por meio de hangares gigantes situados num único e simples terreno, mas através do globo" (HOBSBAWM, 1994, p. 280).

Na raiz de todo esse *boom*, contudo, estava também a Guerra Fria (*the major engine of the the great global boom*) (HOBSBAWM, 1994, p. 275), que cedo encorajou os *policy-makers* americanos "a assumir uma visão mais ampla [do processo] – também motivada pelos saldos desastrosos da experiência do entre-guerras –, convencendo-os de que a ajuda o mais rápido possível em favor do crescimento de seus futuros competidores [europeus e japoneses] era politicamente urgente" (HOBSBAWM, 1994, p. 275). Como uma genial "maquinação" que fornecia um ambiente ideológico propício à aceleração das

---

11 Sobre a preeminência mundial da economia norte-americana no pós-guerra, vd. também Furtado (1987, Cap. I e II).

12 "O mundo tornou-se tão interdependente - escrevia um banqueiro de Wall Street e ex-subsecretário de Estado, Norman Davis, às vésperas do Grande Craque de 1929 - (...) [que] as unidades da economia mundial devem trabalhar juntas, ou apodrecer separadamente" (FRIEDEN, 1987 apud ARRIGHI, 1996, p. 303).

13 Empresto a.C. esta simbólica metáfora de Arrigui (1996, p. 304).

14 Arrighi (1996, p. 318) - como fica ressaltado na seguinte passagem de sua tese - mostra que nem o Estado norte-americano, centro do novo sistema internacional emergido no pós-guerra, foi capaz de controlar toda essa *autonomização* do grande capital: "a incorporação da Europa Ocidental nas redes de poder do Estado norte-americano após a Segunda Guerra Mundial, foi realizada pelo próprio governo americano. Depois que a ação governamental preparou o terreno para a transplantação lucrativa das empresas norte-americanas, estas invadiram a Europa em grande quantidade, mas seu papel na consolidação do domínio norte-americano foi apenas o de internalizar em suas próprias tecnoestruturas os componentes fundamentais do mercado e da força de trabalho europeus. Embora o governo norte-americano tentasse manter certo controle sobre essa transplantação das empresas do país para o solo europeu, sujeitando suas subsidiárias estrangeiras às leis de comércio dos Estados Unidos e tomando providências para regulamentar a saída do capital norte-americano, aquele processo adquiriu quase imediatamente uma dinâmica própria. O governo norte-americano, agindo sozinho ou mesmo em concerto com os governos europeus, não pôde controlá-lo. Pior que isso, quanto mais autônoma tornou-se essa dinâmica, mais foi solapada a centralidade de Washington na produção e regulação do dinheiro mundial".

costuras necessárias ao novo ordenamento do capitalismo mundial, logo o medo das ações revolucionárias conduziu a que a edificação da Europa Ocidental e do Japão, como a "integração" da América Latina, apresentassem-se como prioridades mais concretas e imediatas ao efeito-demonstração da viabilidade da receita de um "mundo livre", do que propriamente a recomposição do planeta por inteiro à imagem norte-americana. E não por menos a ideologia unimundista de Roosevelt é logo reciclada por Truman, que, para os propósitos perseguidos, já não mais falava de um "mundo unido", mas de *dois mundos irremediavelmente opostos entre si*: um, sob influência norte-americana e, outro, sob aquela da União Soviética (ARRIGHI, 1996, p. 286; 305).

É nesse clima de tensão política – onde "a ameaça do comunismo, ainda que mais imaginada que real, certamente acelerava a reconstrução do Ocidente sob a liderança da América (EUA) e com o dinheiro americano" (BERGHAHN, 1986, p. 72) – que se refazem as estratégias e as doutrinas do desenvolvimento, como as táticas de dominação. Diferentemente das formas diretas e assuntosas de controle político típicas da fase do imperialismo, as forças capitalistas articulam, agora, mecanismos mais "informais" de controle do mercado mundial, respondendo à avalanche dos movimentos de independência política, deflagrados com o processo de descolonização pós-45, com o "quieto" (mas eficaz) exercício do poder econômico concentrado. Com a consolidação das ramificações internacionais do capital financeiro, sob a hegemonia norte-americana e o Plano Marshall, os acordos de Bretton-Woods e a marcha ascendente da multinacionalização das bases produtivas do grande capital segundo o modelo *americanista*, puderam então os Estados Unidos (em nome da *lógica do sistema* e de sua hegemonia mundial) pressionar pela dissolução dos impérios britânicos e franceses, desistir das Filipinas (e de outras ambições *territoriais*) e forçar o exército holandês a retirar-se da Indonésia. O que agora interessava (dada a nova conjuntura histórica), não era mais tanto o "império formal" (como no passado), mas aquele *"informal"*, da dominação *econômica* – surda e inelutável (WESSELING, 1986, p. 2).

Não por acaso, é nessa época que emergem teorias como a do "imperialismo do livre mercado" (1953), dos historiadores britânicos Gallagher e Robinson (1953), colocando em discussão o sentido do próprio conceito de imperialismo (seu sentido clássico) face aos desdobramentos dos novos acontecimentos. A nova realidade impunha novas questões: "Continua o imperialismo em diferentes formas ou teve seu caráter essencialmente alterado? Estão as potências imperiais continuando a exercer sua influência num sentido ou noutro – informalmente mais que formalmente (...)? Apoiar-se-iam [os novos mecanismos de dominação] nas tradições imperialistas? (...) Se o controle político é apenas uma forma de imperialismo – dentre outras –, a perda e a recuperação da independência política, ao menos do ponto de vista dos povos colonizados, conferir-lhes-ia alguma diferença qualitativa em sua posição?" (WESSELING, 1986, p. 3) – todas reflexões que, fundadas na percepção das significativas mudanças então em andamento no plano da economia e da política mundiais, *colocavam em suspenso o entendimento das novas conexões entre capital (multinacional) e Estado (nacional)*. Além do mais, tratava-se de averiguar e caracterizar o que parecia ser uma outra etapa da história do capitalismo, marcada pelo aparecimento de estruturas empresariais mais complexas (as firmas multinacionais), uma nova divisão inter(trans)nacional do trabalho e o crescimento de um sistema financeiro ainda mais integrado e sem fronteiras.

Analisada com atenção, a história do século XX (e, particularmente, de sua segunda metade) apresenta-se, em termos gerais, como um movimento contínuo de reescalonamento progressivo das bases materiais do grande capital (sua progressiva centralização *trans*-nacional), cuja produção global – como demonstra o quadro abaixo –, foi adquirindo taxas e índices cada vez mais gigantescos de crescimento ao longo do período (particularmente nas décadas subseqüentes ao final da II Grande Guerra), o que exigiu, em conseqüência, transformações institucionais profundas a cada nova etapa de reestruturação da divisão internacional do trabalho e de dinamização do mercado mundial.

Ao longo do período, o fenômeno da concentração/centralização do capital vai assumindo contornos cada vez mais nítidos, vultos de maior densidade, materializando, numa escala crescentemente ampliada, as tendências de evolução já apontadas por Marx em sua teoria da Lei Geral da Acumulação Capitalista. Como nota Santos (1994, p. 74), "nas empresas, assistimos desde o pós-guerra a evolução de antigos trustes e cartéis e monopólios nacionais para a constituição das firmas multinacionais. Nestes cinqüenta anos elas se fizeram transnacionais e, na década de 80, [já tendiam] a converter-se em empresas globais (...) complexos produtivos planetários".

Não é por menos, portanto, ante todo esse cenário, que novas estratégias voltadas para uma maior mobilidade do capital transnacionalizado passam a determinar a geopolítica do mundo e a combinar uma gama de atividades *transfronteiras*, num ritmo e num grau verdadeiramente alucinantes de incidência: exportações e abastecimento no estrangeiro, investimentos diretos em regiões fora do eixo tradicional dos países centrais, alianças internacionais, novas ondas de fusões interempresariais em nível

supranacional, diversificações das operações nos planos locais de produção (com reestruturação da divisão do trabalho e especializações regionalizadas), ampliação das trocas (exportações) *intra*-corporativas[15] ... *and so on*. Todo esse processo busca agilizar a capacidade instalada de mobilização e flexibilização do grande capital produtivo mundializado, isto é, aquela de engajar-se e desengajar-se, investir e desinvestir, aglutinar e sub-contratar (*terceirização*), implantar-se e desenraizar-se, conforme os ventos favoráveis (ou não) de cada contexto e oportunidade (CHESNAIS , 1996, p. 15-28).

A fase do pós-guerra, apoiada na chamada *terceira revolução tecnológica*, marca, em contrapartida, uma reviravolta crucial na dinâmica da acumulação capitalista, na medida em que o capital completa a tarefa histórica de sua definitiva *internacionalização* (e que, na verdade, apresenta-se como *trans*-nacionalização): a *internacionalização das próprias empresas oligopólicas* (= *centralização internacional*) (CHESNAIS , 1996, cap. 10). Aqui, as companhias *multi*-nacionais se tornam a forma organizacional determinante do grande capital, num movimento de crescente e permanente *integração vertical*; combinam ramos e negócios situados em diferentes países numa única unidade produtivo-gerencial, correspondendo, o processo, a uma nova onda de desenvolvimento desigual (mas combinado) de exploração de fontes de matérias-primas, inovação tecnológica e acumulação do capital através do globo. Ao final desse movimento, tem-se uma transferência contínua da propriedade não apenas de um país para o outro, mas de grupos nacionais para aqueles gigantes transnacionalizados. Este novo patamar da centralização do capital vem acompanhado, além do mais, de um gradual desmantelamento do poder dos vários Estados nacionais e de sua substituição pelo crescimento de novas formas de *poder estatal federativo supranacional* (WALLERSTEIN, 1984; ROSECRANCE, 1986; CLAUDE JR, 1988, Cap. 5; HELD, 1989; 1995; PICCIOTTO, 1991; ROSENAU; CZEMPIEL, 1992; AXFORD, 1995). “A centralização internacional do capital pode ser entendida como uma tentativa deste em quebrar as históricas barreiras do Estado-nação (...) O desenvolvimento das companhias multinacionais e a mudança da ênfase dentro do imperialismo na direção da exportação de máquinas, equipamentos e veículos (...) deve ser visto como um resultado ‘orgânico’ do próprio desenvolvimento do capitalismo em seu estágio avançado, (...) processo que tende a privar a assim chamada burguesia ‘nacional’ de seu domínio na indústria manufatureira (...) onde a combinação de capital público, privado e estrangeiro se torna uma das mais importantes características da fase tardia do imperialismo ou do neo-colonialismo” (MANDEL, 1999, p. 342-7).

Em artigo intitulado “A Concentração Internacional de Capitais e a Supranacionalidade”, publicado em *Les Temps Modernes* (Paris, novembro de 1965) – anterior, portanto, a *O Capitalismo Tardio* –, Mandel (1965) já havia estampado essa tendência à *transnacionalização* do capital e seu controle progressivo sobre as esferas de influência dos antigos Estados-nação. Cita ele o caso da própria formação do Mercado Comum Europeu como um resultado direto da dita fase de alta centralização do capital, bem como um sinal do que viria a ocorrer em seguida (como a história comprovou) ao restante do planeta. A interpenetração crescente de capitais no seio do Mercado Comum, o aparecimento de grandes amálgamas bancários e industriais, a supranacionalidade da propriedade privada resultam, em última instância, no surgimento de *organismos estatais supranacionais*, espécie de novos representantes do capital em geral (agora) *transnacionalizado*, fato que demarca a nova fase de mundialização estrutural do sistema como um todo.

Nesse sentido, argüi von Braunmuhl (1978, p. 161-2): “Um sistema internacional não é a soma de vários Estados, mas, ao contrário, o sistema internacional *constitui-se* (grifo meu) de vários Estados-nação. O mercado mundial não é constituído por várias economias nacionais concentradas conjuntamente, mas sim é organizado na forma de várias economias nacionais como seus componentes integrais”. A reivindicação, assim, é pela *primazia metodológica da totalidade sobre as instâncias isoladas*, do que decorre que nenhuma “economia nacional”, nenhuma forma ou ação estatal, pode ser compreendida ou explicada adequadamente (pelo menos no contexto do capitalismo) senão enquanto elemento integrante (“intra”) de uma totalidade dinâmica sobredeterminante (“trans”), materializada (no caso) na figura do mercado mundial. Em conseqüência (e por outro lado), o próprio processo de internacionalização e de transnacionalização da acumulação do capital não pode ser entendido em todo o seu alcance se é pensado como se fosse um fator *externo*, atuando *sobre* os Estados-nação, “mas deve ser concebido como um *processo em efetivação dentro das economias nacionais, estas enquanto parte do mercado mundial* (grifo meu) (...) O mercado mundial é o lugar ‘no qual a produção é posta como uma totalidade envolvendo todos os seus momentos, mas dentro do qual, ao mesmo tempo, todas as contradições estão em jogo’ (*Grundrisse*); isto é, ele se torna a esfera de um contexto *global* (grifo meu) de produção e troca, no qual o capital está [permanentemente] em processo contínuo de constituição, ele próprio, real e historicamente, enquanto capital *mundial*” (grifo meu) (VON BRAUNMUHL, 1978, p. 161-2).

15 Segundo Chesnais (1996, p. 225), do total das movimentações do comércio exterior durante o ano de 1993, 65,9% couberam às firmas multinacionais, sendo que, deste montante, 33,3% operaram-se em nível interno às próprias firmas - o que coloca em questão o próprio conceito de *“exportação”* (ou, no mínimo, sua relativização) face ao novo cenário da economia mundial.

Visto por outra ótica, o movimento histórico de constituição do capital deveria, sempre, ser entendido como um processo contínuo e permanente de configuração elástica do próprio mercado mundial, de formatação de um sistema econômico e político mundial enquanto totalidade, razão porque Marx afirmava nos *Grundrisse* (MARX, 1971) que a tendência para criar o mercado mundial está dada diretamente [isto é, intrinsecamente] no próprio conceito de capital.

Historicamente falando, o fato é que – tese de Arrigui – "no princípio, as redes de acumulação do capital estavam inteiramente inseridas em redes de poder (estatal) e lhes eram subordinadas. Nessas condições, para terem sucesso na busca do lucro, era necessário que as organizações empresariais fossem Estados poderosos (...) Entretanto, à medida que as redes de acumulação se expandiram de modo a abranger todo o globo, elas se tornaram cada vez mais autônomas e dominantes em relações às redes [estatais] de poder (...) A transformação da economia capitalista mundial – passando de um sistema em que as redes de acumulação estavam inteiramente inseridas nas redes de poder e subordinadas a elas para um sistema (inverso) em que as redes de poder estão inteiramente inseridas nas redes de acumulação e subordinadas a estas –, essa transformação avançou por uma série de ciclos sistêmicos de acumulação, cada um consistindo numa fase de expansão material (DM) seguida por uma fase de expansão financeira (MD')" (ARRIGHI, 1996, p. 87-8). Com isso, deslocam-se, progressivamente, os "continentes de poder" (GIDDENS, 1987) do espaço dos Estados-nação para os "territórios" transnacionalizados das grandes firmas, que Jameson (1991) cunhou de "hiperespaço pós-moderno" – fenômeno resultante da "multinacionalização" das relações internacionais *dentro das próprias formas institucionais do capitalismo global*. Desloca-se, ademais, a *política*, com toda a sua arquitetura convencional de organização do poder e da soberania, a qual "não pode mais, doravante, ser pensada à partir da esfera nacional, [pois] o mundial se torna primordial e cessa de ser um além-da-nação (...) O Estado deixa de ser uma soberania que joga seu destino por meio de intervenções sobre uma conjuntura mundial que lhe seria relativamente exterior, [à medida que] o planetário deixa de ser internacional e exterior (...) A política nacional não passa mais que de um modo de inserção neste espaço" (ROBELIN, 1994, p. 231-2). Como conseqüência, definha-se o moderno sistema de nações territoriais enquanto *sede primária* do poder mundial e, em seu lugar, emerge uma inédita e poderosa *rede desterritorializada de acumulação do capital*, configurada em plano *transnacional (*ARRIGHI, 1896, p. 81-4).[16]

É essa (diria eu) *territorialidade flexível das necessidades da acumulação*, traduzida no movimento global e contínuo de encaixe/desencaixe do grande capital, o fator que explica toda essa centralidade do capital *financeiro* (esse formato mais *flexível* de existência do capital) no contexto da era do globalismo – a favor do que conspiram, cada vez mais, os recursos da ciência e da técnica, formatados pela razão instrumental visceralmente cúmplice de toda essa "virtualidade fluida". À contingência absoluta do espaço (físico) – em termos da lógica da acumulação –, corresponde a existência "desencaixada" do capital como *dinheiro*, com sua inerente capacidade global de metamorfose e de movimento.

A era do globalismo, mais que propriamente a era do capital financeiro, é a era dos *oligopólios transnacionais*, da aceleração *transfronteiras* do processo de concentração/centralização do capital, possibilitada: 1) pela globalização das instituições bancárias e financeiras (que têm por meta facilitar as fusões e aquisições internacionais); 2) pelo emprego de novas tecnologias (sobretudo as informacionais, aplicadas à produção industrial e às atividades de gestão e finanças) que funcionam como condição permissiva e como fator de intensificação das operações globais; 3) pela utilização de tecnologias avançadas de comunicação, que passam a duplicar a capacidade intrínseca do capital produtivo de comprometer-se, de locomover-se, de investir e desinvestir – sua propensão à rápida mobilidade, conforme interesses conjuntarais (CHESNAIS, 1996, p. 26-28; 34).

O *substrato* do globalismo é a *transnacionalização do capital*, o alto grau de concentração/centralização por este alcançado (efetivamente *mundial*) e sua decorrente capacidade de soberania planetária, cada vez mais descolada dos limites e imperativos tradicionais condicionados pelas instâncias dos poderes estatais nacionais. Note-se, contudo, que não se trata de imaginar, aqui, que nesta nova etapa do capitalismo, a figura do Estado-nação – e a decorrente política *nacional* –fique anulada *in totum*. Se bem que as organizações econômicas (e políticas) transnacionais representem, certamente, novas configurações das relações sociais de produção (e de poder) materializadas em escala global, elas ainda retém,

16 A esse respeito, Beaud (1994, p. 79-83) argüi que é a própria lógica da reprodução ampliada do capital que o torna autônomo em relação à lógica de reprodução das formações sociais concretas, ultrapassando as fronteiras dos Estados-nação. Se, de certa maneira, o Estado-nação cumpriu uma função-chave de ordenação do mundo, sobretudo nos últimos quatro séculos, hoje, definitivamente, a mundialização econômica e financeira tanto limitou as capacidades estratégicas nacionais, como enfraqueceu os Estados em suas funções tradicionais. Martelli (1994, p. 218) chega até mesmo a admitir que a nação esteja em vias de "ultrapassamento" (*dépassement*) por outros espaços mais alargados de sociabilidade, não passando, aquela, de uma "simples etapa da história humana, após outras, [e] antes de outras" - ou seja, um fenômeno *datado*. Esta questão, aliás, é aquela que também está no centro das preocupações de Habermas (1990, p. 93), quando este se refere ao desafio da construção de uma (nova) *identidade racional* para sociedades complexas, como é o caso da sociedade mundial em configuração. Dilema que se reflete na constatação de que "o espaço em que se exercia a soberania dos Estados singulares foi reduzido, ou - quase se poderia dizer - foi comprimido (...) pela organização supranacional do poder exercido pelo capital (...) [a ponto de somente 17 Estados terem um orçamento superior ao orçamento anual da General Motors]".

indiscutivelmente, um forte componente "nacional", determinado por vínculos históricos anteriores (tradições, língua, símbolos, etc.) que sobrevivem no novo contexto (AXFORD, 1995, p. 149; PORTER, 1990; REICH, 1992; HELLER; FEHER, 1988).[17] O Estado-nação, não obstante, vai reequacionado numa nova ordem de hierarquização societária – quando não, transformado em "província da sociedade global" – (IANNI, 1994), mediante: a) uma maior integração deste nos circuitos do capital com dimensões globais; b) uma ampliação das responsabilidades do Estado como um instrumento de regulação dos interesses do capital financeiro transnacional; c) uma redefinição dos princípios de operação do sistema estatal para além de sua tradicional focalização nacional; d) uma reorganização das estruturas sociais, consistente com a internacionalização de segmentos da economia doméstica (POOLEY, 1991; McMICHAEL; MYHRE, 1991; MILIBAND, PANITCH, 1992). Ou seja, no contexto da planetarização político-estratégica efetivada sob hegemonia das organizações transnacionais, os Estados nacionais – como designa Dreifuss (1997). – são transformados em meros "*pivôs* político-estratégicos", espécie de *links* locais que articulam a rede de interesses da "nova oligarquia (poliárquica) planetária", *refuncionalizados* para cumprir, primordialmente, a tarefa de garantir a estabilidade e previsibilidade político-institucional, econômica e societária – as "condições ambientais de sucesso" – para a atuação multinacional de tecnologia avançada e para o capital de risco (investimentos de grande monta) (DREIFUSS, 1997, p. 85, 172, 244, 324-5).

Na nova ordem mundial, "e contrariamente às interpretações convencionais, [os] fatores mais dinâmicos não são os governos ou representações parlamentares dos países que procuram constituir mercados comuns ou integrados. Os agentes mais atuantes e poderosos (...) são as corporações e conglomerados transnacionais (...) São organizações construídas segundo padrões variados de integração horizontal, vertical ou de conglomeração, com capacidades potencializadas para tirar vantagens dos sistemas de propriedade, de técnicas de administração, de escalas de produção e das estratégias de internalização e/ou terceirização bem planejadas e executadas. Com uma cultura organizacional inédita e superior a todas as formas de produção históricas e contemporâneas, as corporações transnacionais dispõem de poderosos recursos financeiros e humanos, têm acesso à tecnologia de ponta e conseguem operar em escalas e âmbitos transfronteiras, baseadas e apoiadas em sistemas de comunicação e computação instantâneas" (RATTNER, 1994). São elas que tecem as redes (*réseaux*) e soldam os nós (que é o manejo da simultaneidade) das novas modalidades de articulação entre espaços (produtivos, mercadológicos) mundialmente disseminados, mas sincronicamente inseridos e atados a uma mesma lógica de reprodução ampliada do valor. "Daí a possibilidade de observar que as burguesias de vários países e continentes [se é que se pode falar, a este nível, em burguesias "nacionais"] podem conviver socialmente e produzir reticularmente, porque usam os mesmos protocolos sociais e econômicos (e uma mesma linguagem)" (NICOLAS, 1994; DREIFUS, 1997).[18]

Reciclam-se, assim, as relações políticas internacionais, tornadas relações *internas* ou *variáveis dependentes* do jogo de interesses dos vários segmentos do grande capital global (ANDREFF, 1984; BINA; YAGHMAIAN, 1991). Em última instância, não é a China ou a Argentina, a Coréia ou o Brasil que (enquanto *nações*) importam, mas as vantagens que, comparativamente (no quadro do mercado mundial), possam oferecer de bons investimentos: baixos salários, infra-estrutura, terra e matérias-primas abundantes e baratas, legislação flexível, situação política e ordem institucional estável, etc. Reparte-se o mundo não mais, *tordesilhadamente*, em duas partes iguais, ou em segmentos *imperialisticamente* exclusivos; mas por *nichos de interesse transversalmente selecionados*. Numa mesma região ou país subdesenvolvido podem, então, emergir, como ilhas de riqueza, áreas de grande desenvolvimento econômico cercadas de pobreza e miséria por todos os lados. Em contrapartida, como a exclusão social (dado o desemprego estrutural) passa também a penetrar, cada vez mais, os poros das metrópoles mais desenvolvidas, e a pobreza volta a aparecer (como em séculos anteriores) nas ruas e esquinas de Londres, Paris e Nova York, decorre de todas essas transformações que (sem que se elimine as heranças do colonialismo e do imperialismo) as noções de Primeiro e Terceiro Mundos (o Segundo já implodiu) assumam – se aqui bem entendido o recorte e a matização da análise – conotação cada vez mais *desterritorializada (BIDET; TEXIER, 1994, p. 8-9; PIVEN, 1995;* PIVEN, 1995; *RATTNER, 1994)*.[19]

---

17 Axford (1995, p. 149) sugere cautela sobre inferências que apontam a diluição do papel do Estado-nação por forças regionalizantes e/ou globalizantes, visto que, no mínimo, parte da equação do processo em andamento envolveria comunidades e produtos culturais ainda formatados na circunscrição de fronteiras nacionais. Teses sobre a continuidade da importância e centralidade dos Estados-nação no contexto da nova ordem mundial podem ser mais nitidamente verificadas em trabalhos como os de Porter (1990) e Reich (1992), respectivamente. Também autores como Heller e Feher (1988) ressaltam que o Estado-nação ainda ocuparia um lugar privilegiado nas dimensões institucionais da pós-modernidade, continuamente pensada como um "sistema de Estados"; ou seja: o mundo (pós)moderno seria ainda um mundo *de* Estados.

18 Sobre as novas "poliarquias" transnacionais - expressão do próprio autor -, com suas estratégias de organização e de atuação a nível global, vd. o excelente estudo de René Dreifuss, *A Época das Perplexidades*, já citado. Trata-se, dentre outros méritos, de um minucioso trabalho de levantamento historiográfico e de mapeamento político dos vários grupos, organizações e fóruns supranacionais, hoje configurados como verdadeiros megassistemas de poder (espécie de *core power* global), os quais, personalizados em *elites orgânicas* corporativas (empresários, políticos, cientistas, gerentes) de visão e atuação *transnacional* e *transestatal*, articulam, comandam e controlam todo o processo de globalização em curso, em suas várias esferas de manifestação.

19 A propósito, reconhecem Bidet e Jacques (1994) que, ao mesmo tempo em que se remodela a geografia do poder mundial do capital, "interioriza-se a relação centro-periferia. Toda esta alienação específica que caracteriza as nações dominadas, esta privação de bem-estar, de liberdade, de democracia, de seguridade, outrora apanágio das margens distantes, realiza-se, hoje, no coração do próprio sistema, sob a forma de exclusão social daqueles a quem as forças cegas do mercado arrancam à seu lugar de origem atraindo aos centros mais avançados".

Considerada essa nova fase de desenvolvimento da acumulação capitalista – de abertura comercial, de privatizações, de desregulamentação –, resumida na chamada "onda de neoliberalismo", a nova geopolítica do grande capital produtivo-financeiro mundializado vem manifesta na remoção dos obstáculos locais (nacionais) à livre circulação do capital-dinheiro (política de câmbio global) e à mobilidade do capital produtivo, cujas relações de poder estariam deslocando, progressivamente, as instâncias primordiais de mando do patamar dos Estados-nação (como ocorrera na fase clássica do imperialismo) para níveis *supra*-nacionalizados de institucionalidade. Agências como o FMI, o BIRD, a OMC e outras tantas estruturas de gestão situadas no mesmo plano de articulação (inclusive as inter-estatais, como o Grupo dos 7), passam a representar os *loci* referenciais de coordenação do sistema global, preenchendo as funções tradicionais que, até passado recente, cabiam diretamente aos Estados-nação, e manifestando, definitivamente, a *extra-territorialidade dos capitais* e a sua *autonomização crescente face aos Estados-nação*. São os dilemas globais que se impõem à agenda de todos os partidos e regem, em todos os lugares, a ordem do dia – acima de colorações e preferência ideológicas. Como um tipo de sistema completamente inédito, construído num grau sem precedentes de complexidade (LUHMANN, 1982), a sociedade global em movimento – a dinâmica supranacional do mercado e a atuação das novas poliarquias internacionais – parece subsumir a si, como subsistemas, as antigas fronteiras territoriais de poder, redesenhando o peso e a função dos vários atores e instâncias institucionais presentes no cenário político hodierno, em nível local, nacional, regional e mundial.

Atualmente, é notório o desafio dos vários governos nacionais frente a problemas comuns que não mais decorrem, primariamente, de circunstâncias e/ou fatores de ordem local. Ainda que esses subsistam em suas particularidades (o que é óbvio), sobrepujam-se-lhes outros de natureza mundialmente sistêmica, determinando, assim, uma nova hierarquia de prioridades na esfera do jogo político. Trata-se de desafios que se configuram a partir da incidência de processos, estruturas e relações articuladas e/ou institucionalizados em plano *trans*nacional, e que, pelos efeitos instantâneos de seu impacto na cena local, transformam a dinâmica e a natureza dos vários espaços sociais, interferindo na própria arquitetura do edifício político – e das políticas públicas estatais. Sim, qualquer governo, qualquer partido ou candidato, em qualquer canto do planeta, independentemente de suas preferências e compromissos ideológicos, está fadado, hoje, a ter que enfrentar, na prática, tais dilemas *estruturais* (sistêmicos) postos na agenda política pela dinâmica (e contradições) da sociedade capitalista mundial, e a mobilizar-se em sua ação política tendo como pano-de-fundo os condicionamentos inerentes a essa nova equação dos elementos e instâncias de poder conectados em plano *inter/trans*nacional.

O contexto de crise econômica cíclica, de reestruturação produtiva (com o desemprego estrutural) e de redefinição funcional do papel do Estado, ao envolver e acionar, hoje, indistintamente, todas as sociedades nacionais, aponta para desafios que, em última instância, nada mais fazem que revelar a natureza eminentemente *global* desses principais dilemas. São fatores, além do mais, que, interrelacionados, anunciam um reordenamento do cenário mundial em todas as latitudes e longitudes, com significativas alterações no panorama do jogo político em nível interno às diversas nacionalidades. O Global se impõe sobre o Local. Muda a natureza da política.

Referências:

ADAMS, W. (Ed.). *The structure of american industry*. 6th ed. New York: Macmillan Pub. Co., c1982. 513p.

AGLIETTA, M. *Regulación y crisis del capitalismo*: la experiencia de los Estados Unidos. Trad. Juan Bueno. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1979. 344p.

ANDREFF, W. The international centralization of capital and the reordering of world capitalism. *Capital & Class.* London: Spring, n. 22, p. 58-80, 1984.

ARRIGHI, G. *O longo século XX:* dinheiro, poder e as origens do nosso tempo. Tradução: Vera Ribeiro; Cesar Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Ed. da UNESP, 1996. 393p.

AXFORD, B. *The global system*: economics, politics and culture. New York: St. Martin's Press, 1995. 250p.

BEAUD, M. À partir de l'économie mondiale: esquisse d'une analyse du système-monde. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses

Universitaires de France, ©1994. p. 79-83.

BERGHAHN, V. R. *The americanisation of west german industry*, 1945-1973. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1986. 344p.

BIDET, J.; TEXIER, J. Introduction. In. _____. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 8-9.

BINA, C.; YAGHMAIAN, B. Post-war global accumulation and the transnationalization of capital. *Capital & Class*. London: Spring, n. 43, p. 107-30, 1991.

CHESNAIS, F. A mundialização do capital. Tradução Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996. 335p.

CHESNEAUX, J. *Modernité-monde.* Paris: La Découverte, 1989. 232p.

CLAUDE Jr., I. L. *States and the global system*: politics, law, and organization. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press, 1988. 205p.

DREIFUSS, R. A. A época da perplexidade: mundialização, globalização e planetarização - novos desafios. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FURTADO, C. *Transformação e crise na economia mundial*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 289p.

GALLAGHER, J.; ROBINSON, R. The imperialism of free trade. *Economic History Review*. Cambridge, v. 6, p. 1-15, 1953.

GIDDENS, A. *A contemporary critique of historical materialism*. v. 1. Power, Property and the State. London: Macmillan, 1981.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade.* Trad. de Raul Fiker. São Paulo: Ed. UNESP, 1991.

GIDDENS, A. *The nation-state and violence:* volume 2 of a contemporary critique of historical materialism. Berkeley: California University Press, 1987.

GRAMSCI, A. *A liga das nações*, (Il Grido del Popolo, 19/1/1918). In: GRAMSCI, A. Escritos políticos. Trad. de Manuel Simões. Lisboa: Seara Nova, 1977. v. 1.

GRAMSCI, A. *Scritti politici*, v. 1 - A cura di Paolo Spriano. Roma: Editori Riuniti, 1973. p. 149.

HABERMAS, J. Para a reconstrução do materialismo histórico. 2. ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1990. 247p.

HELD, D. *Democracy and the global order*: from the modern state to cosmopolitan governance. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1995. 324p.

HELD, D. Sovereignty, national politics and the global system. In: _____. *Political theory and the modern state:* essays on state, power, and democracy. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1989. p. 214-42.

HELLER, A.; FEHÉR, F. *The postmodern political condition*. New York: Columbia University Press, c1988. 167p.

HOBSBAWM, E. J. *Age of extremes*: the short twentieth century, 1914-1991. London; New York: Michael Joseph; Viking Penguin, 1994. 627p.

IANNI, O. *A era do globalismo.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. 325p.

IANNI, O. Nação: província da sociedade global? In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 77-84.

JAMESON, F. Postmodernism, or, the cultural logic of late capitalism. Durham: Duke University Press, c1991.

KENNEDY, P. M. *Preparando para o século XXI*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 409p.

LATOUCHE, S. *L'Occidentalisation du monde:* essai sur la signification, la porteìe et les limites de l'uniformisation planeìtaire. Paris: La Découverte, 1992.

LOJKINE, J. A revolução informacional. Tradução de José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1995.

LUHMANN, N. The world society as a social system. *Int. J. General Systems, v*ol. 8. p. 131-8, 1982.

MANDEL, E. *Late capitalism*. 2nd. Ed. New York: Verso, 1999. 618 p.

MARTELLI, R. Monde, Europe, Nation: l'individu dans ces maisons communes. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 211-23.

MARX, Karl. Grundrisse der Kritik der politischen O¨konomie. English. Selections. The Grundrisse. Edited and translated by David McLellan. New York: Harper & Row, 1971. 152 p.

MATTELART, A. La communication-monde: histoire des idées et des stratégies. Paris: Découverte, 1992. 356p.

McLUHAN, M. *The Gutenberg galaxy*: the making of typographic man. Toronto: University of Toronto Press, 1962. 293 p.

McLUHAN, M.; POWERS, B. R. *The global village*: transformations in world life and media in the 21st century. New York: Oxford University Press, 1989. 220p.

McMICHAEL, P.; MYHRE, D. Global regulation vs. the nation-state: agro-food systems and the new politics of capital. *Capital & class*, London: Spring, n. 43, p. 83-106, 1991.

MILIBAND, R.; PANITCH, L. Globalization - to what end? *Monthly Review*. London, v. 43, n. 9 e 10, Feb/Mar, 1992. Parts I and II. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m1132/is_n9_v43/ai_11832054. Acesso em: 12 jan. 2006.

NICOLAS, D. H. Tempo, espaço e apropriação social do território: rumo à fragmentação na mundialização? In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 87-101.

ORTIZ, R. *Mundialização e cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994. 234 p.

ORTIZ, R. *Um outro território*: ensaios sobre a mundialização. São Paulo: Olho d'Água, 1997. 142p.

PICCIOTTO, S. The internationalisation of the state. *Capital & Class.* London, n. 43, p.43-63, 1991.

PIVEN, F. F. Is it global economics or neo-laissez-faire? *New Left Review*. London, n. 213, p. 107-14, Sep/Oct, 1995.

POOLEY, S. The state rules, ok? The continuing political economy of nation-states. *Capital & Class*. London: Spring, n. 43, p. 65-82, 1991.

PORTER, M. E. *The competitive advantage of nations*. New York: Free Press, c1990.

RATTNER, H. Globalização e projeto nacional. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 103-6.

REICH, B. R. *The work of nations*: preparing ourselves for 21st century capitalism. New York: Vintage Books, 1992. 339p.

ROBELIN, J. Les nouvelles figures mondiales de la politique. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 79-83. p. 231-2.

ROBERTSON, R. *Globalization:* social theory and global culture. Third impression. London: Sage, 1994.

ROSECRANCE, R. N. *The rise of the trading state*: commerce and conquest in the modern world. New York: Basic Books, c1986. 268p.

ROSENAU, J. N.; CZEMPIEL, E.-O. (Org.). *Governance without government*: order and change in world politics. Cambridge [England]; New York: Cambridge University Press, 1992. 311p.

SANTOS, M. A aceleração contemporânea: tempo mundo e espaço mundo. In: SANTOS, M. et al (Orgs.). *Fim de século e globalização*. São Paulo: Hucitec/ANPUR, 1993.

SANTOS, T. A Globalização reforça as particularidades. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 72-76.

SCHAFF, A. *A sociedade informática*: as conseqüências sociais da segunda revolução industrial. 4. ed. Tradução de Carlos Eduardo Jordão Machado e Luiz Arturo Obojes. São Paulo: Ed. Unesp; Brasiliense, 1995.

SPYBEY, T. *Globalization and world society.* Cambridge: Polity Press, 1996. 187p.

TANZER, M. Globalizing the economy: the influence of the International Monetary Fund and the World Bank. *Monthly Review*. London: September, v. 47, n. 4, 1995, p. 1-15.

VON BRAUNMUHL, C. On the analysis of the bourgeois nation state within the world market context: an attempt to develop a methodological and theoretical approach. In: HOLLOWAY, J.; PICCIOTTO, S. (Eds.) *State and capital*: a Marxist debate. Austin: University of Texas Press, c1978. p. 161-2.

WALLERSTEIN, I. M. *The politics of the world-economy*: the states, the movements, and the civilizations: essays. Cambridge; New York: Cambridge University Press; Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1984. 191p.

WESSELING, H. L. Imperialism and empire: an introduction. In: MOMMSEN, W. J.; OSTERHAMMEL, J. (Eds.). *Imperialism and after*: continuities and discontinuities. London; Boston: Allen & Unwin, 1986. 368p.

WILKINS, M. *The emergence of multinational enterprise*: american business abroad from the colonial era to 1914. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1970. 310p.

1.2 Globalização e os aspectos econômicos

Nildo Domingos Ouriques

Introdução

É comum entre nós brasileiros a percepção de que não pertencemos a América Latina. Em decorrência, é também freqüente no Brasil adotar uma perspectiva eurocêntrica em suas analises e, em conseqüência, pensam o futuro do país como se estivéssemos destinados historicamente a alcançar o nível de desenvolvimento e as características políticas dos países europeus ou mesmo dos Estados Unidos.

A análise da dinâmica do desenvolvimento capitalista em escala mundial realizada por importantes cientistas sociais,[1] não dissipou estas esperanças ingênuas de grande parte da inteligência brasileira e menos, ainda que por razoes distintas, à da classe política nacional. A descoberta de que o sistema mundial é historicamente organizado a partir da polaridade centro-periferia e que as alterações desta ordem só são possíveis historicamente – ou seja, para além do tempo de nossas curtas vidas e mesmo assim excepcionalmente – jamais diminuiu a força da ideologia das classes dominantes na periferia que seguem afirmando que o desenvolvimento esta à esquina ou que será possível alcança-lo rapidamente. A originalidade não é mesmo um atributo do mundo político e empresarial brasileiro, razão pela qual toda a tentativa de mimetismo institucional patrocinado pelas classes dominantes resulta em fracasso; contudo, a recorrência histórica deste fracasso não implica em análise rigorosa das responsabilidades. Diante de cada nova tentativa e novo fracasso, parece não haver outro caminho a seguir a não ser repetir, na próxima oportunidade e com mais precisão, alguma solução institucional originada nos países centrais. A sociologia estadunidense já identificou este comportamento como "fracassomania", mas esta lição do saber metropolitano foi, curiosamente, ignorada pelo país que se especializou em seguir de maneira religiosa quase tudo que os Estados Unidos preconizam para tirar o país da situação em que se encontra. Desta forma, não deixa de chamar a atenção o fato de que, quando intelectuais dos Estados Unidos oferecem uma boa pista para que nós possamos superar velhos problemas, o recado é ignorado ou simplesmente esterilizado naquilo que tem de transformador. O presidente Fernando Henrique Cardoso, por exemplo, reproduziu durante muito tempo a expressão "fracassomania" como se fosse uma espécie de apreço pelo derrotismo, significado completamente distinto daquele empregado por Hirschmann:

> O termo indica, mais do que qualquer outra coisa, o desconhecimento da bagagem de experiências herdadas do passado. É a convicção de que tudo o que foi feito se trasnformou em *fracasso*, em derrota. Neste ponto, a única coisa que se pode fazer é importar coisas do exterior, posturas, valores, sem procurar aprender da própria experiência. Alguns destes temas emergiram da discussão sobre a teoria da dependência. Acho que a falta de capacidade de aprender com a experiência do passado. *Os jovens são mandados para estudar nas universidades norte-americanas e européias e, quando retornam, acreditam saber e conhecer tudo, sem ter aprendido nada da experiência dos velhos que sempre viveram na América Latina. Visto que o que sabem aprenderam em Harvard, Princeton, Munique ou Oxford, acham que conhecem tudo, que não têm nada que aprender com os velhos.* A falta de intercâmbio entre as velhas e as novas gerações: eis uma forma de *"fracassomania"*. Em certo sentido, este é um aspecto da dependência. Usei, às vezes, para definir a figura do consultor de reformas, que trás novas idéias e novas propostas sem observar a realidade e a experiência do país para o qual as reformas estão voltadas. (HIRSCHMAN, 1997).

Esta advertência é indispensável se quisermos compreender por que consideramos que as políticas públicas adotadas em nossos países ou todas as tentativas de reformar o sistema político nacional

1 Há uma ampla bibliografia a respeito que não pode ser desconsiderada, especialmente daqueles autores que por sua inclinação critica são censurados pelo saber universitário no Brasil. Entre outros, consulte-se Sader (2000), Marini (1980), Dussel (1998), Frank (1977 e 1998).

estão sempre repetindo aquilo que muitos consideram "erros", mas que, não obstante, são sempre "erros" que reforçam a ordem social que caracteriza nosso subdesenvolvimento. Sem medo de errar, afirmo que todos estes desastres produzidos pelo Estado são erros funcionais a ordem estabelecida que no essencial, reproduzem de maneira ampliada a dependência do país e prolongam de maneira cruel o subdesenvolvimento. E a falta de compreensão de que a dependência e o subdesenvolvimento que caracterizam o capitalismo brasileiro é um produto da acumulação em escala global que não pode ser superado dentro da ordem atual, mas apenas reproduzido por ela, faz com que uma ideologia como a da globalização seja respeitada entre nós como se fosse uma verdade cientifica somente equiparada ao que representou a descoberta do átomo para o desenvolvimento da física.

Por isso, indicarei a seguir quatro transformações do capitalismo contemporâneo na América Latina que são indispensáveis para entender o comportamento das elites da região e as opções por elas tomadas no período recente. Elas não são exaustivas, mas certamente representam condicionamentos (ou seriam determinantes?) importantes para as opções políticas que os povos terão que tomar no período atual para superar o subdesenvolvimento e a dependência que marcam sua evolução histórica. Os fenômenos indicados tampouco são novos, mas nem por isso são menos importantes. Na verdade, são fenômenos recorrentes na história da economia mundial e na organização do sistema inter-estatal que a sustenta. Talvez o único mérito de nosso ensaio consista precisamente nisso: recordar algumas regras que são mantidas a ferro e fogo pelas potencias dominantes em um planeta que ainda esta muito longe de estabelecer algo parecido com o que poderíamos denominar sem temor algum de sociedade humana.

O regionalismo como forca motriz das nações hegemônicas

Há dois movimentos articulados que dão vida a economia mundial que embora apareçam como contraditórios na verdade só existem juntos. O primeiro é o fortalecimento dos estados nacionais dos países centrais que reforçaram seu poderia econômico, político, militar, diplomático e cultural sobre a periferia capitalista. Este fenômeno recebeu o nome de "globalização" e tal denominação foi particularmente útil para as classes dominantes das nações periféricas que sofreram com o reforço do estado-nação dos países centrais. As "teorias" sobre a "globalização" foram úteis porque em grande parte delas, o núcleo duro das formulações dispensava as classes dominantes da periferia de responsabilidades sobre o pesado fardo que recaiu sobre as classes subalternas, com as conhecidas perdas de direitos e conquistas sociais que foram gradualmente sendo suprimidas na medida em que a lei do valor se afirmava sem mediações estatais que na etapa anterior de alguma forma e sempre de maneira parcial lhes protegiam contra a voracidade do capital agora sem obstáculos. A astúcia da operação foi tal que, em muitas versões destas "teorias", o funcionamento do mundo nos foi apresentado como se também os empresários, banqueiros e proprietários de terra fossem verdadeiras vítimas do processo de acumulação de capital e não sócios menores do botim. Contudo, agora que a "globalização" esta funcionando a pleno vapor, é óbvio para qualquer aprendiz de relações internacionais que os estados metropolitanos estão ainda mais fortes e com maior capacidade de atuação do que na etapa anterior, marcada pelo keynesianismo.

O segundo movimento, é que os países centrais que reforçaram seu estado-nação lançaram mão da estratégia regional para ganhar musculatura na luta competitiva em escala global. Por esta razão é que a Alemanha apostou todas suas fichas na constituição da Comunidade Econômica Européia. É em função desta disputa que os Estados Unidos assinaram ainda em 1994 o TLC com o Canadá e o México e não deixaram de assinar acordos de "livre-comércio" com outras nações latino-americanas, entre as quais o recente CAFTA com vários países da América Central. E é finalmente pelas mesmas razões que o Japão tenta manter um forte influencia regional na Ásia com mecanismos semelhantes e associações estratégicas que inclui muitas vezes a própria China com a qual também mantém importantes rivalidades. Assim, observamos que o reforço da nação é um subproduto deste ativismo regional sem o qual nada seria possível, muito menos as pretensões hegemônicas. Desta forma, as nações com pretensões à hegemonia tratam de reforçar seu poderio na exata medida em que ganham força regional assegurando recursos políticos, econômicos, militares, culturais, científicos e diplomáticos em grande escala. Enfim, o velha dinâmica regional – que aqui denominamos regionalismo – seguiu exercendo o protagonismo da história como demonstram os grandes historiadores da economia mundial (WALLERSTEIN, 1979, 1984, 1998; Arrighi, 1996). [2]

2 A leitura obrigatória para entender a força do regionalismo pode ser vista entre outros em Wallerstein (1979, 1984, 1998). Ver também Arrighi (1996).

Neste contexto, não deixa de aparecer como uma imensa curiosidade o fato de que a integração latino-americana apareça para muitos cientistas sociais e formuladores da política social em nossos países como uma idéia anacrônica ou mesmo sem sentido prático para o Brasil. Enquanto a integração européia é um sinônimo de modernidade e de força dos países europeus em sua luta pela hegemonia global, a integração latino-americana é vista por grande parte de nossos intelectuais como uma tentativa "populista" carente de sentido histórico e funções construtivas em um mundo ultra-competitivo e hostil para os países periféricos. Mesmo entre aqueles que reconhecem a integração latino-americana como positiva, limitam o potencial transformador do regionalismo ao considerar o Mercosul como o horizonte da integração necessária. Estes esquecem que um conjunto de problemas – e especialmente de alternativas – somente pode ser resolvido quando consideramos uma integração latino-americana em sua dimensão continental. Neste contexto, a Alternativa Bolivariana para a América (ALBA) lançada pelo presidente da Venezuela Hugo Chávez representa a única alternativa possível para os estados periféricos da América Latina. A legitimidade do presidente venezuelano e sua rápida conversão em um grande líder da região, não derivam do potencial petroleiro da Venezuela e a alta mundial das matérias primas energéticas que lhe concedeu possibilidade de manobra no terreno financeiro, mas, sobretudo de sua capacidade para recuperar o horizonte político da integração latino-americana como uma exigência e um suposto para a superação dos problemas estruturais da região. Neste sentido o bolivarianismo é, historicamente, a única oposição viável ao expansionismo estadunidense, ou seja, a Doutrina Monroe, através da qual os Estados Unidos pretendem controlar a América Latina em nome da "democracia e dos mercados livres" que supõem todos os países "civilizados" devem defender. Este novo bolivarianismo não esta ainda plenamente conformado e para converter-se em força motriz da historia necessitará o concurso da maioria dos estados nacionais da região e de grande apoio popular. A modernização capitalista impulsionada desde que Ronald Reagan chegou a Casa Branca em janeiro de 1981 não tinha outro objetivo do que consolidar aquela máxima popular segundo a qual "a América para os americanos" é algo equivalente a uma lei natural. Foi o próprio secretario de estado Robert Lansing quem explicou ao presidente Wilson dos Estados Unidos o significado da Doutrina:

> E sua defesa da Doutrina Monroe, os Estados Unidos contemplam seus próprios interesses. A integridade de outras nações americanas é incidental, não um fim em si mesmo. Embora isso possa parecer puro egoísmo, o autor da Doutrina não teve motivo mais nobre ou generoso em sua declaração. (CHOMSKY, 2004, p. 24).

Em sua curta e intensa vida, foi o próprio Simon Bolívar quem alertou os latino-americanos para as ameaças derivadas do expansionismo estadunidense ao afirmar ao cônsul inglês Campbell em 1829 que "...los Estados Unidos, que parecem destinados por la Providencia para plagar la América de misérias a nombre de la libertad..." jamais deixaria de exercer sua influência sobre a região. Após o intenso processo de modernização capitalista que diminuiu a soberania dos países latino-americanos e aumentou consideravelmente a crise social na região, o ressurgimento do bolivarianismo antes que uma surpresa ou exotismo político deveria ser entendido como o que realmente é: uma resposta dos povos desta região as pretensões hegemônicas dos Estados Unidos e um passo no sentido de uma Segunda Emancipação tão necessária quanto os processos de independência concluídos por volta de 1825.

A imigração da força de trabalho sangra a América Latina

As migrações da força de trabalho constituem fenômeno mundial e não representam algo novo na economia mundial. A história universal esta repleta de ondas migratórias que ajudaram a conformar impérios e hegemonias regionais ou globais e mesmo na curta história do capitalismo identificamos casos clássicos do processo como, por exemplo, a imigração irlandesa para a Inglaterra que representou condição necessária para a acumulação de capital na primeira potencia capitalista global que temos conhecimento. Contudo, a magnitude da imigração recente da América Latina chama a atenção porque entre todos os continentes é no nosso onde ela é mais intensa, superando a Ásia e a África nas taxas de crescimento. Uma maneira de mistificar o problema é a afirmação recorrente de que a falta de crescimento econômico é a responsável pela ocorrência desta diáspora que afeta todos os países latino-americanos. Ainda que de ampla aceitação, este argumento esquece algo fundamental no funcionamento de uma formação social na periferia capitalista: estas economias latino-americanas são precocemente monopolizadas.

Este dado elementar indica que se por um lado não podem utilizar técnicas intensivas em mão de obra – porque atrasariam ainda mais a difusão do progresso técnico – por outro a transnacionalização a

que foram historicamente submetidas foi particularmente intensa no último período – especialmente após 1982 quando a onda modernizante (neoliberalismo) dominou o cenário da região – implicou na importação de equipamentos que substituem com grande velocidade parte considerável da força de trabalho empregada. Neste contexto, é preciso considerar que não somente o desemprego será estruturalmente elevado, senão que uma parte considerável da força de trabalho esta submetida à dinâmica de acumulação global sem os anteparos tradicionais de uma economia regulada nacionalmente.

O fenômeno indica que para o *estado nacional na periferia*, uma parte importante de sua força de trabalho deixa de ser útil e passa a ser simplesmente um estorvo. As imigrações renderam algo fundamental neste cenário: o envio das remessas dos imigrantes constitui fonte importante de divisas para fechar o balanço de pagamentos e, do ponto de vista social, representam o programa mais importante e consistente para milhões de famílias na América Latina. Ainda que muitos ministérios da saúde no continente não considerem, a verdade é que as remessas dos imigrantes garantem a reprodução social de milhões de habitantes tanto em países pequenos como El Salvador, República Dominicana e Equador quanto em grandes como México e o Brasil. Este último já é o segundo país receptor de somas consideráveis que são utilizadas pela elite brasileira com apurado sentido de classe, pois garante moradia, alimento, vestuário, educação e saúde para considerável parte de nossa população. Enfim, a crise social poderia ser ainda pior não fosse pela recepção destes dólares que garantem renda mínima para milhões de lares em todo o país. Um órgão tão importante como o BID já afirmou que as remessas dos imigrantes constituem o único programa social realmente consistente para as classes populares porque chegam diretamente às famílias de baixa renda, em montante crescente e com perspectivas de crescimento para os próximos anos. Com efeito, se considerarmos os dados disponíveis, verificaremos que desde 1980 as cifras não param de crescer. Naquele ano, a região latino-americana recebeu apenas 1,9 bilhões de dólares por conceito de remessas; em 1990 a cifra alcançou 12,8 bilhões e em 2000, chegou a 19,2 bilhões. Mas em 2002 já estava na casa dos 35 bilhões e dados recentes indicam que quase tocaram no patamar dos 50 bilhões de dólares (SOLIMANO, 2003). Neste sentido, é trágico constatar que as remessas já possuem quase a mesma importância do investimento estrangeiro direto para fechar o balanço de pagamento dos países latino-americanos e caribenhos. Igualmente fácil de constatar a coincidência entre o processo de modernização capitalista iniciado em 1982 e a expulsão da força de trabalho, pois o ritmo de crescimento das remessas guarda estreita relação entre a aplicação do programa e o recebimento destas quantias indispensáveis para a elite da região amenizar a crise social e garantir certa folga no balanço de pagamentos.

É claro que esta imigração massiva lesa os países latino-americanos de maneira muito séria porque os estudos revelam que a região perde um grande potencial intelectual que não passa despercebido pelas universidades e empresas dos países centrais. Os hospitais nos Estados Unidos, por exemplo, não funcionam sem esta força de trabalho da mesma maneira que as grandes empresas de computação e de alta tecnologia não podem acumular bilhões sem o concurso destes trabalhadores que se transformaram em vitais para o processo de acumulação de capitais. Na mesma medida em que seguem extraindo o excedente econômico por múltiplas vias – pagamento de royalts, juros, remessa de lucros, sub e superfaturamento, etc. – o sistema global ainda toma a força de trabalho qualificada produzida pelos países latino-americanos e entregue gratuitamente para os países centrais. Os estudos da Fundação Nacional de Ciências dos Estados Unidos classificaram o fenômeno de *brain drain*, ou seja, a fuga de cérebros que afeta a todos os países da periferia capitalista mas é particularmente letal para os pequenos países que proporcionalmente necessitam mais que qualquer outro o concurso de qualificação da força de trabalho.

Esta seguirá sendo uma característica importante do desenvolvimento capitalista em escala mundial, ou seja, cada dia com mais intensidade o sistema liberaliza na exata medida dos interesses das transnacionais e dos estados metropolitanos a comercialização e produção dos bens e serviços por um lado, enquanto controla o fluxo da força de trabalho por outro. É evidente que neste contexto as "maravilhas do mundo globalizado" não chegarão jamais para as classes subalternas. Estas empresas – na verdade, megaempresas – são consórcios mundiais com raízes nacionais, bem plantadas nos principais centros do capitalismo mundial. O contraste entre as transformações que ocorrem nos países centrais e aquelas verificadas nos países dependentes é terrível, razão pela qual é preocupante que o fenômeno parece não chamar a atenção do pensamento colonizado que segue salientando as "vantagens" do mundo globalizado como se o fenômeno da mundialização fosse algo novo e representasse um mundo de oportunidades para os países periféricos.

Neste sentido, as fáceis oposições que freqüentam o discurso político ou mesmo algumas formulações com intenções teóricas (privado versus público, abertura versus protecionismo, etc) possuem cer-

ta eficácia retórica, mas são incapazes de entender a natureza do sistema atual. Os países centrais lançam mão tanto do protecionismo quanto da abertura segundo suas conveniências e não alimentam ilusão alguma sobre as bondades do livre-comércio. Afinal, foi o próprio Adam Smith quem afirmou no longínquo 1776 que "esperar que a Grã Bretanha estabeleça a liberdade de comércio é equivalente a prometer uma Utopia. Opõem-se a ele, de maneira irresistível, não somente os preconceitos do público, mas os interesses privados de muitos indivíduos" (SMITH, 1990, p. 415); é obvio que todos os países centrais aprenderam rapidamente a lição inglesa enquanto a maioria dos economistas nos países periféricos segue apresentando Adam Smith como o defensor das maravilhas de uma suposta "mão invisível do mercado" que jamais preconizou. No entanto, esta subversão da história e da própria perspectiva do escocês Smith é conveniente para os interesses das classes dominantes na periferia capitalista que necessitam de uma "teoria" que conserve seus interesses intocáveis e a mantenha a plebe longe dos assuntos e especialmente das decisões públicas.

Neste contexto é que a sociologia dominante, da mesma forma que distintas teorias de relações internacionais afirmam falsamente que o capitalismo contemporâneo se caracteriza por menor grau de regulação estatal. É evidente que em muitos aspectos o capital possui maior grau de liberdade tanto nos países centrais quanto nos periféricos, mas em nenhum momento podemos supor que para tal o estado perdeu força ou as fronteiras nacionais estão em vias de desaparecimento. A cena no capitalismo contemporâneo pode ainda nos reservar muitas surpresas, menos o fim do estado como muitos cientistas sociais afirmam. Como indicou acertadamente Joachim Hirsch.[3]

> A pesar de todo, el Estado nacional no desaparece, y la idea de su superación debe mostrarse tanto más como una ilusión cuanto más globales sean las dimensiones que el capitalismo asume: la forma estatal-nacional de la política sigue siendo un componente fundamental de la relación capitalista, de la competencia y de la regulación de las relaciones de clase y de explotación. La globalización del capitalismo descansa precisamente sobre el gran número de estados nacionales competidores y sobre las desigualdades que a partir de ello se constituyen (en ámbitos) como los salarios, las infraestructuras, la legislación ambiental, etcétera. Las empresas multinacionales que aparentemente hacen saltar el sistema estatal-nacional, operan en realidad precisamente sobre esta base. Globalización no significa entonces que las fronteras nacionales caigan en todo el mundo, sino que ellas adquieren un significado novedoso. (HIRSCH, 2000).

Nasce, portanto, o "estado nacional de concorrência", conceito do próprio Hirsch que indica um aprofundamento do caráter de classe do estado nacional em favor das classes dominantes nos países centrais que logo encontrará na periferia capitalista seu similar sob comando de uma burguesia que, para manter posições diante do cenário internacional adverso, não vacilará em lançar mão de variados mecanismos de exploração da força de trabalho e de um amplo processo de desnacionalização das riquezas estratégicas que ninguém, nos países metropolitanos, se atreveria a defender.

O endividamento estatal interno e sua relação com a divida externa

Outra transformação do capitalismo contemporâneo na América Latina é o super endividamento do estado latino-americano. Ao tradicional endividamento público e privado externo, a partir do final da década de oitenta surgiu a tendência de superendividamento da dívida pública interna em moeda nacional, mas ancorada em mecanismos de proteção diante de eventuais desvalorizações que comprometem radicalmente a autonomia nacional. Não podemos discorrer exaustivamente aqui sobre as razões pelas quais o processo se originou, mas é necessário dizer algo a seu respeito e especialmente medir suas conseqüências. A razão fundamental foram os chamados processos de estabilização ou as estratégias de controle inflacionário que ganharam força nas duas últimas décadas. Argüindo que a inflação era o pior inimigo do homem, as classes dominantes lograram a aceitação das maiorias para estratégias de controle do mal que as empobreceram ainda mais, pois se o poder de compra da moeda afeta as classes subalternas – especialmente aqueles setores que não possuem indexação – o desemprego massivo e as altas taxas de juros utilizadas como instrumento decisivo nas estratégias anti-inflacionarias afetam mais duramente ainda estes mesmos setores. Na exata medida em que o estado controlou a inflação por um lado, a dívida interna se multiplicou por outra. O governo de Fernando Henrique Cardoso saiu de 64 bilhões de reais em 1994 para chegar a 700 bilhões oito anos mais tarde. O governo de Luis Inácio Lula da Silva duplicou esta cifra no primeiro mandato e aprofunda o endividamento ainda mais no segundo período presidencial.

---

3 Para todo aquele que julgue o diganóstico de Hirsch típico do enfoque marxista ortodoxo, seria oportuno levar em consideração a posição de Habermas (2003), um entusiasta da integração européia e para quem "o Estado nacional é, foi e será, durante muito tempo, o principal ator político. Nem será possível elimina-lo tão cedo".

As conseqüências deste super-endividamento estatal são claras: a) uma minoria privilegiada controla todas as decisões estratégicas do estado na medida em que controla a dívida pública; b) o estado latino-americano esta impedido de praticar uma política social de alcance e com capacidade de regenerar amplos setores sociais afetados pela dinâmica global; c) os profissionais que atuam na área social se acostumaram com a pedagogia das migalhas e perderam completamente a noção de riqueza quando discutem os orçamentos dos ministérios da área social. A primeira conseqüência faz com que empresários, banqueiros, latifundiários e exportadores, associados aos trabalhadores que participam de fundos de pensão, ganhem com os títulos da dívida pública, acumulando milhões, participando de um rentismo que somente pode ser garantido enquanto o critério da "austeridade fiscal" – leia-se diminuição dos investimentos nas áreas sociais – é aplicado a toda a população. A segunda conseqüência impede o estado latino-americano de praticar política social com alcance suficiente para fazer frente a miséria que caracteriza estes países. A CEPAL demonstra que com pequenas variações o quadro da miséria estrutural se mantém inalterado para a grande maioria de países, o Brasil entre estes. A terceira conseqüência indicada criou nos profissionais da área social um comportamento marcado pela disciplina contábil que consagrou migalhas para sua atuação. Estes profissionais admitem – não obstante toda evidência em contrario – que os recursos são mesmo escassos a despeito da orientação ideológica de distintos governos. Eles não consideram que os recursos escassos para a área social são produtos de uma opção política do governo e do pacto de classe que domina o estado. Com muita freqüência, a comparação na área social como de resto em qualquer área, ocorre entre as medidas do um determinado governo que esta em função e de seu predecessor, e jamais entre as necessidades da população e os minguados recursos destinados aos programas criados para atendê-las.

Por último, a grande imprensa repete todos os dias que a dívida externa deixou de ser problema para os países latino-americanos. Uma demonstração cabal deste fato considerado uma verdade irrefutável para muitos jornalistas é que vários governos não somente não renovaram seus acordos com o Fundo Monetário Internacional – que preconiza o religioso pagamento das obrigações derivadas da dívida externa – como inclusive anteciparam o pagamento de dívidas contraídas junto a bancos e organismos internacionais como o fizeram o Brasil e a Argentina recentemente. Estes otimistas esquecem algo essencial: a opção pelo pagamento antecipada indica também que os recursos necessários para cumprir com os juros da dívida nascem do endividamento interno, o que implica em graves custos financeiros para estes estados. Enfim, este cômodo otimismo – especialmente cômodo para aqueles que possuem títulos da dívida pública – não realiza a necessária articulação entre o processo de redução da dívida externa e a multiplicação do endividamento estatal interno que cedo ou tarde cobrará seu preço, logo que o mercado mundial acusar as tradicionais turbulências que costumam cobrar alto preço para as classes subalternas na periferia. E ninguém pode duvidar que, não obstante os cinco anos de relativa calmaria nos mercados financeiros mundiais, os tremores típicos de uma economia capitalista podem ressurgir com a mesma certeza que nos permite afirmar que o sol se põe todas as tardes.

A elite Latino-Americana abriu mão da soberania nacional

Observado em perspectiva histórica, os países latino-americanos nunca puderam gozar plenamente de sua soberania. Contudo, não devemos confundir o estatuto colonial de qualquer país da América Latina no século XVII, por exemplo, com o período que marcou a evolução após as independências que ocorreram antes de 1825, quando todos os países já eram politicamente independentes. Enfim, como muitos antes já recordaram, o colonialismo não é o mesmo que a dependência, embora nesta última subsistam doses altíssimas de colonialismo que podem ser observados não somente na organização da economia, nas funções estatais, no regime de classes como também nos hábitos sociais, nas políticas culturais e comportamentais tanto das classes dominantes quanto nas classes subalternas.

A partir da última grande onda de modernização capitalista impulsionada desde os centros hegemônicos e aplicada pelas frações de classe que controlam o estado latino-americano, é evidente que este perdeu em soberania[4]. Em outras palavras: aprofundou sua dependência. Este processo é vulgarmente conhecido como "neoliberalismo", mas é evidente que se foi útil no terreno político inclusive para movimentos sociais radicalizados, na verdade representou uma hegemonia liberal na crítica a ordem burguesa que evitou os assuntos espinhosos e as definições programáticas que agora são revelados a

4 Denomino "modernização capitalista" o processo de acumulação de capital vulgarmente conhecido por "neoliberalismo" que constitui um neologismo pouco útil para identificar a natureza do processo. Neste último, basta a oposição entre público e privado e a consideração de que o primeiro perde espaço para o segundo para caracterizar uma "ordem neoliberal", certamente de conteúdo pejorativo. Ora, sabemos que uma ordem pública pode ser tão favorável aos capitalistas quanto a liberal. Na verdade esta distinção tem sido muito utilizada por autores social-democratas que limitam as alternativas políticas e sociais ao horizonte de uma ordem marcada pela "exclusão social" (que denominam, neoliberal) de outra em que todos estariam de alguma forma "incluídos", a despeito de jamais indicar de que forma.

luz do dia. Mais precisamente: o neologismo "neoliberal" supunha que antes das perdas sociais e políticas historicamente conquista pelas classes subalternas (educação, saúde, segurança, etc) em anos de luta e que desapareceriam após 1980, existiu um período de "ouro do capitalismo" – assim chamado pelo historiador Eric Hobsbawm – no qual os trabalhadores tinham conquistado seu lugar ao sol. É verdade que após a segunda guerra mundial, os trabalhadores dos países centrais, especialmente aqueles da Europa ocidental gozaram de certos privilégios quando comparados com os da periferia capitalista. Mas como recordou Marx, "é mesmo muito cômodo ser liberal a custa da Idade Média", motivo pelo qual nossas perdas recentes não devem jamais ser comparadas com nossa situação passada....

Ao contrário do discurso das elites na periferia capitalista que indica enormes possibilidades com a "liberalização da economia mundial", a verdade é que nunca como nas duas últimas décadas o seu desenvolvimento foi auto-centrado, ou seja, a maior parte do investimento estrangeiro direto (IED) não se deslocou para a periferia capitalista como preconizavam os programas econômicos orientados para a "abertura das economias nacionais" defendidos tanto por agências como o FMI e o BM e secundados pelas elites bem estabelecidas na periferia; ao contrário, as informações recentes indicam que mesmo quando se elevam, a maior parte do IED se orienta para Europa, Estados Unidos e Japão (além da China, obviamente) e não para os países que se especializaram em "atrair investimentos" (UNCTAD, 2006).[5] Por outro lado, a brecha tecnológica entre os países centrais e periféricos aumentou ainda mais e nem mesmo os velhos programas de transferência tecnológica que foi possível nas décadas de cinqüenta e sessenta existem mais. Segundo a *National Science Foundation* o número de patentes em relação ao numero de doutores cresceu de 2.400 em 1997 para 3.300 em 2003, ou seja, um crescimento de 33% em curto período de tempo (NSF, 2006). No lado oposto, verificamos que a quantidade de artigos publicados cresceu na periferia mas não há correspondência entre este fato e o número de patentes registradas pelos mesmos países. Não obstante o orgulho nacional que podemos verificar em muitas autoridades educacionais em função do elevado número de artigos publicados, deveríamos constatar também que o efeito para a produção de conhecimento tem sido quase nulo se consideramos o registro de patentes como critério definitivo. Mas mesmo os otimistas de sempre não poderiam desconsiderar que a dependência tecnológica se aprofundou consideravelmente nas últimas duas décadas e não temos indícios de que esta situação poderia mudar ou mesmo que medidas estão sendo tomadas para superar o quadro identificado.

Aprender com a própria experiência é um comportamento execrado entre nós e a razão é simples: a análise – e a responsabilidade – das receitas apresentadas no passado como incapazes podem ser utilizadas para impugnar seu equivalente no presente apresentado sempre como solução "moderna" e cujo destino não esta longe de ser identificado: novo fracasso. Em função deste previsível comportamento intelectual e político, Simon Rodriguez, o tutor do libertador Simon Bolívar, não têm legitimidade entre nós, posto que sua mente e ação estava organizada a partir de uma consigna anti-colonial contundente: "inventamos ou erramos", dizia o primeiro educador da América Latina.

Este desconhecimento da própria experiência deixa a inteligência nacional prisioneira das ondas modernizantes criadas nos grandes centros do capitalismo mundial e suas poderosas agências (FMI, Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio, etc). Mas não devemos supor que se trata de um colonialismo mental sem conexão com a produção material de riqueza: no Brasil, a adoção sistemática das receitas importadas rende à classe dominante nacional a concentração da riqueza, do poder político e do prestígio social. Portanto, se trata de colonialismo funcional, pois a dominação externa é impossível sem apoios e conveniências internas, por forças no interior do estado-nação.

O colonialismo e a dependência condensam os cinco séculos de nossa breve história. Neste contexto, ainda que considerado como um período de grandes transformações, é possível observar que as mutações recentes no estado, na economia e no regime de classes na América Latina não foram capazes de romper com as características essências que marcam nossa formação social marcada pelo binômio anteriormente anunciado. Não obstante o otimismo que tradicionalmente marca o discurso de todo governo, a verdade é que não somente o processo de modernização capitalista não deixou o país mais forte do ponto de vista econômico, como tampouco foi capaz de atacar frontalmente a profunda crise social que segue consumindo as energias sociais e deixando o Brasil provavelmente como um dos países mais desiguais do planeta. É óbvio que as classes populares não são responsáveis por esta tragédia. A responsabilidade é das elites. Contudo, tampouco podemos deixar de anotar que precisamente as elites não estão interessadas em encabeçar um projeto de nação em que a justiça social e a soberania nacional apareçam como pilares essenciais de uma construção que necessariamente teria que contar com grande

5 Para analisar a situação dos países latino-americanos veja-se CEPAL (2007).

apoio popular. O pensamento crítico latino-americano já identificou as razões pelas quais um projeto desta natureza jamais nascerá dos estratos superiores de uma sociedade dependente e subdesenvolvida: precisamente a nação tornou-se a principal mercadoria com a qual as classes dominantes negociam nos mercados mundiais. A conclusão não é cômoda, pois se as elites na periferia capitalista são incapazes de articular um projeto de nação e repetem com inusitada freqüência que a época das revoluções nacionais pertence agora ao museu da história, não resta senão as classes subalternas – única interessada em alterar verdadeiramente o estado vigente – reunir todas as forças interessadas e colocar o Brasil na rota definitiva de sua emancipação social.

Referências:

ARRIGHI, Giovanni. *O longo século XX*: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo. Tradução: Vera Ribeiro; Cesar Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Ed. UNESP, 1996. 393p.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La inversion extranjera en América Latina y el Caribe, 2006*. Santiago de Chile: CEPAL, 2007. 219p.

CHOMSKY, Noam. *O império americano*: hegemonia ou sobrevivência. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004. 296p.

DUSSEL, Enrique D. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. 2. ed. Madrid: Trotta, 1998. 664p.

FRANK, André Gunder. *Acumulação mundial 1492-1789*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

FRANK, André Gunder. *ReOrient*: global economy in the Asian age. Califórnia: University of California Press, 1998. 352p.

HABERMAS, Jürgen. *Era das transições*. Traduçao e Introduçao de Flavio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. 220p.

HIRSCH, Joachin. *Globalización, capital y estado*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2000. 253p.

HIRSCHMAN, Albert O. *A moral secreta do economista*. Trad. Carlo Alberto F. N. Dastoli São Paulo: Ed. UNESP, 1997. 100p.

MARINI, Ruy Mauro. *Subdesarrollo y revolución*. 10. ed. México: Siglo XXI, 1980.

NSF. National Science Foundation. Chapter 8: Satates Indicators. In. *Science and Engineering Indicators 2006.* Arlington (VA – USA): NSF, 2006. 92p. Disponível em: <http://www.nsf.gov/statistics/seind06/pdfstart.htm>. Acesso em: 18 set. 2007.

SADER, Emir (Org.). *Dialética da dependência*: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis (RJ): Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000. 295p. (Coleção A Outra).

SMITH, Adam. *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. 6. ed. México: Fondo de Cultura Economica, 1990. 917p. (Serie Economia).

SOLIMANO, Andrés. *Remittances by emigrants*: issues and evidence. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. (Série Macroeconomía del desarrollo, n. 26). Disponible em: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/13609/lcl1990i.pdf. Acesso em: 18 set. 2007.

UNCTAD. United Nations Conference on Trade and Development. *World Investiment Report 2006*: FDI from developing and transition economies: implications for development. New York; Genebra: United Nations, 2006. 372p.

WALLERSTEIN, Immanuel. *El moderno sistema mundial II:* el mercantilismo y la consolidación de la economia-mundo europea 1600-1750. Tomo II. 2. ed. México: Siglo XXI, 1984.

WALLERSTEIN, Immanuel. El moderno sistema mundial: *la agricultura capitalista y los* orígenes de la economía-mundo europea en el siglo XVI. *9. ed. Madrid: Siglo XXI, 1979. Tomo I.*

WALLERSTEIN, Immanuel. *El moderno sistema mundial*: La segunda era de gran expansión de la economía-mundo capitalista 1730-1850. Tomo III. México: Siglo XXI, 1998.

1.3 Reflexões teóricas sobre comportamentos de cidadania organizacional em modelos comparados de gestão burocrática e gestão flexivel

João Benjamim da Cruz Júnior
Dirceu Luís Bassi

Comportamentos de cidadania organizacional

Nessa primeira parte deste artigo, procura-se caracterizar a cidadania organizacional como um conjunto de ações praticadas pelos indivíduos no ambiente de trabalho, com reflexos positivos para si próprios, para o ambiente social e para a eficácia organizacional. Tais ações são de caráter comportamental, ou seja, resultam da vontade de agir pautada na ética e na boa educação.

Laner (2004) identifica na obra de Chester Barnard uma primeira reflexão sobre o que atualmente chamamos de Comportamentos de Cidadania Organizacional. Segundo a autora, Barnard reflete sobre a cultura e o clima organizacional, o bem estar ou a falta dele e as condições para sua produção, concluindo que o ponto comum dessas reflexões é algo que ultrapassa a troca econômica que regulamenta a relação entre indivíduo e organização, constituindo-se por uma tendência à cooperação, por um comportamento pró-social e por um envolvimento organizacional.

A autora também identifica traços dessa visão de Barnard na definição de cidadania organizacional proposta por Bateman e Organ, ao transcrever que:

> [...] para indicar aqueles comportamentos e aqueles gestos úteis à organização que não podem nem ser impostos como obrigações concernentes Às funções, nem induzidos pela garantia de uma recompensa contratual. O comportamento que dá expressão à Cidadania organizacional consiste na contribuição informal que os participantes podem decidir em dar ou rejeitar, sem considerar as sanções ou incentivos formais. (BATEMAN; ORGAN, 1983, p. 588).

Mesmo sem usar a expressão “comportamentos de cidadania organizacional”, Katz e Kahn (1987) abordam o tema a partir de suas análises sobre as relações sociais nas organizações e relacionam pelo menos cinco classes de ações como integrantes do comportamento espontâneo e inovador:

- atividades de cooperação com os demais membros do sistema;
- ações protetoras do sistema ou subsistema;
- sugestões criativas para a melhoria organizacional;
- auto-treinamento para maior responsabilidade organizacional;
- criação de clima favorável para a organização no ambiente externo.

Outros autores referem-se à cidadania organizacional como um conjunto de dimensões traduzidas em gestos espontâneos no ambiente de trabalho. Laner (2004) observa que Organ relaciona sete dimensões em sua caracterização: altruísmo, cortesia, entusiasmo, pacifismo, espírito esportivo, virtudes cívicas e conscientização. Podsakoff *et al*. (2000, apud REGO, 2002), também sistematiza um conjunto de sete dimensões, a saber: comportamento de ajuda, esportividade, lealdade organizacional, obediência organizacional, iniciativa individual, autodesenvolvimento e virtude cívica.

Siqueira et al., (2001) acrescenta que a expressão Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) representa uma classe de comportamentos do empregado não prevista nem especificada pelas regras do papel funcional mas capaz de, ao ser emitida, trazer contribuições benéficas ao sistema empre-

gador e tornar mais viável o alcance dos seus objetivos e o aumento de sua competitividade. Ou seja, um comportamento voluntário.

No entendimento do que seja "comportamento voluntário", Laner (2004) retorna às contribuições de Organ que diferencia os comportamentos intra e extra função, concebendo intra função como inerente ao cargo e extra função como acessório, o que permite afirmar que a cidadania organizacional reflete um conjunto de comportamentos do tipo extra função, principalmente porque ultrapassa os limites do que é apenas exigido pelo cargo ocupado.

Já para Rego (2002), as ações que ultrapassam as atividades prescritas nos cargos, representam um atributo de eficácia organizacional. Isso significa que os empregados podem influenciar os objetivos organizacionais executando ações não diretamente relacionadas com suas principais funções, mas igualmente importantes porque modelam o contexto organizacional, social e psicológico que servem como catalizadores críticos para o sucesso das atividades.

Nessa visão voltada à contribuição da cidadania organizacional como atributo da eficácia, Rego (2002) recorre aos estudos de Borman e Motowidlo para explicar a noção de desempenho contextual. Na visão desses autores, a maximização do desempenho e a eficácia são mais facilmente obtidas quando o empregado apresenta comportamentos de cidadania organizacional, traduzidos como:

a) persistir com entusiamo e esforço extra quando necessário para executar com sucesso as próprias tarefas;

b) voluntariar-se para executar tarefas não prescritas para o cargo;

c) ajudar e cooperar com os outros;

d) cumprir as regras e procedimentos organizacionais mesmo quando isso é pessoalmente inconveniente;

e) apoiar e defender os objetivos organizacionais.

Laner (2004), apoiada em diversos autores, observa que nas organizações onde os comportamentos de cidadania organizacional fazem parte do ambiente de trabalho, aspectos importantes como motivação e desempenho tendem a ser maiores. Num certo sentido a prática da cidadania organizacional aumenta a energia que os indivíduos estão dispostos a investir, trazendo como consequência o aumento da motivação e o sentimento de orgulho por se sentir parte fundamental na organização. Considerando a coletividade do ambiente de trabalho, a troca de diferentes energias individuais representa uma união de energias coletivas, num processo em que os comportamentos de cidadania organizacional atuam de maneira tão sutil no cotidiano, que é mais fácil percebê-los na sua ausência do que na sua presença.

Decorre dessas constatações que a prática da cidadania organizacional é um processo psicológico de troca social entre empregado e organização. Siqueira et al. (2001) destaca que essa troca social está assentada no compromisso mútuo que se estabelece entre as duas partes envolvidas nessa permuta: o trabalhador e a organização. Estas noções sinalizam que primeiro a organização deve ser percebida como comprometida com os seus empregados para que, em seguida, os empregados se comprometam afetivamente com a organização e a ela ofereçam determinados gestos de cidadania organizacional.

Na análise sobre a importância que o modelo organizacional exerce para o surgimento de práticas de cidadania organizacional, podemos encontrar em Katz e Kahn (1978) a recomendação de que:

> [...] o sistema suscite nos seus membros o interesse de ingressar e nele permanecer, incite o desempenho de comportamentos fidedignos que satisfaçam ou excedam padrões quantitativos, bem como estimula a apresentação de atos inovadores e espontâneos que ultrapassem as exigências prescritas pelo dever funcional. (KATZ; KAHN, 1978, p. 358).

Nessa tentativa de estabelecer a relação entre o modelo organizacional e os comportamentos de cidadania organizacional, Siqueira (2001) informa que Organ (1990) apresenta duas hipóteses básicas acerca do tema: em primeiro lugar, tais gestos seriam desencadeados por estáveis traços disposicionais, ou seja, características pessoais fortes dos trabalhadores e, em segundo, que os atos de cidadania dependeriam da satisfação experimentada pelo indivíduo.

Ao analisarmos essas hipóteses, percebemos que é muito importante o estado de ânimo positivo ou disposição positiva. No entanto, a análise também nos remete a concluir que a satisfação do trabalho e o estado de ânimo positivo são resultantes diretos do ambiente organizacional, que é fator central tanto para estimular e manter o estado de ânimo e satisfação, como para garantir condições propícias para a espontaneidade dos comportamentos de cidadania organizacional.

Para essa análise que leva em conta o ambiente como premissa dos comportamentos de cidadania organizacional, Siqueira (2001) utiliza o modelo pós-cognitivo proposto por Organ, no qual mantém a vertente que demonstra evidências acerca da influência das cognições, ou seja, as cognições a respeito da organização passam a desencadear reações afetivas no empregado que por sua vez desencadeiam gestos de cidadania organizacional como resposta, numa relação de troca social.

Se considerarmos a abordagem de que o ambiente exerce influência sobre os comportamentos de cidadania organizacional, através de uma relação de troca social entre empregado e organização, torna-se fundamental identificar quais características desse ambiente são desejáveis para compor um cenário que favoreça o surgimento de elos afetivos entre a organização e o empregado.

A partir desse ponto, passa-se a analisar na teoria dois modelos organizacionais distintos: organizações com características burocráticas e organizações com características de flexibilidade, na intenção de encontrar elementos presentes no ambiente que contribuam para a prática da cidadania organizacional. O ponto central da análise recai sobre o tipo de racionalidade predominante em cada modelo organizacional: a racionalidade funcional, típica de organizações burocráticas e a racionalidade substantiva, típica de organizações flexíveis.

Características de burocracia

De acordo com a linha de ação traçada para este artigo, procura-se inicialmente demonstrar a presença da racionalidade instrumental nos modelos de gestão pautados na burocracia, com base no pensamento administrativo como fruto do processo de modernização da sociedade, cuja premissa está diretamente relacionada com a lógica de mercado e com as formas de organização do trabalho humano voltadas para o aumento da produtividade e a geração do lucro.

Max Weber torna legítimo esse entendimento a partir da proposição de três tipos de autoridade, como base para o exercício do poder nas organizações: autoridade tradicional, autoridade carismática e autoridade racional-legal.

Para Weber, a autoridade tradicional é baseada nos costumes e tradições de uma cultura. Como exemplo podemos citar a autoridade dos patriarcas e anciãos nas sociedades antigas. A tradição religiosa, as crenças e os costumes sociais forneciam a legitimação deste tipo de autoridade.

A autoridade carismática é explicada pelo autor com base nas características pessoais de um indivíduo. Profetas, heróis, guerreiros e líderes normalmente são reconhecidos a partir de seus feitos e qualidades pessoais, exemplificando esse tipo de autoridade.

A autoridade racional-legal, citada por Weber, está baseada nas regras e normas estabelecidas por um regulamento reconhecido e aceito por todos os membros de uma dada comunidade. A autoridade se legitima a partir do ordenamento jurídico que estabelece competências, direitos e deveres atribuídos a cada função, cujo exercício é limitado pela regra estabelecida.

Tendo como base a autoridade racional-legal, Max Weber descreve um modelo ideal de organização, característico do estado moderno, chamado de Burocracia. A Burocracia é uma forma de organização que se baseia na racionalidade instrumental, adequando os meios aos fins para garantir a máxima eficiência possível destes fins. Ou seja, é uma solução organizacional que tenta evitar a arbitrariedade, os conflitos entre indivíduos e grupos e os abusos de poder, organizando a atividade humana de modo estável para atingir objetivos organizacionais específicos.

Para Guerreiro Ramos (1989) Weber interpreta a lógica de mercado como um requisito funcional. O autor acrescenta que a racionalidade instrumental tem como característica central o cálculo utilitário das conseqüências, ou seja, a possibilidade de obter vantagem econômica torna-se o valor predominante, norteando as ações ou o comportamento dos indivíduos. Desse modo, considerando a forte presença desse tipo de racionalidade nas organizações burocráticas, as ações sociais também passam a ser afetadas por esse valor de mercado.

O autor procura entender os motivos que levaram Weber a descrever a burocracia como uma configuração organizacional ideal. Muito embora Weber tenha feito distinção entre racionalidade instrumental e racionalidade substantiva, escolheu desenvolver sua teoria baseado na primeira por entender que os dois tipos de racionalidade eram excludentes entre si e por seguir o contexto histórico de sua época em que a tendência da lógica de mercado predominava fortemente na vida humana associada.

Nesse sentido, Guerrero Ramos (1989) entende que a forte presença da racionalidade instrumental nas organizações burocráticas, como decorrência da lógica de mercado, visa atender as conveniênci-

as da organização para a escalada e a exploração dos processos da natureza e para a maximização da capacidade humana de produção. Assim, o indivíduo ilusoriamente ganhou melhoria material em sua vida, mas pagou por ela com a perda do senso pessoal de auto-orientação. O autor acrescenta:

> A isenção do mercado da regulação política deu origem a um tipo de vida humana associada ordenada apenas pela interação dos interesses individuais (para a autopreservação), ou seja, uma sociedade em que o puro cálculo das conseqüências substitui o senso comum do ser humano. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 52).

Serva (1997) ao analisar a abordagem de Guerreiro Ramos sobre a racionalidade, destaca que o renomado autor admitiu a prevalência da racionalidade instrumental nas organizações, tendo como lógica norteadora das ações as "leis" do mercado, o que torna o ambiente propício aos abusos de poder, à dominação, à substituição da verdadeira comunicação humana por padrões informativos, dentre outras conseqüências (p. 19). Apoiado nessa interpretação elabora, a partir de suas pesquisas, uma relação de elementos constitutivos da racionalidade instrumental, quais sejam (p. 22):

> *a) cálculo* – projeção utilitária das conseqüências dos atos humanos;
>
> *b) fins* – metas de natureza técnica, econômica ou política (aumento do poder);
>
> *c) maximização dos recursos* – busca da eficiência e da eficácia máximas, sem questionamento ético no tratamento dos recursos disponíveis, quer sejam humanos, materiais, financeiros, técnicos, energéticos ou ainda de tempo;
>
> *d) êxito, resultados* - o alcance, em si mesmo, de padrões, níveis, estágios, situações que são considerados como vitoriosos face a processos competitivos numa sociedade capitalista;
>
> *e) desempenho* – performance individual elevada na realização de atividades, centrada na utilidade;
>
> *f) utilidade* – dimensão econômica considerada na base das interações como um valor generalizado;
>
> *g) rentabilidade* – medida de retorno econômico dos êxitos e dos resultados esperados;
>
> *h) estratégia interpessoal* – aqui entendida como influência planejada sobre outrem, a partir da antecipação das reações prováveis desse outrem a determinados estímulos e ações, visando atingir seus pontos fracos.

Num ambiente onde a sociedade está centrada no mercado, Guerreiro Ramos (1989, p. 98) compara o empregado eficiente a um ator despersonalizado. "Espera-se dele que acate as determinações impostas de cima para baixo e que definem o papel que tem que desempenhar." Para o autor, os atos que o indivíduo pratica em sua qualidade de detentor de um emprego são de importância secundária em relação à sua verdadeira atualização pessoal. Se uma pessoa permite que a organização se torne a referência primordial de sua existência, perde o contato com sua verdadeira individualidade e, em vez disso, adapta-se a uma realidade fabricada, acrescenta o autor.

Após essa contextualização da racionalidade instrumental como elemento dominante nas organizações burocráticas, passamos a descrever as características da burocracia, que são amplamente conhecidas no âmbito da literatura. A partir de Maximiano (2000), descrevemos as principais características do modelo organizacional burocrático:

1) Formalidade de normas e regulamentos: espécie de legislação própria, previamente estabelecida por escrito que define como as coisas devem funcionar. O caráter legal confere às pessoas investidas de autoridade, o poder de coação sobre os subordinados e também os meios para impor disciplina. A forma escrita ajuda na interpretação, economizando esforços e possibilitando padronização na organização;
2) Formalidade das comunicações: todas as ações e procedimentos são por escrito para comprovação e documentação adequadas;
3) Caráter racional da divisão do trabalho: incumbências administrativas altamente diferenciadas e especializadas e atividades distribuídas de acordo com os objetivos a serem atingidos;
4) Impessoalidade nas relações: as pessoas vêm e se vão, mas cargos e funções da organização ficam. Quando os indivíduos se ausentam, morrem ou se aposentam, são substituídos por outros pelo critério de qualificação técnica e a eficiência não é prejudicada;
5) Hierarquia da autoridade: cada cargo inferior deve estar sob o controle e supervisão de um posto superior. Nenhum cargo fica sem controle ou supervisão. O poder de controle é inerente ao cargo e não ao indivíduo. A distribuição da autoridade serve para reduzir o atrito por via do contato restritivo, em relação às regras definidas pela organização. Assim, o funcionário fica protegido da ação arbitrária de seu superior, uma vez que existem regras para a conduta de ambos;

6) Rotinas e procedimentos padronizados: as atividades de cada cargo são desempenhadas segundo padrões definidos, com cada ação funcionalmente relacionada com os propósitos da organização, o que facilita a avaliação do funcionário;
7) Competência técnica e meritocracia: a escolha das pessoas é baseada no mérito e na competência técnica e não em preferências pessoais. Existem critérios de avaliação e classificação válidos para todos. Por isso a necessidade de exames, concursos, testes e títulos para admissão e promoção de funcionários;
8) Especialização da administração: os membros da administração devem ser separados dos meios de produção. Os administradores da burocracia não são necessariamente seus donos, mas sim profissionais especializados na sua administração;
9) Profissionalização dos participantes: na burocracia, cada funcionário é considerado um profissional porque é um especialista em seu cargo, é assalariado, é ocupante de um cargo, é nomeado por superior hierárquico, seu mandato é por tempo indeterminado, segue carreira dentro da organização, não possui a propriedade dos meios de produção, é fiel ao cargo e identifica-se com os objetivos da empresa;
10) Completa previsibilidade de funcionamento: a burocracia busca que cada funcionário comporte-se de acordo com as normas e regulamentos da organização, a fim de que esta atinja a máxima eficiência possível. Tudo é estabelecido no sentido de prever antecipadamente os acontecimentos e rotinizar sua execução, evitando a ineficiência.

Características de flexibilidade

Se para as organizações burocráticas a racionalidade instrumental é o pano de fundo, para as organizações com características de flexibilidade a racionalidade substantiva é o elemento de análise a ser considerado. Tal direcionamento se dá pelo fato de que a flexibilidade representa uma capacidade de adaptabilidade essencial para a sobrevivência das organizações.

Essa condição permite vincular o modelo de gestão flexível com a racionalidade substantiva. O apoio à essa premissa se dá a partir de Guerreiro Ramos (1989), que propõe uma nova ciência para as organizações fundamentada na racionalidade substantiva e apresenta o arcabouço conceitual dessa nova ciência:

> [...] o pressuposto fundamental da nova ciência das organizações é o de que a produção é ao mesmo tempo uma questão técnica e uma questão moral. A produção não é apenas uma atividade mecanomórfica, é também o resultado da criativa satisfação que os homens encontram em si mesmos. (...) Em outras palavras, a produção deveria ser empreendida não só para proporcionar a quantidade bastante dos bens de que o homem necessita para viver uma vida sadia, mas também para provê-lo das condições que lhe permitam atualizar sua natureza e apreciar o que faz para isso. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 199).

Na visão do autor, a razão constitui-se um conceito básico para análise de qualquer ciência da sociedade e das organizações, pois é em bases racionais que são estabelecidos os preceitos de como deve ser ordenada a vida humana em geral.

Para Guerreiro Ramos (1989), a racionalidade substantiva é um atributo natural do ser humano, visto que reside na psique humana. A partir dela os indivíduos podem conduzir sua vida pessoal na direção da auto-realização e do auto-desenvolvimento, engajando-se de forma mais expressiva no processo de desenvolvimento social e no processo de desenvolvimento da própria organização.

O autor adverte que a sociedade moderna adotou a racionalidade instrumental e a centralização no mercado como bases orientadoras das ciências sociais e da vida humana em geral, em detrimento da racionalidade substantiva, trazendo assim limitações ao bem-estar e satisfação do ser humano. Mas, é exatamente a racionalidade substantiva que permite ao indivíduo ordenar sua vida em bases éticas, buscando o equilíbrio entre a satisfação pessoal e a satisfação social, potencializando o anseio pela auto-realização, auto-desenvolvimento e emancipação. Assim, a abordagem da racionalidade substantiva deve ter por objetivo eliminar as compulsões desnecessárias que agem sobre as atividades humanas nas organizações econômicas, de forma a tornar pleno o desenvolvimento das potencialidades do ser humano.

Ou, como diz o autor:

> Uma abordagem substantiva da teoria organizacional preocupa-se, sistematicamente, com os meios de eliminação de compulsões desnecessárias agindo sobre as atividades humanas nas organizações econômicas e nos sistemas sociais em geral. (...) Todavia, essa abordagem está interessada em meios viáveis de redução, e mesmo de eliminação de descontentamentos e com o aumento da

> satisfação pessoal dos membros das organizações econômicas." (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 135)

Para o autor, as organizações formais, como sistemas planejados, têm metas que não consideram a atualização pessoal dos indivíduos. Se há a necessidade de servir a esse mundo organizacionalmente planejado, o autor recomenda que os indivíduos devam deixar algum espaço para a satisfação de seu projeto especial de vida.

> [...] os empregos já não constituem mais o único meio de engajar os indivíduos em atividades de produção socialmente significativas. O fato de que, na sociedade de mercado, a ocupação de um emprego é o único caminho para que o homem se torne uma pessoa com significação social, tem que ser interpretado com um requisito funcional, temporário. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 106).

Serva (1997) analisando a obra de Guerreiro Ramos, especificamente no tocante à racionalidade nas organizações, interpreta a racionalidade substantiva a partir de uma teoria de ação, com base em estudos desenvolvidos em organizações concretas, identificando duas dimensões: a dimensão individual, que se refere à autorealização, compreendida como concretização das potencialidades e satisfação; a dimensão grupal, que se refere ao entendimento, na direção das responsabilidades e satisfação sociais. Por conseguinte, o autor relaciona os elementos constitutivos da racionalidade substantiva, quais sejam (p. 22):

> *a) autorealização* – processos de concretização do potencial inato do indivíduo, complementados pela satisfação;
>
> *b) entendimento* – ações pelas quais se estabelecem acordos e consensos racionais, mediados pela comunicação livre, e que coordenam atividades comuns sob a égide da responsabilidade e satisfação sociais;
>
> *c) julgamento ético* – deliberação baseada em juízos de valor (bom, mau, verdadeiro, falso, certo, errado, etc), que se processa através do debate racional sobre as pretensões de validez emitidas pelos indivíduos nas interações;
>
> *d) autenticidade* – integridade, honestidade e franqueza dos indivíduos nas interações;
>
> *e) valores emancipatórios* – valores de mudança e aperfeiçoamento do social na direção do bem-estar coletivo, da solidariedade, do respeito à individualidade, da liberdade e do comprometimento, presentes nos indivíduos e no contexto normativo do grupo;
>
> *f) autonomia* – condição plena dos indivíduos para poderem agir e expressarem-se livremente nas interações.

Assim, para o autor "organizações substantivas são organizações produtivas onde haja, predominantemente, em seus processos administrativos e organizacionais, a racionalidade substantiva, e que contenha o ideal da emancipação do ser humano no âmbito do trabalho entre seus objetivos e práticas administrativas".

Esse conceito representa um desafio de gestão, na medida em que coloca a racionalidade substantiva dentro de um ambiente competitivo com ênfase na lógica de mercado, amplamente dominado pela racionalidade instrumental. No entanto, a adoção de práticas de gestão mais flexíveis, pode significar um diferencial de sucesso na superação do modelo burocrático dominante.

Dellagnelo (2000) observa que há consenso nas discussões relativas às formas organizacionais emergentes à respeito da busca por maior flexibilidade organizacional. A autora cita que Volberda (1998) é um dos poucos autores que consegue abordar os temas: flexibilidade, novas formas organizacionais, pós-modernismo e racionalidade substantiva de maneira conjunta.

Segundo a autora, Volberda (1998) descreve a flexibilidade a partir de três abordagens distintas. A abordagem geral que define flexibilidade como uma capacidade de adaptabilidade essencial para a sobrevivência das organizações. A abordagem funcional que resume a flexibilidade à certas características da organização, como por exemplo, contratos de trabalho flexíveis, formas flexíveis de financiamento, automação flexível, sistemas de informação flexíveis. E a abordagem do ator, na qual é enfatizada a importância dos papéis e traços de diferentes participantes interessados na flexibilidade, como as características dos empreendedores, empregados e clientes.

Para sustentar a argumentação, o autor apresenta três dimensões básicas formadoras do desenho organizacional: a tecnologia, a estrutura e a cultura. A tecnologia organizacional compreende as máquinas e equipamentos utilizados no processamento de entradas e saídas (*hardware*) e a configuração das máquinas e da própria programação (*software*). A estrutura organizacional compreende tanto a distribuição de responsabilidades e autoridade entre os membros da organização, quanto os sistemas de planejamento e controle e os processos de regulação e tomada de decisão. Como cultura organizacional

entende-se o conjunto de crenças e valores tomados como comuns pela organização e tidas como certas por seus membros.

Para a finalidade proposta nesse artigo, decidiu-se descrever essas três dimensões como sendo as características de flexibilidade que se coadunam com a racionalidade substantiva e que configuram um modelo de gestão, no qual pretende-se analisar a prática da cidadania organizacional.

Fundamentada em Volberda (1998), Dellagnelo (2000) interpreta a flexibilidade potencial de cada uma das dimensões, a partir de uma matriz básica, identificando as características de flexibilidade presentes em cada dimensão analisada.

A flexibilidade tecnológica de uma organização pode ser identificada pelo modo de produção, arranjo físico, meios de transformação e repertório de produção operacional utilizado. Para caracterizar um alto potencial de flexibilidade, essas tecnologias não podem ser rotineiras, ou seja, a produção ocorre em pequenos lotes ou de modo unitário, o arranjo físico é configurado em estações de trabalho, os meios de transformação possuem capacidade universal e o repertório de produção é extenso.

Com relação à estrutura, ocorre um alto potencial de flexibilidade nas estruturas orgânicas, que apresentam as seguintes características: forma organizacional básica matricial com poucos níveis hierárquicos e baixa funcionalização; sistema de planejamento e controle rudimentar; baixa especialização combinada com alta intercambialidade e amplitude da tarefa; baixa regulação da padronização e formalização do comportamento com alto índice de treinamento e educação; ajustes mútuos realizados de forma natural e com alta descentralização horizontal; tomada de decisão com alta delegação e alta participação.

A cultura, como importante característica de flexibilidade, é apresentada como inovadora a partir dos seguintes critérios: a formação da identidade se dá de modo heterogêneo, com fraca comunalidade e ampla extensão; a liderança apresenta um estilo participativo e delegativo, com planejamento e atitude gerencial mais solto e improvisado; as regras não escritas apresentam fraca disciplina e socialização com alta tolerância à ambigüidade; a orientação externa possui foco no longo prazo com abertura e atitude de planejamento proativo e interativo.

Dellagnelo (2000) conclui que "considerando-se aspectos como tecnologia, estrutura e cultura organizacional, podem-se identificar formas organizacionais mais flexíveis por seu caráter não-rotineiro, orgânico e inovador".

A partir dessa observação e da descrição das características de flexibilidade presentes na tecnologia, na estrutura e na cultura organizacional, podemos criar um pano de fundo que representa a flexibilidade em contraposição à burocracia, o que nos permite estabelecer uma reflexão em relação ao cenário mais propício para a prática da cidadania organizacional.

Conclusão

A cidadania organizacional tem sido objeto de estudo na literatura atual, pela possibilidade de representar uma vantagem competitiva para as organizações inseridas no mercado, e também por significar uma oportunidade de auto-realização para o indivíduo no ambiente de trabalho. O interesse pelos Comportamentos de Cidadania Organizacional reside principalmente na premissa de que contribuem para a eficácia organizacional. Rego (2002) indica que várias pesquisas têm revelado que as organizações onde os CCO são mais atuantes denotam melhores indicadores de eficácia. Esses dados não surpreendem, pois a turbulência ambiental nos tempos atuais impede que as organizações definam com precisão os conteúdos dos cargos e exige respostas espontâneas, inovadoras e criativas às incertezas e contingências.

Pode-se compreender melhor a prática da cidadania organizacional, a partir da distinção que Guerreiro Ramos (1989) faz entre comportamento e ação, a fim de esclarecer o reducionismo psicológico da atual teoria das organizações. Como regra geral as organizações atribuem grande valor ao "comportamento" de seus empregados, como um requisito social indispensável. Mas, para o autor, comportamento é uma forma de conduta que se baseia na racionalidade funcional ou no cálculo utilitário das conseqüências, portanto, com base na conveniência e desprovido de conteúdo ético. Em contrapartida, a ação é própria de alguém que delibera sobre coisas porque está consciente de suas finalidades intrínsecas. Pelo reconhecimento dessas finalidades, a ação constitui uma forma ética de conduta.

Assim, o autor interpreta de maneira peculiar o significado de comportamento:

> De acordo com os dicionaristas, (comportamento) começou a ter aceitação lingüística por volta de

> 1490 e significava conformidade às ordens e costumes ditados pelas conveniências exteriores. Mesmo em nossos dias, a palavra não perdeu seu significado original. (...) Homens e mulheres já não vivem mais em comunidades onde um senso comum substantivo determina o curso de suas ações. Pertencem, em vez disso, a sociedades em que fazem pouco mais além de responder a persuasões organizadas. O indivíduo tornou-se uma criatura que se comporta. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 51).

Para o encaminhamento final deste artigo, passaremos a adotar a expressão "atos de cidadania organizacional", dando ênfase ao termo "ação" por considerar mais apropriado e condizente com o papel organizacional desempenhado pelos indivíduos nas organizações.

Convém acrescentar que os atos de cidadania organizacional são atos de vontade do indivíduo, estando, portanto, sob seu controle. Embora possuam essa natureza volitiva, admite-se que eles só são espontaneamente emitidos, se o empregado vivenciar sentimentos positivos sobre o trabalho que executa e se mantiver vínculos afetivos positivos com a organização.

Na tentativa de estabelecer uma conexão entre os atos de cidadania organizacional e as características de burocracia e de flexibilidade relatadas anteriormente, a fim de subsidiar a conclusão, nos apoiamos em Siqueira (2003) para relacionar algumas variáveis que possam explicar o desencadeamento de tais atos.

Ao todo são seis variáveis, classificadas como afetos e cognições. As variáveis afetivas são: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Segundo Siqueira (2003, p. 169), essas variáveis foram escolhidas porque elas são repetidamente apontadas na literatura sobre comportamento organizacional e porque se supõe que um empregado satisfeito, envolvido com o trabalho e que mantém laços afetivos com seu empregador, tem maiores possibilidades de vir a apresentar atos de colaboração com o sistema, ou seja, de agir como um cidadão organizacional.

As variáveis cognitivas são: comprometimento organizacional calculativo, que compreende crenças relativas a perdas ou custos associados ao rompimento da relação de troca com a organização; percepção de suporte organizacional, composto por um conjunto de crenças sobre o grau em que a organização se mostra comprometida com os empregados; percepção de reciprocidade organizacional, como um conjunto de crenças acerca do estilo retributivo adotado pela organização perante as contribuições ofertadas por seus empregados (SIQUEIRA, 2003, p.169-170).

De posse destas variáveis, e acreditando que elas são condicionantes que precedem os atos de cidadania organizacional, remetemos às características de burocracia e de flexibilidade analisadas anteriormente, tentando estabelecer um eventual vínculo que possa, afinal, demonstrar em qual modelo organizacional é maior a probabilidade de ocorrer tais atos.

Observa-se que as características do modelo de gestão burocrático são bastante rígidas, possuem um caráter de impessoalidade, o que é típico da racionalidade instrumental. De outra forma, as características do modelo de gestão flexível possuem um aspecto mais humano, em que a presença do indivíduo é valorizada e reconhecida como elemento central, o que é típico da racionalidade substantiva.

Assim, por comparação, pode-se concluir que há evidências que apontam para uma maior probabilidade de ocorrência de atos de cidadania organizacional em organizações com modelo de gestão flexível, o que não significa dizer que tais atos não poderão ocorrer em organizações altamente burocratizadas, apenas que o modelo de gestão burocrático, pelas suas características, não é tão favorável à prática da cidadania organizacional como os modelos de gestão com características de flexibilidade.

Referências:

BATITUCCI, Márcio Dayrell. **Equipes 100%: o novo modelo do trabalho cooperativo do terceiro milênio**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2002.

DELAGNELLO, Eloise H. L. **Novas formas organizacionais: ruptura com o modelo burocrático?** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) UFSC. Florianópolis, 2000.

FISCHER, Rosa Maria; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Cultura e poder nas organizações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMIDE JR., S. **Antecedentes e conseqüentes das percepções de justiça no trabalho**. Tese (Doutorado) UnB. Brasília, 1999.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. **Administração e Contexto Brasileiro: esboço de uma teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

_____. **A nova ciência das organizações**. 2. ed. Rio de janeiro: FGV, 1989.

KATZ, Daniel, KAHN, Robert L. **Psicologia social das organizações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

LANER, Aline dos Santos. A felicidade e a cidadania organizacional. In: **Repensando as organizações: da formação à participação**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

PIVA, Solange Zanatta. **Mudanças nas relações de trabalho e identidade do trabalhador**. Dissertação (Mestrado em Administração) UFSC. Florianópolis, 2001.

QUADROS, Dante Ricardo. **Análise substantiva de uma experiência de *empowerment*: o caso Volvo**. Dissertação (Mestrado em Administração) UFSC. Florianópolis, 2000.

REGO, Armênio. Climas éticos e comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 42, n. 1: 50-63. São Paulo, 2002.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

SERVA, Mauricio. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **Revista de Administração de Empresas**, v.37, n.2, p.18-30, 1997.

SIQUEIRA, Mirlene M. Matias *et al*. **Cidadania, justiça e cultura nas organizações**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2001

SIQUEIRA, Mirlene M. Matias. Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial: 165-184. São Paulo, 2003.

CAPÍTULO

II

GLOBALIZAÇÃO E A CIDADANIA SUL-AMERICANA

Identidade Sul-Americana
Beatriz Nuñes Santiago†

Integração regional da saúde na América do Sul: desafios e prioridades
Emundo de Almeida Gallo

Relações culturais e desafios éticos
Miguel Angel Sánchez González

A religião e mobilidade social no Mercosul
José do Nascimento
Maria Teresa Arrigoni

2.1 Identidade Sul-Americana

Beatriz Nuñes Santiago✞

Não estou de acordo com o conceito "Identidade Sul-americana" porque considero que é implantado, não é genuíno.

Sim, creio em laços comuns entre áreas com percepção semelhante.

Como exemplo, faz mais de 25 anos que co-fundei a Associação Iberoamericana para o Direito Alimentício - AIBADA.[1]

Tratávamos de convocar aos interessados dos países irmãos Iberoamericanos, assim como a Espanha e Portugal, para o desenvolvimento e a harmonização do direito alimentar, promovendo a difusão e intercâmbio de informações e a cooperação técnica-científica a fim de que os benefícios dos seus resultados sejam repassados a toda a população da região e permitir o seu acesso pleno à segurança alimentar e ao desenvolvimento social, cultural, científico, técnico, econômico, comercial e jurídico normativo.

Porém, isso não significou aceitar a identidade.

Segundo o Dicionário da língua espanhola (RAE, 1992) identidade é: a igualdade que se verifica sempre, qualquer que seja o valor das variáveis que a sua expressão contém.

Na filosofia, o principio ontológico da identidade se enuncia como "Toda coisa é igual a si mesma" (MEYERSON, 1929).

Os gregos tratavam a identidade como mera unicidade.

Aristóteles considerava que a identidade é uma unidade de ser, unidade de multiplicidade de seres ou unidade de um só ser tratado como múltiplo (MORA, 1969).

Também se trata a identidade desde o ponto de vista da matemática (da álgebra) e exemplifica-se da seguinte maneira: "Duas entidades são idênticas se o que é a verdade de uma é a verdade da outra", "Se duas entidades são iguais a uma terceira são iguais entre si".

Da mesma maneira, podemos nos referir à identidade nos fenômenos naturais: iguais, consecutivos e infinitos conduzidos por um pensamento linear de contemplação, observação, explicação e predição.

O problema da identidade parece insolúvel quando se pretende identificá-lo. Isto é "fazer com que duas ou mais coisas, que são distintas, apareçam e sejam consideradas como uma mesma".

Podemos compreender a identidade referida aos objetos. Objetos concretos: como um rio, ou abstratos como um quadrado.

Mas não se pode tratar a identidade entre os sujeitos, frente à noção do transcendental.

Diferença entre sujeitos e objetos[2]

É muito importante fazer a distinção entre sujeitos e objetos, porque se existe entre esses dois âmbitos uma relação indispensável, não se pode identificar.

A definição do vocábulo "homem" (segundo o Dicionário de língua espanhola), é "ser racional que pode dizer o que são as coisas, que pode captar o interior da realidade sensível" (In Tendere).

Os gregos definiam "pessoa" como: "a que afronta a que olha à frente, a que não se repete".

1 Registro N º 59.054, 21/05/1985, Ministerio do Interior, Madrid, Espanha.

2 Esta distinção atinge de maneira muito importante a Ciência Jurídica, ao Direito, porque seu fim é a proteção dos sujeitos.

Aristóteles dizia que pessoa era "potencialidade, possibilidade".

Para os Romanos, "pessoa era só o que não estava submetido a outro". [3]

Podemos definir "sujeito" como "o definido". Ao contrário, "objeto" é o definível pelo "sujeito".

Objeto é aquilo que se percebe com alguns dos sentidos, o que serve de matéria ou assunto das faculdades mentais (NUÑES SANTIAGO, 1992). [4]

Para o Direito o "objeto" é uma coisa.

Coisa é tudo o que existe: mar, ar, sol, porém não as faculdades do homem, sua inteligência, sua liberdade, sua honra, seu trabalho, nem seu corpo, nem são coisas as partes do seu corpo.

Falava que o termo "identidade" é um conceito implantado, por uma percepção "em forma redonda": desde acima. Este é um modo de captação intelectual, de compreensão do conjunto sem detalhar, sem listas circunstanciadas, sem referências das partes, sem consideração de perspectiva ou lugar de cada um.

Essa compreensão do mundo como um todo revela um modo, soberbo, insolente, sublevado, porque confunde os objetos com os sujeitos, com as populações. Essas não são algo senão, alguém (NUÑES SANTIAGO, 2001).

Sendo possível fazer referência a "situações comuns", para usar termos gerais, situações sul-americanas ou latino-americanas.

O que é a situação

Situação é a condição ou estado em que se encontra uma pessoa em relação com os objetos.

Condição limite ou plena que depende do conjunto de realidades ao seu alcance.

O que são as realidades? Teorizações, abstrações? Não, são coisas.

Toda a vida do homem implica em uma constante relação com as coisas. É um ser em situação, se move desde uma situação, existe desde uma determinada situação.

Sua relação com as coisas determinará sua situação.

Há uma radical condição ligada com a existência, com o conceito de afirmação primordialmente física nela: que existam coisas para o homem e que estas lhe revelem seus potenciais e lhe ofereçam suas possibilidades. De modo que, viver implica "estar com elas", para "ser no mundo" (HEIDEGGER, 1989). [5]

As coisas, os objetos, sempre servirão de matéria ou assunto para as suas faculdades mentais.

A situação, então, é o conjunto de realidades que a partir do seu âmago, ou centro, pode o homem executar os atos de sua existência pessoal e grupal.

Logo, a situação é o ponto onde há de concentrar-se todo movimento positivo ou de proximidade da fonte do ser.

A situação não tem que ver com o ser e sim com o ter: Situação da Região

A Região tem vantagens comparativas referentes a seus recursos naturais (além de vantagens sobre as práticas e os critérios de implementação das mesmas).

A Região é um centro de megadiversidade. Seis de seus Estados formam parte dos treze do mundo que são o reservatório da maior proporção de biodiversidade do planeta.

Brasil, Colômbia, Equador, México, Peru e Venezuela contém a maior riqueza em diversidade biológica e em seus bosques se aloja 90% dessa biodiversidade.

A Região tem reservas naturais incalculáveis de gás, petróleo, ouro, cobre, prata e outros metais.

Em sua extensão tem 27 % de água do planeta.

Os Oceanos Atlântico e Pacífico são importantes fontes de alimento e vida contidas em suas reservas pesqueiras (além da possibilidade de transporte).

---

3 Para os romanos se nasce já pessoa o cápita. Reconhecia-se a capacidade aos que eram pessoas. Não a definiam só, especificavam o que podia o não podiam fazer.

4 "Objectum (del Latín): apresentar-se aos olhos, expor se a algo, oferecesse a algo.. E o que da o impulso diretriz à dinâmica volitiva .Objeto e um dos elementos da relação jurídica, de qualificação da mesma Pilantra a relação e por endez, aos sujeitos de ela, a realidade de seu cambio e crescimento. O objeto não e mais s que uma coisa que pode ser móvel o imóvel, fungível ou não, consumível ou não divisível ou não, principal ou acessório."

5 Consideração de Heidegger (1989): "Viver é estar eu com as coisas sendo no mundo: não cabe falar de minha existência prescindindo das coisas com as que vivo, ou de mim EU, vivendo sim as coisas".

A Amazônia guarda reservas que podem abastecer a humanidade inteira.

Porém, apesar disso, pode-se assegurar que a América Latina se encontra em situações comuns de complexidade negativa crescente, relacionada com as medidas de ação positiva a respeito dos Direitos Humanos, também em relação ao Desenvolvimento Humano (em suas conotações não só econômicas, mas também e, sobretudo, sociais e culturais, além de civis e políticas) e, com a sustentabilidade do desenvolvimento.

Isto é, o estado de situação da população dos Estados Latino-Americanos, como resultado de um acúmulo de riscos estruturais, resultada em pobreza e pobreza extrema. Tem, além disso, a pior distribuição de renda do mundo: segundo estatísticas da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe – CEPAL, da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID (NUÑES SANTIAGO, 2007):

- A Comissão Econômica para América Latina e o Caribe -CEPAL- informa que: na América Latina quase a metade, ou 44%, é pobre: não têm atendidas suas necessidades básicas, não só de comida, mas de educação, saúde, transporte e vestuário. Tem, além disso, a pior distribuição de renda do mundo: 224 milhões de pobres e 100 milhões na miséria total.

- O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) relatou que três de cada quatro pobres da Região residem em México, Brasil, Peru, Colômbia e Argentina, esta última que tem províncias com indicadores de desenvolvimento de Nações Africanas. Na Argentina 40,2% sofre com a pobreza ou 15,2 milhões de pessoas (e 15% estão na indulgência, ou seja, 5,6 milhões). No México há 39,7 milhões de pobres (39,4% da população), dos quais 12,7 milhões são indigentes (12,6%). O Brasil é o país latino-americano com mais habitantes abaixo da linha de pobreza: 65,4 milhões (37,5%). Há 18,1 milhões (10,4%) de brasileiros que não possuem o mínimo para alimentar-se.

O conteúdo da pobreza (definida pelos que não são pobres) descreve um estado de situação que não só indica a falta de bens materiais, mas também, carências físicas, psíquicas e intelectuais que impedem ao indivíduo, ou a um grupo de pessoas, viver de acordo com as suas necessidades.

Além de indicar discriminação, abandona o individuo ao determinismo. Retira seu auto-respeito, a auto-estima, a confiança em sua capacidade e seu próprio poder para realizar suas intenções. Converte a população em seres fenomenais ou sujeitos das leis causais (EICHER, 1990).

A pobreza tem como resultados (além de não poder cumprir com o direito alimentar, com a desnutrição crônica, o infra-consumo e o analfabetismo) a impossibilidade de proteger e promover a saúde.

Em alguns dos países menores (Bolívia, Guatemala e Paraguai) a grande maioria é pobre: 6 em cada 10 pessoas. Na Nicarágua: 7 e em Honduras quase 8 também em cada 10. As nações latino-americanas com mais indigência, similar a da África, são: Bolívia: 37,1%, Honduras 54,4%, Nicarágua 42,3%. A média das zonas rurais também é miserável: 37,9% frente a 13,5% das cidades.

O contraste acontece no Chile e na Costa Rica: "só" um quinto dos habitantes vive na pobreza. Somente o Chile cumpriu o objetivo de reduzir à metade a extrema pobreza. Têm alcançado avanços significativos: Brasil, Costa Rica, México, Panamá e Uruguai.

Informe, Junho de 2004, OCDE: A diferença entre os mais pobres e os mais ricos é a maior no mundo, 84 a 1. Até o ano de 2000 era de 74 a 1, no começo da década de 90 era de 60 a 1 e na década de 60 era de 30 a 1 (20% da população dos países mais industrializados é responsável por 86% do total de consumo privado. Em comparação o 20% mais pobre consome só 1,3%)

Os primeiros conceitos sobre a pobreza aparecem referidos ao pobre. As traduções da literatura hebréia (ANÏ: o homem se encontra num estado de míngua de suas faculdades, de sua força, de sua valia) como a grega, não destacam tanto o aspecto econômico como a situação geral de submissão: "humilde, pequeno, insignificante, débil e em tal sentido, também, pobre".

No mesmo sentido os romanos: "a quem lhe falta a possibilidade de luta para sua manutenção irá sofrer outras carências". Qualificavam *INOPS*: homem débil, desvalido, perplexo e necessitado abaixo de qualquer aspecto.

"Saúde" definida simplesmente como "salvação",[6] é um bem que deve acompanhar vitaliciamente, os sujeitos.

Não pode conceber-se a "Eles" sem "Ela" (tomando as palavras de Nicol [1965] para afirmar esta

6 "Saúde": salvação. Latin: SALUS-ÚTIS, bom estado físico, conservação (COROMINAS; PASCUAL, 1991, p. 143). "Estado em que o ser orgânico exerce normalmente todas as suas funções" (ALONSO, 1958, p. 3.696). Sinónimos: Sanidade, salubridade, robustez, vigor, euforia, êxtase (CALDERON, 1984). "Situação de bem estar físico, mental e social com ausencia de doença e de outras circunstancias anormais. Não é uma definição estática senão que a homeostasis deriva-se de um cambio constante e de um conjunto de mecanismos de adaptação ao estréss (MOSBY, 1996, p. 137). Homeostasis: mantenimento do meio interno em um estado relativamente constante graças a um conjunto de respostas adaptativas que permitem conservar a saúde e a vida (MOSBY, 1996, p. 196).

convicção), sobretudo porque o homem está numa situação de um ser que vive uma vida única.

O corpo, físico, é para o homem, sua existência encarnada, o fator fundamental de sua existência subjetiva.

O homem está exposto pelo corpo a si mesmo e é o corpo que o lança fora de si para a problemática do mundo moderno que trata de impor-lhe seu universo pessoal.

Proteger e promover a Saúde

Que é "proteger" a saúde?. É: ampará-la, defendê-la, favorecê-la, resguardá-la, guarnecê-la.

Promover a saúde é: "reduzir os riscos que a ameaçam e modificar os comportamentos que a afetam".

Requer, então, principal importância conhecer os fatores de risco que sofre a Região. Os principais, estruturais, não os técnicos, que sofre a Região são: sociedades injustas, desrespeito à igualdade de liberdades básicas e à igualdade de oportunidades, que inabilitam para adotar decisões pertinentes para a vida pessoal e comum e torná-las efetivas.

Também: corrupção, concentração da renda, ausência de políticas de distribuição, ausência de canalização dos escassos recursos à população, baixo poder aquisitivo pela falta de emprego, relacionado isto com o baixo nível dos salários, com o índice de preços, com as taxas de inflação e, como muito importante com os desequilíbrios que provoca o comércio extra regional.

Os dois desenvolvimentos de um mesmo mundo, globalizado

O agravamento do estado do Desenvolvimento Humano na América Latina, tem resultado na maior divergência entre as duas situações que são: os dois desenvolvimentos de um mesmo mundo, globalizado.

Tal desequilíbrio implica na reprodução intergeracional de situações mais injustas, menos eqüitativas, menos éticas, menos razoáveis.

Enquanto os Estados Unidos (EUA) vivem a maior expansão do século e as economias dos 29 países mais industrializados atravessam o melhor período dos últimos 12 anos a população da América Latina, que se encontra abaixo da linha de pobreza ou em situação de pobreza extrema, alcança quase 50%.

Esta situação demonstra que as políticas públicas não têm sido escolhidas de sistemas que atendem aos interesses de conveniência da população. O que se pode afirmar que os Governos da Região não têm cumprido com a Instituição da Responsabilidade (já que é princípio de direito que "quanto maior seja o dever de causar efeito com prudência e pleno conhecimento das coisas, maior será a obrigação que resulta das conseqüências possíveis dos fatos".

Porém, circunstâncias externas condicionam o discernimento, a intenção e a liberdade ao decidir políticas públicas que se compatibilizem com a dinâmica internacional.

Assim, os Estados Latino-Americanos se relacionam com outros Estados do mundo sob o Princípio de Igualdade em seu caráter de soberanos, condição de existência de um Estado (O dogma da soberania se caracteriza não só por rejeitar toda autoridade superior senão também, alguma concorrente).

A igualdade entre os Estados, não significa que todos os Estados têm os mesmos direitos e deveres, senão que, tem a mesma capacidade para adquirir direitos e obrigações. Capacidades comuns, porém diferenciadas, por sua situação.

Quando a referência é a igualdade dos Estados significa também que nenhum pode ser obrigado a ir contra a sua vontade, ou sem ela.

O princípio de igualdade se traduz em principio de autonomia da vontade. (A Autonomia se opõe à Heteronomia, a qual entende as decisões como derivadas da natureza ou de Deus).

O que as populações esperam dos seus Governos?

As populações esperam de seus Governos propaguem seus interesses comuns (sobretudo os que atingem a vida e a saúde), visem o desenvolvimento humano, confiando em que no aparato estatal é onde reside a maior capacidade de energia e ação, para cumprir seus interesses, já que o conceito de poder

revela não a força, mas a capacidade política e potência social.

O Estado, só tem existência enquanto é atual, quando atua, quer dizer, enquanto realiza ações de modo permanente e ininterrupto.

O ato transforma. E nesta atuação, de alguma maneira, põe-se a realidade (NÚÑEZ SANTIAGO, 1998).

E deve pôr-la com a consideração de que as políticas de proteção e promoção da saúde devem situar-se no centro do mais amplo programa de ação de proteção dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento Humano.

Não se cumpre com a Instituição da Responsabilidade só ao desenvolver, estabelecer e promover normas para avaliar e gerenciar os riscos técnicos. Deve-se, em primeiro lugar, fazer frente aos riscos estruturais dos quais padece a população, que se encontra em situação limite, isto é, em perigo permanente de vida.

O que as populações esperam de seus Governos é o aprofundamento nas possibilidades e determinação no interesse de suas conveniências. O cumprimento dessa responsabilidade será condição que potenciará a efetividade de todo sistema, de toda estratégia.

Estratégias sul-americanas comuns, frente a situações comuns

A fim de que não se verifiquem as afirmações de Albert Einstein "a perfeição nos meios e a confusão nos fins, a característica de nossa época" (EINSTEIN, 1949) proponho:

- que as expressões e as decisões regionais sejam resultantes de todos os interesses e possibilidades sociais como produto da responsabilidade de cada governo que, minimamente, devem;

- Articular em comum suas decisões com pautas que impliquem em não ceder ante o mecanismo instalado de demanda imperativa de adaptação às circunstâncias, não aceitar os fatos e menos legitimá-los, tal qual se dão como fenômeno limitante (o que oferece o perigo de manter em cativeiro suas criatividades condenando, como efeito, as populações à abismal distância de suas conveniências) (NÚÑEZ SANTIAGO, 1999). [7]

- (Ter em conta, na interatividade dos sujeitos, os grupos de sujeitos e das instituciones). Princípios do direito, tais como:

- Os direitos e liberdades consagrados constitucionalmente devem ser reais ou positivos (e não, formais ou negativos).

- Estudar a conjugação de atuações propagadas de maneira regular e sistematizada, em coordenação e representação plenas, com participação de todas as disciplinas, para potencializar ao máximo a capacidade de discernimento e reflexão e de todos os setores, para que as decisões harmonizadas contenham o verdadeiro sentido de poder.

- As políticas públicas devem favorecer condições que caracterizem os membros da sociedade como *seres noumenales* (livres y racionais).

- Atuar de modo permanente e ininterrupto na consideração de que as políticas de proteção e promoção da saúde devem situar-se no centro do mais amplo programa de ação e de proteção dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento Humano. [8]

- Deverão superar as meras interconexões comerciais, atentas a oportunidades, para lograr a eleição de instrumentos adequados de integração. Nestes, os critérios devem ser comunitários, não associativos, que são os de mercado. [9] Associar significa juntar, efetuar puras combinações mecânicas sem fazer intervir efetivamente propósitos, embora, estes se declarem.

- Privilegiar o desenvolvimento ao crescimento. Se bem devem atuar sob a premissa "a pobreza é a primeira causa de contaminação" para confirmar que a proteção ambiental se estabelece em relação à garantia das condiciones sociais, culturais e econômicas. Deverão ter em conta que a transformação social já não tem um tempo infinito pela frente, que hoje são os recursos naturais o fator central a ter em conta em toda gestão de governo e que da defesa desses patrimônios surgem as novas manifestações ao compreender que já não se pode fazer projetos sociais sem preservação dos ecossistemas (RULLI, 2006).

---

7 "Quem aparentam ser maduros descobridores de novidades não fazem mais que repetir senilmente velhos erros" (ARISTÓTELES, 1969, p. 15-20).

8 Desenvolvimento Humano, em suas conotações econômicas, sociais e culturais, além de civis e políticas (CAMPOS, 1999).

9 O mercado utiliza uma só variável, sobre todo, a econômica, determinada pela Teoria dos Valores Úteis (Um só item em uma estimação, não basta. As idéias adequadas são completas, é dizer, exibem claramente as notas constitutivas do objeto. Uma decisão é adequada quando o analises dos elementos que a integram é total) (NUÑEZ SANTIAGO, 2004).

Portanto, os Governos da Região deverão possuir atuações que atendam a itens de proteção tais como: a conservação da diversidade biológica e a utilização sustentável de seus componentes atendidos pela biossegurança, por intermédio de práticas sistemáticas de agricultura e produção sustentáveis. [10]

Entendendo que: a conservação da Biodiversidade é importante para manter a identidade cultural dos povos e, por sua vez, a conservação das culturas é o modo de manter a sustentabilidade. (Advertindo o modo tecnológico de nos relacionarmos com os entes que nos rodeiam). [11]

Identidade sul-americana: um conceito implantado pela globalização

A identidade é um conceito implantado. A globalização faz a imposição da identidade. [12]

Ao referirmos a uma identidade entre os sujeitos, sacrifica-se a diversidade e a inter-relação entre as partes. Assim, elimina-se o qualitativo que não é mensurável.

Só permanecem infinitas somatórias de fragmentos diversos sob uma generalidade com a qual é muito difícil encarar a ação de integração que pretendemos e necessitamos.

Referências:

ALONSO, Martín. Enciclopedia del idioma. Madrid: Aguleira, 1958. p. 3.696, T III, N-Z.

ARISTÓTELES. *Metafísica*. Tradução de Leonel Valandro. Porto Alegre: Globo. 1969. Biblioteca dos Séculos.

CALDERON, Héctor Alfredo (Ed.); RODRÍGUEZ, Elba S. Martinez de. ***Gran diccionario etimológico de sinónimos, antónimos y parónimos***. S.l.: Abril, 1984. 2 Tomos.

CAMPOS, German Bidart. *El derecho socioeconómico en la constitución*. Buenos Aires: Ediar, 1999.

COROMINAS, J.; PASCUAL, J. A. Diccionario crítico, etimológico castellano e hispánico. Madrid: Gredos. 1991. v. V.

EICHER, Peter. ***Diccionario de conceptos teológicos*** - T II. Barcelona: Herder. 1990. 644p.

EINSTEIN, Albert. Conferencia: la ciencia y el orden mundial. Londres, 1949.

HEIDEGGER, Martin. *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores).

MEYERSON, E. *Identidad y realidad*. Trad. de J. Xirau de Meyerson 1912. Madrid: Reus, 1929.

MORA, José Ferrater. Diccionario de filosofía. 5. ed. Reimpressão. Buenos Aires: Sudamericana, 1969. 2 vol.

MOSBY, Oceano (Ed.). Diccionario de medicina Oceano Mosby. Barcelona (España): Oceano, 1996. 1437 p.

NICOL, Eduardo. *Los principios de la ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1965. 510p.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. *Derecho Alimentario*: Derecho alimentario : propuesta de tratamiento del derecho alimentario como nueva especialidad jurídica o disciplina específica dentro del ordenamiento jurídico general. Buenos Aires: Abeledo Perrot. 1992.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. El orden jurídico-normativo alimentario y las relaciones económico-comerciales en Latinoamérica. *Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos*. n. 320, 2001, p. 137-48.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. La progresividad del regionalismo latinoamericano frente a la globalización, a través del parcial orden alimentario. Programa de Políticas de Salud, División de Salud

10 Dra. Beatriz Nuñez Santiago. Diretora do Projeto: "Os sistemas agroalimentarios latino americanos e o desenvolvimento científico e tecnológico ante a pretendida funcionalidade do Comercio Mundial. Adequação das Políticas Públicas ao desenvolvimento humano". Programação Científica 2004-2007. UBACeT. TD 028. Número de pessoas a cargo: 7. Entidade de Avaliação: Secretaria de Ciência e Técnica. Universidade de Buenos Aires.

11 "O capitalismo liberal não tem necessidade de semelhante violência direta: o mercado realiza a tarefa de destruir a cultura de uma forma mais sutil e eficaz" (ZIZEK, 2001).

12 Na Declaração de Direito dos Indígenas (quem sabem muito de identidade), Declaração de 1996, se afirma: "Eu não sou como todos. Sou como eu e também como alguns e alguns são como eu". Quer dizer, só aceita os parecidos.

y Desarrollo de OPS/OMS. Reunión:"Salud en las Agendas de Integración Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana. Caracas, Venezuela. Informe Técnico N° 35. Abril, 1999.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. Los sistemas agroalimentarios latinoamericanos y el desarrollo científicotecnológico ante la pretendida funcionalidad del comercio mundial. Adecuación de las políticas públicas al desarrollo humano. V/Lex. *Boletín Europeo de Derecho Alimentario, n.* 36, Barcelona, Abril 2004.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. *Políticas públicas y derecho alimentario*: del GATT a la OMC en Latinoamérica y El Caribe. Buenos Aires: Ciudad Argentina, 1998.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. Sistemas agroalimentarios y comercio mundial: crisis en el desarrollo humano de America Latina. In: NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. (Coord.). *Agroalimentos y globalización*: el desarrollo humano en América Latina. Buenos Aires:

RAE. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 21. ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1992. 6 vol.

RULLI, Jorge Eduardo. *Colonialidad del poder***.** La Fogata Digital. Editorial del sábado 28 de Enero de 2006. Disponível em: http://www.lafogata.org/06arg/arg2/arg_1-8.htm. Acesso em: 24 de abril de 2007.

ZIZEK, Slavoj. Multiculturalismo o la logica cultural del capitalismo multinacional. In: ZIZEK, Slavoj; JAMESON, Fredric. *Estudios culturales*: reflexiones sobre multiculturalismo. Buenos Aires: Paidos, 2001.

2.2 Integração regional da saúde na América do Sul: desafios e prioridades

Edmundo de Almeida Gallo

Neste texto serão abordados três tópicos. Primeiramente serão apresentados os antecedentes do processo da integração regional na área da saúde, especificamente no Mercosul, para que se possa compreender o significado que a saúde teve historicamente, e perceber que em determinados momentos esse significado ainda foi muito restrito, e que a partir deste momento teremos a oportunidade de dar um salto de qualidade e de propor algumas ações no sentido de dinamizar essa integração.

Em segundo lugar, será discutido um conceito muito mais amplo, que se trata do Complexo Produtivo da Saúde, uma concepção que envolve um conjunto de dimensões e que demonstra por si só que não se pode pensar na saúde exclusivamente sob o ponto de vista sanitário estrito senso, mas que é preciso analisá-la em sua multiplicidade de situações.

E, finalmente, em terceiro lugar, far-se-á um levantamento dos elementos e desafios para o desenvolvimento integrado dos Complexos Produtivos da Saúde de cada país, buscando sua qualificação e construção de um Complexo Produtivo Regional.

Política externa e política de saúde: agenda política e agenda operacional

Pressuposto fundamental para entendermos a questão da saúde é encará-la como uma produção histórica, tanto sob o ponto de vista de sua conceituação, quanto sob o ponto de vista de sua possibilidade concreta de apropriação e de transformação em uma política.

Neste sentido, o primeiro grande desafio em relação à integração da América do Sul é entendermos qual o contexto atual da saúde, qual é seu significado para nossos povos – o que é mais complexo que o olhar particular de cada país - e qual sua importância no âmbito da globalização. Em outras palavras, como os nossos países percebem a saúde, e que ações tencionam adotar dentro deste contexto, levando em consideração uma determinada conjuntura global. Esse seria o primeiro passo para uma consolidação de uma agenda estratégica comum.

Da mesma forma que a política externa do Brasil passou, paulatinamente, a encarar a saúde como uma questão importante a ser tratada, é fundamental que, sob o ponto de vista da política de saúde, se tenha em mente quais são as grandes diretrizes da política externa brasileira, de modo a possibilitar a construção da segunda mão dessa via entre política externa e política de saúde no Brasil.

Dentro deste contexto, tem-se que as duas grandes prioridades da política externa brasileira são, em primeiro lugar, a integração da América do Sul, tendo como base o Mercosul e, em segundo lugar, o aumento das exportações e da inserção política e econômica do Brasil no cenário internacional, tendo como base aquela integração.

Essa base é um elemento fundamental para que se possa formular qualquer política, em qualquer setor, assim, vê-se que é inviável a formulação e implementação de políticas que tenham articulações com a política externa, sem atentar para o fato de que essa é a grande prioridade do país neste campo, o que vem sendo demonstrado de maneira inequívoca pelas ações do Governo brasileiro.

Isso é essencial não apenas sob o ponto de vista do desenvolvimento econômico e sustentável do país, mas, sobretudo, porque temos uma agenda importante e que não está em consonância com a agenda hegemônica internacionalmente. Isto significa, em outras palavras, que a política externa brasileira pretende colocar questões e temas relevantes no cenário internacional que são difíceis e consideradas, inclusive, contra-hegemônicas, como por exemplo, no que se refere à relação entre Estado e Socie-

dade sob o ponto de vista das políticas públicas, de que forma estabelece-se essa relação, que função o Estado desempenha no desenvolvimento econômico e social e, qual o papel que os direitos sociais assumem em uma sociedade.

A área da saúde no Brasil tem um grande acúmulo nesse sentido, que advém do fato de se ter conseguido fazer - na conjuntura política e econômica interna e externa extremamente adversa dos últimos quinze anos - uma reforma setorial na área da saúde, que trabalha com o marco da seguridade social, portanto, em uma perspectiva diferenciada da maior parte da lógica hegemônica em outros países.

É mais significativo ainda o fato de ter conseguido não apenas avançar sob o ponto de vista ideológico e doutrinário - porque embora isso seja importante é apenas um patamar da política - mas também transformar esta perspectiva em um sistema operacional com um conjunto de experiências positivas importantes, qual seja, o Sistema Único de Saúde.

Assim, temos não só uma agenda política a ser proposta como alternativa no que diz respeito à relação Estado-Sociedade tendo como marco a seguridade social no mundo, como também uma agenda operacional, uma experiência bastante exitosa, que é o Sistema Único de Saúde nas diversas micro-experiências que o compõe, que são resultado de ações concretas que demonstram que aquilo que se propõe, sob o ponto de vista ideológico, é factível sob o ponto de vista empírico e, como foi mencionado anteriormente, em condições extremamente adversas internacional e nacionalmente e em um país extremamente complexo, como é o caso do Brasil.

Em outras palavras, temos um background que nos habilita a ser uma das áreas de ponta, fortalecedora da lógica maior da política externa brasileira, que é a de colocar o Brasil como um interlocutor importante no cenário internacional, tendo como perspectiva a solidariedade, a diversidade, a justiça social, e uma nova relação entre Estado e Sociedade.

O complexo produtivo da saúde: ampliando o olhar

Com o intuito de se trabalhar a saúde, não apenas em uma dimensão estritamente sanitária, como usualmente se tem trabalhado, adotamos o conceito de Complexo Produtivo da Saúde, desenvolvido por Gadelha (2003), que nos oferece uma dimensão mais complexa sobre nossa visão acerca da qualificação do sistema e da política de saúde.

Quando sugerimos que um dos nossos grandes desafios é desenvolver o Complexo Produtivo de Saúde na região, e destacamos a importância de trabalhar os bens públicos globais sob um ponto de vista regional, estamos afirmando, na realidade, que precisamos desenvolver um conjunto de elementos importantes, que são parte integrante desses paises, dessa região, que de uma maneira ou de outra vão estar impactando significativamente na área da saúde.

Não é mais possível pensar saúde apenas como organização da assistência, ou mesmo da atenção, é preciso pensá-la na sua dimensão mais ampla, que envolve, pelo menos, as cinco dimensões apresentadas na figura abaixo: a dimensão *industrial* (eletro-eletrônicos, imunobiológicos, fármacos, sangue e hemoderivados e material técnico-hospitalar); a dimensão da *força de trabalho*, que envolve tanto a formação quanto o mercado de trabalho; a dimensão de *pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico*, que é um insumo importante para o conjunto do complexo; a dimensão *comercial*, que faz a mediação entre as três primeiras e o usuário (indivíduo, empresa ou instituição) e que, junto com a dimensão dos *serviços* - que envolve a assistência pública e privada – são os espaços onde se realiza o valor de troca e de uso do capital, inclusive intelectual.

Desta forma, se não levarmos em consideração essas diversas dimensões, não estaremos aptos a pensar em um projeto de integração regional e de inserção global da região, efetivamente coerente, porque esse processo passa por uma discussão que envolve comércio, indústria, ciência e tecnologia, trabalho, cultura, enfim, um conjunto de áreas. O preceito em nossa Constituição, de que a saúde é produto de um conjunto de fatores os mais variados, tem que ser aplicado sob o ponto de vista da formulação política mais objetiva.

Espera-se com isso o desenvolvimento desses segmentos, do Complexo Produtivo da Saúde, buscando a qualificação das políticas e sistemas de saúde na região.

Em relação ao segmento de serviços de saúde, em que se encontram os principais locais da atenção e da promoção à saúde das populações, temos - ao lado da dimensão global - questões muito especificas que são importantes, como por exemplo, a saúde nas fronteiras, onde o Complexo de Serviços ganha uma relevância maior que os outros complexos. O Governo brasileiro vem, inclusive, desenvol-

vendo um conjunto de ações associado aos parceiros do Mercosul no sentido de ainda este ano, na próxima reunião do "SGT 11", aprovar uma ação política integrada nas áreas de fronteira, onde há importantes carências e necessidades de gestão e atenção não atendidas.

Sob o ponto de vista industrial e comercial, temos uma série de desafios que precisam ser enfrentados: geração de empregos, desenvolvimento tecnológico, a competitividade econômica e a sustentabilidade social, que são fundamentais para que se alcance um crescimento do PIB efetivo, que assegure que possamos, em bloco, caminhar no sentido do desenvolvimento da região como um todo.

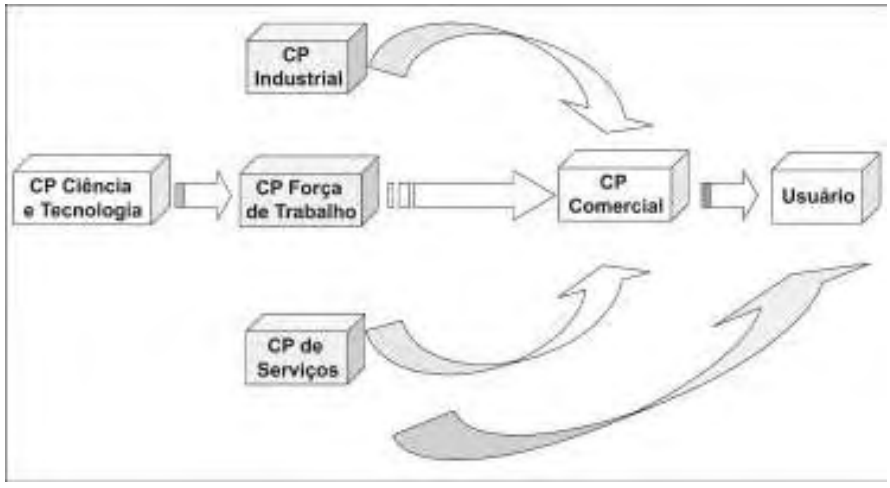


Figura: Complexo produtivo de saúde

Saúde e desenvolvimento

Ressalte-se dois argumentos relativos à importância do setor saúde para o desenvolvimento e como espaço de investimentos: em primeiro lugar, há um argumento tradicional, que destaca a saúde como um elemento central do desenvolvimento humano, da equidade e da justiça social. Isso sempre foi um dos pilares do discurso do movimento sanitário, dos sanitaristas, para justificar a importância da política de saúde: é um direito humano e é justo.

Embora esse argumento seja corretíssimo, devemos lembrar que é insuficiente para a potencialidade do setor em sua contribuição para o desenvolvimento. Um segundo argumento seria de que a saúde, pensada dentro da lógica do complexo produtivo, pode vir a ser um dos instrumentos fundamentais de desenvolvimento econômico, assim como um dos principais motores da integração regional em função de sua importância econômica e tecnológica. Assim como o setor bélico, a saúde apresenta altíssimo grau de inovação, lucratividade e empregabilidade.

Em outras palavras, independentemente de ser um fator positivo termos uma boa política de saúde, seu impacto é importante tanto sob o ponto de vista econômico, quanto sob o ponto de vista tecnológico. Nenhum país poderá, efetivamente, ter uma política de desenvolvimento científico-tecnológico, não alcançaremos a integração regional, não poderemos desenvolver o Mercosul ou a América do Sul, se não tivermos em mente a dimensão da importância que esse segmento tem, seja sob o ponto de vista econômico, seja sob o ponto de vista produtivo, ou seja até sob o ponto de vista da ciência e tecnologia. Essa é uma dimensão ainda muito pouco explorada da política de saúde e da integração regional, e que se constitui em um desafio que precisamos trabalhar para os nossos países.

Saúde e integração regional – avanços e limites

É fundamental pensar, como uma estratégia de desenvolvimento econômico, tecnológico, de desenvolvimento social e humano, a priorização de um conjunto de iniciativas que ajudem a caminhar para a integração regional da saúde. Reafirmarmos o que foi dito anteriormente: não há como se pensar um

processo de integração, desenvolvimento do Mercosul, desenvolvimento da América do Sul, se não se pensar a saúde como setor estratégico, e dentro da lógica do Complexo Produtivo.

O Mercosul, por meio do Sub-Grupo de Trabalho da Saúde – "SGT 11", já discute uma série de movimentos de integração que, especificamente dentro do Mercosul, estão ainda muito voltados para questões aduaneiras e tarifárias, questões essas que são importantes, vitais, e que constituem de modo geral também o primeiro passo do processo de integração,[1] mas são insuficientes ter sucesso no que se refere ao desenvolvimento de um Complexo Produtivo Regional.

Se mantivéssemos a integração regional no patamar aduaneiro, no patamar tarifário, o máximo que conseguiríamos seria minimizar um conjunto de disputas, de painéis internacionais em questões que afetam nossos países. Mas não estaríamos conseguindo, efetivamente, avançar no sentido de construir uma possibilidade de integração dos complexos produtivos desses países em um Complexo Produtivo da Saúde Regional, que é a grande ambição e o grande desafio.

Temos que controlar a Dengue e a Sindrome Respiratória Aguda Severa (SARS), temos que fazer uma política de medicamentos, criar uma tarifa única para a região, regular produtos, e profissões. Essas ações não requerem uma decisão política mais firme e mais forte no sentido de uma efetiva integração, mas são, digamos, incêndios, que precisam ser apagados. Essas ações foram citadas, para que possamos perceber que já se têm já avançado em um conjunto de questões que são importantes, e que precisavam ser feitas por nossos países, mas que são insuficientes ainda para uma abordagem mais complexa, eficiente e eficaz.

Se observarmos essas ações que desenvolvemos, veremos que são importantes, mas que se limitam a segmentos muito específicos do todo, e que, portanto, ainda não nos permitem dar o salto de qualidade que pretendemos e de que necessitamos.

Saúde e integração regional – desafios

Estas questões foram destacadas, vez que acreditamos que a partir deste momento o grande desafio que se tem, e que achamos que já está presente na direcionalidade imprimida à nossa política externa, e na direcionalidade que o conjunto das áreas específicas - como no caso da saúde - tem dado ao processo de integração, é de que esse processo de integração se torne um processo mais político, não no sentido estrito da palavra política, mas político no sentido de ter uma deliberada e permanente atividade de integração entre esses países, entre seus complexos produtivos e com uma perspectiva maior.

Isto significa que o objetivo não é o de apenas integrar os países do Mercosul, ou da América do Sul, mas sim o de possibilitar que esse processo de integração seja um processo que esteja dentro da América do Sul, mas que tenha o olhar para o restante do mundo. É preciso responder a algumas perguntas-chave, tais como: Qual a inserção que queremos para a América do Sul no mundo? Qual o papel do Mercosul? Que potencialidades precisamos desenvolver? Que plano vamos traçar?

A política externa dos países do Mercosul, em especial Brasil e Argentina após seus novos governos assumirem - tem procurado responder a estas questões, e fazer esta inflexão entre uma política basicamente centrada em uma perspectiva aduaneira e tarifária, para uma política centrada na efetiva integração política e econômica com uma perspectiva estratégica comum entre esses países, que é o caminho que se iniciou na saúde.

É necessário enfrentarmos um desafio - na área da saúde, especificamente, embora em outras áreas também – que é o de descobrir quais questões são fundamentais, além de consolidar o que vem sendo feito, para que se possa caminhar neste outro sentido, para fazer esta inflexão, dar este salto de qualidade e, efetivamente, aprofundar a integração regional a partir da integração dos complexos produtivos da saúde.

Este é o grande passo que precisamos dar e o desafio que, necessariamente, produzirá uma Agenda e um conjunto de ações que precisamos trabalhar. Em primeiro lugar, precisamos, efetivamente, conhecer melhor os componentes regionais desses complexos produtivos da saúde, o que é não é simples, vez que as informações a respeito são precárias e quase todas do Brasil, o que em termos da ambição da política que estamos formulando é muito pouco.

Apenas a título de exemplificação, no Brasil realiza-se - só no Sistema Único de Saúde - um bilhão de procedimentos de atenção básica, 25 mil transplantes, 450 mil internações-ano, mais de cinqüenta mil

1 Se analisarmos o processo da União Européia, da ALCA, vamos perceber que os primeiros movimentos são mesmo nesse sentido, até porque são questões que já vinham sendo colocadas nos diversos fóruns internacionais anteriormente, como objeto de disputa, e que acabaram produzindo necessidade de conciliação.

tomografias. É um mercado que, se comparado a um conjunto de países da Europa, tem maior magnitude. Se associarmos os demais países do Mercosul: Argentina, Uruguai, Paraguai e os países associados: Chile, Bolívia, teremos um mercado extremamente importante.

Em apresentação do Presidente do BNDES, Carlos Lessa, foram apontados elementos importantes sobre a dimensão do mercado brasileiro, seja sob o ponto de vista da produção, seja sob o ponto de vista do consumo, que causa espanto em qualquer pessoa: a maior parte dos dados sobre o Brasil correspondia à França, à Itália e à Alemanha, demonstrando uma produção e um consumo maior do que o desses três países, algo que é significativo sob o ponto de vista econômico. Portanto, precisamos lidar com essa magnitude, precisamos conhecer melhor esse complexo produtivo, avançar na construção das possibilidades políticas, das justificativas sócio-econômicas para permitir que esse processo de integração regional, efetivamente, fique consolidado e caminhe nesse sentido.

Agenda técnopolítica para a integração

A seguir são apresentadas algumas sugestões, alguns pontos, que nos permitem pensar e começar a trabalhar dentro da construção de uma Agenda. Em primeiro lugar, precisamos definir uma linha de base, ou seja, nos perguntarmos, onde estamos? O que é esse complexo produtivo hoje nas suas distintas dimensões e como ele está conformado? Quais seus problemas e potenciais? Precisamos definir todas essas questões para sabermos qual é o nosso ponto de partida.

É essencial definir objetivos que teremos que perseguir, sob o ponto de vista da construção e da integração deste Complexo Produtivo Regional, para que se possa ter um sentido, um caminho e indicadores que permitam monitorar o desenvolvimento desse processo. Evidentemente, isso demanda base de dados e sistemas de informações comuns – que são fundamentais. Se no Brasil, só na área da saúde, temos mais de 200 sistemas de informação, a maior parte dos quais não se comunicam entre si, é óbvio que se associarmos os sistemas de todos os países deveremos ter problemas ainda mais complexos a serem equacionados para garantir a articulação dos sistemas.

Precisamos especificar e implementar sistemas de acompanhamento e avaliação desses componentes em cada país, de forma integrada, assim como desenvolver a gestão desse processo e analisar o nível de integração e interdependência, as potencialidades, as debilidades do complexo de saúde em cada país. Temos que discutir as peculiaridades de cada país, as vocações de cada um, as interdependências, as fragilidades, para se possa definir uma política de investimentos efetiva para estimular as vocações, para diminuir as disparidades.

Se não for possível realizar as ações mencionadas, não conseguiremos avanços significativos na integração. Trata-se de um desafio difícil, vez que envolve questões políticas e econômicas importantes, acordos e consensos em função das atribuições e das vocações que cada país deve ter, além de implicar perdas e ganhos para os diversos países. Assim, não se trata de uma questão simples, mas é uma questão que deve ser enfrentada, sob pena de não se fazer progresso algum. Estas análises devem levar à identificação de prioridades e ações comuns que resultem em um plano.

Além disso, é necessário identificar instituições que possam atuar como parceiras em iniciativas de integração regional do complexo nos distintos países, tais como: Universidades, Centros de Pesquisas, Organizações Não Governamentais. Também é importante que sejam chamados para o palco desta integração os Organismos multilaterais, vez que estes não são apenas atores relevantes, como também favorecem a produção de consenso. Será necessário, ainda, identificar as necessidades de fortalecimento institucional das diversas instituições que participarão deste processo.

Evidentemente, todo esse processo deve gerar uma política de investimentos no Complexo Produtivo Regional da Saúde nas suas distintas dimensões, de modo a permitir a longo prazo, cerca de vinte a quarenta anos, e em conjunto com ações de curtíssimo prazo, construir esse processo de integração.

Conclusão

A proposta apresentada aqui é a de que se possa - a partir do Mercosul, e agregando em função de uma decisão política um conjunto de outros parceiros: a América do Sul, os países em desenvolvimento - neste processo, estimular o desenvolvimento de conhecimentos que nos permitam pensar naqueles desafios mencionados anteriormente e em alguns outros que estão implícitos neste processo, como é o caso da inserção de nossos países sob o ponto de vista geopolítico mundial.

Precisamos desenvolver esta perspectiva conjunta, discuti-la, efetuar análises, escrever textos e publicá-los para expressar de modo inequívoco nossas idéias, debater, construir possibilidades e analisar cenários. Isso ainda não é feito sob um ponto de vista conjunto no Mercosul e na América do Sul. Como medida inicial, foi aprovado na última reunião de Ministros do Mercosul, um projeto que se intitula, formalmente, "Cooperação de Saúde e Integração Regional", e que tem o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

O plano é desenvolver uma estrutura, porém não uma estrutura formal, e sim uma rede, que permita ao conjunto destes países desenvolver uma série de idéias, de proposições, de formulações políticas, de monitoramento e gestão das políticas em relação àquelas questões abordadas anteriormente. Isso será um apoio institucional importante para viabilizar uma série de iniciativas que estão sendo propostas, e outras tantas que certamente surgirão.

Também é importante discutir formas de articulação entre os países da região para atuação conjunta em foros internacionais, como por exemplo, na Organização Mundial de Comércio. Como se pode notar em função da discussão anterior, é inviável discutir-se saúde sem se compreender outras dimensões que estão sendo debatidas no plano internacional, como por exemplo, a dimensão comercial. É de fundamental importância acompanhar de perto esse processo e ainda assumir uma postura conjunta, na medida do possível, nos países do Mercosul nesses foros, para que se possa fortalecer o bloco, e evidentemente, não apenas no Mercosul, uma vez que temos parcerias importantes com os países em desenvolvimento, África do Sul e Índia, isto porque são paises que, de um modo geral, em um processo de articulação, estão próximos em uma série de questões relevantes.

Também é essencial estimular o debate sobre as políticas nacionais de saúde de cada um dos membros do Mercosul , o que nunca antes havia sido debatido no "SGT 11" do Mercosul. Foi apresentada a Política de Saúde do Brasil na primeira reunião deste semestre e colocada na nova pauta de trabalho elementos estratégicos importantes, como a apresentação das políticas de saúde dos outros países do Mercosul na próxima reunião, para que se possa, começar a construir diretrizes de política de saúde únicas para o Mercosul.

Esta é uma das iniciativas mais significativas já adotada, que busca apoiar a integração das políticas de saúde no Mercosul. Esta politização, no sentido de determinar uma pauta mais estratégica, uma articulação mais comum, foi produto da articulação de brasileiros, argentinos, paraguaios e uruguaios, e que indica um movimento importante no sentido da elaboração de uma nova agenda.

Finalmente, a idéia é que esta integração mais efetiva dos Complexos de Saúde da região, considerada como um a priori para o processo de integração regional e de inserção global mais articulada, tenha como perspectiva não apenas enfrentar os problemas de provisão de serviços - na área de prevenção, de atenção, de promoção de saúde, particularmente nas áreas fronteiriças, onde a questão fica mais visível - mas principalmente de estimular o desenvolvimento econômico e social desses países.

Defendemos a tese de que não é possível o desenvolvimento de nosso países na conjuntura global atual frente ao processo de globalização, sem que haja uma identificação regional, a construção dessa identidade regional.

Temos uma peculiaridade no Brasil, único país de língua portuguesa da América Latina e que tem uma cultura com uma grande diversidade em relação aos nossos vizinhos e parceiros do Mercosul. Isso muitas vezes tem sido um elemento dificultador do processo, não apenas sob o ponto de vista da língua, que é algo muito objetivo, mas temos ainda impedimentos culturais muito interessantes, onde nem tudo o que aparenta ser, o é realmente. O fato é que algo que nos parece muito óbvio, como por exemplo o controle social, assume em outros países um significado completamente diferente, não apenas sob um aspecto teórico, mas também sob um ponto de vista prático. Outro exemplo dessas disparidades são as relações do governo brasileiro com as ONG's, que são totalmente diferenciadas das existentes em outros países.

Portanto, é preciso fazer um esforço muito grande para revelar nossa cultura e experiência político-institucional para que isso possa se constituir em elemento de tematização, assim como buscar a revelação da cultura e das experiências políticas institucionais dos outros países para possamos construir uma cultura comum.

Como já mencionado, é inviável pensar a inserção global do Brasil e dos países do Mercosul, sem que essa inserção tenha base regional, sem que seja uma inserção compartilhada pelos parceiros. Para isso precisamos ter, efetivamente, um projeto regional que supere as limitações que temos em nossos projetos nacionais e que nos permita, efetivamente, ter uma inserção mais soberana no mundo, e particularmente, ter capacidade de colocar na pauta das discussões globais a Agenda política da seguridade e

da justiça social, e, no caso do Brasil, a bem sucedida Agenda operacional do Sistema Único de Saúde.

Bibliografia:

BIELSCHOWSKY, Ricardo. (Org). *Cinqüenta anos de pensamento na CEPAL*. Rio de Janeiro: Record, 2000. 2v.

BRASIL. Governo Federal. Câmara Interministerial de Integração Nacional e Planejamento Regional. *Plano de Ação do GT de Programas Regionais*. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Diretrizes de Investimentos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B- Textos básicos de saúde).

FERLA, Alcindo Antônio; CASTRO, Janice Dornelles de; PELEGRINI, Maria Letícia Machry de. Racionalização dos recursos e organização de estratégias de integração nos fluxos interfronteiras entre os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma análise preliminar a partir da economia da saúde. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs.) *Sistema Integrado de Saúde do Mercosul / SIS - Mercosul*: uma agenda para a integração. Brasília: OPAS, 2004, v. 1, p. 97-113.

GADELHA, Carlos Augusto G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.

GALLO, Edmundo A.; COELHO, Ivan. Regulação econômica e financiamento do complexo produtivo da saúde no Brasil: o papel do Ministério da Saúde. In: BUSS, P. M.; TEMPORÃO, J. G.; CARVALHEIRO, J. R. (Org.). *Vacinas, soros e imunização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-100.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs.) *Sistema Integrado de Saúde do Mercosul / SIS - Mercosul*: uma agenda para a integração. Brasília: OPAS, 2004.

MERCOSUL. *Grupo Mercado Comum* – GMC. Ata de Reunião, Uruguay, 2005.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Uruguay, 2003.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Argentina, 2004.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Paraguay, 2005.

UNITED NATIONS MILLENNIUM PROJECT. *Investing in Development*: a practical plan to achieve the millennium development goals. London; Sterling, Va.: Earthscan, c2005.

2.3 Relações culturais e desafíos éticos da saúde em um mundo globalizado

Miguel Angel Sánchez González

1. O conceito de saúde depende dos valores de cada cultura.
2. O conceito de saúde pode ser mais ou menos inclusivo.
3. O papel da medicina no melhoramento da saúde.
4. A relação entre saúde e civilização.
5. A relação entre saúde e globalização.
6. Desafios éticos que a globalização projeta à saúde.
    a. Os três principais resultados indesejáveis da globalização.
    b. Efeitos sanitários do predomínio do mercado livre.
    c. Adotar um conceito de saúde suficiente, mas não demasiado inclusivo.
    d. A tendência do progresso tecnológico aconselha instaurar uma medicina sustentável.
    e. A crise da medicina obriga a redefinir seus fins.
    f. Num mundo mutável há que repensar todos os conceitos.

A defesa da saúde só pode organisar-se desde uma determinada idéia do que é a saúde. Dependendo de como seja essa idéia se adotarão umas medidas sanitárias ou outras. Portanto, neste capítulo analisaremos, em primeiro lugar, distintas formas de definir a saúde. Veremos a continuação a influencia que podem exercer a medicina, a civilização e a globalização. E exporemos finalmente alguns desafios éticos que a globalização atual trata a saúde.

O conceito de saúde depende dos valores de cada cultura

Para definir a saúde se podem adotar duas perspectivas diferentes: A primeira delas consiste em assumir que a saúde é um estado objetivo que pode descrever-se sem ter em conta valorações humanas. Assim se formulam definições chamadas "neutralistas", que pretendem excluir os juízos de valor sobre o que é apreciado e desejável. Por outra parte, pode se assumir que a idéia de saúde é uma construção subjetiva carregada de valorações culturais. Desta maneira se formulam definições chamadas "normativistas", que introduzem os juízos de valor.

Um exemplo de definição neutralista foi a que enunciou Boorse (1975): "a saúde é o funcionamento do organismo segundo o projeto estabelecido pela seleção natural". Bechtel (1986, p. 153), outro autor neutralista, acrescenta um critério que encontra nas leis da seleção natural, dizendo que: "*a saúde compreende aquelas características que fazem a um individuo adaptado nas tentativas de propagar a si mesmo ou a própria cultura; e a doença é tudo o que interfere com essa adaptação*". Na mesma linha, Kass (1985, p.173-4) considera que a saúde é um estado natural, que se manifesta em o bom funcionamento do corpo de acordo com a excelência da espécie: "*A saúde é um padrão natural, não um valor em oposição a um fato, [...] que se revela como um padrão de excelência corporal ou adequação, relativo a cada espécie, reconhecível ainda quando não seja definível, e alcançável até certo ponto*".

Por outra parte, os autores "normativistas" tentam fazer ver que os critérios que definem um estado como patológico dependem das normas e os valores socioculturais estabelecidos (MARGOLIS, 1976). Assim, Engelhardt (1984, p. 31), um representante deste ponto de vista, tem feito notar que os problemas

de saúde "são identificados como problemas porque impedem a realização de finalidades humanas particulares". Assim mesmo, Culver e Gert (1982) têm insistido em que "o importante não é a alteração objetiva, mas a percepção cultural de que essa alteração é um mal".

Agora bem, no debate sobre a neutralidade das definições, é necessário dar-se conta de que a saúde é um conceito multidimensional, que não pode ser definido univocamente. Também é preciso saber que os valores não são nem irremediavelmente subjetivos nem totalmente relativos. E que é possível obter um consenso fundamentado sobre a maioria dos valores.

É indubitável que a saúde se assenta sobre determinados estados ou funcionamentos objetivos. Mas também é inegável que os seres humanos emitem juízos de valor sobre todos os fenômenos. De maneira que poderemos ser neutralistas ou normativistas dependendo dos problemas que estejamos tentando resolver, e da finalidade que pretendamos. Concluímos, pois, afirmando que os autênticos problemas que dão força a este debate são os seguintes:

1. A defesa da sociedade contra a medicalização excessiva, e o possível uso coativo dos conhecimentos médicos: As definições normativistas, ao assinalar os valores subjetivos que existem nos conceitos de saúde vigentes, despojam a esses de seu poder universalmente coativo. E tentam proteger a liberdade dos indivíduos para realizar suas próprias opções, frente a uma medicina que parece demasiado poderosa.

2. A necessidade de demarcar os fins que deve perseguir a medicina, e estabelecer as prestações sanitárias as que têm direito os cidadãos. No momento atual de crises e limitações econômicas, é muito necessário saber quais são os fins que deve perseguir a medicina. E quais são as prestações sanitárias que devem estar incluídas no direito universal da assistência. As definições neutralistas pretendem orientar objetivamente a resposta a estas interrogantes. Enquanto que as definições normativistas podem preservar melhor a autonomia das sociedades e dos indivíduos para estabelecer seus próprios objetivos.

O conceito de saúde pode ser mais ou menos inclusivo

Talvez nunca se possa chegar a definir completamente a saúde porque nenhuma definição pode expressar tudo que o ser humano é ou deseja ser. O conceito de saúde sempre terá uma dimensão ideal ou utópica, e ao mesmo tempo mutável. Existe, no entanto, a necessidade de formular conceitos operativos que ajudem a desenhar programas de atuação, a tomar decisões e a avaliar os resultados dos mesmos. E esses conceitos serão mais ou menos abrangentes segundo o número de componentes da saúde que se considerem indispensável.

Examinemos, sucessivamente, algumas definições da saúde cada vez más abrangente:

1. **Definições estritamente corporais:** Segundo essas definições a saúde é um estado de bem estar físico e de silencio dos órgãos. Neste sentido Callahan (1973) afirma que a "Saúde é um estado de bem estar físico adequado, que não necessita ser completo, e que não tem alterações significativas das funções corporais".
2. **Definições que incluem o psíquico:** Consideram que o ter um comportamento adequado e desfrutar de um bem estar psicológico também devem ser requisitos da idéia de saúde.
3. **Definições que incluem o social:** Contemplam, além, da capacidade para levar uma vida socialmente produtiva, ou ao menos para desempenhar uma relação social. O protótipo destas definições é a promulgada pela OMS em 1946: "A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença ou sofrimento".

   A definição da OMS é, sem dúvida, criticável. É utópica e medicalizadora. Suscita expectativas desmedidas. É tão vaga e abrangente que carece de aplicabilidade e até de significado concreto. Contudo, se encontra muito geral a idéia de que a saúde é um estado de bem estar positivo, além de uma mera ausência de enfermidade. E desde a década de oitenta foi intensificada a busca de indicadores de saúde positiva, com o objetivo de promover a saúde (ABELIN et al, 1987).
4. **Definições ideais e utopias:** São influenciadas pelas idéias existentes com respeito à felicidade plena e a qualidade integral de vida. Podem reconhecer todo tipo de desejos e aspirações humanas, incluídas as que são chamadas "espirituais".

Curiosamente, na mesma etimologia da palavra "saúde" se revela uma aspiração ideal. Nos idiomas latinos "saúde" deriva do latim "*saluus*", que a sua vez se deriva do grego "*ólos*", que significa "tudo".

E além, a palavra "saúde" mantém uma relação etimológica e semântica com a palavra "salvação". Deste modo, a etimologia faz referencia a uma condição ideal "total".

Distintos movimentos ideológicos atuais têm pretendido subministrar definições "holisticas" ou totalizadoras da saúde.

a) *Holismos filosóficos:* Partindo da filosofia analítica, Seedhouse (1986) entende que a saúde é "um estado capacitante para a obtenção de um potencial humano", que pode ser eleito individualmente. Nordenfelt (1987) opina que as concepções "holisticas" devem incluir também aspectos sociais e humanísticos. Chega assim a definir a saúde como "a capacidade para conseguir os objetivos vitais próprios". Entendendo por objetivo vital aquele ao que uma pessoa concede uma grande prioridade em sua vida e que, portanto, é um requisito para que essa pessoa atinja uma mínima satisfação na vida. Com isso Nordenfelt relaciona o conceito de saúde com o bem estar e felicidade, afirmando que a saúde é a capacidade de conseguir um nível mínimo de felicidade.

b) *Holismos humanistas:* A chamada "psicologia humanista começou a estudar a auto-realização e as potencialidades psicológicas superiores. Maslow (1973) desenvolveu uma psicologia da saúde baseada no estudo dos indivíduos que parecia haver amadurecido mais como seres humanos. E elaborou uma teoria da motivação humana com uma organização hierárquica das necessidades. Estas necessidades iriam desde a necessidade básica até as "metanecessidades" (ou necessidades de crescimento), que tendem a atualizar tudo aquilo que o individuo é capaz de ser, ate chegar a auto-realização (MASLOW, 1982). Segundo tudo isto, o nível de saúde seria dado pela medida em que se satisfaçam necessidades humanas progressivamente superiores, atualizando tudo o que o individuo é capaz de ser e chegando a auto-realização.

c) *Holismos transpessoais:* Mas recentemente tem aparecido certas propostas que pretendem ir ainda além da auto-realização individual para chegar a transcender os limites habituais da experiência e da identidade do eu. Estas tentativas configuram a chamada Psicologia Transpessoal que está interessada no desenvolvimento espiritual interior, as experiências culminantes, o desenvolvimento dos estados de consciência e a transcendência. Entre os autores transpessonais se podem citar a Grof (1996), e sobretudo a Wilber (1985), que elaborou um modelo dos estados ascendentes ou níveis evolutivos da "Consciência". Embora seja verdade, nesta ordem de coisas, todavia não parece haver se diferenciado bem as propostas psicológicas mais válidas e positivas, daquelas outras que só são vazias, retóricas, inoperantes ou contraproducentes.

d) *Holismos heterodoxos:* Hoje em dia existe um movimento de pensamento em matérias de saúde que se auto proclama "holistico" (KOPELMAN; MOSKOP, 1981), porque quer ressaltar o caráter integral do ser humano. Este movimento teve origens médicas heterodoxos. Seus inícios se encontram nos anos sessenta, e estiveram ligados por uma parte ao auge das filosofias orientais, a mística e o esoterismo; e por outra a dos movimentos contra culturais e a das psicologias humanísticas e do potencial humano (ALSTER, 1989). A definição de saúde que oferece o movimento holístico é positiva e muito ampla (GUTTMACHER, 1979), e pretende integrar todas as dimensões do ser humano. A saúde chega a ser assim: "*um funcionamento harmônico de todos os aspetos físicos, mentais e espirituais de uma pessoa que, alem, está em harmonia com o meio ambiente social e natural*". Esta saúde entendida "holisticamente" admite graus, e poderia ser incrementada indefinidamente. Freqüentemente é entendida como o resultado de um processo de transformação integral do ser humano, que conduz a sua felicidade.

Uma grande variedade de práticas sanitárias heterodoxas tem começado a denominar de "medicinas holísticas". Essas medicinas, porem não são validadas pelo método científico algum, expressam as imagens populares sobre a saúde ideal. E isto é o que explica em grande medida a aceitação social que tem. Posto que prometam precisamente tudo o que os seres humanos anelam no nível mais profundo e primário. Esta saúde ideal tem alguns ingredientes mítico-mágicos como os seguintes: 1- A saúde pode incrementar-se indefinidamente; 2- A saúde conduz a uma transformação completa do ser humano; 3- A saúde é uma felicidade integral; 4- A saúde é uma graça da Natureza de Deus; 5- A saúde nos pertence a menos que a percamos voluntariamente. Por isso devemos sentirmos responsáveis por ela; 6- Estar sadio é ter uma fortaleza que diminui o risco de cair doente; 7- Para melhorar nossa saúde necessitamos conhecermos intimamente a nós mesmos com o fim de ir purificando ou aperfeiçoando nossa natureza.

Vemos, pois que as medicinas autodenominadas "holísticas" têm chegado a formular o conceito de saúde mais inclusivo possível. Posto que incluem na saúde todos os aspectos desejáveis do desenvolvimento humano possível ou imaginável. No entanto, a amplitude sem limites do seu conceito de saúde implica certos riscos. Entre seus possíveis efeitos indesejáveis está a provocação de reclamações desmedidas ao sistema sanitário.

Papel da medicina no melhoramento da saúde

Recentemente se tem posto em dúvida a importância que a Medicina tem tido na melhoria global da saúde produzida nos últimos séculos. E se tem apresentado uma interrogante sobre o que se pode esperar da Medicina no futuro. Ante estas perguntas cabem as seguintes posturas:

1. Postura agradecida e otimista: Devemos a Medicina ganhos excelentes, e podemos seguir confiando nela para a solução de todos os restantes problemas sanitários.

2. Postura agradecida, mas pessimista: A Medicina há tido êxitos apreciáveis no controle de certas doenças infecciosas; mas será bastante incapaz de solucionar os grandes problemas sanitários do futuro, e em especial as patologias degenerativas não infecciosas.

3. Postura desagradecida: A Medicina não há influído significativamente na melhoria dos índices sanitários globais. O progresso dos últimos séculos são devido, quase exclusivamente, a melhoras em outros setores. McKeown (1979), representante desta postura, diz que a melhoria sanitária não se deve principalmente a assistência médica nem aos progressos científicos, mas bem a outras coisas (fornecimento de alimentos, higiene, proteção frente aos danos, limitação demográfica, mudanças nas condutas e aumento do bem estar material general.)

4. Postura realista e desenganada: O objetivo de alcançar a saúde ideal e eliminar por completo o sofrimento humano é ilusório. E o êxito em alguma parcela sempre faz surgir problemas novos, talvez, mais graves. Neste sentido Dubos (1959) adverte que a ausência de doença é incompatível com a vida. E Callahan (1998) pensa que a Medicina pode avançar em certas parcelas; mas sempre acabará tropeçando com alguma nova "fronteira desgarrada" de sofrimento incurável, que pode incluso ser pior que a anterior.

5. Postura acusadora: Denuncia o papel da Medicina como prejudicial em alguma medida. Assim, Illich (1976) tem acusado a Medicina de produzir certos prejuízos aos enfermos, a sociedade e a cultura. E afirma que, traspassado certo nível, o balanço de êxitos médicos chega a resultar negativo. Pelo que este autor recomenda implantar tetos assistenciais. Outros autores têm denunciado, por outra parte, a crescente "medicalização" de nossa sociedade e a excessiva "normalização" social que impõe a Medicina.

Nós, podemos reconhecer que a Medicina não havia tido apenas impacto global sobre a saúde antes do final da Idade Média. Agora bem, se entendermos por Medicina não só a assistência individual, mas todo tipo de atuação que persegue um objetivo sanitário baseando-se nas teorias médicas vigentes, podemos dizer que a Medicina começa a exercer um impacto nos últimos dois ou três séculos. Esse impacto se deveu primeiramente as medidas modernas de saúde pública e de higiene da água e dos alimentos. E, já no século XX, aos novos tratamentos médicos e cirúrgicos. No obstante, é muito mais duvidoso o papel que há desempenhado ou poderia desempenhar a Medicina sobre as doenças degenerativas crônicas.

É certo que as doenças crônicas e incapacitantes tenham aumentado sua prevalência, por ter aumentado a proporção de anciãos em que estas doenças são mais freqüentes. Mas as perguntas chaves são: a) A prevalência de doenças incapacitantes está aumentando mais rapidamente que a proporção de pessoas da idade avançada?; b) Estão aumentando as doenças crônicas em todos os grupos de idade?: c) Há aumentado a proporção de enfermos totalmente dependentes ou confinados em cama? E o certo é que até agora não parece existir nenhum dado que permita contestar afirmativamente a estas perguntas.

Devemos ter presente que a Medicina pode atuar em três áreas distintas: *1. Atenção primaria, cuidados e educação sanitária;. 2. Atenção especializada ao enfermo agudo com finalidade predominantemente curativa, que pode postergar ao enfermo crônico; 3. Prevenção individual e social.* O fato é que nas últimas décadas a Medicina se há concentrado na segunda destas áreas, e bastante menos sobre as outras duas. Tudo dentro de um modelo biomédico que pressupõe que a saúde se consegue intervindo curativamente sobre o individuo enfermo. Mas a história epidemiológica nos diz que os êxitos da Medicina no passado não são devidos principalmente à prática deste sistema. E parece além que este modelo já se vai adequar cada vez más dificilmente às necessidades sanitárias futuras. É necessário, pois uma reformulação do modelo e dos objetivos da atuação sanitária, de forma que se encontrem adequadamente equilibradas as três áreas mencionadas de atuação possíveis.

A relação entre saúde e civilização

A idéia de que a civilização produz um grande número de doenças é um preconceito que chegou a ter grande importância na cultura popular. No entanto, esta idéia não se encontra apoiada em dados fidedignos.

Em sentido etimológico "civilização" é a vida nas cidades (em latín cidade=*cives*). Neste sentido é preciso reconhecer que, desde o neolítico, a vida urbana acarretou na espécie humana numerosas doenças. A morbidade e a mortalidade haviam sido sempre mais altas nas cidades que no campo. O que se devia principalmente a uma maior taxa de doenças infecciosas. No entanto, no século XX esta situação mudou. E as cidades dos países desenvolvidos se têm convertido em lugares mais saudáveis que o campo.

No obstante, a antiga associação entre doenças e vida urbana tem fomentado uma idéia que nos últimos séculos há tido uma importância cultural enorme*: "o prejuízo de que a civilização é daninha para o corpo e para a alma"*. E esta idéia há influído a sua vez em o conceito atual de "doenças da civilização", também chamadas doenças do progresso da vida moderna. Agora bem, o conceito de doença da civilização encerra certa construção ideológica, cujo desenvolvimento só pode compreender-se historicamente.

Já os antigos gregos, que elaboraram o conceito de "Natureza", pensaram que o natural é bom em si mesmo. E um corolário deste pensamento é o preconceito, muito estendido, do que o artificial é ruim. No século XVIII, alguns filósofos ilustrados (Rousseau entre eles) denunciaram certos males sociais e os contrastaram com os bens de uma vida em "estado de natureza". Por outra parte certos médicos (como Cheyne e Tissot) ressaltaram a importância do sistema nervoso como fonte de muitas doenças. Uma fonte que poderia ser facilmente afetada pelos costumes e estilos de vida modernos. Na segunda metade do século XIX, que foi uma etapa de crises e lutas sociais, chegou a seu apogeu a ansiedade frente a cultura moderna, a que se fazia responsável por inumeráveis males. Chegou-se a pensar que a própria civilização estava enferma; e incluso que a civilização mesma era já uma doença. Apareceram filósofos que denunciavam a cultura moderna por "enfermiça e decadente", como Spengler, Carlyle, Schopenhauer, Nietzsche... E apareceu o "degeneracionismo", uma teoria pseudocientífica que afirmava que as características culturais da modernidade eram morbosas e autodestrutivas. Além, os riscos patológicos estariam acumulando-se na sociedade e transmitindo-se hereditariamente. Neste contexto cobrou força um movimento eugenista, inspirado por um darwinismo social, alarmado por una suposta degeneração progressiva da sociedade. E assim, o amplo eco que encontrou a ideologia nacional-socialista se explica em grande parte pela extensão que haviam alcançado estas idéias. O mesmo Sigmund Freud, porém contrário às idéias degeneracionistas e hereditárias, manifesta em sua doutrina um indubitável receio pela cultura moderna que via como repressora das pulsões naturais. Uma de suas obras mais lidas com o título de: *"O mal estar na cultura".* Durante o século XX chegou a resultar evidente que certas doenças estão em relação com ambientes sociais e estilos de vida. Seyle e sua escola investigaram a patologia associada ao "*stress*" e definiram uma série de " doenças de adaptação". Também se converteu num tópico a idéia de que todos estamos expostos a um grande número de agressões que são conseqüência inevitável do progresso (carcinogênicos, produtos químicos contaminantes...).

No momento atual, as críticas aos males da civilização seguem estando muito estendidas. E está cobrando força uma atitude generalizada de repúdio à tecnologia, junto com uma revalorização de tudo supostamente natural.

É inegável que existem algumas correlações entre doença e estilos de vida. Agora bem, não se pode adotar a postura simplista de desqualificar globalmente a vida moderna, pensando que acarreta danos graves e iniludíveis para a saúde. Podemos ter em conta que:

1. O progresso não obriga a manter certos hábitos ou dietas tradicionais, que são os verdadeiros responsáveis de muitas doenças. Pensemos nos principais fatores patógenos que são: o tabaco, o álcool, a obesidade grave, e o consumo excessivo de gorduras animais, não estão inevitavelmente associados ao progresso.
2. Além, o aumento de certas doenças é somente o resultado lógico de haver conseguido uma maior esperança de vida.
3. É certo que a contaminação e os tóxicos ambientais são responsáveis de certas patologias humanas; mas, ao menos até o momento, sua repercussão nos índices sanitários globais não tem sido muito apreciável.
4. Quase todas as doenças que se supõem trazidas pelo progresso, afetam mais aos pobres e aos países não desenvolvidos.

A relação entre saúde e globalização

A globalização aumenta os riscos epidêmicos e favorece a aparição de doenças novas. Isto acontece pela maior quantidade e velocidade do intercâmbio de produtos, a multiplicação das emigrações e os contatos humanos e a transformação dos ecossistemas.

Pensemos que as doenças infecciosas e parasitarias são o resultado da interação dos seres humanos com outros seres vivos. Essas interações são relações ecológicas que chegam a atingir estados de equilíbrio dinâmico nos que as taxas de doença se mantêm constantes. Porém os equilíbrios podem ser alterados por fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos ou culturais. Possíveis fatores perturbadores são: as características físicas do meio ambiente, as relações estreitas com outras espécies animais, a densidade demográfica, o modo de vida ou os costumes sociais. A mudança em algum destes fatores pode romper o equilíbrio da espécie humana com algum organismo patogênico, e produzir una taxa de morbidade aumentada. As doenças que aparecem então são chamadas "epidêmicas". Outras vezes, o que conseguem essas mudanças é chegar a pôr em contato a duas espécies que nunca antes tinham estado em contato; iniciando-se assim uma nova relação "epidêmica". *As epidemias são, então, o resultado de certas mudanças ecosanitários que alteram os equilíbrios prévios*. Sua aparição é o resultado de alguma mudança no meio ambiente, condicionado por fatores histórico-sociais. No seu desaparecimento também influem estes fatores. Até o ponto que as grandes epidemias históricas hajam desaparecido sem que a medicina curativa tenha feito apenas nada.

Assim, tendo em conta o exposto, se pode explicar a história das doenças infecciosas como resultado da alteração do ecossistema sanitário, ou o contato entre dois ecossistemas previamente isolados.

Primitivamente, no período de caça e colheita, os seres humanos viviam em grupos pequenos e isolados, e foram desenvolvendo adaptações a seus respectivos ecossistemas sanitários, que eram pequenos e independentes entre si. Posteriormente, a agricultura e a pecuária, fez possível a existência de estados organizados, e se foram configurando grandes espaços sociopolíticos que suponham outras tantas áreas de intercâmbios internos. Em cada um destes espaços se fizeram mais prevalentes certas doenças contagiosas. E assim se estabeleceram no Velho Mundo cinco grandes ecossistemas sanitários: o do Sul de Ásia, o do Este Asiático, o do Oriente Médio, o Mediterrâneo e o da Zona Subsahariana. Já no período histórico estes ecossistemas sanitários se foram fundindo entre si e com os do resto do mundo, e algumas doenças anteriormente delimitadas foram se estendendo geograficamente. A isto contribuíram: o comércio a longa distância, as guerras e os soldados, os missionários, os pescadores, os descobridores... Finalmente, no presente momento se tem configurado um ecossistema sanitário, único para todo o planeta, no que não existem barreiras intransponíveis e onde toda alteração local pode afetar ao resto.

Há um par de décadas, era razoável pensar que se ia a lograr muito logo o controle da maioria de doenças contagiosas. A realidade, contudo, tem vindo a demonstrar, porém bem o contrário. Nos últimos vinte e cinco anos a única doença contagiosa que foi erradicada é a varíola. Em contrapartida disso:

1. Há voltado a aumentar a incidência de varias infecções antigas;
2. A resistência dos germes aos antibióticos está aumentando a um ritmo maior que o do descobrimento de novos fármacos antimicrobianos;
3. Também tem aumentado muito as infecções por germes oportunistas normalmente inofensivos, como resultado dos avanços da medicina;
4. E sobretudo, tem aparecido várias doenças contagiosas novas. Hoje se denomina a estas novas doenças "emergentes". E tudo parece indicar que no futuro continuarão surgindo doenças novas com uma freqüência ainda maior.

As causas da emergência de novas doenças

No meio ambiente existe um número incalculável de microorganismos que poderiam chegar a produzir doenças no ser humano. Além, todas as espécies animais albergam assintomaticamente uma multidão de vírus que no seu estado primitivo, ou mediante mutações ou recombinações, podem ser patogênicos para o homem.

Existem atividades humanas de risco que podem favorecer a propagação desses microorganismos. Entre essas alterações figuram:

1. *Agressões meio ambientais*: desmatamento, contaminação, mudança climática...;

2. *Alterações agrícolas:* Novas pautas, novos cultivos, novas terras...;
3. *Expansão de depósitos descobertos de água:* Pântanos, depósitos, irrigação..;
4. *Globalização*: Rapidez das viagens, intercâmbios, e migrações...;
5. *Técnicas médicas de risco*: Agulhas, sangue , transplantes...;
6. *Sobre população, urbanização e pobreza*;
7. *Erros na saúde pública e na higiene*: Uso indiscriminado de antibióticos, descuido das medidas públicas, de prevenção e controle... .

O perigo é maior nas zonas tropicais, onde a biodiversidade é maior e os ecossistemas são mais frágeis. De modo que a diminuição dos bosques tropicais e o aumento de presença humana aumentam as oportunidades para novos contatos com vírus desconhecidos o com variantes patogênicas. E em geral, os desequilíbrios ecológicos nestas zonas podem sacar à luz certos germes que se mantinham fora do contato com o homem.

Como conclusão, já não pode seguir pensando que a Medicina erradicará as doenças contagiosas num futuro. A existência de novas doenças obriga a reformular os supostos e a estratégia das lutas sanitárias mundiais. Ante a magnitude das mudanças ecológicas que se aproximam é mais necessário que nunca manter uma estrita vigilância epidemiológica internacional, com centros especializados e laboratórios de referência.

Desafios éticos que a globalização apresenta à saúde

A continuação analisaremos, sucessivamente, os principais desafios éticos que a globalização atual apresenta na luta pela saúde.

Os três principais resultados indesejáveis da globalização

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

Aumenta a diferença entre ricos e pobres. E facilita o crescimento econômico em algumas zonas, porém marginando outras: Como já sabemos, a pobreza extrema é, alem de ser uma afronta à justiça, é um fator de deterioro sanitário. Não devemos esquecer que os indivíduos e os países mais pobres padecem sempre os piores índices sanitários.

Aumenta o dano ao meio ambiente: E um meio ambiente alterado é uma ameaça epidemiológica constante. A degradação ambiental, se continuar aumentando, chegará a ter conseqüências sanitárias de gravidade potencialmente ilimitada sobre os seres humanos.

Enfraquece o estado social do bem estar: Com a conseguinte piora dos sistemas públicos de saúde e da assistência sanitária aos setores da população mais desfavorecidos.

A defesa da saúde exige lutar contra estes três resultados. E introduzir além disso controles sociais suficientes para que a globalização não fique limitada ao financeiro. Porque a característica mais proeminente da globalização atual é o auge que estão tendo os mecanismos do mercado puro, livre de controles e de regulações. Isto nos obriga a perguntarmos quais podem ser as conseqüências para a saúde deste predomínio dos mercados.

Efeitos sanitários do predomínio do mercado livre

Recentemente tem sido defendido com renovada energia bastantes argumentos a favor da introdução de procedimentos de mercado nas políticas sanitárias. Insiste-se em que o mercado pode reduzir a cada vez mais insuportável carga econômica que a sanidade impõe aos estados. Diz-se também que o mercado pode controlar os custos; aumentar a eficiência; suscitar a melhoria dos sistemas de assistência sanitária; facilitar o progresso científico e a inovação tecnológica; promover a autonomia e capacidade de eleição dos usuários; suprir incentivos aos trabalhadores; e motivar a responsabilidade dos pacientes.

O problema é que, até agora, não tem podido ser demonstrados fidedignamente muitos dos supostos benefícios sanitários do mercado. Não dispomos de provas convincentes de que as estratégias mercantis produzem uns sistemas de assistência sanitária mais eficiente; nem de que a competência rebaixa os gastos sanitários; nem de que os mecanismos mercantis produzem uma maior saúde nas populações.

Ainda que assim pareça certo que alguns aspectos da assistência sanitária podem beneficiar-se dos incentivos do mercado; entre eles: a recompensa material à excelência e ao trabalho, a dissuasão de intervenções inúteis mediante sistemas de co-pagamento; ou a limitação da irresponsabilidade e o desperdício.

Agora bem, frente às possíveis vantagens do mercado também tem que ter em conta seus quase seguros inconvenientes. O mais importante dos quais é a produção de desigualdades escandalosas no bem básico da saúde. Outro inconveniente do mercado é o tipo de progresso científico que é capaz de produzir não é orientado para a satisfação geral das necessidades básicas da saúde. Pode descuidar a pesquisas e o tratamento das doenças que afetam preferentemente que afetam os setores econômicos mais desfavorecidos. Potencia preferentemente o desenvolvimento das tecnologias que mais proveito possam proporcionar a seus provedores ou mas demanda encontrem nos setores sociais com maior capacidade de compra. E tudo aquilo não redunda, certamente, na melhoria dos índices sanitários globais nem na redução dos custos. Em resumo, que quando só se persegue o beneficio econômico não resulta fácil perseguir também os fins que são mais próprios da medicina.

Por outra parte, é necessário ter em consideração que o mercado sanitário não é capaz de funcionar exatamente igual que qualquer outro mercado de bens e serviços. Porque nem as necessidades sanitárias podem ser completamente conhecidas pelos clientes potenciais, nem os resultados das intervenções médicas podem ser corretamente avaliados pelos mesmos. Falta então, assim, um mecanismo essencial para o bom funcionamento da oferta e a demanda: a correta informação sobre o produto sanitário que se necessita e a adequada capacidade de avaliar a qualidade do que se obtém.

Em resumo, alguns mecanismos de mercado podem produzir certas melhorias sanitárias. Parece inegável que as sociedades não podem abandonar o mercado sanitário a seu livre jogo. E tem que introduzir elementos de correção e complementação desse mercado.

De fato, nenhum país desenvolvido tem um sistema de mercado em estado puro. Na Europa e nos Estados Unidos se tem ensaiado duas fórmulas diferentes de intervenção no mercado sanitário (CALLAHAN, 1998, p. 228-32). Na Europa existe um modelo de bem estar social baseado na solidariedade; enquanto que nos Estados Unidos se tem tentado mais recentemente invocar a idéia de um direito à assistência sanitária, ou ao menos a uma certa obrigação do Estado de proporcionar a todos um acesso decente à assistência sanitária.

Em qualquer caso, ao mercado sanitário devemos exigir ao menos em duas condições. A primeira é que reconheça os fins próprios da medicina e introduza os valores da humanidade e da tradição médica para que, de nenhuma maneira, se movimente só por fins de lucro. E a segunda condição é que utilize os incentivos financeiros de uma maneira sabia e proporcional, capaz de diminuir a demanda de utilidade marginal, sem demasiados riscos para a saúde dos pacientes, e sem afetar significativamente à necessária equidade na assistência. O mercado sanitário não é uma fórmula que possa ser assumida sem restrições, ainda que alguns de seus incentivos e estratégias se estão convenientemente reguladas, possam resultar úteis.

Temos que aclarar por que à saúde não pode ser um mero objeto de mercado, e por que deve ser distribuída de um modo mais eqüitativo do que resulta tolerável na distribuição de outros bens sociais. A resposta a estas interrogantes está na estimação de que a saúde é um bem tão básico que obriga a fazer todo o possível para que seja acessível a todos. E as razões são múltiplas: centralidade da vida a morte, não desejo de sofrimento, importância do bem estar, expressão da solidariedade… Porém uma das razões mais convincentes foi exposta por Daniels (1985), assinalando que a saúde é necessária para lograr uma igualdade de oportunidades entre os seres humanos. Sendo isto assim, a saúde pode ser concebida como um bem social primário que deve ser distribuído segundo princípios de justiça que Daniels encontra na teoria da justiça de Rawls (RAWLS, 1971 apud DANIELS, 1985).

Mas esta saúde capaz de se situar por cima das leis do mercado e de reclamar princípios de justiça não pode ser qualquer saúde. É preciso defini-la de uma maneira que a distinga das preferências subjetivas e de outros bens sociais menos básicos. Faz-se necessário, portanto, depurar alguns instrumentos conceituais. Entre eles o próprio conceito de saúde que haverá de ser forjado nas lutas sociais.

Adotar um conceito de saúde suficiente, porém não demasiado inclusivo

É necessário invocar uma idéia de saúde que possa ser reclamada por razões de justiça ou de solidariedade imprescindível. Haverá portanto que distinguir entre a saúde que deve ser objeto de assistência sanitária e a felicidade ou as aspirações que se possam conseguir por outros meios. Necessitamos uma idéia de saúde que seja um padrão indiscutível e potencialmente realizável. Porque em um mundo

de recursos limitados e desejos ilimitados, é preciso afirmar una meta sanitária que ninguém possa razoavelmente negar.

Necessitamos, portanto uma definição de saúde que seja o mais neutralista possível. Tal como a proposta realizada por Daniels (1985). Este autor parte da definição neutralista de Boorse que já vimos anteriormente, para chegar a uma definição biomédica de saúde como "*ausência de doenças que consistam em* desvios *da organização funcional natural de um membro típico da espécie*" (DANIELS, 1985, p. 28). E essas doenças são as que devem ser atendidas universalmente para assegurar uma justa igualdade de oportunidades.

Além do que um conceito operativo de saúde tampouco deverá ser demasiado abrangente. Callahan (1990) está entre os autores que propõem uma definição limitada da saúde a efeitos de distribuição de recursos sanitários. Essa saúde não pode ser entendida como um ideal ilimitado senão como padrão médio das funções orgânicas e comportamentais. Assim*:* "alguém pode ser considerado são se seus órgãos funcionam a um certo nível médio, não se padece dor física, e se está livre de transtornos patológicos" (CALLAHAN, 1990, p. 38). E o mesmo Callahan (1990, p. 127-34) sugere dois princípios limitadores do esforço social dedicado a procurar à saúde: *1) Um principio de suficiência, quando o funcionamento das instituições e o exercício dos papéis sociais da maioria dos cidadãos não estão afetados por uma falta de saúde. 2) Um principio de justificação, para que os recursos dedicados à saúde não diminuam de um modo danoso os dedicados a outras necessidades sociais importantes, nem produzam conseqüências indesejáveis a longo prazo*.

Assim, pois, devemos renunciar a exigir uma saúde ilimitada à medicina e as instituições médicas. Existem motivos econômicos e políticos que aconselham limitar nossas exigências. E as atuais tendências do progresso tecnológico tampouco convidam a recorrer esse caminho.

A tendência do progresso tecnológico aconselha instaurar uma medicina sustentável

Desafortunadamente, não é razoável pensar que as inversões tecnológicas aumentaram ilimitadamente a saúde dos seres humanos.

Na Idade Contemporânea, quando a medicina se transformou em ciência experimental, se chegou a conceber a esperança de um progresso ilimitado e continuo na luta contra a doença e a morte. E durante o século XX os grandes logros da medicina pareceram confirmar essa esperança. Contudo, temos muito poucos motivos para manter semelhante sonho. O mais razoável é pensar que no século XXI não acontecerão avanços tão espetaculares nos índices sanitários como os do século anterior. A esperança de vida, por exemplo, não parece poder aumentar muito mais. Ademais, será cada vez mais difícil descobrir tratamentos baratos e eficazes para melhorar a saúde significativamente. Os tratamentos genéticos, em geral, só prometem ganhos marginais em proporção a seus custos. Deste modo, a tecnologia médica será cada vez mais cara e menos eficiente para melhorar a saúde geral da população.

Se a sociedade se empenha em manter uma ilusão tecnológica sem limitações à medicina consumirá cada vez mais recursos e cada vez será mais difícil de financiar. Só poderá beneficiar a uns poucos privilegiados, e será cada vez menos eqüitativa. Globalmente, com toda probabilidade, não produzirá benefícios sanitários significativos. Impõe-se portanto implantar uma medicina que Callahan (1998, p. 35) denominou: "sustentável", entendendo por tal a que: "fornecer uma assistência suficiente para garantir um nível decente de capacidade física e mental; possa ser financiada razoavelmente e distribuída equitativamente; adote metas de saúde finitas e tenha aspirações limitadas de progresso tecnológico".

A crise da medicina obriga a redefinir seus fins

Apesar dos progressos, parece que tem entrado em crises muitos aspectos da Medicina atual. Observa-se um descontentamento entre os usuários, e uma insatisfação entre os profissionais. Denuncia-se a a falta de humanização da assistência médica. As novas tecnologias médicas apresentam dilemas éticos imprevistos. Se tem posto de manifesto as limitações da tecnologia nas doenças crônicas o incuráveis. E se tem chegado a pensar que a tecnologia médica pode inclusive chegar a ser contraproducente, em alguns sentidos. Além do gasto sanitário estar aumentando a um ritmo muito superior ao do crescimento econômico. E parece que os custos sanitários constituem um poço sem fundo para os recursos econômicos de qualquer país.

Tem-se tentado explicar a crise desde distintos ângulos. Porém aqui mencionaremos as explicações que afetam à definição e a finalidade da Medicina.

1. Desde o ponto de vista da *antropologia e da etnomedicina*, autores como Fabrega Jr. (1975): tem assinalado algumas deficiências da "medicina ocidental". Entre elas: sua insuficiente atenção à dimensão social e adaptativa que tem a doença; e sua incapacidade para penetrar no significado simbólico e cultural da doença humana.

2. Outros autores tem detectado a crise nos *"Modelos Explicativos"* subjacentes (KLEINMAN, EISENBERG; GOOD, 1978). O modelo explicativo é o conjunto de noções sobre uma doença e seu tratamento, que teme cada pessoa. O modelo explicativo do médico gira em torno ao conceito de lesão orgânica; enquanto que o modelo do paciente está centrado em sua condição subjetiva, e está condicionado pela sua cultura e suas experiências pessoais. O problema é que se produziu uma dissociação demasiada grande entre o modelo explicativo do médico e o que tem seus próprios pacientes.

3. Engel (1977) considero que a crise da medicina atual é em realidade a crise do "Modelo Biomédico" que a configura. Este modelo define a "doença" utilizando parâmetros somáticos exclusivamente. O qual explica o fato de que os médicos prestem pouca atenção às questões psicosociais. O mesmo Engel propôs um novo "Modelo Biopsicosocial" que contempla as doenças não só desde os pontos de vista anatomopatológico, fisiopatológico o bioquímico, mas também em termos psicológicos, sociais e culturais. A fundamentação teórica deste modelo se encontra na "teoria geral de sistemas" de Bertalanffy (1975).

4. Callahan (1996), a frente de uma equipe de trabalho internacional, sustenta que a Medicina atravessa uma crise em seus próprios fins, e não só, nem fundamentalmente, nos meios que utiliza. A resposta aos problemas que apresenta a Medicina tem sido até agora exclusivamente técnica e organizativa. Mas tem deixado sem questionar os fins e os pressupostos mais básicos. É necessário realizar uma reformulação mais radical formulando novos ideais e direções. Se isto não for feito a Medicina será: economicamente insustentável, clinicamente confusa, socialmente frustrante e carente de direção e propósitos coerentes. E se sugere que a Medicina preste atenção preferente a quatro grandes objetivos:

a) Prevenção da doença e promoção e manutenção da saúde.

b) Alivio da dor e do sofrimento humano causados por padecimentos de origem interno.

c) Cuidado e atendimento de quem tem padecimentos; e cuidado de quem não pode ser tratado.

d) Evitar mortes prematuras, e aspiração a uma morte em paz.

Num mundo cambiante há que repensar todos os conceitos

Neste capítulo somente pudemos analisar alguns dos desafios sanitários que apresentam um mundo estreitamente inter-relacionado e interdependente.

Neste novo mundo, em que a globalização resulta inevitável, deveremos procurar que a globalização não seja reduzida em seus aspetos puramente comerciais. E que se globalize também a democracia e a capacidade decisória de todos os povos, porque todos os povos resultam afetados pelas decisões de outros.

Terá que globalizar os benefícios da sociedade e do progresso. Reconhecer, então, algum direito universal a saúde e a um mínimo decente de assistência sanitária, sem discriminações socioeconômicas, geopolíticas, nem de etnia ou de crença.

Será preciso também resistir às forças negativas que o mercado impõe. O predomínio do financeiro leva a uma distorção e reduz a capacidade dos governos para administrar a saúde dos povos. Não podemos permitir que desapareçam os controles sociais da economia. Só assim poderemos seguir aspirando a uma justiça sanitária fundada na equidade e na distribuição solidária dos recursos. E só assim poderão por os interesses comerciais ao serviço de todos. O conflito entre os direitos comerciais das companhias farmacêuticas multinacionais e as necessidades sanitárias dos países em desenvolvimento é só um exemplo do tipo de problemas que deveremos afrontar mediante os regimentos internacionais devidos.

E finalmente, não esqueçamos que num mundo autenticamente globalizado devem estar integrados, além das fronteiras, todos os esforços. Tanto os esforços propriamente sanitários (vigilância epidemiológica global, atuação conjunta, transferência tecnológica), como os esforços não diretamente sanitários. Porque não estaremos fazendo tudo o que podemos enquanto não lutemos conjuntamente contra todos os fatores indiretos da saúde. É preciso lutar, simultaneamente, contra a pobreza, a desigualdade, a injustiça, o crescimento demográfico não desejado pelos indivíduos e as alterações do meio ambiente.

Referências:

ABELIN, T.; BRZEZINìSKI, Z. J.; CARSTAIRS, V. D. L. et al. *Measurement in health promotion and protection.* Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. Albany, NY: WHO Publications Center USA, c1987. European Series nº 23.

ALSTER, Kristine Beyerman. *The holistic health movement*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, c1989. 220p.

BECHTEL, William. In defense of a naturalistic concept of health. In: HUMBER, James M.; ALMEDER, Robert F. (Eds.). *Biomedical ethics reviews 1985*. Clifton (NJ-USA): Humana Press, 1986, p. 131-170.

BERTALANFFY, Ludwig von. Perspectives on general system theory: scientific-philosophical studies. New York: G. Braziller, c1975. 83 p.

BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. *Philos. Public. Aff.*, v. 5, n. 1, p. 49-68, Autumn, 1975.

CALLAHAN, D. The WHO definition of “health”. *Stud. Hastings Cent.*, v. 1, n. 3, p. 77-88, 1973.

CALLAHAN, Daniel. *False hopes*: why America’s quest for perfect health is a recipe for failure. New York: Simon & Schuster, c1998, 330p.

CALLAHAN, Daniel. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*. v. 26, n. 6, Special Supplement, S9-14, 1996.

CALLAHAN, Daniel. *What kind of life*. New York: Simon and Schuster, 1990. 318p.

CULVER, C. M.; GERT, B. *Philosophy in medicine:* conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry. New York: Oxford University Press, 1982. 201p.

DANIELS, Norman. *Just health care*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1985. 245p.

DUBOS, René J. Mirage of health: utopias, progress, and biological change. New York: Harper, 1959. 236p.

ENGEL, GL.The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, v. 196, n. 4286, p. 129-36, 08 Apr. 1977.

ENGELHARDT Jr., H.T. Clinical problems and the concept of disease. In: NORDENFELT, L.; LINDAHL, I. B. (Eds.). *Health, disease, and causal explanations in medicine*. Dordrecht: Reidel, 1984. p. 27-41.

FABREGA JR. H. The need for an ethnomedical science. *Science*. v. 189, n. 4207, p. 969-75. 19 Sep. 1975.

GROF, S. *Psychologie transpersonnelle*. Monaco: Editions du Rocher, 1996.

GUTTMACHER, S. Whole in body, mind & spirit: holistic health and the limits of medicine. *The Hastings Center Report*. v. 9, n. 2, p. 15-21, apr. 1979.

ILLICH, Ivan. *Medical nemesis*: the expropriation of health. New York: Pantheon, 1976. 294p.

KASS, Leon R. *Toward a more natural science*: biology and human affairs. New York: Free Press, c1985. 370p.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern*. Med., v. 88, n. 2, p. 251-8, Feb. 1978.

KOPELMAN, L.; MOSKOP, J. The holistic health movement: a survey and critique. *J. Med. Philos*. v. 6, n. 2, p. 209-35, 1981.

MARGOLIS, J. The concept of disease. *J. Med. Philos.* v. 1, 1976, p. 238-55.

MASLOW, Abraham Harold. *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós, 1973. 296 p.

MASLOW, Abraham Harold. Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. In: MASLOW, Abraham Harold et al. *Más allá del ego*: textos de psicología transpersonal. Barcelona: Kairós, 1982. p. 182-202.

McKEOWN, T. H. *The role of medicine*: dream, mirage, or nemesis? Princeton (N.J. – USA): Princeton University Press, c1979. 207p.

NORDENFELT, L.: *On the Nature of Health*: an action-theoretic approach. Dordrecht (Holanda): Reidel, c1987. 204p.

OMS. Organización Mundial de la Salud. [Página da Internet]. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible em: http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html.

SEEDHOUSE, D. *Health*: the foundations for achievement. Chichester; New York: Wiley, c1986. 104p.

WILBER, K. *La conciencia sin fronteras*. Barcelona: Kairós, 1985.

2.4 A religião e mobilidade social no Mercosul

José Nascimento
Maria Teresa Arrigoni

A colonização pós-descobrimento da America Latina fez parte do projeto de ocupação e expansionismo da coroa portuguesa e espanhola. Para esse fim, os monarcas da Península Ibérica incentivaram a vinda de aventureiros de origem daqueles reinos, vistos como trabalhadores ideais para promover a exploração dos seus concernentes domínios. Além destes, vieram estrangeiros de outros reinos, mas o alastramento deu-se, principalmente, por portugueses e espanhóis.

Cada reino tinha de suprir a finalidade de colonizar/limitar suas terras e de suprir as necessidades de mão-de-obra decorrentes das grandes extensões territoriais. O resultado que se observa é o entrelaçamento dos dois grandes reinos de além-mar com a religião e como isso se fez de maneira aculturada,[1] assim como o uso do nome de Deus e de Maria, Mãe de Jesus Cristo, no processo da ocupação da América Latina, durante a ocupação/evangelização hispano-portuguesa.

Apesar das dificuldades na instalação e na adaptação dos novos donos das terras, a rapidez com que os lugares de culto foram construídos indica o significado da religião para os que chegaram: uma âncora em meio a um mar de turbulência diante do desconhecido e um apoio para começar uma nova vida numa outra paragem (NASCIMENTO, 2006, p. 33).

As palavras não surgem ao caso e guardam em si não apenas a origem etimológica, mas também resquícios do tempo no qual surgiram. Nesse sentido, a palavra religião – do latim *re-ligare*, significa unir o céu e a terra, o espiritual e o material. No contexto dos primeiros "donos brancos" da América Latina, a religião era o ponto de ligação entre Portugal e Espanha - o Velho Mundo, berço da sua cultura – e a nova Pátria, símbolo de um futuro promissor para alguns, emblema de danação para outros. As práticas religiosas também serviam como elo de comunicação com o sobrenatural, dando força principalmente nos momentos iniciais na nova habitação. Nesta, o sofrimento humano se assemelhava ao de Cristo, na medida em que a própria vida era oferecida a um lugar desconhecido, sempre na esperança de se fazer um futuro promissor e voltar para a sua Pátria, rico e respeitado.

Além de um local para a profissão de fé, a igreja, enquanto materialidade constituía-se como ponto de referência social da comunidade, no qual circulavam noticias e idéias. Geralmente os homens faziam negócios, jogavam e participavam de outros divertimentos, enquanto as mulheres tratavam de assuntos cotidianos. Nessas ocasiões, eram fortes os vínculos estabelecidos de solidariedade, daí a importância de se encontrar um bom local para a capela, juntamente com a preocupação de ampliá-la, casos esses que muitas se transformaram em grandes Santuários marianos.

São através dos elementos religiosos e sociais dessas transposições de cultura que os colonizadores vivificaram e transpuseram para cá o seu modo de viver. Conforme Maurice Halbwachs, "os habitantes assemelham-se ao quarteirão ou à casa [...] há uma estreita relação entre os hábitos, o espírito de um grupo e o aspecto dos lugares onde ele vive" (HALBWACHS, 1990, p. 69).

De acordo com Andrade (1995), a religiosidade é transformada em lazer sagrado e constitui-se em uma das maiores revoluções comportamentais da sociedade contemporânea. Com a religião, os territórios nacionais e internacionais se reconhecem e se relacionam, as migrações se multiplicam, os modos de vida se padronizam. A mobilidade social no espaço torna-se uma condição de existência.

Dessa forma, percebe-se, quanto ao sagrado[2], a importância geográfica na eliminação de frontei-

---

1 A aculturação é o processo de interação entre duas ou mais culturas mediante o qual se dá uma transposição de símbolos, significados, produzindo uma perda de elementos das culturas de origem e gerando uma outra sincrética (BRIGHENTI, 1998, p. 31; EICHER, 1993, p. 395; MOSCONI, 1996, p. 20-22).

2 Por sagrado se entende a faculdade natural que o homem tem de idealizar, substituir o mundo da realidade por um mundo diferente para onde se transporta pelo pensamento. Apenas o homem tem a faculdade de conceber o ideal e de o acrescentar ao real. O que define o sagrado, e também o ideal, é o fato de ser acrescido ao real, ao profano. Essa dicotomia entre o sagrado/profano assegura a sólida ligação entre os homens e torna possível a ordem social (DURKHEIM, 2000, p. 19-21).

ras, já que os fundadores desse esforço expansionista dos grandes impérios da época (Espanha e Portugal) são os religiosos e eles estão presentes, desde a primeira hora, no Novo Mundo, inaugurando a atividade missionária da época. Temos os Jesuítas como os percussores da suplementação do catolicismo por aqui, e vieram os Beneditinos, Franciscanos e tantos outros religiosos para fortalecer a fileira da Evangelização na América espanhola e portuguesa. Os maiores expoentes da Companhia de Jesus evangelizaram[3] uma boa parte do planeta.

São eles Francisco Xavier, que percorreu a Ásia, chegando às portas da China; e Manoel da Nóbrega e José de Anchieta, que ajudaram a fundar as primeiras cidades do Brasil, como Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro e o Paraguai. Para os Jesuítas não foi difícil explicar "o conceito de Criador e do novo mundo religioso aos índios, eles já tinham nas suas culturas mais ou menos igual, o *Tenondeté*, o fazedor, o criador de tudo" (CABRAL, 1995, p. 57). Sob o jugo do padroado primeiramente e mais tarde com a Romanização, estabeleceu-se a diretriz que guiava a Igreja Católica na América Latina.

O modelo para a sociedade enunciado pelo pontífice Pio IX é solenemente proclamado na encíclica *Quanta Cura*, publicada em 1864 e trazendo em anexo o *syllabus* (PIO IX, 1959). Este ia, além dos problemas pontifícios, ao poder temporal. Não era somente uma garantia para a independência do Papa, era também o modelo de um governo que, com suas particulares instituições e com a sua ação de combater, a propagação de uma cultura condenada pela sua incredulidade e pelos infinitos erros, fazia-se inconciliável com a doutrina Católica, e, dentro desta espacialidade, encontramos o sagrado que independe da hierarquia constituída. Um bom exemplo no Brasil é "*Padim Cícero*": para os fiéis ele é "santo", mesmo que a Igreja Católica tinha lhe negado a honra aos altares.

O espaço sagrado manifesta-se como uma realidade de ordem inteiramente diferente daquela do cotidiano, porque é transportada para dentro da "realidade" sacral, com a qual se parece e na qual se concretiza a situação desejada, independentemente da oficialização da hierarquia eclesiástica.

Émile Durkheim, que publicou em 1912 a obra *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, comenta que é preciso conhecer a religião nas suas origens, na sua menor proporção, no seu núcleo original, para que seja possível compreender como ela se expandiu, se tornou complexa e se diversificou (DURKHEIM, 1996). O que fez desse livro um clássico foi a fundamentação - por ele perseguida - da reciprocidade entre religião e sociedade, bem como a definição, depois universalmente acolhida, dos conceitos de sagrado e profano, cuja distinção permite identificar um específico religioso, dotado de certa autonomia expressiva, sendo o sagrado prescrito e exaltado pela garantia divina.

Nesse sentido, a religião é uma representação simbólica da consciência coletiva que toma conta do indivíduo, suscitando nele um sentimento de submissão à religiosidade expressa através da oração e do rito. O autor citado acima aborda as origens sociais e cerimoniais, bem como as bases religiosas, como um conjunto de superstições das quais os homens se libertariam desenvolvendo seus conhecimentos, mostrando que o fato religioso é uma das bases essenciais da sociedade. Seu principal problema era encontrar novas formas de participação social que integrassem os indivíduos na ordem social, de forma que, saindo de si para o grupo, se sobressaísse o grupo e, conseqüentemente, o indivíduo enquanto integrante do todo.

Já Eliade (2001, p. 17) procura no seu livro "*O sagrado e o profano"*, a essência das religiões, sendo o seu conceito de sagrado e de profano autônomos em relação ao sistema da sociedade durkheiminiana. Esse autor acredita que, de tudo o que se destaca do lugar comum e da rotina, nem tudo que se destaca espacialmente é espaço sagrado e nem toda interrupção da rotina é um espaço revelado. É o homem quem constrói o cosmos e o caos, isto é, o mundo dos arquétipos, como quadro de referência de sua vida. Então, é possível distinguir dois aspectos fundamentais nos Santuários Marianos e de Santa Paulina no MERCOSUL: o "ponto fixo" e o seu entorno – o que, na linguagem gestaltista, se refere à problemática da figura e do fundo, em que ambas coexistem e interdependem para justificar as suas existências. No primeiro, o ponto fixo, as formas espaciais existentes cumprem funções que estão diretamente associadas à hierofania, materializada na imagem de Maria ou da santa Paulina ou no objeto milagroso. No segundo, o entorno, as fronteiras, que possuem os elementos necessários aos transeuntes, viabilizando as práticas e o roteiro devocional.

As Marias do Mercosul

Ao longo dos séculos, a Mãe de Cristo tem se manifestado na forma de visões, mensagens, pintu-

3 Nós não estamos discutindo aqui se o processo evangelizador da Igreja Catolica foi positivo ou negativo, mas que simplesmente foi realizado. Uma única coisa que se pode deduzir e constatar é que todo processo teve por si só seus métodos e aspectos conturbadores da época.

ras e esculturas. No entanto, o local e a circunstância em que se fez presente receberam um nome diferente. Mas a Virgem é sempre a mesma. E por estas paragens não é diferente. No Mercado Comum, ela vem homenageada sob o auspício de Nossa Senhora Gaúcha do Mate, esta devoção não teve origem em uma aparição ou um milagre proclamado, além disto, em 1998, durante a Reunião dos representantes dos países que integram o MERCOSUL, por expressa solicitação dos cônsules da Argentina, Paraguai e do Brasil, foi proposta Nossa Senhora Gaúcha do Mate como a Padroeira do MERCOSUL,[4] cuja festa é comemorada em 10 de junho.

No ano de 1991, a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai, como países plenos, e, em processo de ingresso, a Venezuela, tomaram a iniciativa de lançar as bases do MERCOSUL, conhecida como Mercado Comum do Sul. Instituem um bloco econômico com uma política soberana e formalizado institucionalmente, no mês de dezembro de 1994, pelo Protocolo de Ouro Preto.

Segundo Araujo *et al* (1998, p. 18),

> O Mercado Comum implica: A livre circulação de bens de serviços e fatores produtivos entre os países, através, entre outros, da eliminação dos direitos alfandegários e restrições não-tarifárias à circulação de mercadorias e de qualquer outra medida de efeito equivalente.

A esse projeto de Mercado Comum do Sul proposto por brasileiros e argentinos aderiram, no início da década de 90, o Paraguai e o Uruguai, países que, historicamente, sempre estiveram unidos à Argentina e ao Brasil como seus principais parceiros comerciais. Surgiu, assim, o Tratado de Assunção, firmado na capital paraguaia em 26 de março de 1991, com o objetivo de construir um Mercado Comum, criado para designar esse projeto.

Por outra parte, o cristianismo é contido dentro do MERCOSUL, porque "se trata aqui da religião, como exclusivo ato de fé, íntimo e transcendente: como fenômeno guardado na certeza recôndita de todo o ser humano" (CABRAL, 1995, p. 55). O que se observa é que a política não está associada à religião. Muito pelo contrário a primeira faz uso da segunda e vice-versa para auto legitimação e controlar a população dentro da piedade popular. Aqui estamos falando de Maria como pedagoga para um povo em busca de sua fé nos santuários existentes em muitos lugares.

Excluímos outros santuários, dispersos pelo MERCOSUL, não por considerá-los pouco importante. Pelo contrário, acreditamos que pela presença deles as regiões onde se localizam adquiriram maior importância no cenário em que se encontram, proporcionando um maior fluxo de pessoas que procuram os seus respectivos Estados. Contudo, Nossa Senhora Gaúcha do Mate, padroeira do MERCOSUL; de Nossa Senhora de *Luján*, padroeira da Argentina; de Nossa Senhora Aparecida, padroeira do Brasil; da Virgem de *Caá cupé*, padroeira do Paraguai; da Virgem dos Trinta e Três, Padroeira do Uruguai; da Virgem de *Camoroto*, padroeira da Venezuela; e de Santa Paulina do Coração Agonizante de Jesus, padroeira dos cancerosos, em Santa Catarina, em Nova Trento, terra de Santa Paulina, primeira santa brasileira, por serem Santuários das padroeiras de cada nação (exceto o de Santa Paulina, que é considerada a segunda estância do turismo religioso no Brasil), carecem de estudos mais aprofundados que permitiriam a compreensão de fenômenos ligados ao MERCOSUL, sob a ótica da religião.

Fizemos parte de um contexto cultural religioso que há um cunho "judaico-cristão", resultado este evidenciado no *ethos* encontrado na mitologia indo-européia ocidental. Observamos o mito, apesar de ser um conceito não definido de modo preciso e unânime, constitui uma realidade antropológica fundamental, pois ele não apresenta uma explicação sobre as origens do homem e do mundo em que vive, mas as traduz por símbolos ricos de significação com através dos quais um povo ou civilização entende e interpreta a existência. O mito antigo, ao mesmo tempo em que oferece um fundador e um modelo de vida, é um signo de reconhecimento, nos une a outros.

Além disso, existe a importância dos Santuários para esses países passa também pela construção da identidade de cada povo, fundamentais para a propagação Mariana, ou seja, a Romanização da população. Observamos, também, as quebras das fronteiras geográficas e construção imaginária, tornando o entorno do sagrado sem limites. E, por isto, a busca do sagrado vai além das limitações humanas; tem sido o refúgio para muitos fiéis que encontram em Maria a proteção e a socorro em suas necessidades e aflições. Segundo Cabral, "a solidariedade [...] exerceu o povo que o praticava, fazendo do semelhante, e não do eu, o eixo da ação social e, portanto, histórico" (CABRAL, 1995, p. 56). A imagem de Maria está intrinsecamente ligada ao catolicismo latino, sob vários títulos. Encontramos abaixo os principais santuários e devoções marianas no Mercosul.

---

4 Esta devoção não teve origem em uma aparição ou um milagre proclamado, Além disto, em 1998, durante a Reunião dos representantes dos países que integram o Mercosul, por expressa solicitação dos cônsules da Argentina, Paraguai e do Brasil, foi proposta Nossa Senhora Gaúcha do Mate como "Padroeira do Mercosul" (FATIMA, 2008, p. 1).

Nossa Senhora Gaúcha do Mate: padroeira do Mercosul

Há muito tempo a devoção de Nossa Senhora Gaúcha do Mate, vem celebrada nos meios dos Gaúchos, povo esse originários das Planícies dos Pampas do sul da América do Sul. Mate é uma fusão obtida com as folhas da planta "*ilex paraguayensis*", amplamente consumida pelas famílias da Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e do sul do Brasil.

A invocação à Virgem Gaucha do Mate é quase tão antiga quanto este ritual. Por isto um grupo de leigos e os padres salesianos da província argentina de Missões, liderados pelo sacerdote Domingos Lancelotti, encabeçaram um movimento junto à Santa Sé a fim de obter o reconhecimento à essa nova devoção mariana. João Paulo II, fervoroso devoto da Virgem, visitou oficialmente a Argentina em 1982 e 1987. Recebeu importantes testemunhos favoráveis à devoção de Nossa Senhora Gaúcha do Mate como evangelizadora e reflexo da cultura deste pedaço da América. O movimento ganhou mais impulso em 1989.

No dia 1º de maio de 1993, o núncio apostólico argentino recebeu um documento assinado pelo mesmo Papa, para ser entregue ao padre salesiano Domingo Lancelotti, em que se lê: "De todo o coração autorgamos a implorada benção apostólica, sob os auspícios de Nossa Senhora Gaucha do Mate". A mensagem transmitida por essa devoção é de unidade, de família, de fraternidade, de amizade e de encontro.

O quadro original da imagem foi entronizado na igreja da Cidade dos Apóstolos da província das Missões, na Argentina. Sua festa é celebrada na abertura da exposição anual da Erva Mate, que ocorre sempre na primeira quinzena de julho naquela cidade. Na solenidade de 1994, ela foi proclamada "Padroeira da Erva Mate" e uma estátua esculpida em madeira, conforme a original, Maria com roupas comuns e simples, com o cotidiano gesto de servir um mate junto ao braseiro (FATIMA, 2008, p. 1).

Nossa Senhora de Luján: padroeira da Argentina

Em 1630, um fazendeiro argentino de nome Farias, proprietário de uma fazenda, estava muito empenhado em edificar uma capela em honra à Virgem Maria. Assim sendo, pediu a um amigo do Brasil que lhe enviasse uma imagem de Nossa Senhora da Conceição.

Seu amigo enviou-lhe duas imagens: uma que representava a Imaculada Conceição, hoje venerada em Luján, e outra que a representava como Mãe de Deus. Embaladas em duas caixas, as imagens foram colocadas em uma carreta e saíram de Buenos Aires em direção ao norte do país. Quando os tropeiros chegaram às margens do rio Luján resolveram passar a noite na estância de Rosendo. Ao raiar do dia seguinte, tentaram prosseguir a viagem, mas os animais não conseguiam mover a carreta. Peões e outros tropeiros vieram prestar ajuda, mas nada conseguia convencer os animais a marcharem. Depois de muita insistência, os tropeiros resolveram retirar a caixa que continha a imagem da Imaculada Conceição. Desta forma a carreta se movimentou. Os tropeiros viram nisso um sinal de Deus que lhes parecia pedir para deixar ali aquela imagem para ser venerada naquele local. E assim foi feito.

Quando o miraculoso acontecimento foi divulgado, os fiéis logo começaram a venerar a imagem. Milagres e prodígios tiveram início, para espanto de todos. A imagem media 38 cm de altura e trazia as mãos juntas ao peito. Conduzida à casa de Rosendo, os proprietários erguem um pequeno oratório, deixando-lhe sob os cuidados de um escravo chamado Manuel. Passam cinqüenta anos. A Sra. Ana de Matos compra a imagem e a leva para sua estância, localizada na atual cidade de Luján, para construir-lhe uma capela digna. A festa da padroeira da Argentina é celebrada em 08 de maio (ZANON, 2005; SCOPEL, 2007; RONAN, 2007).

Nossa Senhora Aparecida: padroeira do Brasil

Primeira Estância Religiosa do Brasil, o Santuário Nacional de Nossa Senhora Aparecida é considerado uma Meca "para as peregrinações do catolicismo sul-americano" (OLIVEIRA, 2001; BASSETTI, 2004; SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S., 1992; WOBETO, 1982; FRANÇA, 1975). Além do fato de ser um Santuário urbano, sua localização, próxima à rodovia Presidente Dutra, que liga as grandes metrópoles do país, é estratégica.

No ano de 1717, Dom Pedro de Almeida, Conde de Assumar, então governador da província de São Paulo, em viagem a Minas Gerais, passou pelo Vale do Paraíba. Sabendo da visita do Conde, as

autoridades locais preocuparam-se em preparar um banquete à altura do convidado tão ilustre e convocaram todos os pescadores locais para levarem muitos peixes. Três pescadores ganharam destaque especial: Domingos Garcia, João Alves e Felipe Pedroso. A primeira tentativa de pegar os peixes foi frustrante. Na segunda tentativa, ao lançar as redes no Porto de Itaguaçu, no Rio Paraíba, os homens foram surpreendidos por uma imagem sem cabeça. Após muitos esforços, eles conseguiram resgatar a parte que faltava à escultura e prosseguiram com a pesca. Foram tantos peixes capturados na rede, que logo os pescadores voltaram para suas casas com medo de que o barco não suportasse o peso dos peixes. Felipe Pedroso acabou ficando com a imagem, reconhecida mais tarde como sendo a de Nossa Senhora da Conceição de Aparecida. Em 1929, Nossa Senhora Aparecida foi proclamada Rainha do Brasil e, em 1931, em solenidade no Rio de Janeiro, foi proclamada Rainha e Padroeira do Brasil. A coroa e o manto azul-marinho que cobrem a imagem negra de Nossa Senhora da Conceição Aparecida foram doações da princesa Isabel, devota da Virgem (OLIVEIRA, 2001; BASSETTI, 2004; SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S., 1992; WOBETO, 1982; FRANÇA, 1975; ZANON, 2005).

Virgem de Caá cupé: padroeira do Paraguai

No século XVI, um indígena paraguaio convertido foi atacado pelos *Mbayaes*[5] quando andava numa montanha. Correu e se escondeu. Nos momentos tensos em que permaneceu escondido, rezou à virgem para que o livrasse da morte. Passando o perigo, esculpiu uma imagem de Nossa Senhora com um galho da árvore que o protegeu. Essa imagem foi arrastada pelas águas do lago *Tapaicuá,* numa enchente de 1603. Milagrosamente, após as águas baixarem, a imagem apareceu intacta. Uma capela foi construída (mais tarde um santuário) e a pequena imagem passou a ser venerada como Nossa Senhora de Caá cupé, que significa "atrás dos montes". É padroeira do povo paraguaio, que a chama carinhosamente de a "Virgem Azul do Paraguai". A festa da padroeira do Paraguai é comemorada em 8 de dezembro (ZANON, 2005).

Virgem dos Trinta e Três: padroeira do Uruguai

No século XVIII foi construída, no povoado uruguaio, a fazenda "Virgem dos Desamparados", situada ao redor de La Florida, no Uruguai, de propriedade dos padres Jesuítas, cortada por um regato chamado Arroyo de La Virgem. No cume da Serra Del Pintado havia um oratório com a imagem de Nossa Senhora, representando a Virgem subindo aos céus, levada pelos anjos.

Em 1767 os Jesuítas são expulsos da Espanha e também de toda a América Latina. O povoado que era próspero decaiu tanto que mais tarde, quando o novo pároco, Padre Santiago Figueiredo, tomou posse, não restavam mais do que cinco famílias no local, em um terreno improdutivo e estéril. O povo, porém, não esqueceu a milagrosa imagem, construindo uma rústica capela de palha e barro.

No dia 19 de abril de 1825 desembarcaram, na praia da Agraciada, trinta e três homens comandados pelo general Antônio Lavalleja que pretendiam libertar a pátria, levando o lema "Liberdade ou morte". Conquistaram Soriano, Colônia, San José, Guadalupe e La Florida. Instalaram em junho um Governo provisório e, conforme o costume daqueles tempos, foram à Igreja para implorar o auxílio de Deus e de Sua Mãe para a nova pátria uruguaia. Na mesma cidade de La Florida, no dia 25 de agosto de 1825, reuniu-se a Assembléia Nacional Constituinte da República Oriental do Uruguai para declarar sua Independência.

No ano de 1857, o segundo chefe dos Trinta e Três, o general Manuel Oribe, em agradecimento à "Virgem dos Trinta e Três", ofereceu- lhe uma preciosa coroa que até hoje se conserva no tesouro da Catedral. O Papa João XXIII permitiu a coroação pontifícia da imagem, no dia 11 de novembro de 1961. O mesmo Papa, a pedido da Conferência Episcopal do Uruguai, proclamou-a "Padroeira da República Oriental do Uruguai". Uma multidão de peregrinos se reúne todo segundo domingo de novembro para celebrar as festividades de sua Padroeira e pedir a proteção para todos os uruguayos (ZANON, 2005).

5 No território que ocupa a parte oriental e meridional do *Chaco*, em Formosa, norte de Santa Fe, nordeste de Santiago del Estero, e parte oriental de *Salta*, habitaram povos de origem patagônico. Estes grupos pertenceram os *abipones*, os *mbayaes*, os *payaguaes*, os *mocovies*, os *tobas* os *pilagaes*. Os *mbayaes* e *payaguaes* desapareceram há muito tempo: os últimos eram *canoeros* e habitavam mais ao norte do atual território argentino (SILEONI, 2008).

Virgem de Comoroto: padroeira da Venezuela

No ano de 1651, Nossa Senhora de Comoroto apareceu aos índios da mesma denominação. Cerca de 700 indígenas foram batizados. Maria apareceu novamente a todos eles reunidos, mostrando seu consentimento. Numa capela edificada na aldeia, foi colocado o ícone da Virgem gravado em pedra, e que fora encontrado na cabana do chefe. Na década de 1920, a devoção difundiu-se e intensificaram-se as peregrinações a Guanare, onde foi edificado seu templo.

Foi declarada Padroeira da Venezuela pelo Episcopado venezuelano no dia primeiro de maio de 1942. O papa Pio XII a declarou "Celeste e Principal Padroeira de toda a República da Venezuela" no dia 7 de outubro de 1944. O Santuário Nacional está construído no local da aparição, perto da cidade de Guanaguanare. O Papa João Paulo II, em fevereiro de 1996, abençoou pessoalmente esse Santuário.

Santa Paulina: padroeira dos cancerosos

Hoje em dia, adentrando no município de Nova Trento, Santa Catarina, destacam-se de súbito a imagem de Santa Paulina e as cores verde, branca e vermelha pintadas nos postes da rede elétrica a meio metro, representando, desta maneira, a bandeira italiana, e simbolizando que a cidade, assim, dá visibilidade àquela cultura.[6]

E vem-se reforçando essa italianidade, própria a Nova Trento, na imagem da primeira santa brasileira que "jamais perdeu o sotaque estrangeiro" (BOSO, 1991, p. 40), vinda da Itália como imigrante e tornando-se um farol aceso para a religiosidade e para a economia da cidade, juntamente com os padres Jesuítas. Enfim, estamos nos confins de uma cidade com muitos valores simbólicos da identidade cultural cuja permeação está sendo constituída pelo conceito de raça/etnia, que até pouco tempo esteve ligado às diferenças biológicas e fisionômicas. Aqui se discute a proposta da concepção relacional de identidade formulada por Barth (apud MONTEIRO, 1997, p. 62) na qual a identificação étnica de um determinado grupo é o resultado de sua capacidade de manter simbolicamente as fronteiras de diferenciação que o distinguem dos grupos vizinhos.

É uma experiência inusitada e oportunizada quando se continua a caminhar pelo centro da cidade, sentindo o clima subtropical e vendo, em volta de si, os montes, a natureza presente. Os moradores ficam a olhar o murmúrio e o tráfego dos ônibus e carros que serpenteiam nas ruas de paralelepípedos, vindos de lugares de perto ou de longe, que passam em frente às suas moradias ao encontro de uma graça ou simplesmente a passeio pelo local no qual, outrora, transitou a "primeira santa brasileira".

Observam-se os transeuntes que caminham pelas ruas, os quais se abrigam nas sombras das novas e antigas arquiteturas do começo da colonização, sem uma predominância que evoque uma cidade italiana e sim, um espaço aculturado. E, com isto, faz-se cortejo à história, desembocando, deste modo, com o seu protótipo do espaço urbano religioso no seu tricêntrico. Em torno da Igreja-Matriz, dedicada a São Vigílio, giravam os interesses e a necessidades religiosas. Na praça principal, lugar de encontro da vida social circulava as notícias, os bens (comércio), as informações sobre o mundo. Nas casas, a família se reservava para atos de intimidade (LIBÂNIO; MARTINS FILHO, 1991, p. 39). E tantos outros elementos do cotidiano que ecoam e evocam a voz do passado.

As placas sinalizadoras de trânsito mostram o trajeto que se deve seguir para ir ao Santuário de Santa Paulina do Coração Agonizante de Jesus, em Vígolo, pela cidade, e fazem ver a mais ilustre cidadã do Município em outro tempo, quando caminhava por aquelas paragens, no final do século XIX e início do século XX, vinda da Itália juntamente com seus pais e compatriotas na grande diáspora italiana (1875). Ali permaneceu até a sua ida para São Paulo, como Superiora Geral da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição, para a propagação da recente obra fundada por ela e pela Madre Matilde Nicolodi. Por lá ficou até a sua morte, de diabetes, em 1942.

E segue-se a trajetória. Sai-se da sede e, a seis quilômetros do Município, em direção a Brusque pela SC-411, dá-se início à viagem ao bairro de Vígolo. Observa-se, já na sua entrada, um capitel que se configura como uma porta descortinando-se ao visitante e dando passagem para o interior de Vígolo, significando o limite que separa os dois espaços e indicando, ao mesmo tempo, a comunicação, a passagem do espaço profano para um ambiente permeado de religiosidade.[7]

Num ambiente harmoniosamente rural, com uma atmosfera híbrida entre brasilidade e italianidade,

---

6 O termo *cultura* foi aqui utilizado a partir da análise de Peter Burke, que a entende como "um sistema de significados, atitudes e valores partilhados e as formas simbólicas em que eles são expressos ou emanados". (BURKE, 1999, p. 25).

é mantida pelos moradores uma tradição fincada nos moldes dos nonni, avós. Mas as suas ações quotidianas estão em um presente bem concreto e se ouve, não raramente, vozerios de alguns vigolanos em língua dialetal, podendo-se lucubrar um sentido lingüístico nostálgico da velha Itália. [8]

E, continuando a caminhada, adentra-se no palco do santuário, e nesta territorialidade, por sua vez, as Irmãzinhas constroem um conjunto de práticas tais como monumentos que remontam a vida de Santa Paulina: procissões, datas comemorativas relacionadas à fundadora e em tempos litúrgicos como Natal e Páscoa, embelezamento do Santuário e tantas outras. Essas são desenvolvidas pela Igreja Católica na direção das filhas espirituais de Santa Paulina. Nas representações do santuário, tanto os edifícios construídos como toda a infra-estrutura física implantada são cenários que representam, como numa vasta ilustração, espaços reais e místicos necessários à ação evangelizadora e missionária para a comunidade e para os peregrinos, seguindo as orientações da arquidiocese de Florianópolis e o plano pastoral da paróquia de São Vigílio, com um critério contundente, para que os usuários compreendam a sua natureza espiritual.[9]

As "Irmãzinhas", percebendo as necessidades físicas e espirituais dos freqüentadores do Santuário, utilizam-se dos procedimentos criativos antepostos para deter os passantes por mais tempo nesse espaço. Como propõe Pierre Bourdieu, "o espaço é também um campo social porque nele as posições formam um sistema de relações baseado em apostas (poder) que têm sentido e são desejadas pelos que ocupam as posições no espaço social" (LECHTE, 2002, p. 62). Eis porque se constrói um ambiente que pode ser caracterizado como cenografia teatral do sagrado, cuja analogia nos remete a um palco que foi construído de maneira tal para os atores que, neste caso, são os usuários do Santuário que desempenham os seus papéis, cena por cena, como num filme que nos remete a uma nova cena, e esta nos remete a uma outra subseqüente, tornando-se um fluxo contínuo como as águas correntes de um rio que afluem ao encontro do mar (ALLORDI; BUTI, 1964, p. 158; NASCIMENTO, 1997, p. 12; BITENCOURT, 2006), que se justificam na perspectiva da religiosidade, e, dentro desse desenrolar cenográfico, a Igreja se faz detentora privilegiada da memória e da tradição.

Frente a isso, Chauí (2002, p. 166) afirma que "tomar a experiência como iniciação ao mistério do mundo significa reconhecer que o sair de si é o entrar no mundo. Resta saber, no entanto, como e por que esse entrar no mundo é também nossa volta a nós mesmos". Nesta perspectiva, a ação de sair de si mesmo e ver o outro, seja pelos artefatos construídos pelas Irmãzinhas ou pela natureza, faz com que o visitante busque no subconsciente toda a sua bagagem empírica e emocional que, por sua vez, volta para si, mas em nível diferente, porque a ação de sair e retornar cria um terceiro ente (elemento). Para Forgus (1981, p. 3), "de modo geral, a percepção pode ser definida como o processo pelo qual um organismo recebe ou extrai informações acerca do ambiente". Com isto, perceber o percebido se torna novo e cumpre com a razão do que foi criado, ou seja, especular em ir ao encontro de si mesmo, fazendo-se visitante e dando significação à teatralização da cenografia.

O Natal de Santa Paulina[10]

Amabile Lúcia Visintainer nasceu aos 16 de dezembro de 1865, em Vígolo Vattaro, norte da Itália, Provincia de Trento, que naquele tempo era região do Sul-Tirol, subjugada à Áustria. Lá está a casa de seus pais Napoleão Visintainer e Ana Pianezzerr, onde Amabile viveu até os 10 anos.

Diante do poder dos Jesuítas em Nova Trento, os camponeses italianos tinham para com os religiosos uma atitude de submissão e de espera na religião. Esta se torna vivificante, dentro da espiritualidade dos trabalhadores do campo, com os seus atos devocionais "e é vivida com espontaneidade, mas com sentido acentuado de passividade diante do Deus criador, e estreitamente ligada aos ritos" (FIORES, 1989. p. 1.154). Começa, então, a nascer desejos mais profundos de seguir os Conselhos Evangélicos (RODRIGUEZ; CASAS, 1994, p. 1.192), como diz Madre Matilde:

> Quando as duas meninas Amábile Lúcia Visintainer, de 14 anos, e Virgínia Nicolodi, de 15 anos, já unidas em intimidade espiritual e desde então com uma resolução firme de servirem a Deus, entrando, com o tempo, numa congregação religiosa, tinham elas, por certo, a idéia de tais congregações vistas em sua terra natal. Mas, como esperar, no meio daquele mato, a realização de tão santo desejo? (MADRE MATILDE, 1919 apud MARQUES, 2000, p. 22-23).

---

7 Por religiosidade entende-se, aqui, as formas concretas, espontâneas e variáveis por meio das quais a religião é vivenciada pelas pessoas e pelos grupos.

8 Para a questão do bilingüismo em Nova Trento, ver Boso (1991).

9 Observa-se, nas diretrizes da Ação Evangelizadora do Santuário Madre Paulina, p. 2. (fotocópia), a criação de um ambiente de silêncio, de recolhimento, de oração, favorecendo o encontro pessoal e comunitário com Deus, despertando para o sentido do Sagrado, na contemplação das maravilhas da natureza e dos diversos locais que evocam a vida e a obra de Madre Paulina. Esse ambiente também oferece um espaço e um clima favorável à comunhão, à fraternidade, à partilha entre o/as peregrino/as, para que sejam evangelizado/as e evangelizem através de gestos de acolhida, de solidariedade e de relações fraternas e amigas.

10 Os autos pesquisados para a biografia de Santa Paulina foram: Sacra Congregatio... (1986), Madre Paulina (1986), Madre Matilde (1919 apud MARQUES, 2000), Marchiori [1989], Candido (1991), Barbosa (1990) e Lorenzi (1991).

Elas esperaram muitos anos, "e cresciam as duas meninas, bem obedientes e piedosas no seio de suas famílias" (MADRE MATILDE, 1919 apud MARQUES, 2000, p. 23). Desta forma, a Congregação teve como fundadora Amábile Lúcia Visintainer (em religião, Irmã Paulina do Coração Agonizante de Jesus), e, como co-fundadoras, Virgínia Rosa Nicolodi (em religião, Irmã Matilde da Imaculada Conceição) e Teresa Maule (em religião, Irmã Inês de São José) (CONSTITUIÇÕES..., 1997, p. 111). Seguindo as diretrizes eclesiásticas da época, elas mudam de nome,[11] em razão do que vem dito na vida religiosa: elas estão no mundo, mas não com o mundo.

A fundação se concretizou por causa de uma cancerosa terminal, Lúcia Ângela Viviani Zoner. Sendo ela um fardo para a família, alguns vigolanos intervêm e elegem Paulina e Virgínia as mais aptas para cuidarem da doente. Assim, a Congregação nasceu sob os auspícios da comunidade e com as orientações dos padres Jesuítas, que levaram algumas religiosas para São Paulo, junto com elas, a Madre Paulina, dando continuidade a sua propagação. Hoje, as Irmãzinhas contam atualmente 600 membros congregados, espalhados em vários países com mais de 100 comunidades (SANTA PAULINA..., 1991, p. 5).

A Congregação teve a sua aprovação diocesana, ou seja, provisória, em 1895, pelo Bispo de Curitiba, Dom Duarte, quando de sua visita pastoral a Nova Trento, com a benção do Papa Leão XIII (MADRE PAULINA, 1986). Torna-se Direito Pontifício, em 19 de maio de 1933, e recebe a aprovação definitiva do Papa Pio XII (CONSTITUIÇÕES..., 1997, p. 112) aos 27 de outubro de 1947.

Madre Paulina faleceu em 09 de julho de 1942, em São Paulo, deixando uma vasta fama de santidade, fundamentada no exercício de virtudes heróicas. Aos 23 anos da morte, em 03 de setembro de 1965, foi iniciada a Causa de Beatificação[12] de Madre Paulina, com o Processo Ordinário.

Com a canonização de Santa Paulina, em 19 de maio de 2002, em cerimônia presidida pelo Papa João Paulo II, no Vaticano, a região do Vale de Tijucas, no município de Nova Trento, adquiriu maior importância no cenário nacional, o que proporcionou um aumento no fluxo de peregrinos e turistas que procuram o Estado de Santa Catarina.

Conforme nos relata Pithan (2005, p. 2-3), cuja religião é Anglicana, embora não praticante, ela foi à cerimônia de "beatificação para assistir [...] ah, pela importância da figura dele pra história mundial, porque mesmo eu não sendo católica o país é católico e influencia na minha vida. Então assim, pela importância histórica do Vaticano". Como acabamos de ver, a influência do Papa atinge uma grande gama de pessoas, pelo efeito da sua representatividade como chefe de Estado do Vaticano da Igreja Católica. A celebração da Beata, "com sessenta mil pessoas" (XU, 2005, p. 13), aproximadamente, se deu em razão da interferência da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, CNBB, em assembléia anual, em 1987, tendo sido enviadas cartas postulares pedindo que a cerimônia fosse realizada em território brasileiro.

Faltava o último milagre para que a Beata fosse declarada santa pela Igreja, quando, em 1992, Ilza Bruna Vieira, do estado do Acre, nasceu com meningoencéfalo celeoccipital. Ela chegou a ser desenganada pela equipe médica quando o padre Alécio Azevedo foi chamado de Rio Branco às pressas para batizar a menina. O bebê foi para a sala de cirurgia e, com a invocação do nome da Beata pelo padre e pela avó, foi operada com sucesso. Recuperou-se e cresceu, desenvolvendo-se como uma pessoa normal. Segundo análises dos médicos, somente dois por cento se salvam, mas deixam seqüelas irremediáveis como loucura, surdez, cegueira e tantas outras. A igreja reconhece o milagre de Ilza oficialmente em 2001, sendo sancionado por João Paulo II. A sua canonização foi realizada durante a celebração eucarística no Vaticano, pelo mesmo Papa que a proclamara Beata, tornando-a a primeira Santa em terrae Brasilis.

Graças se avolumam, mesmo depois da canonização, naturalmente sem passar pelas comissões de estudos do Vaticano, órgão responsável por dizer se são verídicas ou não muitas das graças concedidas por Santa Paulina em Santa Catarina e pelo Brasil afora. São vistas como 'verdadeiros milagres', o que se observa pelo grande fluxo de flores deixadas no Santuário, "na casa das graças", onde ficam as placas, fotografias e muletas, deixadas ali como sinal de graça recebida, e pelas queimas de velas e pelos depoimentos de cura de toda a espécie. Deste modo, a construção da imagem da primeira santa do Brasil faz do complexo e da religião um grande teatro a ser visitado.

De fato, o fenômeno religioso hoje enfrenta um outro desafio, diferente daquele apresentado pelos

---

11 Na Igreja Católica romana, quem entra em uma Ordem, Congregação ou Instituto religioso, segue o costume de mudar de nome civil para um religioso, significando uma separação: estar no mundo mas não com o mundo. A mudança ocorre quando o/a candidato/a entra no noviciado quando o/a noviço/a começa a fazer parte da comunidade. Hoje, a mudança de nome está mais ligada à vida monástica. A formação na vida religiosa se divide assim: o postulantado de seis meses, o noviciado de dois anos, profissão temporária de três a nove anos (simples, ou juniorista) e profissão perpétua, com o que o/a candidato/a faz parte integral da instituição onde entrou.

12 "Beatificação significa que a pessoa viveu sua vida de acordo com a proposta do Evangelho, de maneira exemplar. Nada se descobriu de contradição entre fé e vida. O fato, depois de estudos meticulosos sobre a vida da pessoa, deve ser corroborado por um autêntico milagre reconhecido como tal por rigoroso exame do caso apresentado. É o primeiro passo para a declaração maior, a canonização. Canonização significa que a pessoa está incluída oficialmente na lista (cânone) dos santos da Igreja". A celebração da beatificação é a declaração pública e oficial da Igreja, de que Madre Paulina tem todas as condições requeridas para chegar à canonização, e abre-se outro processo que exige novo milagre (NEGRI et al, 1991, p. 16; BERTOLINI, 2002).

filósofos que anunciaram a morte de Deus. Ou será que eles estão atualizados em afirmar o que afirmaram, ou seja, que Deus está morto? O desafio é anunciar o Deus Vivo àqueles que se encontram perdidos nesta imensa aldeia global. Como dizer ao mundo que é preciso paz quando a religião cristã está sentada no maior barril de pólvora, numa guerra religiosa que dura séculos?

Como afirma Bastide (2006, p. 251), no livro o sagrado selvagem "[...] estaríamos hoje assistindo entre os jovens a uma nova busca apaixonada pelo sagrado [...]". O que podemos constatar que o sagrado está cada vez mais presente no quotidiano das pessoas, rompendo as fronteiras já pré-estabelecidas por modelos existentes. A mobilidade que proporciona hoje as religiões, poder-se-ia colocar o fenômeno religioso da pós-modernidade em uma nova Idade Média, onde aparecem o antropocentrismo e o teocentrismo, uma vez que o homem é senhor de si e da natureza, e com isto Deus se torna empregado e a serviço dele.

Não se pode compreender as religiões mais recentes senão seguindo na história a maneira pelas quais elas se compuseram progressivamente. Dessa forma, pode-se perceber seus elementos constitutivos, situando-os no conjunto das circunstâncias nas quais foram nascendo, se desenvolvendo, se tornando complexos. Só então, como acredita Durkeim, podemos determinar as causas que os suscitaram e facilitar sua explicação.

Assim, são muitas as questões e desafios encontrados pelo indivíduo em busca de uma religião. No quotidiano, as pessoas estão preocupadas com a sua realidade, o aqui e o agora, percebendo os reais problemas que devem ser enfrentados. Com isto, a busca do consolo divino se configura como uma porta; a saída é buscar dentro de si o Deus interior, e buscar adaptações em um novo crer, como os beija-flores que vão em busca de néctar.

Referências:

ALLORDI, E; BUTI, G. Storia della letteratura italiana. Firenze: Sandron, 1964.

ANDRADE, José V. **Turismo:** fundamentos e dimensões. São Paulo: Ática, 1995.

ARAUJO, Nadia de, et al. **Código do MERCOSUL**: tratados e legislação. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

BARBOSA, F. D. **A Coloninha.** 6. ed. São Paulo: Loyola, 1990.

BITENCOURT, A. C. **Merleau-Ponty:** leitor da história da arte. Florianópolis, 2006.

BRIGHENTI, Agenor. **Por uma evangelização inculturada**. São Paulo: Paulinas 1998.

BURKE, P. **Cultura popular na idade moderna.** 2. ed. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

BASTIDE, R. **O sagrado selvagem e outros ensaios**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BASSETTI, J. E. P. **Basílica de Aparecida:** Santuário do Brasil. Florianópolis: Aventura Brasileira, 2004.

BERTOLINI, J. Paulina: a primeira santa do Brasil. **Jornal de Santa Catarina/ Diário Catarinense**. Florianópolis, 19 maio 2002. Guia da Canonização. p. 1-40.

BRIGHENTI, A. **Por uma evangelização inculturada**. São Paulo: Paulinas, 1998.

BOSO, I. **Entre passado e futuro:** bilingüismo em uma comunidade trentino-brasileira. 1991. Dissertação (Mestrado em História) – Curso de Pós-Graduação em História. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

BURKE, P. Cultura popular na idade moderna. 2. ed. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

CABRAL Salvados. A revolução Cultural do MERCOSUL. Trad. Nelson Rolim de Moura. Florianópolis: Insular, 1995.

CANDIDO, E. R. **O milagre do amor:** vida, milagre e beatificação de Madre Paulina. Florianópolis:

Papa-livro, 1991

CHAUÍ, M. S. Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CONSTITUIÇÕES E DIRETÓRIO: Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. São Paulo: Casa Geral, 1997.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Australia. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EICHER, Peter. **Dicionário de Conceitos Fundamentais de Teologia.** São Paulo: Paulus, 1993.

FÁTIMA. Devoção a Nossa Senhora. 10 de julho: Nossa Senhora Gaúcha do Mate Padroeira do MERCOSUL (desenvolvida por G7 Brasil). 2008, 1p. Disponível em: <http://www.fatima.com.br/devocao_nsenhora/nsa_gaucha.htm>. Acesso em: 27 abr. 2008.

FIORES, S.; GOFFI, T. **Dicionário de Espiritualidade**. São Paulo: Paulina, 1989.

FORGUS, R. H. **Percepção:** o processo básico do desenvolvimento cognitivo. São Paulo: EPU, 1981.

FRANÇA, M. C. **Pequenos centros paulistas de função religiosa.** V. I-II. São Paulo: Ed. da USP, 1975.

HALBWACHS, Maurice. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento**. São Paulo: Vértice, 1990.

LECHTE, J. 50 pensadores contemporâneos essenciais do estruturalismo à pós-modernidade. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Trad. Fábio Fernandes. 2. ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.

LIBÂNIO, J. B.; MARTINS FILHO, M. A busca do sagrado. São Paulo: FTD, 1991.

LORENZI, G. **La beata Madre Paulina**: fra carisma e obbdienza. Milano: Editrice Ancora, 1991.

MADRE PAULINA. **Biografia Comentada. Vol. 1. *Positio* sobre a vida e as virtudes**. Roma, 1986.

MARCHIORI, T. Madre Paulina. Florianópolis, [1989].

MARQUES, A. M. **Nova Trento in canto de fé**. Itajaí: UNIVALI, 2000.

MONTEIRO, P. **Globalização, identidade e diferença.** Novos Estudos CEBRAP, nº. 49, nov. 1997.

MOSCONI, L. **Santas missões populares:** uma experiência de evangelização voltada para as massas. São Paulo: Paulinas, 1996.

NASCIMENTO, J. **I verbi nella poesia i fiumi di Giuseppe Ungaretti.** Florianópolis, 09 dez. 1997.

NASCIMENTO, J. **Santa Paulina, Reconquista e Territorialidade:** uma história em Nova Trento-SC. Florianópolis: UFSC, 2006. Dissertação de Mestrado em História.

NEGRI, T. S.; et al. **Bem-Aventurada Madre Paulina do Coração Agonizante de Jesus**: Fundadora da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. Anuário 1991 Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. São Paulo: Loyola, 1991.

OLIVEIRA, C. D. M. **Basílica de Aparecida**: um templo para a cidade-mãe. São Paulo: Olho d'Água, 2001.

PIO IX. **Encíclica quanta cura syllabus:** sobre os erros do naturalismo e liberalismo**.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1959.

PITHAN, Ana Esther Balbão. 40 anos. Florianópolis. Entrevista concedida a José do Nascimento 04/06/2005. p. 2-3

RODRIGUEZ, A. A.; CASAS, J. C. Dicionário teológico da vida consagrada. São Paulo: Paulus, 1994.

RONAN. Ernesto N. **Aparições de Nossa Senhora**: suas mensagens e milagres. São Paulo: Paulus, 2007.

SACRA CONGREGATIO PRO CAUSIS SANCTORUM, Canonizations Servae Dei Paulinae a Corde Iesu Agonizante (Amabilis Visintainer) Fundatricis parvarum sororum Immaculatae Conceptiones: (1865-1942): Positio super vita et virtibus, Roma, 1986, v. 2.

SANTA PAULINA DO CORAÇÃO AGONIZANTE DE JESUS: A Primeira Santa do Brasil. Florianópolis: Letras brasileiras, 1991.

SCOPEL, Paulo. **Orações e Santos populares**. 66ª Ed. Porto alegre: Salles, 2007.

SILEONI, S. A. www.laeducacion.com [Home Page na internet]. Disponível em: <http:/ www.laeducacion.com>. Acesso em: 27 abr. 2008.

SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S. **Rainha do Brasil:** a maravilhosa história e os milagres de Nossa Senhora da Conceição Aparecida. 4. ed. São Paulo: Diário das Leis LTDA, 1992.

WOBETO, A. **Santuários:** onde Deus se encontra com os homens. São Paulo: Loyola, 1982.

XU, D. João Paulo é eterno: legado político. **Diário Catarinense.** Florianópolis, 04 abril 2005. Caderno especial.

ZANON, Darlei. **Nossa Senhora de todos os nomes:** Orações e história de 260 títulos marianos. 3. ed. São Paulo: Paulus, 2005.

CAPÍTULO

III

SOCIEDADE ORGANIZADA E OS ESPAÇOS TRANSFRONTEIRAS

Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras
Jose da Costa Dantas

A política de saúde e o espaço de participação da sociedade civil através dos conselhos paritários
Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini

O direito sanitário no contexto das fronteiras
Loris Baena Cunha Neto

3.1 Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras[1]

José da Costa Dantas

Introdução

Uma certa raiva incontida leva-me, não raras vezes, a torcer-me de um desejo, simultaneamente reconfortante e desassossegador, a navegar nas ondas dos mares daquilo que efectivamente sou ou deveria ser, a procurar o alfa e ómega de tantas essências e existências, a matizar o borrão do vento que passa com cores da minha infância e, mais ainda, a aconchegar-me no balancear das histórias doces saídas da boca desdentada de minha avó Joaquina.

E, quando tal acontece, lá penetro eu na velha cozinha de telha-vã ou oiço – e com que clareza –, o ranger das velhíssimas tábuas de castanho do soalho da casa de todos nós.

Era uma casa ao mesmo tempo lar, maternidade, loja de destinos, acolhimento de desamparados, salão de festas de noivados e casamentos, repouso derradeiro para últimas viagens, confessionário de pecadilhos medievais, equinócio e solstício de vidas com histórias mais que muitas para contar. As fronteiras desta casa eram delimitadas, tão-somente, pelo prazer de pertença, quase por um conceito de tribo, todos entravam e ficavam, iam e vinham, permaneciam mais ou menos tempo: mas todos lá pertenciam. Eram, todos eles, a alma de um processo, as vidas da vida que a todos pertencia. E assim se fazia a festa e a tristeza, a algazarra e o silêncio mais profundo que conheço, o da multidão.

Talvez por isso, até, é que os pares de namorados da redondeza tinham o hábito, que me envaidecia, de fazerem juras de amor ou trocarem lencinhos perfumados nas pedras-quase-bancos que ficavam quem entrava para a casa do caseiro e por baixo daqueles ninhos de andorinha que, todos os anos, lá vinham garantir a reprodução da espécie.

Na minha pele de menino-que-era tinha toda a curiosidade em saber como era namorar uma tarde, ou pedaços dessa tarde, e lá ficava eu, muito encolhidinho, a espreitar pelo canto da cortina puída do quarto de minha irmã. E tinha duas vantagens: via as andorinhas e via os pares de namorados. E pensava como era bom ser namorado e um dia ter uma casa grande para assistir de novo a entradas e saídas, família feita pedaço de nação, nação feita de famílias como a minha. E ia e vinha neste entorpecimento de menino que não tem traços nem limites para se encantar com sonho, e ainda mais um sonho, até porque a vida pertencia aos que namoravam.

Ainda hoje tenho a minha cabeça povoada de histórias então imaginadas e que saíam dos sorrisos, dos toques furtivos, dos olhares nem sempre inocentes daqueles que ali pensavam encontrar o pedaço de paraíso que o Criador lhes teria reservado. E eu sorria com eles e esvoaçava com as andorinhas porque todos me pareciam mandar lufadas de felicidade, em arcos quase perfeitos de sonhos e vontades; aqui e ali parecia, acredite-se, que tudo parava e a atmosfera circundante era apenas sombra em tarde de calor tórrido e húmido, mão amiga de uma fada boa ou, pasme-se, repicar de sinos e campainhas em domingo de Páscoa que guardo bem fundo no alfobre das minhas recordações.

Tudo isto vem a propósito das razões profundas que me levaram a enveredar pela temática em causa e que, em última análise, representarão como que uma necessidade ou uma possibilidade de recolocar no meu espaço existencial toda uma gama de fantasmas e fantasias, de formas e de cores, de tons e de sons, de recordações e realidades ainda hoje vividas, de representações e objectos que, de facto, fazem parte integrante daquilo que sou.

Seja-me permitido, e num tom mais ou menos intimista, dizer que quando me recoloco num passa-

1 Texto produzido pelo próprio autor em seu idioma pátrio - português de Portugal.

do que é hoje, quando me deixo ser o menino que não sou, sinto como que uma saudade recuperável e gostosa, uma alegria incontida de quem tem um tesouro que pode partilhar com uns tantos, enfim, sinto a brisa das manhãs de frio cortante que vinha das profundezas da alma da montanha (quase montanha) que fazia os limites (fronteiras?) da minha terra.

E como eu entendo, ou faço de conta que entendo, a nostalgia e o enlevo de Pessoa (sem limites ou auto limitado nos seus heterónimos), a sua eterna saudade de uma virgindade agreste, a nebulosidade que obriga à reflexão ou a claridade que brota das formas e conduz ao empenho de as entender, à azáfama de as sentir e ao pressentimento que um dia hão-de acabar. E como eu viajo no viajar de andante sentado na cadeira daquela janela, dos carreiros tortuosos e cheios de pequenas armadilhas. E é bom, no final de tal viagem, ver o calçado enlameado, sentir o corpo cansado, esticar as pernas e imaginar manhãs que nunca existiram ou fins de tarde como aqueles acontecidos em países que nunca visitamos.

Quando tal acontece, e como acontece, deixo-me enrolar no xaile de minha mãe, sinto-lhe as mãos de mulher-pão, a certeza dos movimentos serpenteados à procura da sina que havia de ser minha, o consolo das almas penadas e errantes em busca de ancoradouro divino.

E deixo-me permanecer nesse doce enlevo, horas e minutos que não sei quantos, até que mais uma vez sou chamado pelo *tem que ser*, pelo *vamos lá que se faz tarde*, pelas obrigações de viver depressa para depressa morrer. E quando assim é, olho para trás uma e outra vez, sorrio para mim próprio – às vezes até dou pequeninas gargalhadas – e guardo, bem guardadinho, o meu tesouro tecido sem cambraias, sedas ou outros panos que não os do linho, da estopa e da chita comprada na feira da vila.

Cultura: conceitos e preconceitos

Falar de cultura é falar do embrião e do líquido amniótico, é falar do artista que todos somos e da sua obra, é regra e contra-regra, é formão e caneta de tinta permanente, é desejo e trajecto feito, é embriaguês lúdica e campo ceifado, é arado e axioma, é casebre e catedral, é rua e carreiro, é usucapião e lei feita manual, é sinfonia e canto popular, é casamento e funeral, é malga de sopa e manjar real, é o beco da minha aldeia e espaço sideral, é teatro e a vida contada em noite de consoada, é curva e contra-curva, é violino e sanfona, é Arquimedes e meu pai, é guerra e paz, é Tolstoi e Jorge Amado, é futebol e pega de bois, é romaria e promessa sofrida, é festa e tragédia, é jeans e veludo, é o chiar de carro de bois e cheiro a gasolina, é perfume e naftalina, é lençol branco e papelão inventado cobertor, é menino de rua e mulher sofrida pela vida, é parto com dor e alegria de nascer, é grito e suspiro, é ministério e mistério, é barro e granito trabalhado, é galeria e tenda montada, é mina e arquibancada, é rio e mar, é bucha e caminho andado, é vela desfraldada e certeza inventada, é cinema e história não contada, é mito e rito, é Cristo e Buda, é Louvre e a Internet que o castra de cheiros e sombras, é foguetão lunar e jogo aprendido na infância, é roleta e baralho sebento da cartas, é feira e hiper-mercado, é tasca e restaurante de luxo, é diáspora e retorno, é televisão e o borralho da lareira da minha infância, é Picasso e santinhos populares pintados por meu tio, é hoje e ontem e o amanhã que há-de ser, em suma, é o que é e o que não é, é realidade e devir, é obra feita e em construção, é ponto de partida e ponto de chegada.

Talvez fosse mais "canonicamente académico" ter colocado já meia dúzia de anotações e citações em pé-de-página ou, como agora se diz, em *foothnote*. Talvez, até, esteja a correr um *risco cultural* por ultrapassar eventuais barreiras da acomodação a conceitos e preceitos que o são porque existem. Parece-me, no entanto, que a riqueza dos conceitos está na capacidade de serem reinventados e trabalhados, polinizados e cruzados com viajantes que nem sempre o foram. Se assim não for estaremos a desempenhar o papel de coveiros do futuro ou, então, de meros deglutinadores, sempre insaciáveis, daquilo que os outros pariram para satisfação de todos. E mais: a cultura serve como que para garantir uma certa plasticidade que ligará os homens que foram àqueles que serão. E nunca arame farpado; e nunca divisão defendida com cheiro a pólvora; e nunca afirmação dogmática de uns tantos sobre uns muitos; e nunca afirmação de etnocentrismos redutores de visões mais abrangentes; e nunca linha de poder feita demarcação; e nunca limite; e nunca fronteira.

Falar de cultura é, antes de mais, falar de uma vivência antropológica, do homem enquanto homem, do homem fabricante de artefactos, de destinos, de formas de sentir e de pensar, de julgar o tempo e o espaço e por eles ser julgado. Se quisermos falar de cultura é atentarmos na forma – ou melhor, nas formas – que o homem encontrou para garantir a sua identidade e diversidade, para ser homem das cavernas e dos arranha-céus, para ser navegador solitário ou astronauta, para ser dominador e por ser dominado.

A cultura, noutra perspectiva, é aprendizagem e transmissão, é herança e continuidade, é padrão e medida, é traço de união e razão de diferenciação, são traços e sub-traços, é imposição e sujeição, é fronteira e argamassa da nação, é limite e continuidade, é resumo de séculos e vontade de povos, é *aculturação* e *enculturação*, é ser e deixar de ser, é construção de artefactos e ideias, é extensão e separação.

Falar de cultura é falar do homem enquanto centro da acção, enquanto arrumador de ideias e inventor de formas de viver, fazedor de verdades cientificamente transmitidas ou imagéticas coloridas no folclore da vida; falar de cultura é saber que há conto feito prosa ou ensinamento amamentado, em suma, é sentir o homem em todas as suas manifestações, desejos, anseios, angústias e realizações, ou seja, é pensar o homem enquanto produtor e produto de si próprio.

Dito de outra forma poderíamos sintetizar dizendo que a cultura é um povo em acção, em todas as suas vertentes e cambiantes, reflecte e é o conjunto de ideias, crenças, costumes, linguagem, valores, tradições, regras, procedimentos, tecnologias e tudo o mais.

E compreende-se que assim seja. O homem, na sua luta diária e constante, e como ser gregário que é, sente a necessidade de organizar o seu mundo mental, o seu sistema de vida e de relações, de se apetrechar para enfrentar da melhor forma a sobrevivência. E mais: toda essa construção não pode e não deve morrer com o fim do acto praticado: garantir essas construções num futuro que se antevê significa, ao fim e ao cabo, dizer aos vindouros que há que garantir a memória daqueles que foram, a razão de ser de toda uma vivência. E não confundir o mapa e o território, a coisa e a percepção, o desejo e a utopia, a verdade feita prisão ou a ilusão da segurança mapeada numa linha qualquer. Ir para *além de* é sempre libertador: fazer do território, da cultura, do espaço, um quintal arrumadinho pelo *sempre assim foi* é uma tentativa de perenidade ilusória, de segurança que não resiste à doença trazida pelo pássaro que não conhece convenções, ao vento que nunca viu fronteiras ou reconheceu guardas que as garantem. E convenhamos: é na frescura da brisa que sentimos nos lábios o sabor da liberdade, do *aí que vou eu*: a forma feita quadrado ou rectângulo ou quase outra figura geométrica é Newton e nunca Einstein, é certeza e nunca relatividade, é a premência da permanência e nunca a soltura do nó que o deixou de ser.

A fronteira, como afirmação de forma de ser

Conceitos existem que, ou pela corrosão do tempo ou pelas polivalências e polissignificados que houve necessidade de lhes atribuir, são bastante difíceis de explicitar ou enquadrar nos limites que a linguagem permite.

As palavras **fronteira** e **território** e os conceitos que lhes estão subjacentes parecem caber dentro das dificuldades mencionadas.

Uma referência me seja permitida: **a fronteira é**. E aquilo que é pode continuar a ser, ou deixá-lo de ser, ou estender-se para além da realidade existente: se é tem uma potencialidade de vir a ser. Na sua continuidade ou descontinuidade, na sua extensão ou negação; pode encolher-se, negar-se, até, implodir ou explodir.

A maior parte dos debates actuais sobre as pessoas na sua vivência com o quotidiano e com o seu posicionamento para eventuais aléns situa-se entre os extremos da pureza da liberdade e a obrigação de cumprimentos de regras, o ser eu na lei ou ser eu nas virtudes da dissidência, isto é, o conceito de *limite* e aquele de *transgressão*. Esta alternativa poderia ser apresentada da seguinte maneira: o projecto humano e a libertação do indivíduo passam pela aceitação dum limite colocado às suas acções ou, ao contrário, pela audácia criadora e criativa da transgressão? E quando a convivência destas pressões dicotómicas não é ultrapassada, aparece um outro sintoma que me parece ser característico das raízes mais profundas do indivíduo e dos grupos sociais: a *desculpabilização.* E essa desculpabilização pode ser sentida através de uma consciência moral ou, então, ser lembrada por um deus que sempre se encarrega de subir a qualquer monte Sinai e aí ditar tábuas com mais ou menos mandamentos.

E temos, de certo, que ter a coragem de ir para além de um é imediato e imediatista, de ficarmos nas ombreiras de histórias que me contavam na tal infância vivida em que os contrabandistas eram bons ou maus conforme o lado que atravessavam. E todos somos contrabandistas, todos passamos fronteiras, todos incorporamos no aqui em que estamos os produtos e os sonhos dos que estão para lá do meu conhecido, do meu produto ou do meu produtor. E eu quero ser, hoje e sempre, mais que um parafuso que a tal sociedade industrial quis que eu fosse, esse ser que é não se manifesta apenas na peça que faz parte de um todo e não é de ninguém, no usar apenas da força muscular ou no limitar-se à contemplação

ascética ou pseudo-intelectual.

Ser homem de fronteiras é não ser um ser total, totalizador e totalizante. Uma vez e outra vez *fabricaram-nos* com verdades que o não são mas passaram a ser por mil vezes pregadas e mil vezes aceites. Pelo contrário: quero derrubar muros e andaimes, setas obrigatórias e sinais de paragem, inspecções e declarações cheias de cruzinhas e assinaturas incriminatórias, quero que a obra-prima que devo ser não seja limitada por esquadros (e esquadras) e réguas, por meridianos e fusos, sem necessidade de a patentear por carimbo colocado na fila em ziguezague de imposições e separações, de passaportes com folhas em branco e que depois são carimbadas: e sempre o mesmo carimbo, e sempre o mesmo gesto, e sempre o mesmo ruído de materializar o gesto: impõe-se quebrar regras e modelos pré-existentes, quero ser o homem feito gente na gente que o outro é (e só sou eu porque o outro me empresta a sua alteridade), repetir-me, se necessário, mas ser sempre diferente, ser barro e vime, ser ferro e pedra, madeira e osso, invenção e solução, terra fixa e nuvem que avança, ser noite e madrugada, sesta não dormida e vida vivida, dador de alma a coisas nunca dantes vistas, compêndio e página solta, dobradiça social e ancoradouro, ser suor feito obra e alma esculpida, ser húmus social e cripta de catedral, ser síntese e análise, ser tudo no que é e nada do que há-de ser. Ser. Ser sempre. Ser sempre gente. Ser sempre gente sem fronteiras.

E Deus criou as fronteiras

Não invocarei Nietzsche nem obrigarei ninguém a ter que folhear o autor concretizado na sua forma de pensar em *Assim Fala Zaratustra* ou *Ecce Homo* para justificar o título acima mencionado. E mais: não é preciso voltar a algumas questões básicas sobre a influência do divino sobre o pensamento do humano e de todos os *constructos* por si elaborados: assumo que a minha humanidade ganha sentido num a-histórico que me plasmaram desde o leite materno: não sei nem saberia viver – teria então que fazer um certo elogio à loucura – sem uma quantidade de referências e referenciais que me constituem. Eu sou isso e a negação disso, e mais que isso quando tenho a capacidade (ousadia?) de parir novas sínteses ou negações das sínteses que outros fizeram. E é nesta esperança (certeza?) que encontro ou reencontro a capacidade para suportar a vida, o incompreensível ou o aparentemente irracional. Muitos dos nossos conceitos são-no porque o deixaram de ser o que foram: *pré-conceitos*. Ou seja: quando a maioria pensa o que alguma coisa é o que é, o preconceito deixa de ser o que já foi e passa a assumir a força da norma, do caminho a ser feito, da regra a ser cumprida. E nesta ousadia do homem encontram-se as metáforas do tempo, do espaço, do devir. Ao fim e ao cabo nós somos a verdade de muitas mortes de quase verdades, o perecível por definição há-de deixar de o ser. E quando nos despedimos dessas verdades sentimos uma dor que pensamos existir no parto, a garganta seca pelo enfrentar da nova realidade. Mas aí aparece, também, o prazer da vontade de gerar e (re) produzir, de perder a inocência do conhecimento, de descobrir na pedra bruta a imagem que nela preexistia mesmo que o martelo, não raras vezes, deixe a sua marca nos dedos que cogitam a forma.

Muitas coisas podemos negar ou afirmar na nossa vida: algo, porém, teremos que afirmar para que a angústia não seja eternamente nossa companheira: somos contemporâneos do tempo que o tempo criou. Todas as épocas e todos os homens olham a realidade pelas verdades e signos que lhes ensinaram. Consciente ou inconscientemente, não importa. Mas não gostamos de ser eternamente nómadas de nós próprios, viver num mundo sem portas ou umbrais garantes de segurança, encostos para momentos de fadiga: se assim fosse sentiríamos por entre os dentes a sensação da *peste* que Camus lembrou ao *estrangeiro* que sou.

> Assim foram acabados os céus e a terra, com todo o seu exército. Ora, havendo Deus completado no dia sétimo a obra que tinha feito, descansou nesse dia de toda a obra que fizera. Abençoou Deus o sétimo dia, e o sacrificou; porque nele descansou de toda a sua obra que criara e fizera. Eis as origens do céu e da terra, quando foram criados. No dia em que o Senhor Deus fez a terra e os céus não havia ainda nenhuma planta do campo na terra, pois nenhuma erva do campo tinha ainda brotado; porque o Senhor Deus não tinha feito chover sobre a terra, nem havia homem para lavrar a terra. Um vapor, porém, subia da terra, e regava toda a face da terra. E formou o Senhor Deus o homem da terra, e soprou-lhe nas narinas o fôlego da vida; e o homem tornou-se alma vivente. Então plantou o senhor Deus um jardim, da banda do oriente, no Éden; e pôs ali o homem que tinha formado. E o Senhor Deus fez brotar da terra toda a qualidade de árvores agradáveis à vista e boas para comer, bem como a árvore da vida no meio do jardim, e a árvore do conhecimento do bem e do mal. E saía um rio do Éden para regar o jardim; e dali se dividia e se tornava em quatro braços. (…). Esses são os filhos de Sem segundo as suas famílias, segundo as suas línguas, em suas terras, segundo as suas nações. Essas são as famílias dos filhos de Noé segundo as suas gerações, em suas nações; e delas foram disseminadas as nações na terra depois do dilúvio.

> Ora, toda a terra tinha uma só língua e um só idioma. E deslocando-se os homens para o oriente, acharam um vale na terra de Sinar; e ali habitaram. Disseram uns aos outros: Eia pois, façamos tijolos, e queimemo-los bem. Os tijolos lhes serviram de pedras e o betume de argamassas. Disseram mais: eia, edifiquemos para nós uma cidade e uma torre cujo cume toque no céu, e façamo-nos um nome, para que não sejamos espalhados sobre a face da terra.
>
> Então desceu o Senhor para ver a cidade e a torre que os filhos dos homens edificavam; e disse: Eis que o povo é um e todos têm uma só língua; e isto é o que começam a fazer; agora não haverá restrição para tudo o que eles intentaram fazer. Eia, desçamos, e confundamos ali a sua linguagem, para que não entendam um a língua do outro. (…). Naquele mesmo dia fez o Senhor um pacto com Abraão, dizendo: à tua descendência tenho dado esta terra, desde o rio do Egipto até o grande rio Eufrates. (BÍBLIA SAGRADA, 2000, Gên. 2-17).

E ainda hoje por aqui andamos, sem saber se somos descendentes de Abel ou Caim, filho deste ou daquela, argumentando ADN's que nos querem fazer crer verdadeiros e de primeira gema, juntando e separando, arrumando e definindo veios de territorialidade num corpo que foi mãe e madrasta: a terra. Sempre una e única, sempre de todos e de ninguém, sempre amiga e posse dos outros, sempre da gente e nunca dos que não são da nossa gente, sempre espartilhada em pedaços de sensações de posse e de poder, sempre regaço e fonte de cansaço, sempre gema e sempre húmus, sempre semente e sempre árvore crescida, sempre tudo e sempre pedaço. E foi Deus que o fez; e foi Deus que quis que assim fosse e foi Deus que disse aos homens para o pregarem como que se a verdade fosse essa e só essa. E os bocadinhos da realidade-feita-totalidade foram feitos, e foram aceites e eternizados em mapas mais ou menos coloridos, com reis ou príncipes, cruzados ou marinheiros, descobertas ou ocupações, lusos ou castelhanos, de barbas vikings ou mãos de capitão-gancho, garantindo purezas de raça ou mestiçagens que hoje soam a loas de ritmas líricas nas calçadas de qualquer garota de Ipanema. E faz-se histórias ou, então, dos factos que aconteceram no vai-e-vem da vida mais ou menos repetida diz-se, com letras mais ou menos salientes escritas em pergaminhos, que isso é história. E a história é isso: história: mais ou menos imorredoura, mais ou menos factos, mais ou menos fantasia, mais ou menos aquilo que os homens quiseram que fosse ou não fosse, mais ou menos fronteira, mais ou menos espaço no tempo, mais ou menos tempo no espaço, mais ou menos o homem em movimento, mais ou menos santo ou pecador, mais ou menos Agostinho ou Tomás de Aquino, mais ou menos Lutero ou Calvino, mais *Ordem e Progresso*, ou menos progresso que ordem, mais ou menos do tudo que queremos.

E confundimos a realidade: o parecer converte-se em ser. E quando o homem pretende parecer durante muito tempo e com empenho mensurável, faz disso mesmo ordem feita, facto consumado, verdade aceite. E não raras vezes, no entretanto desses processos, vivenciamos hipocrisias mais ou menos dogmáticas, imitamos por imitar algo que nos é exterior, por copiar aquilo que vai dando algum (mesmo que miserável) efeito.

Devemos e podemos olhar para aquilo que nos rodeia não como possuidores, recolectores ou depredadores de uma determinada área, espaço ou nação – mesmo colocando-lhe formas físicas de arame farpado ou linhas de separação num mapa qualquer: quem tiver prazer de pensar por si próprio, quem tiver alcançado a liberdade de pensar de dentro para fora, mesmo que na medida do possível, não pode nem deve sentir-se em qualquer parte da crosta terrestre a não ser como um caminhante, mas um caminhante sem destino pré-definido, já que esse destino não existe: como alguém disse o caminho faz-se caminhando, a vida vive-se e olha-se para a frente e para trás, para a direita e para a esquerda, para aqui e para ali. Por outras palavras: temos que nos permitir soltar um pouco o vagabundo que existe em cada um de nós (desamarrar limites e fronteiras, sorrir para os nossos limites, descobrir novos espaços e potencialidades).

E aqui aparece uma primeira constatação: vivemos ainda hoje marcados por paradigmas que se vem arrastando há milhares e milhares de anos acreditando-se, não raras vezes, que se está a vivenciar um espírito e uma praxis de modernidade e ou pós-modernidade. E o homem liberta-se, descobre-se (ou seja, inteira-se do que está coberto, desnuda-se e confronta-se com a realidade mais profunda de si mesmo) quando se liberta das ideias e tumores supersticiosos ou fundamentados num diz-se que diz-se mais ou menos incongruente. Podemos e devemos ter capacidade para compreender as justificações históricas ou a falta delas, as representações psicológicas do mundo que nos rodeia, a capacidade que as mesmas tiveram para que o mundo andasse e não rodopiasse sobre si próprio.

Em síntese: estaremos nós, neste princípio de século, preparados, mesmo que a dor de tais factos seja assustadora, para reinventarmos uma nova ordem social para além daquela que os rios do Éden fizeram mesmo que às costas de doutrinas faladas na Babilónia, defendidas por Torres de Babel, desenhadas por portugueses ou espanhóis, holandeses ou belgas, ingleses ou franceses, tantos outros e

menos uns tantos? Vamos a isso ou ficaremos, mais uma vez, a espreitar por trás da nuvem ou prestando vassalagem a Juno?

Olhando mais longe ou clarificando conceitos

Afirmar que o mundo em que vivemos é um mundo só, é quase uma afirmação desnecessária. Pelo menos visto de uma maneira mais ou menos simplista ou conforme o ladrilho das nossas experiências vivenciadas de postulados reafirmados vezes sem fim.

Mas é simultaneamente um mundo complexo, movediço, com esquinas de angústia e ansiedade, inquietante, até, no olhar que se espelha no outro. E não falo tão-somente da tal mundialização (conceito que abordaremos mais à frente) que nos arrasta numa enxurrada impiedosa não sabemos bem para onde. Mas esta mundialização teve, pelo menos, uma vantagem: tornou-nos vizinhos, juntamos as hortas de cada país, confunde e difunde as fronteiras e aquilo que se passa comigo tem a ver com os outros e vice-versa. Por outras palavras: o *juntinho* das guerras frias (até parece que há guerras frias...) foi ultrapassado e obrigou a um diálogo de culturas, civilizações, religiões, modos de estar. E a solidariedade aparece como o manto franciscano que cobre o mundo de Assis a qualquer outra parte, que é como quem diz, estamos todos num espaço de pertença mesmo que os recursos, pelo menos para já, tenham uma distribuição despudoradamente injusta.

A Europa, nesta perspectiva, poderá ser apresentada como um exemplo. Embora a paz nunca tenha existido na sua plenitude neste velho continente (porque será que quase sempre se esquece a problemática da Irlanda, da Córsega, do Pais Basco, dos Balcãs, das Brigadas Vermelhas, da Guerra Civil Espanhola, das lutas coloniais e outros tantos sinais de não-paz?), a verdade é que depois de tantas experiências totalitaristas, de dois conflitos mundiais, do Holocausto, de dezenas de anos de guerra fria, optou erguer-se para além dos interesses dos imediatismos que a história sempre considera risíveis e se virou para um devir mais esperançoso e fundou, com base num compartilhar de soberanias livremente consentidas, um espaço de paz, democracia, futuro pensado em projectos de bem-estar, de pessoas livres, de solidariedade e prosperidade.

Mitos e ritos sobre a globalização

A problemática da modernidade

Meter numa definição um conceito, entidade ou objecto é, quase sempre, uma tentativa falhada ou castradora. E por uma razão simples. As definições são sempre redondas e a realidade, ontem como hoje, não cabe nem caberá em frasquinhos cheios de verdade, mesmo que esses frasquinhos sejam iluminados, por dentro ou por fora, para terem tonalidades diversas, disfarces e cambiantes. A realidade tem esquinas e saliências, excepções e regras gerais, fendas e variantes. A realidade nunca é redonda ou arrumável num cesto qualquer: e se o fosse, esse cesto seria sempre de vime que deixaria cair muito dos mais fino que existe nessa mesma realidade.

Mas tem uma enorme vantagem definir: é que a realidade torna-se mais humana porque é dimensionada à escala do definidor, do homem que a definiu e, em assim sendo, o outro, aquele que atribui significado à definição vê, também, a sua humanidade (limites) aí referenciados. As definições são aconchegadoras, quase sempre, e, às vezes mas não raramente, inibidoras de catarses que libertam, de implosões que escaqueiram e obrigam a novas sínteses na dialéctica do confronto.

Giddens tem, como poucos, pensado o que às vezes não gostamos de pensar: o nosso papel nesta faixa de tempo a que muitos, também, chamam de modernidade ou pós-modernidade. São dele as palavras quando diz que na

> [...] era moderna, o nível de distanciamento tempo-espaço é muito maior do que em qualquer período precedente, e as relações entre formas sociais e eventos locais e distantes se tornam correspondentemente 'alongadas'. A globalização se refere essencialmente a esse processo de alongamento, na medida em que as modalidades de conexão entre diferentes regiões ou contextos sociais se enredaram na superfície da Terra como um todo.
>
> A globalização pode assim ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa (GIDDENS, 1991, 69).

Fica claro, mesmo para um leitor menos atento, que aqui acontece uma preocupação em não

adjectivar, em não colocar éticas e estéticas no caminho leitor. E será aceitável este posicionamento? Não seria mais atinado falar das vestes do rei ou, até, dizer que *rei vai nu*? A ver vamos.

Na mesma linha de ideias estendem o seu pensamento e a sua preocupação Held e McGrew (2001, p. 11-13) quando é afirmado que:

> Dito em termos mais simples, a globalização denota a escala crescente, a magnitude progressiva, a aceleração e o aprofundamento do impacto dos fluxos e padrões inter-regionais de interacção social. Refere-se a uma mudança ou transformação na escala da organização social que liga comunidades distantes e amplia o alcance das relações de poder nas grandes regiões e continentes do mundo.

Mas mais interessante é quando se afirma que:

> A globalização tem sido diversamente concebida como **acção à distância** (quando os actos dos agentes sociais de um lugar podem ter consequências significativas para 'terceiros distantes'); como **compressão espaço-temporal** (numa referência ao modo como a comunicação electrónica instantânea vem desgastando as limitações da distância e do tempo na organização e na interacção sociais); como **interdependência acelerada** (entendida como a intensificação do entrelaçamento entre economias e sociedades nacionais, de tal modo que os acontecimentos em um país têm um impacto directo em outros); **como um processo de encolhimento** (erosão das fronteiras e barreiras geográficas à actividade sócioeconómica); e, entre outros conceitos, **como integração global, reordenação das relações de poder inter-regionais, consciência da situação global e intensificação da interligação inter-regional**. (HELD; MCGREW, 2001, p. 11)

Quase que apetecia ficar apor aqui a fermentar e remexer, tactear este pedaço de prosa que tem no seu bojo mil implicações, quase tudo do muito que gostaríamos de dizer. E se é verdade que aparece a complexidade do conceito abordado como que cartesianamente esquartejado, também não é menos verdade que aqui não se reflectem sentimentos e paixões, odores e gostos, hinos de pátrias e olhares de continentes. Há razão, há Descartes, há modernidade na leitura que o autor atrás referido trouxe para o léxico do pensamento ocidental: a linha recta, o pensamento na banca da racionalidade, da verdade feita parapeito mas nunca olhar. Mas, se o leitor assim o quiser e aguentar, lá chegaremos mesmo que transpirados ou salpicados disto e daquilo neste afã de encontrar o que fica para além da fronteira dos meus, dos seus, dos nossos limites.

E olhar do parapeito da janela em que me coloquei diz-me que:

> Vai-se derrubando, passo a passo, uma das principais premissas da modernidade, a saber: a ideia de que se vive e interage nos espaços fechados e mutuamente delimitados dos Estados nacionais e de suas respectivas sociedades nacionais. Globalização significa a experiência quotidiana da acção sem fronteiras nas dimensões da economia, da informação, da ecologia, da técnica, dos conflitos transculturais e da sociedade civil. (BECK, 1999, p. 46).

Aqui chegados parece, ainda, que estamos a falar de uma qualquer realidade diáfana que suavemente cobre o Olimpo e em que haverá deuses para todos os gostos. Uns maiores e outros menores; uns líderes outros seguidores – mas todos deuses. E penso que assim não será. A realidade é muito mais dramática e as crónicas dos pensadores gregos têm hoje toda a acuidade: há muitos Minotauros, e fios de Ariane que é preciso tecer, e Cavalos de Tróia com bojos enganadores e Medeias e muitas, mas muitas, sereias que cantam para embalar e embalam para adormecer. E eu quero ficar acordado, bem acordado, no cesto da gávea de preferência, para poder gritar *terra à vista* ou, então, o *rei vai nu*.

Os mitos supõem uma saída do real para o conceptual: a representação das origens, as *transmutações* do mundo e da sociedade mediante narrações de carácter sagrado. Expressam dramaticamente as ideologias. Mantêm a consciência dos valores, ideais e vínculos que se sucedem de geração em geração. Avaliam e justificam regras e práticas tradicionais e re-ganham significados. Neles está implícita a moral, o cosmogónico (criação do mundo), o teogónico (origem dos Deuses), antropológico (origem do homem), o etnológico (organização política, social e económica) e o escatológico (vida ultra terrena e fim do mundo).

Fernando Pessoa no seu linguajar próprio e revestido de heterónimos para encontrar raciocínios diversos em visões transculturais, socorre-se de Caeiro e tenta falar do *desenraizamento do eu* quando diz:

> Procuro despir-me do que aprendi,
> Procuro esquecer-me do modo de lembrar-me que me ensinaram,
> E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos,
> Desencaixotar as minhas emoções verdadeiras,
> Desembrulhar-me e ser eu, não Alberto Caeiro,
> Mais um animal humano que a natureza produziu. (PESSOA, 2001, p. 84)

Encosto-me, agora, a um pedaço do pensamento de Santos (1995, p. 18-23) para colocar na almofada da verdade nem sempre dita que:

> Este mundo globalizado, visto como fábula, erige como verdade um certo número de fantasias, cuja repetição, entretanto, acaba por se tornar uma base aparentemente sólida da sua interpretação [...]
>
> A máquina ideológica que sustenta as acções preponderantes da actualidade é feita de peças que se alimentam mutuamente [...].

Ainda segundo o mesmo autor, fala-se de aldeia global *para fazer crer que a difusão instantânea de notícias realmente informa as pessoas*. E mais: na realidade o encurtamento de distâncias acontece *para aqueles que podem realmente viajar* e na noção de espaço e tempo contraídos *como se o mundo se houvesse tornado, para todos, ao alcance da mão*. E mais: falamos do tal mercado que é global e que por ser global parece (repare-se que nem tudo que parece é) ser de igual oportunidade para todos. Mas assim não é: *Um mercado avassalador dito global é apresentado como capaz de homogeneizar o planeta quando, na verdade, as diferenças locais são aprofundadas*. E até se anuncia, de forma mais ou menos audível, a morte do Estado. E que constatamos? O Estado estará mesmo a morrer? Pelo contrário, na opinião de Santos: assiste-se ao *seu fortalecimento para atender aos reclamos da finança e de outros grandes interesses internacionais, em detrimento dos cuidados com as populações cuja vida torna mais difícil*.

Neste cenário a fabulação da realidade aparece como uma entidade enganadora, sereia para os mais incautos (ainda muitos ou cada vez mais) e aldeia global parece ser um cenário idílico onde o lobo e o cordeiro (se tal dicotomia continuar a existir) parecem ter um espaço ideal para coabitar:

> Ao contrário do que se dá nas verdadeiras aldeias, é frequentemente mais fácil comunicar com quem está longe do que com o vizinho. Quando esta comunicação se faz, na realidade, ela se dá com a intermediação de objectos. A informação sobre o que está a acontecer não vem da interacção entre as pessoas, mas do que é veiculado pela mídia, uma interpretação interessada, senão interesseira, dos factos (SANTOS, 1995, p. 55).

A partir daqui há que assumir a consequência do raciocínio e concluir que talvez fosse mais correcto falar de **globaritarismo** e não de globalização:

> [...] a violência estrutural resulta da presença e das manifestações conjuntas, do dinheiro em estado puro, da competitividade em estado puro e da potência em estado puro, cuja associação conduz à emergência de novos totalitarismos e permite pensar que vivemos numa época de **globalitarismo** muito mais do que de globalização. (SANTOS, 1995, p. 55).

Em síntese: a globalização – ou melhor, o globaritarismo -, não aparece na inocência de uma não ideologia, de uma bondade natural: de forma mais ou menos disfarçada é, de facto e convencidamente o "ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista" (SANTOS, 1995, p. 23).

> E aqui chegados estamos quase a fechar mais uma pétala da flor de lotus que era necessário construir: A globalização mata a solidariedade, devolve o homem à condição primitiva do cada um por si e, como se voltássemos a ser animais da selva, reduz as noções de moralidade pública e particular a quase nada. (SANTOS, 1995, p. 65).

Em suma: não haverá, apenas, uma globalização mas, isso sim, diversas globalizações e estas, enquanto, feixes de relações sociais, envolvem conflitos (SANTOS, 2002) e, consequentemente, vencedores e vencidos. E aquilo que ouvimos, lemos e cremos é, via regra, o discurso dos vencedores contada pelos próprios: e quando assim é as loas são prenhes de bondades, interesses mutuamente vantajosos, redenções nunca antes conseguidas. "A globalização é o processo pelo qual determinada condição ou entidade local estende a sua influência a todo o globo e, ao fazê-lo, desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival" (SANTOS, 2002).

Vou deixar o leitor ganhar um pouco de fôlego sobre a problemática da globalização (ou do globalitarismo) e questionarmo-nos se, efectivamente, os ventos da modernidade provocaram transformações, e que transformações, nas pessoas, nas redes sociais, no Estado.

A ideologia fundamental da modernidade assenta na ideia de que com uma visão fragmentada da vida e daqueles que a povoam é possível compreender e explicar as realidades que nos tocam. O antes, o agora e o depois de mim e do leitor. Nos altares da divindade colocou-se a racionalidade e gritou-se: Deus morreu.

Sem discutir, *hic et hunc*, a problemática das teologias (prefiro a palavra no plural já que no singular parece postular a existência de uma única visão) apetece-me questionar se o homem, no hoje que está a acontecer, se sente mais homem, se se sente *mais político* na *pólis* dos seus mundos (laboral, social, local, regional, nacional ou internacional), se se sente *mais existência*, mais engajado ou alienado. Enfim:

como se percepciona, e sente e pensa. E como o faz com a comunidade (ou comunidades) em que está inserido. Mais *inteiro na totalidade* ou cada vez mais fragmentado, acorrentado a pedaços de análise ou comportamentos?

Neste manto que parece ser a modernidade-globalização não se sentirá o ser humano, cada vez mais, um ponto sem interrogações nem conexões, uma abstracção feita número ou parte do PIB, percentagem ou quantificação?

O que a modernidade deveria ter feito não fez: redimir o homem enquanto ser que ama e sofre, pensa e sente, diz que sim e que não, que se vê angustiado na perda e maravilhado na esperança do vir a ser. Não discuto se Deus morreu ou não (por despropositado). Mas não tenho dúvidas: mataram o homem e historicamente continuam a lidar com o tal morto-vivo, num faz-de-conta desconcertante e hipócrita, numa abstracção castrante e que os vindouros classificarão de medieva.

O Templo das Verdades feitas pelos *senhores-têm-tudo* tem os dias contados mesmo que almofadados pelas verdades aparentemente inquestionáveis dos *senhores-sei-tudo*: muitos virão, talvez ao nascer de um dia qualquer, armados de *varapaus-quero-ser-na gente-que-sou* e farão tombar as bancas dos vendilhões: sem dó mas com piedade.

Esta corrida desenfreada a que assistimos em que o ritmo é sempre balanceado por um *salve-se quem puder*, não vai ser aceite no futuro. Há ter capacidade de olhar para o ser humano de uma forma holística, integrada e integradora, sistémica e dialecticamente construtora de novas realidades: qualquer novo acarreta sempre uma certa destruição de algo que já o foi. A *poiesis* tem que entrar no dicionário e preocupação de todos aqueles que habitam na *polis*: e em assim sendo não haverá tantos metecos (estrangeiros quase escravos que se dedicavam ao comércio e outras actividades consideradas menores) e escravos como acontecia na velha Atenas a esvaziarem a sua vida para uma minoria pensante: esta será uma das vertentes fundamentais da ética do século XXI: ser solidário, viver a solidariedade, refrescar-me no olhar do outro que contempla alguém que vive como *polícia* (aquele que se engaja para que a *polis* cumpra as normas do vem comum).

No campo da saúde, por exemplo, não podemos nem deveremos olhar para o outro (mesmo que seja passante e de outra *polis*) como uma fonte de lucro, como uma mercadoria com um preço: este outro deve ser visto como alguém que tem o direito de ser preservado na sua integridade, na sua totalidade, e não olhar para ele, por exemplo, como alguém que está a trabalhar como emigrante ou como um turista que se necessita mas que se amaldiçoa: no seu bojo a saúde tem algo de revolucionário, de profundamente democrático e libertador, de subversivo, até: criar harmonias (e a saúde não será isso mesmo?) sempre, na perspectiva monetarista, muito menos lucrativo do que a desarmonia, o caos.

Em síntese: não devemos confundir conceitos como globalização, interdependência, integração, universalismo e convergência.

- a interdependência apresenta-se ma forma de relações de poder simétricos;
- a globalização abre (escancara, até) as possibilidades de criação de hierarquias, de assimetrias, de mais e do menos, daquele que tem e daquele que não tem e, mais ou menos a curto prazo, de estratificações globais e que demorarão imenso tempo a serem ultrapassadas a não ser aconteça qualquer facto não previsível (o terrorismo poderá vir a ocupara esse lugar?);
- a integração não é um mero projecto de junção, de soma, de unificação económica ou política:
- o universalismo não é se sinónimo de global;
- a convergência presume a pró-actividade para a harmonia (a globalização tende a criar conflitos insanáveis).

Chegados que nos considerados aos picos diversas das montanhas do saber e das descobertas, tem a humanidade que assumir, agora e definitivamente, uma *sagesse* que a conduza a uma verdadeira democracia, a um entrelaçar de esforços. E esta *sagesse* consegue-se quando o homem tiver tempo de se encostar às ombreiras das portas que viram passar tantas e tantas gerações: nas suas diversas manifestações e contradições, nos seus erros e avanços. E se alguma coisa se pode fazer na crueza dos factos será assumir um papel inteligente perante esta globalização: identificar claramente os campos em que a mesma está acontecer, os territórios e os poderes e, principalmente, as situações concretas que daí resultam. E entrar em acção: pensamento sem acção é perda de tempo, em desperdício medonho, é inconsequência subdesenvolvida, é faz de conta própria de pessoa, grupo ou povo subestimado.

Mas as incertezas serão muitas e complexas, e com um arco-íris de matizes que ocuparão muito e muito tempo. E não vai ser fácil. As contradições éticas e políticas marcarão o futuro da humanidade e as

sínteses daí resultantes definirão alguns sulcos daquilo que será o fio de conduta (mais ou menos ziguezagueante) da humanidade. As crises serão uma companhia dos humanos. Elas aparecerão, quase sempre, como um imperativo: abrir novas questões para construir novas e adequadas respostas. E tal como já afirmavam os velhos mas sempre sábios gregos a crise *é a hora da verdade, a crise é o momento de reviravolta, a crise é a oportunidade de crescimento, a crise é a oportunidade da auto-reflexão redentora de futuro*.

Mitos e ritos sobre a globalização

A problemática da desterritoralização

Já anteriormente foi afirmado que estamos a assistir à emergência de relações sociais à escala planetária, o que coloca e recoloca em causa todo um conjunto de *verdades* e premissas pelas quais temos matizado a nossa compreensão do conhecimento.

Talvez o conceito de desterritorialização no ajude a compreender alguns desses fenómenos e algumas dessas transformações mais recentes.

> Na verdade, estamos habituados a considerar o espaço como algo enraizado na materialidade de um entorno físico. Por isso falamos em lugar de trabalho (a fábrica), em cultura popular (vinculada a esta ou àquela região), em cultura indígena (particular ao interior de uma tribo). Cultura e espaço encontram-se assim intimamente articulados a um território fisicamente demarcado. Ou seja, cada cultura possuiria fronteiras que lhe são próprias. Sua dimensão pode, é claro, variar. No caso das sociedades indígenas, o 'lugar antropológico coincide com fronteiras estreitas, dentro delas são válidas as premissas de cada 'povo' – crenças mitológicas, regras de parentesco, rituais religiosos, etc. (ORTIZ, 2005, p. 1).

Já a noção de nação corresponde a um conceito, pelo menos teoricamente, homogéneo. E abarcam um conceito mais amplo. A cultura, aqui, seria uma cultura nacional idiossincrática. No entanto, quer num caso quer noutro, temos a existência de fronteiras bem configuradas e delimitadas. "O mapa-múndi seria composto de unidades modais, específicas, cada uma com sua identidade. No plano da política teríamos o desenho das soberanias nacionais; no plano cultural, a diversidade dos costumes, línguas, crenças, etc." (ORTIZ, 2005, p. 1).

Mesmo por entre discussões mais ou menos aprofundadas sobre a problemática da globalização ou das globalizações, ou dos globalitarismos, a verdade é que temos vindo a assistir a uma desterritorialização e esta, necessariamente, leva a uma diluição das fronteiras, pelo menos em muitos dos seus aspectos. "Um exemplo: as relações de trabalho. Toda a literatura sobre sociologia do trabalho, independentemente da sua inclinação teórico-metodológica, pressupõe a existência de um 'mundo', isto é, de um universo específico dos trabalhadores no seio das sociedades modernas" (ORTIZ, 2005, p. 2).

Ou seja, vivemos num mundo em que as noções de próximo e distante, desconhecido e familiar, dentro e fora, interior e exterior se modificaram e, então, terão que ser relativizados. «Na medida em que a mundialização 'quebra-fronteiras' e propicia uma convergência de modos de vida, seria mais correcto dizer: o viajante, ao se deslocar pela modernidade-mundo, 'não sai do lugar' (ORTIZ, 2005, p. 3).

E em que ficamos, então? Num relativismo absoluto? Numa vale tudo? Talvez o «único caminho para pensar o futuro parece ser a utopia. E por utopia entendo a exploração, através da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade. (….) "Enquanto nova epistemologia, a utopia recusa o fechamento do horizonte de expectativas e de possibilidades, e cria alternativas; enquanto nova psicologia recusa a subjectividade do conformismo e cria a vontade de lutar por alternativas" (SANTOS, 2000, p. 331-3).

Por outras palavras: a realidade circundante obriga o ser humano a enfrentar o caos e sempre dialecticamente a encontrar novas sínteses. E só assim, estou certo, mudará a maneira de pensar e acabará por encontrar uma nova maneira de ver o mundo, articular saberes, aplicar competências e ter o prazer em ser solidário.

E voltando ao problema que está na raiz do nosso pensamento diríamos que, cada vez mais e talvez de uma forma irreprimível, as fronteiras deste ou daquele país, desta ou daquela região, da Europa ou da América do Sul são conceitos e conceitos que se movem, até porque na sua génese terão um pecado mortal que conduz esses mesmos conceitos a processos de 'degradação': são datados. Foram determinados nesse tempo, ainda como agora, por projectos ou ambições geopolíticos inscritos no tempo e obedecendo a estratégias mais ou menos morredoiras.

Nessa nova maneira de pensar não devemos, a meu ver, procurar limites ou arame farpado, sentinelas ou problemas burocráticos: o importante e articulador será estar atento aos problemas fulcrais: os ganhos que se adquirem, assim como as novas funções das fronteiras mais do que os seus traçados, latitudes ou longitudes.

> Ao invés da fórmula clássica – onde se afirmava que a política dos países estivesse em sua geografia, postura cómoda mas inconsistente – é mais eficaz considerar que a geografia em formação dos países reside em suas opções políticas. (Foucher, 2000).

Das fronteiras: as cercanias de uma ideia

Talvez abusando da paciência de um possível leitor (o pragmatismo também tem destas subjectividades), nas linhas anteriores pretendi *surfar* comigo e com o tal leitor sobre as vantagens de pensarmos o pensado, de retirar acetinados sobre verdades que parecem sê-lo, enfim, fazer cócegas na medula dos pensamentos. E é bom sentir esse formigueiro das coisas que ficaram, ainda, por dizer: mesmo que as traves mestres das verdades sempre ditas nos caiam no cangaço que permite ao homem ser considerado um bípede erecto.

Não abordarei aqui a construção de categorias sociais (Durkheim e Mauss, já o fizeram) e das representações colectivas. Mas avancemos para chegar onde devemos chegar.

> A noção de território é uma representação colectiva, uma primeva do espaço. A transformação do espaço (categoria) em território é um fenómeno de representação através do qual os grupos humanos constroem sua relação com a materialidade, num ponto em que a natureza e a cultura se confundem. A noção de território sem dúvida é formada através do dado imediato da materialidade, mas esse é apenas um componente, já que todos as demais representações sobre o território são abstractas. (MALDI, 1997, 186).

E aqui a fronteira aparece como marco e norma; ponto de chegada e de partida; pertença e não pertença; mais elástica (há quem goste de falar de *fronteira-linha, fronteira-faixa, fronteira-zona, país-fronteira* - mas sempre fronteira) ou inelástica, ser tudo e ser nada; estrangeiro e nacional; expulso ou aceite no paraíso; eu e ou outro no outro que não sou.

> Enquanto parte do património material e ideológico que determina as relações da sociedade com seu espaço, a *fronteira* pode ser definida ao mesmo tempo como construção ideológica, cultural, política, e como o conjunto de fenómenos concretos identificáveis no campo das representações. Mesmo na sua concretude, a fronteira exprime necessariamente uma dimensão simbólica que ultrapassa o aspecto localizado do fenómeno.
>
> A concepção de fronteira, sendo um dado cultural, está directamente relacionada à construção que a sociedade faz de alteridade. Nesse sentido, de uma forma eminentemente dialéctica, o indivíduo constrói sua identidade a partir da sua localização com relação a um grupo e da sua relação com a totalidade, tendo o espaço como paradigma, de tal forma que o território passa a ser determinado e vivido através do conjunto de relações institucionalmente estabelecidas pela sociedade. (MALDI, 1997, p. 187).

Poderemos, então, concluir que a plasticidade do conceito de fronteira, território e outras representações terão muito a ver com a determinação e instituição de relações: as fronteiras da Europa poderão (deverão?) amanhã estarem colocadas no norte de Africa: assim as vontades instituídas o queiram.

> Portanto, na raiz da percepção do território está a percepção de nós, a construção básica da identidade colectiva e, por extensão, a sede do estabelecimento da diferença, o limite para a construção da alteridade enquanto uma situação antagónica por definição. Portanto, se o território é a representação colectiva fundamental da sociedade, a fronteira é a representação colectiva fundamental para o estabelecimento da diferença ou, en outras palavras, para a percepção da alteridade (MALDI, 1997, p. 187).

Ancorados no autor sentimos que um fôlego final para a conclusão que se impõe pela sua tenacidade, potencialidade e riqueza de significados e ilações. O mundo pertence à humanidade e a percepção que temos desse mundo fará história e a história para os nossos vindouros. Durante muito tempo meteram-nos em formatos de linhas traçados, mais ou menos quadrados, mais ou menos rectângulos: saímos das formas e quando começamos a vivenciar o espaço livre logo os deuses e os homens que os pensam ou seguem ou, até, aqueles que neles não acreditam, fizeram sebes e paragens, distâncias e corredores...

Mas muitos dos homens que conhecemos sempre se estiveram nas tintas para os alhos franceses e criaram realidades para além dos mapas e dos congressos, das linhas, das faixas e das zonas. Criaram as *fronteiras vivas* porque são gente e é na gente que encontram a sua matriz. E não nos códigos feitos e pensados em escrivaninhas de mogno ou de pau-santo. Abriram sempre, fecharam nunca. E viram que as

fronteiras são mais que um limite nítido entre dois espaços.

Agora, vivemos, diz-se, na era da globalização, da mundialização, dos ventos que ficam e oprimem. Mas será isso ser global?

Ser global não deve significar ser plasmado numa impropriedade sem cheiros nem odores, num *fast food* de qualquer coisa, de, ao fim e ao cabo, ser esmagado e deixar de ser e passar ao estado de coisa; ser global não deve significar parir fronteiras mais ou menos contornadas por este regulamento ou por aquele aditamento; ser global não deve querer dizer que eu não existo para o outro. Pelo contrário: ser global significa ganhar o espaço da ave que voa, do vento que a todos pertence e purifica, do sol que tem, todos os dias, o prazer de aquecer as almas e fazer brotar a vida.

Ser global, assim o desejo, é uma mundividência. É uma teleologia ética e bondosa. É partir espartilhos; é derrubar barreiras; é irmandade em movimento; é solidariedade feita acção; é ser peregrino do Irmão Tiago e ter o prazer da irmandade: ser colega (chegar junto a um objectivo), companheiro (repartir e partilhar do *pão* que temos) e camarada (porque todos partilhamos a *câmara* da vida).

E quando tal acontece, e sempre olhando bem alto e bem longe, vemos que as fronteiras não foram feitas para a gente que quer ser mais gente: as fronteiras foram feitas para uns poucos negarem a gente que todos deveriam ser. E que é necessário descodificar o labirinto por tantos anos e tantos ensinamentos se foi criando. E apetece-me voltar ao regaço da minha avó Joaquina e ouvir-lhe contar as histórias passadas nas fronteiras: e os mesmos homens serem eram bons e maus – dependia do lado que os viam; eram homens que contra – bandeavam (leia-se, estava do outro lado do bando); que criavam alcateias de soluções ou de males irreparáveis para os Estados que cobiçavam os impostos.

> Formando uma interface identidade/alteridade, a fronteira é resultado, portanto, da imagem que a sociedade constrói sobre si mesma e sobre o outro. Sua elaboração conceitual não pode ser inteligível fora dessa ressonância básica, que é a projecção, em outras sociedades, de categorias enraizadas nas suas representações. Nesse sentido reflectem, tanto do ponto de vista estrutural, quanto do ponto de vista fenomelógico, o que Geertz chamou de *ethos e visão do mundo*:
>
> O ethos de um povo é o tom, o carácter e a qualidade de vida, seu estilo moral e estético e sua disposição; é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao mundo que a vida reflecte. A visão do mundo é o quadro das coisas como são na realidade, o conceito que um povo tem da natureza e de si mesmo. Esse quadro contém suas ideias mais abrangentes sobre a ordem. (GEERTZ, 1978, p.183-4, apud MALDI, 1997, p. 188).

Não se pense, porém que estaremos perante uma fatalidade ou maldição divina: esta maneira de ver, este ADN é um c*onstructo*, é síntese de antíteses que se manifestam no seu esplendor, é a dialéctica da vida, de cada homem e de cada mulher, de cada família ou agrupamento familiar, de cada rua ou lugar, de vila ou cidade, região ou país, enfim, da humanidade que cada um constrói. E porque não começar já?

E não vai ser necessário construir outra Tebas ou Constantinopla, não vamos cair nos erros de Nabucadonosor, formar intensivamente ruas e aeroportos para dar início a esse projecto que pode e deve ser meu e seu: basta, estou certo, libertar o homem que há dentro de cada um, libertar-se do frasco em que o encolheram e ele saberá ter o voo da águia.

O andar por aqui e por ali, o ter vida errante, o sonhar espaços e neles encontrar a comunhão foi até há pouco tempo considerado característica de «índio», não civilizado, nómada, bárbaro: quando sentaram o homem sobre o melhor de si mesmo, então, disse-se, temos o homem civilizado (leia-se: confinado).

Um quase último desafio: vou fazer uma longa viagem, viagem com retornos ou talvez não, lembrando-me muitas vezes da minha avó Joaquina e da casa que habitava, e dos namorados da minha aldeia, e das tábuas que rangiam... Em suma, quero ser nómada nesta época da globalização que quero que os vindouros se lembrem, vou ser nómada com o cajado do Irmão Tiago como auxílio e vou ser gente na gente que comigo quiser ser romeiro. E cantaremos na viagem. E olharemos para as estrelas que ficam para lá das fronteiras. E haverá conluio, e haverá fermento feito pão, e haverá mensagens para quem quiser dar a mão, e haverá, de novo, amigo, primo, pai e mãe e irmão. E haverá gente. Gente sempre.

E, agora, mesmo o último desafio pedido emprestado a Wilhelm Reich na conversa saboreada de tantos gostos com o Zé Ninguém que habita em cada um de nós e que é urgente fazer acordar: talvez, neste preciso momento, pense o Zé Ninguém que me leu que, *pois é*, *mas afinal*...

> Não, Zé Ninguém, nunca ajudas quem te ajuda. Jogas às cartas ou esfalfas-te a berrar em espectáculos de competição ou vais marrando no teu trabalho no escritório ou na mina. Mas nunca ajudas quem te ajuda. E sabes porquê? Porque todo aquele que é inovador nada mais tem a oferecer-te de início do que *ideias*. Nem lucro, nem um salário mais alto, nem bónus de Natal, nenhum modo

> de vida mais fácil. Tudo o que pode oferecer-te são preocupações, e isso já tu tens que chegue. (REICH, 1981, p. 45).

E, agora, relembro-te, Zé-ninguém, que oiças deste que pense querer ser alguém: os limites, as fronteiras, as portadas de qualquer entidade física, social ou mental (país, religião, lugar de trabalho, multinacionais, família, prazeres, ONG's, fãs de um clube de futebol, região e fronteira) não aparecem como algo feito, dado absoluto ou verdade incontestada. Reinventa-te, Zé Ninguém, e não deixes que subam por ti ao monte da verdade, que até pode ter oliveiras ou outras árvores de fruta ou de cânforas odorosas. Revê-te, Zé Ninguém, nunca a partir de baixo mas sempre a partir de cima, nunca do ponto de partida mas sempre do ponto de chegada (e, numa primeira fase, até podem troçar de ti…). Relembrando-te, Zé Ninguém, os limites (e disseram-te, sempre, que penses limitadamente nos teus limites) aparecem sempre da visão e da vontade, dos quereres que serão poder. Vive e sonha, Zé, sonha e vive. Ergue-te para além do imediatamente dado. Despe-te para ti e para os outros. E faz da fronteira a meta a ser ultrapassada. E transgredida.

Referências:

BECK, Ulrich. *O que é globalização*? equívocos do globalismo, respostas à globalização. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 282p.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Tradução: Plínio Dentzien Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 233p.

HELD, David; McGREW, Anthony (Eds.). *Prós e contras da globalização.* Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 107 p.

MALDI, Denise. De confederados a bárbaros: a representação da territorialidade e da fronteira indígenas nos séculos XVIII e XIX. *Rev. Antropol*. São Paulo, v. 40, nº 2, p.183-221. 1997.

ORTIZ, Renato. *Globalização*: mundialização, cultura e política. [2005]. ©Multirio 1995-2007 - Século XXI. Disponível em: <www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp? cod_link=37&cod_ chave=1&1>.

PESSOA, Fernando. *Poesias de Alberto Caeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

REICH, Wilhelm. *Escuta, Zé Ninguém*. Trad. por Maria de Fátima Bivar. 10. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1981. 111p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. v. 1: Para um novo senso comum. Porto: Afrontamento, 2000. 374p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Democratizar a democracia*: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 2002. 678p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. As tensões da modernidade. In: DHNET. ABC Militantes brasileiros de direitos humanos. Militantes dos direitos humanos. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/ boaventura4.html>.

Bibliografia:

ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira. *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Presença, 1976. 163p.

ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. Paris: Calmann-Lévy, 1962. 794p.

BACHELARD, Gaston. *A epistemologia*. Trad. Fátima Lourenço Godinho e Mário Carmino Oliveira. Lisboa: Edições 70, 1981. 220p.

BACHELARD, Gaston. *Filosofia do novo espírito científico*: a filosofia do não. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1976. 206

BARRETO, António. *Tempo de incerteza*. Lisboa: Relógio d'Água, 2002. 355p. (Coleção antropos; 58).

BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernização reflexiva:* política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1997. 264p.

BECK, Ulrich; WILLMS, Johannes. *Liberdade ou capitalismo*. São Paulo: UNESP, 2003.

BERGER, Peter L. *Perspectivas sociológicas*: uma visão humanística. Tradução de Donaldson M. Garschagen. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 202p.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: um livro sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Ernesto de Carvalho; Rev. André Cardoso. Lisboa: Dinalivro, 1999. 207p.

BÉROUD, Sophie; WEYDERT, Jean. *Le devenir de l'Europe*. Paris: Atelier, 1997. 224p.

BÍBLIA SAGRADA. 3. ed. São Paulo (SP): Edições Paulinas, 2000. Antigo Testamento. Livro de Gênesis, Cap. 2-17.

BOUDON, Raymond. *La crise de la sociologie*: questions d'epistémologie sociologique. Genève: Droz, 1971. 326p.

BOUDON, Raymond. Os métodos em sociologia. Lisboa: Edições Rolim, 1990. 132p.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. *A profissão de sociólogo*: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRONOWSKI, J. *Introdução à atitude científica*. Trad. de Manuela Santos. 2.ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1983. 169p.

CARRILHO, Manuel Maria. *Epistemologia*: posições e críticas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991. 402 p.

CASTELLS, Manuel; IPOLA, Emílio. *Prática epistemológica e ciências sociais*. Trad. Maria Isabel Freitas M. Pinto. Porto: Afrontamento, 1975. 70 p.

CASTRO, Armando. *Teoria do conhecimento científico*. 5º v. Porto: Afrontamento, 1987. 243p.

DAMÁSIO, António R. *O erro de descartes*: emoção, razão e cérebro humano. Lisboa: Publicações Europa-América, 2001. 309p.

DUPAS, Gilberto. *Atores e poderes na nova ordem global*: assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação. São Paulo, UNESP, 2005. 319p.

ESPINOSA, Bento. *Ética*. Lisboa: Relógio d'Água. 1991. 501p.

FERNANDES, António Teixeira. O problema da dúvida na busca do conhecimento. S*ociologia*. Porto (Portugal): Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 1, Série I, p. 357-92, 1991.

FEYERABEND, Paul. *Contra o método*. Trad. de Miguel Serras Pereira. Lisboa: Relógio d'Água, 1993. 364p.

FOUCHER, Michel. Sobre as fronteiras da Europa. n. 40, 07/2000. Disponível em: http:// www.ambafrance.org.br/abr/label/label40/dossier/dossier/06.html>. Acesso em 2005.

GERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Tradução de Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 323p.

GRAMSCI, Antonio. *Concepção dialéctica da história*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 1984. 341p.

HESSEN, Johannes. *Filosofia dos valores*. Trad. e pref. L. Cabral de Moncada. 5. ed. Coimbra: Arménio Amado, 1980. 349p.

KHUN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992. 257p.

MASI, Domenico de. *A sociedade pós-industrial*. São Paulo: Senac, 1999.

MILLS, Charles Wright. *A Imaginação sociológica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 246p.

MORIN, Edgar. *Sociologia:* a sociologia do microssocial ao macroplanetário. Mem Martins: Publicações Europa América, 1981. 363p.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Trad. Maria Gabriela de Bragança, Maria da Graça Pinhão.

Lisboa: Publicações Europa América, 1994. 263p.

MORIN, Edgar; KERN, Anne Brigitte. *Terra-pátria.* Porto Alegre: Sulina, 1995. 189 p.

MORIN, Edgar. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1996. 133p.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita*: pensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução: Eloá. Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128p.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Trad. Dulce Matos. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 177p.

MYRDAL, Gunnar. *A objectividade nas ciências sociais*. Lisboa: Assírio e Alvim, 1976. 102p.

NUNES, Adérito Sedas. *Sobre o problema do conhecimento nas ciências sociais*: materiais de uma experiência pedagógica. 4.ed. Lisboa: Gabinete de Investigações Sociais, 1979. 75p.

NUNES, Adérito Sedas. *Questões preliminares sobre as ciências sociais*. 9. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1987. 159p.

NUNES, Adérito Sedas. Uma aproximação à sociologia. *Análise social*. v. III, n. 9, p. 7-72, 1965.

PARISOT, Françoise. *Citoyennetés nationales et citoyenneté européene*. Paris: Hachette Éducation, 1998. 383p.

PIAGET, Jean. *Psicologia e epistemologia: para uma teoria do conhecimento*. Trad. por Maria de Fátima Bastos, José Gabriel Bastos. 3. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1977. 159p.

POPPER, Karl Raimund. *A lógica da pesquisa científica*. Trad. de Leonidas Hegenberg e Octanny Silveira da Mota. São Paulo: Cultrix; Ed. USP, 1972. 567p.

RAWLS, John. *Théorie de la justice*. Trad. de l'américain par Catherine Audard. Paris: Éd. du Seuil, 1987. 666p.

RAWLS, John. *Libéralisme politique*. Trad. de l'américain par Catherine Audard. Paris: Presses universitaires de France, 1995. 450p.

REICH, Wilhelm. *Análise do carácter*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 502p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna.* Porto: Afrontamento, 1989. 199p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*.3.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1990. 58p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 348p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A globalização e as ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 572p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Conhecimento prudente para uma vida decente*: um discurso sobre as ciências revisitado. Porto: Afrontamento, 2003. 775p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Reconhecer para libertar*: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 2003. 614p.

SARAGOÇA, José Manuel L. Epistemologia da sociologia: apontamentos para a sua compreensão. *Economia e Sociologia*. v. 77, p. 67-86, 2004.

TOURAINE, Alain. *Crítica da modernidade*. Tradução: Elia Ferreira Edel. Petrópolis: Vozes, 1994. 431p.

WEBER, Max. *O Político e o Cientista*. Trad. Carlos Grifo Babo. 3.ed. Lisboa: Presença, 1979. 151p.

3.2 A política de saúde e o espaço de participação da sociedade civil através dos conselhos paritários

Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini

A análise empreendida neste texto apresenta inicialmente a trajetória da política de saúde no Brasil rumo à participação cidadã garantida através da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006). Para tanto, faz-se necessário um sucinto recorte histórico, resgatando alguns conceitos que nortearam o entendimento acerca da saúde no decorrer dos tempos, considerando-se que a maneira como os homens vivem, adoecem e morrem possui diversas formas de explicações no decorrer da história da humanidade.

E como vivemos em um país capitalista é importante ter-se presente o conhecimento da forma de produção existente nesta sociedade, pois, dessa maneira compreende-se melhor a raiz histórica dos processos de saúde – doença na conjuntura atual, o que também equivale a dizer que muitas vezes o modo de adoecer e morrer dos homens desta sociedade se constitui num processo socialmente determinado.

Vale ressaltar, no entanto, que podem existir outras influências na saúde e na doença que são de outras naturezas como: genéticas, imunobiológicas, agressões por parasitas, acidentes e outras.

Dessa maneira, também o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir de condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no país, das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e também das políticas que perpassaram e perpassam o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Estado brasileiro tem privilegiado, historicamente, os interesses dos grupos dominantes, garantindo a acumulação privada do capital e excluindo os que não detêm algum tipo de poder. A história também nos mostrou que o Estado precisou atender algumas demandas das classes populares no sentido de garantir a reprodução das mesmas e a sua própria legitimidade.

Com isso, a centralização do Estado impôs-se à sociedade, dificultando ou esvaziando a sociedade civil e neutralizando o exercício da cidadania. O cidadão foi convertido em usuário dos serviços oferecidos e produzidos pelo Estado e à medida que a sociedade civil reclamou e lutou pelo resgate da cidadania, elaborando estratégias de contraposição ao controle exercido pelo Estado, novos espaços de atuação foram e estão sendo constituídos. A mobilização da sociedade civil culminou na aprovação da Constituição Federal que prevê a saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão. Cria-se assim, a partir da nova constituição, o Sistema Único da Saúde - SUS, regulamentado, mais tarde, pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a,b), e que segundo Cohn e Elias (1999), possibilitam descentralização com a fixação das direções pelas esferas do governo Federal, Estadual e Municipal, visando ao atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social, através da participação da sociedade, e não mais do Estado.

Apesar dessas conquistas, o Estado brasileiro ao longo de sua história tem vivenciado um contexto de vida social cuja principal nota indicativa é a disparidade de condições entre os cidadãos. De um lado, os avanços tecnológicos beneficiando parcela da humanidade; do outro, as condições de miséria, fome, doença, falta de acesso à saúde e, em muitos locais, restrições de liberdade, de delimitação do exercício da igualdade de possibilidades, para a totalidade da "sociedade civil".

De acordo com Vieira (1998), a "sociedade civil" está ligada ao pensamento liberal, que ganha projeção no século XVIII e representa a sociedade dos cidadãos. O termo civil significa que a sociedade forma-se de cidadãos, entendidos como aqueles que têm direitos e deveres.

No entanto, "sociedade civil" sugere idéia de cidadania, de uma sociedade vista como um conjunto de pessoas iguais em seus direitos, sendo que os direitos nascem historicamente na sociedade de um modo geral, e entre os trabalhadores, em particular.

No Brasil, segundo Santos (1979, p.24 apud CETOLIN, 2002) o direito à cidadania é visto como privilégio de alguns e concessão do Estado através de politicas sociais, as relações entre o Estado e segmentos populares instituem um padrão de cidadania regulada, onde os direitos dos cidadãos aparecem como benesse, sujeitos ao controle de uma burocracia que por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos.

Ao longo dos tempos, algumas ações foram sendo incorporadas como responsabilidades públicas e, dentre elas, inclui-se a Saúde, como uma política dessa natureza. E nesse aspecto, a Constituição de 1988 apresentou avanços no que se refere à questão dos direitos sociais e políticos estendidos a todos os cidadãos. É uma conquista que ocorreu em meio a uma correlação de forças em que "os movimentos sociais de todos os setores iam até à Constituinte pressionar por uma Constituição que refletisse as aspirações desses setores excluídos politicamente durante a ditadura militar" (SANTOS apud LAJÚS, 1998, p. 28).

O marco constitucional é explicado por Lajús (1997, p. 13), como um momento importante, pois "estabeleceu novos mecanismos de participação popular que refletem a conquista de espaços através do movimento de tensão permanente existente entre Estado e a sociedade que permitiram à sociedade impor-se e criar espaços de articulação mesmo nos momentos mais difíceis em que o Estado usou das formas mais duras para reprimir a expressão e a participação da população nas decisões".

Também o reconhecimento da Seguridade Social pela Constituição Federal de 1988 como política que integrada à Saúde, à Previdência e à Assistência Social foi uma conquista da cidadania e democracia no Brasil. Porém, apesar, de a Constituição de 88 enunciar que a Saúde é direito social, uma luta significativa teve que ser empreendida pela Sociedade Civil para que o SUS fosse promulgado, regulamentando esse preceito constitucional (BRASIL, 2006).

Assim, para Cohn e Elias (1999, p. 70):

> As exigências para a adoção de critérios da universalização, da igualdade no tratamento assistencial, da eqüidade e da participação na implementação do sistema único de saúde subsistem apenas no plano jurídico legal e no caso brasileiro são concessões apenas retóricas, carecendo de efetividade. Isto é, não são adotadas como direitos a nortearem o cotidiano das ações e de prestação de serviços na saúde.

É importante ter-se claro que de acordo com a Constituição, a organização do Estado marcada pela centralização da gestão pública deve dar lugar a uma estrutura descentralizada no que se refere às ações e decisões, com a intenção de fortalecer estados, municípios e a sociedade como um todo, no sentido de garantir o resgate da democracia. E de que as alterações constitucionais trouxeram visibilidade às competências das diferentes esferas públicas criando um sistema descentralizado e participativo.

Portanto, a Lei que regulamenta o SUS não é somente um texto jurídico. É também a expressão de conceitos, idéias e concepções sobre direitos e deveres do cidadão e do Estado respectivamente. Trata-se de um texto legal que confere à Saúde o caráter de política pública. Representa uma substantiva conquista para uma sociedade que se propõe moderna.

Contudo, apesar de passar-se quase duas décadas da promulgação constitucional, percebe-se que a Lei tem suas imprecisões, debilidades e, sobretudo, um enorme desafio para efetivar-se. Nesses termos, a saúde pública no Brasil define que as políticas para a área serão fixadas pela União, Estados e Municípios e serão aprovadas pelos Conselhos: Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de Saúde de composição paritária entre o governo e a Sociedade Civil.

Definindo também as competências da União, dos Estados, dos Municípios no que se referem ao apoio técnico e financeiro dos benefícios, serviços, programas e projetos de enfrentamento destinados à saúde da população.

Analisando a trajetória da Saúde no Brasil, apreendemos que esta vem se definindo como política pública na dinâmica histórica, com avanços e recuos e essa definição vem se dando conforme as forças sociais que se apresentam na sociedade brasileira.

Portanto, a saúde como garantia prevista na Constituição de 1988 e reiterada nas Leis 8.080 e 8.142, apresenta a descentralização político-administrativa como uma forma de envolvimento da Sociedade Civil nas decisões da esfera pública e, nesse aspecto, os Conselhos Paritários se transformam em

importantes canais de participação e controle social da sociedade sobre todas as políticas públicas, não se restringindo somente à política da saúde (BRASIL, 1990a,b; 2006).

Para a saúde, porém, essa condição implica na possibilidade de se manter e/ou ampliar o caráter da política pública, como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, evitando o clientelismo político, o assistencialismo emergencial e residual e o desvio de recursos.

Como já mencionado, a Carta Magna de 1988 prevê a descentralização político-administrativa como exigência decorrente do avanço democrático da sociedade brasileira, sendo que pode-se entendê-la sob dois enfoques: no intragovernamental que compreende o deslocamento do poder entre as esferas de governo, e , relacionada ao deslocamento do poder do Estado para a Sociedade Civil. Assim, os princípios fundamentais do processo de descentralização compreendem: maior flexibilidade, progressividade, transparência e existência de mecanismos de controle social (BRASIL, 2006).

E nesse aspecto Stein (1997), destaca que em contraposição ao sentido dado pelos neoliberais à descentralização, como uma das estratégias idealizadas para diminuir a ação estatal na área do bem-estar social, e com isso reduzir os gastos públicos nesse setor.

Para melhor ilustrar essa apreensão trazemos Stein (1997, p. 93), quando defende:

> O processo de descentralização que defendemos pressupõe a existência da democracia, da autonomia e da participação, categorias entendidas como medidas políticas, que passam pela redefinição das relações de poder. Isso implica a existência de um pluralismo, entendido como a ação compartilhada do Estado, do mercado e da sociedade na provisão de bens e serviços que atendam às necessidades humanas básicas, onde o papel do Estado não seja minimizado em seu dever de garantir direitos aos cidadãos.

Num contexto social dito democrático, impõe-se a necessidade de serem criadas novas formas de exercício de participação política, espaços públicos democráticos que consolidem e ampliem as práticas da representação e negociação e reatualizem a exigência igualitária para evitar que se reduzam a meros ajustamentos corporativos de interesses, ou então, que se resolvam no puro jogo de forças. Com isso, exige-se um novo (re)ordenamento institucional e novas formas de participação e controle da Sociedade Civil, entre elas, os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais.

Para melhor compreender a afirmativa, trazemos Lajús (1997, p. 20), que entende serem os Conselhos "importantes e decisivos canais institucionais de participação popular que possibilitam o pleno exercício de controle social".

É importante trazer-se presente que os constituintes de 88, assumindo a idéia de que a dignidade depende do acesso universal à saúde, definiram-na como direito de todo o cidadão e dever do Estado Brasileiro. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, o que garante prioridade em relação aos demais serviços geridos pela administração.

Dentre outras conseqüências visualizadas na prática, não é permitido ao Estado-gestor alegar falta de recursos para a área de saúde sempre que possuir recursos para financiar outros serviços públicos menos relevantes. E nesse sentido, sempre que o Estado-gestor desrespeitar a relevância pública dos serviços e ações de saúde, priorizando área menos importante, cumpre aos mecanismos de controle a devida atuação.

Historicamente, Bravo e Pereira (2001, p. 45):

> A categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. [...] essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária.

De modo geral, controle social pressupõe o controle das políticas públicas, ou então, mecanismos de controle do Estado pela sociedade civil. Onde o controle social pode ser exercido: 1) individualmente pelos cidadãos por meio do voto; 2) coletivamente, pela organização política da sociedade civil; 3) por atuação de instituições públicas representativas dos interesses sociais.

O Ministério Público e os Conselhos de Saúde são exemplos de instituições públicas que exercem cada qual nos limites de suas atribuições, o controle social das políticas públicas de saúde. Vale ressaltar que, a atuação destes mecanismos de controle pode se dar tanto no âmbito político-administrativo como no âmbito judicial.

Porém, os Conselhos de Saúde atuam especificamente no controle político-administrativo e o Ministério Público, além da atuação político-administrativa, seja no acompanhamento das políticas de saúde, na mediação de conflitos através de termos de ajustamento de condutas, ou mesmo na fiscalização do sistema de saúde, dispõe ainda de mecanismos judiciais de atuação, tais como as ações civis públicas e as ações de improbidade administrativa.

Reforçando, vale salientar que, o direito ao controle social regulamentado pela Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, estabelece em seu artigo 1º, parágrafos 1º e 2º, o seguinte:

> Art. 1º O Sistema Único de Saúde – SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
>
> I – a Conferência de Saúde; e
>
> II – O Conselho de Saúde.
>
> § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.
>
> § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990).

Detalhando, a mesma Lei determinou também que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Permitindo ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovar a Resolução - nº 33 de 23 de dezembro de 1992, que reafirma que as vagas de conselheiro de saúde sejam preenchidas de forma paritária, ficando reservadas para os usuários 50% das vagas e recomendando que os outros 50% sejam distribuídas entre trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços público e privado (BRASIL, 1992).

Portanto, os Conselhos possuem condições que necessitam ser garantidas pelo princípio da paridade, com caráter deliberativo e autônomo. Sendo que, os Conselhos da Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b, art. 1º, §2º).

Os Conselhos são deliberativos, pois, são investidos legalmente de poderes para tomar decisões e estabelecer prioridades. Autônomos por não se caracterizar como uma entidade, pois, têm representatividade de órgãos governamentais e não-governamentais.

Também, são considerados paritários, pois, são formados por número igual de representantes de órgãos governamentais e entidades da sociedade organizada. "É assim, uma prática que se constrói no âmbito das políticas públicas e da sociedade civil, tendo clareza que as ações naquele âmbito não podem mais se centrar na vontade do governante e de seus assessores". (BATTINI, 1998, p. 50).

A garantia da participação paritária tem a intenção de articular conjuntamente as ações, não se particularizando determinados interesses, servindo assim de peso e contrapeso das deliberações. A idéia de paridade não pressupõe harmonia a todo o momento. Com a participação dos diferentes segmentos, os Conselhos se caracterizam como mais um espaço de legitimação das reais prioridades.

Sendo assim, os Conselhos municipais podem participar ativamente do controle social da administração pública, mas é imprescindível a análise da legitimidade social. Nesse aspecto, para Batini (1998, p. 49), "o caráter público é o não secreto, é o representativo, é o modo de fazer presente, de tornar visível, transparente, que não é escondido e que não é prioridade de alguns".

Outro aspecto a se considerar no conselho é a possibilidade de sobrevivência se ele não participar das decisões ou das discussões que lhe dizem respeito, pois, caso contrário, tende a ser absorvido pela burocracia e tende a transformar-se em órgão de encaminhamento de documentos, de discussão e de interpretação, sem controlar as deliberações ou avaliar as ações e seus resultados.

Tal prática, no interior dos conselhos, proporciona condições para o processo de participação da Sociedade Civil na decisão sobre a política de atendimento, em igualdade de condições com o setor público. Mas, também impõe à Sociedade Civil a necessidade de se organizar para fazer uso desse importante canal de cidadania, fazendo-se responsável pela condição de interlocução ativa, competente e consistente.

No entanto, existem desafios para a consolidação da saúde como política pública, e dos conselhos como espaços de construção de cidadania e exercício pleno do controle social, entre os desafios destaca-se, a alteração às relações de poder local, no sentido do (re)ordenamento, nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, envolvendo tanto a área governamental como a da Sociedade Civil e são apontadas por Degenszajn (1998, p. 35), da seguinte forma:

> No campo governamental uma das principais dificuldades relaciona-se às resistências para que as definições das políticas publicas sejam abertas à participação e ao controle social, retirando-os das mãos da burocracia estatal para permitir a penetração da sociedade civil. No caso da sociedade civil, o reconhecimento da heterogeneidade dos atores e das concepções, praticas e experiências acumuladas geradoras de múltiplos interesses e demandas, nem sempre convergentes, desafia o estabelecimento da agenda comum que deve orientar ações e decisões coletivas. No campo das relações entre representantes da sociedade civil e representantes governamentais que integram os conselhos, por fim, impõe-se o desafio de adotar estratégias políticas que ampliem o arco de alianças capazes de fortalecer um campo hegemônico progressista na defesa da política de assistência como terreno de direitos.

Por meio dos Conselhos Paritários que se apresentam como possíveis instrumentos de participação política – o Conselho da Saúde, seja ele nacional, estadual ou municipal – a Sociedade Civil garante seu espaço para propor políticas que venham ao encontro das reais necessidades da população na área da Saúde.

Reforçamos que os Conselhos Paritários são canais de participação legalmente constituídos para o exercício da gestão democrática de políticas públicas e representam uma possibilidade de estabelecer novas formas de relacionamento entre o Estado e a Sociedade Civil, ou seja, uma possibilidade de efetiva partilha do poder entre o Estado e as coletividades locais.

Para fortalecer a abordagem, trazemos Faleiros (1997, p. 60), quando defende que:

> A cidadania se fortalece nas relações Estado/Sociedade Civil, nas mediações concretas das políticas sociais, que se tornam o campo de intervenção da acessibilidade, apoio e acompanhamento dos usuários. A cidadania constitui no exercício dos direitos civis, políticos, sociais, ambientais, éticos, que foram construídos historicamente, através das leis, normas, costumes, convenções, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo que ela lhe exige determinados deveres comuns. Os deveres do Estado são, por sua vez, direitos do cidadão.

Percebe-se os Conselhos, como espaços de participação da sociedade civil organizada e do poder público, visando à construção de um processo democrático na elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas**.**

Por fim, salienta-se que através dos Conselhos Municipais é permitida a alteração nas relações de poder em nível local, estabelecendo uma nova relação entre Estado/ Sociedade Civil, pois são meios que possibilitam a participação popular, por serem considerados um canal de decisão e controle das políticas públicas de defesa dos direitos dos cidadãos, sendo a participação pressuposto para a construção da cidadania na conquista e defesa dos direitos sociais.

Segundo Degenszajn (1998 p. 130): "Os conselhos, é evidente, não são o único conduto de controle social no âmbito das políticas sociais. Ao contrário, sua efetividade depende de associação a outras formas e forças políticas capazes de potencializar-lhes a ação". Contudo, mesmo não sendo objeto desta análise, mas relevante assunto para ser discutido em outra oportunidade, é importante fazermos referência à efetivação das políticas públicas, como possibilidades de aquisição de cidadania, através de um conjunto de ações de proteção social.

É notória a existência de desafios para a consolidação da Saúde como política pública e dos Conselhos como espaços de construção de cidadania e exercício pleno do Controle Social. Tais desafios denotam a necessidade de alteração das relações de poder local, no sentido do (re)ordenamento nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, envolvendo tanto a área governamental como a Sociedade Civil. Dando-se a visibilidade principalmente de que os Conselhos Municipais podem participar ativamente do controle social da administração pública. Outro aspecto a se considerar no Conselho é a possibilidade de sobrevivência, pois se ele não participar das decisões ou das execuções que lhe dizem respeito, tende a ser absorvido pela burocracia e a transformar-se em órgão de encaminhamento de documentos, de discussão e de interpretação, sem controlar as deliberações ou avaliar as ações e seus resultados.

Finalizamos, reiterando que devido a complexidade que lhe é característica, quanto mais atores sociais ou institucionais estiverem presentes no curso político do Controle Social, mais abrangente o mesmo será, e a política pública da saúde poderá efetivamente ser o resultado das relações estabelecidas entre esses diversos atores.

Referências:

BATTINI, Odária. Participação popular e eleições municipais: o papel dos conselhos municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da (Org.). **Conselhos municipais e poder local**. Pelotas: EDUCAT/UCPEL, 1998, p. 43-58.

BRASIL. Senado Federal. ***Constituição da República Federativa do Brasil***: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/. Acesso em: 17 jan. 2007.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). ***Diário Oficial da União***. Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.055-59, Seção 1.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. ***Diário Oficial da União***. Brasília, 31 de dezembro de 1990, p. 25.694, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. ***Diário Oficial da União***; Poder Executivo, 1992.

BRAVO, Maria Ines Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). ***Política social e democracia***. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. 254p.

CETOLIN, Sirlei Favero. ***O SUS como possibilidade de acesso social e construção da cidadania em municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde/SC.*** Itajaí, 2002. 129f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Mestrado em Gestão de Políticas Públicas, Itajaí, 2002.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. ***Saúde no Brasil***: políticas e organização de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 133p.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. ***Conselhos municipais como instrumento de construção de cidadania***. Relatório parcial do projeto de pesquisa de Mestrado. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas/RS, 1997.

_____. Reflexões sobre a sociedade brasileira, o processo de descentralização como reordenamento político institucional e os conselhos municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da. (Org.) **Conselhos municipais e poder local**. Pelotas: EDUCAT, 1998, p.17-42.

DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. 10 anos depois da Constituição Cidadã. *Revista Inscrita*. São Paulo, n. 3, nov. 1998.

STEIN, Rosa Helena. Descentralização e assistência social. ***Cadernos ABONG***, São Paulo, n. 20, Out. 1997. (Série Subsídios às Conferências de Assistência Social).

VIEIRA, Evaldo Amaro. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 56, p. 9-22, mar. 1998.

Bigliografia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. Coleção Primeiros Passos, São Paulo (SP): Brasiliense, 1988.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Mundo Capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. **A Política Pública de Assistência Social Brasileira** – novas idéias, velhas práticas. (Dissertação) – Mestrado Universidade Católica de Pelotas/RS, 1999.

NEDER, Carlos. **Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação e Comunicação. Incentivos a participação popular e Controle Social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

3.3 O direito sanitário no contexto das fronteiras

Loris Baena Cunha Neto

Introdução

O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é suficientemente perigoso para justificar a privação da liberdade de um indivíduo? Quando uma doença justifica a detenção administrativa de um indivíduo? Quando as medidas de saúde pública entram em choque com o direito à liberdade de locomoção dos indivíduos portadores de doenças contagiosas?

Essas perguntas motivam este estudo. Este trabalho examina a adoção de algumas medidas de saúde pública adotadas para conter a propagação de doenças contagiosas. Dependendo da forma como essas medidas de saúde pública são adotadas, elas violam a esfera de direitos dos cidadãos.

Em geral, as legislações sanitárias prevêem a imposição de medidas coercitivas para proteção da saúde pública. Razão pela qual é relevante o debate sobre os limites da aplicação dessas medidas. Trata-se de um tema em voga em razão do surgimento de novas doenças, como a gripe respiratória aguda (SARS) e o ressurgimento de outras como problemas atuais de saúde pública, a tuberculose, por exemplo (HARRIS; MARTIN, 2004).

Este estudo concentra-se em dois tipos de medidas de saúde pública: a quarentena e a detenção administrativa (ou isolamento). Em geral, é voluntária a sujeição às medidas de saúde pública. A recusa à sujeição voluntária enseja a adoção coercitiva das medidas; nesse particular, a aplicação dessas medidas é objeto de questionamentos éticos e jurídicos.

A detenção administrativa não se confunde com a reclusão decorrente dos crimes contra a saúde pública do Código Penal Brasileiro (arts. 267 e seguintes). A detenção administrativa, objeto de um caso a seguir exposto, não constitui penalidade. Trata-se de uma medida no âmbito da atuação da polícia sanitária.

A detenção administrativa tampouco se confunde com a quarentena. A quarentena é usualmente utilizada para privar a liberdade de pessoas saudáveis, que foram expostas a doenças contagiosas. A detenção administrativa refere-se à segregação e restrição de locomoção do indivíduo infectado. A finalidade de ambas é prevenir a propagação do agente infeccioso mediante a restrição à liberdade de um ou mais indivíduos.

A quarentena é objeto de atenção no item 2, quando este trabalho a menciona como uma das medidas de saúde pública adotada no controle da gripe respiratória aguda. Não obstante a identificação de novas doenças contagiosas no decorrer dos últimos anos, a gripe respiratória aguda foi a primeira no século XXI a constituir uma ameaça global.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) também motiva debates éticos e jurídicos a respeito da adoção de medidas coercitivas de saúde pública. A detenção administrativa de um portador do vírus HIV é abordada no item 3. Por aproximadamente sete anos, o Sr. Enhorn viveu meses no hospital e outros meses foragido. Isso ocorreu em virtude de ordens emanadas por um tribunal administrativo que determinava o isolamento compulsório.

A privação de liberdade do Sr. Enhorn não ocorreu em decorrência de um delito criminal, mas em virtude de uma infração administrativa; esta consistiu no desrespeito às instruções da polícia sanitária de seu país. Essa detenção administrativa respeitou a garantia fundamental de liberdade do Sr. Enhorn? Essa é uma pergunta feita à Corte Européia de Direitos Humanos.

À luz da decisão da Corte Européia de Direitos Humanos e das considerações pertinentes à adoção da quarentena ao combate da gripe respiratória aguda, a conclusão do trabalho sugere algumas

diretrizes úteis à aplicação coercitiva de medidas de saúde pública quando restritivas à liberdade de locomoção. A observação dessas diretrizes poderia garantir à preservação dos direitos do cidadão num cenário de crise sanitária, no Brasil.

Esse cenário parece não se situar num futuro distante. Motivo pelo qual pensar na preservação da cidadania é tão importante quanto à manutenção da saúde e vida dos indivíduos, num ambiente afetado por uma epidemia.

Quarentena

Em geral, as doenças contagiosas de grande proporção têm demonstrado as deficiências dos sistemas de saúde pública de países desenvolvidos e em desenvolvimento (HEYMANN, 2002). No caso do Canadá, isso ficou evidente por ocasião da eclosão da gripe respiratória aguda, em 2003.

O surgimento dessa gripe ocorreu no sul da China em novembro de 2002. Em março de 2003, a doença foi considerada uma epidemia capaz de alastrar-se pelo mundo. No mês seguinte, a Organização Mundial de Saúde (doravante, OMS) lançou um plano de ação para conter a epidemia.

Em julho de 2003, a OMS comunicou o controle da epidemia. Os dados divulgados na época chamam a atenção para a velocidade e a gravidade da doença: aproximadamente 800 mortes e 8000 casos de possível contato com a doença. Aproximadamente 29 países realizaram notificações à OMS a respeito da gripe respiratória aguda (WHO, 2004). As autoridades desses países defrontaram-se com questões éticas e legais na aplicação das medidas de saúde pública.

Uma dessas medidas foi a quarentena, que representou uma restrição à liberdade de locomoção de milhares de pessoas. Note-se que, no Canadá, além da quarentena tradicional de restrição absoluta de locomoção, houve também outras espécies de quarentena.

Um desses tipos de quarentena exigia do indivíduo uma rota de trabalho-casa sem utilização de transporte público e sem a possibilidade de parar em qualquer outro lugar. Trabalhadores do sistema de saúde precisaram isolar-se de seus familiares. Inclusive, eles precisaram utilizar máscaras por ocasião do contato com outras pessoas dentro de suas residências e visitas foram proibidas em suas casas (RIES, 2004, p. 3).

Na maior parte das vezes, os cidadãos canadenses voluntariamente sujeitaram-se às medidas de quarentena, dispensando, portanto, a adoção de medidas coercitivas. Num número pequeno de casos, medidas coercitivas foram necessárias (RIES, 2004, p. 3).

Nem por isso, a quarentena no Canadá deixou de ser alvo de críticas. Houve quem criticou as medidas de quarentena aplicadas no país por considerá-las excessivas. Nesse sentido, o grau de intervenção, proporcionado pela adoção das medidas de quarentena, foi desproporcional à finalidade das mesmas (controle e redução do número de pessoas infectadas). Em outras palavras, os meios não foram adequados ao fim pretendido.

Um quadro comparativo ajuda a compreender as críticas formuladas às medidas de quarentena aplicadas no Canadá. A quarentena atingiu um número aproximado de 30 mil pessoas em Toronto, como também em Beijing. Todavia, o número de pessoas efetivamente infectadas em Beijing foi dez vezes superior ao de Toronto. Isto é, em Toronto houve a infecção de cerca de 250 pessoas, enquanto que em Beijing, o número de infectados alcançou a cifra de 2500 pessoas (RIES, 2004, p. 5).

As medidas adotadas pelo Canadá foram excessivas, em termos de número de pessoas atingidas pelas medidas de quarentena? Ou foi a China que adotou medidas por demais brandas nesse caso?

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças, dos Estados Unidos, ao analisarem a adoção da quarentena em Beijing, identificaram que apenas um terço da população que foi objeto dessas medidas esteve no grupo de risco de contágio da doença. Ou seja, se o número de pessoas afetadas pelas medidas de quarentena foi excessivo em Beijing, o excesso ainda maior ocorreu na adoção da quarentena em Toronto, segundo os especialistas (RIES, 2004, p. 5).

Além do uso excessivo da quarentena em termos de número de pessoas atingidas, outra crítica que se faz refere-se aos efeitos adversos da medida. Isto é, os psicológicos nas pessoas atingidas pela quarentena não foram considerados previamente, de forma sistemática, quando a medida foi adotada.

Verificou-se a associação de um longo período de quarentena com sintomas de stress pós-traumático e de depressão. Para uma parte das pessoas atingidas pela quarentena, a medida criou problemas emocionais, psicológicos e financeiros (HAWRYLUCK et al., 2004).

Do total das pessoas atingidas pela quarentena que foram entrevistadas: (i) 30 % das pessoas afirmaram ter recebido informação inadequada acerca da gripe respiratória aguda; (ii) entre 40 e 50% dos entrevistados não receberam instruções acerca do uso e do modo de desinfetar objetos pessoais, como escova de dente e talheres; (iii) 77% não recebeu instruções sobre o uso e o modo de desinfetar o telefone (HAWRYLUCK et al., 2004, p. 1208).

Essa é a razão pela qual se recomenda que os efeitos adversos da quarentena (ou mesmo de outras medidas de saúde pública) sejam considerados na formulação das estratégias de controle das próximas epidemias.

Medidas de quarentena para o combate à gripe respiratória aguda também foram adotadas na China, Hong Kong e Singapura, entre outros países. Nesses países os métodos utilizados pelas autoridades públicas possuem peculiaridades que ensejam questionamentos éticos.

Em Singapura, por exemplo, as autoridades públicas utilizaram câmaras para monitorar os indivíduos com a finalidade de verificar o cumprimento da quarentena (TWU et al., 2003). Na China, a prisão e a execução são previstos para aqueles que desrespeitem as medidas de quarentena (MITKA, 2003).

A respeito dos questionamentos éticos envolvendo determinadas modos de adotar a quarentena, cabe ainda mencionar a medida aplicada pelo governo cubano para evitar a propagação do vírus HIV. Em 1986, Cuba determinou o isolamento dos portadores do vírus HIV em sanatórios (HANCEN, 2003).

Observa-se que os trabalhos científicos denominam a medida aplicada pelo governo cubano de quarentena, embora os indivíduos isolados compulsoriamente em sanatórios fossem portadores do vírus HIV.

Na época, surgiram aqueles que aplaudiram a medida por considerarem um comprometimento do governo no controle da AIDS. Ao mesmo tempo, houve os críticos que chamaram a atenção para a violação aos direitos humanos provocada por essa política de saúde pública (HANCEN, 2003, p. 2875).

A quarentena foi suspensa oficialmente em 1994. De qualquer modo, metade dos portadores do vírus HIV ainda permanecia residindo nos sanatórios, naquele ano (HANCEN, 2003, p. 2875).

No decorrer da história, verificou-se que um dos grandes problemas na aplicação da medida de quarentena é a segregação de determinados grupos sem uma justificativa científica. Um exemplo ocorreu em 1900 logo após a descoberta de uma vítima da peste bubônica no bairro de Chinatown, em São Francisco, Estados Unidos. Um entendimento equivocado de que os asiáticos eram mais suscetíveis a essa doença contribuiu para que o Presidente dos Estados Unidos determinasse a medida de quarentena a todos chineses e japoneses residentes na cidade (EDELSON, 2003).

Cabe lembrar que a quarentena foi tema discutido nas primeiras conferências internacionais a respeito da cooperação internacional na área da saúde, no século XIX. Políticas nacionais restritivas de imigração e proteção ao comércio valeram-se da quarentena para alcançar fins não relacionados à proteção da saúde pública (FIDLER, 2003; MAGLEN, 2003).

A adoção da quarentena com objetivos diversos da proteção à saúde pública não se verifica em casos isolados no decorrer da história do direito sanitário. Por isso, a conclusão deste estudo refere-se à proporcionalidade entre a medida aplicada e o fim almejado, cabendo o ônus da prova ao Poder Público, como uma diretriz a ser seguida por políticas de saúde pública.

Além disso, faz-se necessário uma atenção especial dos formuladores das políticas de saúde pública para o uso não-discriminatório das medidas restritivas de direitos.

A adequação entre a medida adotada e a finalidade de proteção à saúde pública constitui um dos parâmetros para se avaliar a legitimidade da atuação do Poder Público, seja em um caso envolvendo a quarentena ou a detenção administrativa. A Corte Européia de Direitos Humanos utilizou esse critério no julgamento do caso a seguir exposto.

Caso Enhorn

O Sr. Enhorn, nascido em 1947, de nacionalidade sueca, é homossexual e portador do vírus HIV. Em 1990, ele transmitiu o vírus a um jovem de 19 anos. Isso foi descoberto em 1994, quando, então, o departamento médico de seu país determinou ao Sr. Enhorn uma série de condutas, conforme a Lei de Doenças Infecciosas (1988) (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 8-9).

Inclusive foi nesse ano de 1994 que o Sr. Enhorn tomou conhecimento de que era portador do vírus. Não há indicação de que ele tenha intencionalmente transmitido o vírus ao jovem mencionado ou

mesmo que tenha agido com evidente negligência, o que poderia configurar um delito criminal (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 54).

Cumpre citar alguns desses requerimentos: informar o seu estado de saúde aos seus parceiros sexuais, o uso de preservativos, a limitação de consumo alcoólico, consultar um médico regularmente, proibição de doação de sangue e órgãos (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 9).

O Tribunal Administrativo competente para se pronunciar sobre o caso avaliou que o Sr. Enhorn não cumpriu esses requerimentos. Desse modo, foi determinada a detenção compulsória do Sr. Enhorn em um hospital por um período mínimo de três meses, em fevereiro de 1995. O Sr. Enhorn se escondeu a fim de evitar a privação de sua liberdade, sendo detido no mês seguinte (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 13).

A partir de então, o processo administrativo segue para uma fase de recursos no qual se discute, entre outros temas, a extensão do período de privação de liberdade do Sr. Enhorn, enquanto este foge diversas vezes do hospital. Concomitantemente a essas fugas e a fase de recursos da decisão, o departamento médico requereu repetidamente a renovação do isolamento compulsório do paciente no decorrer dos próximos sete anos (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 14-15).

A soma dos períodos de detenção do Sr. Enhorn no hospital é de aproximadamente um ano e meio. Ou seja, no intervalo dessas detenções, ele viveu foragido (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 31-32).

Nessa época, o laudo médico do Sr. Enhorn indicava uma personalidade paranóica, além do consumo inadequado de álcool, embora não configurasse um quadro de dependência. Nesse sentido, o laudo indicou uma probabilidade alta do paciente infectar outras pessoas (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 19).

Em 2000, o Sr. Enhorn impetrou uma ação na Corte Européia de Direitos Humanos alegando violação do parágrafo 1º do artigo 5º da Convenção Européia de Direitos do Homem e Liberdades Fundamentais (doravante, Convenção). Este é o dispositivo da Convenção com base no qual o impetrante fundamentou os seus argumentos (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 1, 30):

> Artigo 5º:
>
> 1. Toda a pessoa tem direito à liberdade e segurança. Ninguém pode ser privado da sua liberdade, salvo nos casos seguintes e de acordo com o procedimento legal:
>
> (...)
>
> b) Se for preso ou detido legalmente, por desobediência a uma decisão tomada, em conformidade com a lei, por um tribunal, ou para garantir o cumprimento de uma obrigação prescrita pela lei;
>
> e) Se se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo. (COUNCIL OF EUROPE, 1950).

Dois argumentos principais nortearam as alegações do impetrante: (i) violação material e processual do direito nacional; (ii) a detenção não respeitou o princípio da proporcionalidade inscrito na alínea "e" do parágrafo 1º do art. 5º da Convenção, sendo, portanto, uma medida não adequada para se evitar a disseminação da doença contagiosa (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 31).

De acordo com a Corte, o princípio geral da certeza jurídica precisa ser respeitado em casos de privação de liberdade. Isto é, o direito nacional precisa ser claro na definição das condições pelas quais é possível deter um indivíduo. Portanto, a aplicação da lei precisa ser previsível e precisa nos casos de detenção administrativa. (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

Para se verificar a conformidade da detenção com a lei, utiliza-se o critério da ausência de arbitrariedade. Assim, a detenção de um indivíduo justifica-se apenas quando outras menos severas tiverem sido aplicadas e avaliadas como ineficazes à proteção do interesse individual e público (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

Não basta que a detenção esteja conforme a lei nacional. É preciso que a detenção esteja conforme o princípio da proporcionalidade (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

A Corte considerou que os termos "causa razoável" e "manifesto de risco de disseminação da infecção" da lei sueca eram por demais vagos para que a lei cumprisse o requisito de aplicação previsível e de precisão (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 37).

A Lei de Doenças Infecciosas conferia um poder discricionário ao médico responsável na aplicação das instruções necessárias à prevenção da disseminação da doença (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 38).

Não obstante essa observação, a Corte reconheceu que a detenção do Sr. Enhorn respeitou o direito nacional. Isto é, a Corte confirmou a avaliação dos tribunais administrativos suecos de que o Sr. Enhorn não havia cumprido voluntariamente as medidas necessárias para prevenir a disseminação do vírus HIV e que era procedente a suspeita de que a liberdade do indivíduo implicaria um risco de disseminação da doença (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 38-39).

No entanto, quando a Corte passou a examinar se a detenção cumpriu o critério de proporcionalidade, a avaliação foi contrária às autoridades suecas. Assim, a Corte reconheceu que a detenção estava conforme a lei sueca, todavia, ela não estava de acordo com o princípio da proporcionalidade, que é elemento essencial à privação da liberdade à luz do artigo 5º da Convenção (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 41, 55).

A alínea "e" do parágrafo 1º do artigo 5º da Convenção, ao prever a privação da liberdade de um indivíduo, não reflete uma preocupação somente com o interesse público, mas também com o interesse individual daquele que é detido. Ou seja, o bem estar do indivíduo, a sua saúde, ou melhor, o seu interesse pessoal precisa também ser considerado em casos como este em comento (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 43).

No exame da conformidade da detenção com a Convenção, a Corte distinguiu dois critérios: (i) se a doença em análise era suficientemente perigosa para justificar a privação da liberdade; (ii) se medidas menos severas foram aplicadas e avaliadas como insuficientes à proteção da saúde pública (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 44).

No caso, o vírus HIV foi considerado suficientemente perigoso à saúde pública de modo a justificar o cerceamento de liberdade de um indivíduo (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 45).

A análise do critério pertinente à aplicação de medidas menos severas pelas autoridades suecas demandou um exame pormenorizado das circunstâncias fáticas (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 46).

O Sr. Enhorn não cumpriu rigorosamente às instruções que havia recebido do departamento médico em setembro de 1994. Embora tenha tido três consultas médicas entre setembro de 1994 e novembro do mesmo ano e duas consultas domiciliares posteriormente, ele não compareceu por cinco vezes quando convocando entre os meses de outubro e novembro de 1994 (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 50).

Outra instrução que cabia ao Sr. Enhorn cumprir era comunicar aos médicos que era portador do vírus do HIV por ocasião de tratamento odontológico e de qualquer intervenção cirúrgica necessária. Em determinados momentos, ele se declarou portador do vírus HIV diante de uma consulta médica, em outras não (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 51).

A Corte observou que o Sr. Enhorn não possuía intenção de transmitir o vírus para outras pessoas, ou tampouco, o assunto lhe era indiferente. Não obstante a sua ausência prolongada do hospital (nos períodos em que se encontrava foragido), ele não havia infectado nenhum outro parceiro sexual (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 54).

Por fim, a Corte considerou que as autoridades suecas não aplicaram medidas menos severas ao Sr. Enhorn para deter a disseminação do vírus HIV. Sendo assim, ocorreu um desequilíbrio entre a necessidade de prevenir a disseminação do vírus HIV e o direito à liberdade do indivíduo. Esse desequilíbrio, por sua vez, configurou uma violação ao parágrafo 1º do art. 5º da Convenção (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 55).

A relevância do caso Enhorn reside no fato de ter sido o primeiro julgamento da Corte Européia de Direitos Humanos o qual examina especificamente os limites da detenção administrativa para evitar a disseminação de uma doença contagiosa.[1]

Os casos anteriores no âmbito da Corte que versavam o cerceamento da liberdade de um indivíduo em razão da proteção à saúde envolveram indivíduos com problemas mentais, alcoólatras, toxicômanos (MOWBRAY, 2005a). O embate entre o direito à liberdade e o direito à saúde também está presente nesses casos, mas se diferenciam do caso Enhorn pelo impacto social proporcionado por uma doença contagiosa.

Conclusão

Diariamente, os jornais noticiam a propagação da gripe aviária (vírus H5N1) pelo mundo. No meio científico, há um receio de que a pandemia da gripe aviária tenha um impacto mundial semelhante à gripe

1 Sobre a relevância do caso Enhorn, ver Mowbray (2005b).

espanhola ocorrida entre 1918 e 1919, que provocou a morte de 40 milhões de pessoas.

Há anos, cientistas predizem o surgimento de uma pandemia de gripe. "Acredita-se que não é uma questão se vai ocorrer a pandemia, mas de quando ela ocorrerá, e o H5N1 torna essa previsão particularmente perturbadora" (BARTLETT; HAYDEN, 2005, p. 461).

A situação enfrentada pelos países diante de uma doença contagiosa de grave proporção pode servir de reflexão aos formuladores das políticas públicas brasileiras. Faz-se necessário refletir como o Brasil adotará medidas de saúde pública necessárias à preservação da saúde e vida da população sem que haja violação dos direitos fundamentais.

Num exercício de reflexão sobre esse tema, foram elaboradas algumas diretrizes pertinentes à aplicação de medidas de saúde pública restritivas à liberdade de locomoção:

(i) nenhuma medida de saúde pública pode originar-se em preconceitos acerca de qualquer minoria social. Essa diretriz leva em consideração o fato de que as medidas abordadas neste estudo foram comumente utilizadas contra minorias sociais, em virtude de preconceitos no decorrer da história;

(ii) respeito ao critério da proporcionalidade entre a medida aplicada e o objetivo a ser alcançado;

(iii) a medida pertinente à restrição da liberdade deve ser adotada somente quando outras não produzirem comprovadamente o resultado almejado;

(iv) deve-se considerar o impacto psico-social da adoção de medidas privativas da liberdade do indivíduo. Os efeitos dessas medidas no bem-estar das pessoas e a reinserção social após o isolamento constituem elementos relevantes na formulação de políticas públicas de controle epidemiológico;

(v) os indivíduos atingidos pela restrição à liberdade não podem sofrer qualquer espécie de preconceito durante ou após a adoção da medida. Para isso, faz-se necessário que as autoridades públicas e os meios de comunicação sejam extremamente cuidadosos na linguagem utilizada na divulgação de notícias e na própria adoção das medidas;

(vi) direito à informação deve ser respeitado nesse tipo de situações. O indivíduo, que se encontra no grupo de risco e sofre a restrição à liberdade, deve ter acesso adequado às informações acerca da doença e de medidas de profilaxia;

(vii) cabe ao Poder Público o ônus de provar, ou justificar, a necessidade da restrição da liberdade do indivíduo, como também de demonstrar que não existe medida menos restritiva da liberdade que alcance o mesmo objetivo.

O impacto das doenças contagiosas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem chamado a atenção às deficiências dos sistemas de saúde pública. Aperfeiçoá-los é a única maneira de evitar que determinadas doenças se transformem em epidemias, ou o agravamento das mesmas.

Nesse sentido, a revisão da legislação sanitária brasileira está a cargo de um grupo de trabalho coordenado pelo Centro de Estudos e Pesquisa de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Universidade de São Paulo. Entre as atribuições desse grupo, encontra-se a identificação de necessidade de regulamentação de uma situação de pandemia. A quarentena e o isolamento são tópicos incluídos no trabalho desse grupo (BRASIL, 2005, p. 79).

Cumpre observar que a participação da CEPEDISA no trabalho acima mencionado garante a aplicação do conceito de advocacia em saúde. Uma vez que o conceito de advocacia em saúde considera o exercício da cidadania (DALLARI et al., 1996, p. 600), é possível pressupor que a legislação sanitária brasileira está sendo revista sob um viés da democracia e outros valores que considerem o interesse coletivo sem perder de vista os interesses individuais.

Referências:

BARTLETT, John G.; HAYDEN, Frederick G. Influenza A (H5N 1): Will it be the next pandemic influenza? Are we ready? ***Annals of Internal Medicine***, Philadelphia, v. 143, n. 6, p. 460-2, 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ***Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza***. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 224p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/

plano_flu_final.pdf> Acesso em: 12 de mar. 2006.

COUNCIL OF EUROPE. *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e_das Liberdades Fundamentais*: adotada em 4 de novembro de 1950. Disponível em:< http://www. gddc.pt/direitos-humanos>. Acesso em: 12 de mar. 2006.

COUNCIL OF EUROPE. European Court of Human Rights. *Case of Enhorn v. Sweden*. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2005. Disponível em: <http://www. www.echr.coe.int> Acesso em: 12 de mar. 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. ***Revista de Saúde Pública***. São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, dec. 1996.

EDELSON, Paul J. Quarantine and social inequity. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 21, p. 2874, dec. 2003.

FIDLER, David P. Emerging trends in international law concerning global infectious disease control. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 9, n. 3, p. 285-290, mar. 2003.

HANCEN, Helena; GROCE, Nora. Human immunodeficiency virus and quarantine in Cuba. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 21, p. 2875, dec. 2003.

HARRIS, A.; MARTIN, R. The exercise of public health powers in an era of human rights: the particular problems of tuberculosis. ***Public Health***. v. 118, n. 5, p. 313-22, jul. 2004.

HAWRYLUCK, Laura et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 10, n. 7, p. 1206-12, jul. 2004.

HEYMANN, David L. The microbial threat in fragile times: balancing known and unknown risks. ***Bulletin of the World Health Organization***. v. 80, n. 3, p. 179, mar. 2002.

MAGLEN, Krista. Politics of quarantine in the 19th century. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 1, p. 2873, dec. 2003.

MITKA, Mike. SARS thrusts quarantine into the limelight. ***Journal of the American Medical Association***, Chicago, v. 290, n. 13, p. 1696-8, out. 2003.

MOWBRAY, Alastair. Compulsory detention to prevent the spreading of infectious diseases. ***Human Rights Law Review***. v. 5, n. 2, p. 387-391, 2005b.

MOWBRAY, Alastair. Institutional developments and recent Strasbourg cases. ***Human Rights Law Review***. v. 5, n. 1, p. 169-88, 2005a.

RIES, Nola M. Public health law and ethics: lessons from SARS and quarantine. ***Health Law Review***. v.13, n. 1, p. 3-6, p. 3, 2004.

TWU, Shiing-Jer et al. Control measures for severe acute respiratory syndrome (SARS) in Taiwan. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 9, n. 6, p. 718-20, jun. 2003.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS): updated recommendations - october 2004. . WHO/CDS/CSR/ARO/ 2004.1. Disponível em: < http://www.who.int/csr/resources/ publications/ WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1.pdf> Acesso em: 5 de mar. 2006.

CAPÍTULO

IV

A SAÚDE COMO BEM COLETIVO E AS POLÍTICAS DE GOVERNO

Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira
José Saraiva Felipe

A saúde nas fronteiras: “uma proposta de bem-estar e desenvolvimento”
Antônio Horácio Toro Ocampo

4.1 Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira

José Saraiva Felipe

Introdução

Os países da América Latina realizaram, no início da década de 80, uma grande transição democrática. Até o final dos anos 70, a grande maioria dos latino-americanos vivia sob regimes autoritários que impediam a livre manifestação de pensamento e conseqüentemente mudanças nas concepções das políticas sociais vigentes.

Impulsionados pelos salutares e oportunos ares trazidos pela democracia, desde a Cordilheira dos Andes, dos Pampas, dos pulmões da Amazônia, da brisa quente do Caribe, os setores sociais passaram a exigir dos novos governantes uma grande mudança nas políticas sociais. O setor saúde foi o que mais se beneficiou, principalmente pela ocorrência da Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, realizada em 1979.

O lema "Saúde Para Todos Até o Ano 2000" fez eco em todo o mundo, mas teve ressonância especial na América Latina. Os sanitaristas brasileiros, especialmente os ligados à academia, amplificaram este eco por todo o Brasil. A palavra de ordem era a descentralização e a municipalização da saúde, resgatando o estabelecido na 3ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, no último suspiro democrático que viveu o Brasil antes das trevas da ditadura iniciada em 1964.

A redemocratização ocorrida em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, sangradouro natural de uma barragem forte que, por mais de 20 anos, conteve o ideal de um sistema de saúde universal, integral, justo, humanizado, do qual todos tivessem direito de participar. Foi um momento ímpar na história da saúde publica brasileira. Mais de 4 mil delegados, eleitos em todo o Brasil, compareceram a Brasília para opinar sobre o sistema público de saúde que queriam. Nasceu assim a proposta do Sistema Único de Saúde –SUS.

O Brasil vivia no mesmo período a Assembléia Nacional Constituinte. Muitas negociações ocorreram e os democratas da saúde conseguiram criar um novo conceito de Seguridade Social, incluindo a saúde no seu capítulo. Cinco artigos da Constituição Federal garantiram a criação de um renovador sistema de saúde. Ele seria grande o suficiente para incluir toda a população brasileira e ao mesmo tempo flexível o bastante para se adaptar e acomodar todas as diversidades de um país continente, com territórios na Zona Temperada e na Zona Tórrida do Equador, dos Pampas à Amazônia, do litoral até o sopé dos Andes.

Concebido o seu estatuto legal pela Constituição Federal de 1988 e, pela legislação infraconstitucional, o SUS começou a ser implantado. Seus princípios e diretrizes são a universalidade, a integralidade, a eqüidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a municipalização, a participação da comunidade, incluindo o controle social e a gestão única do sistema em cada esfera de governo. São passados 25 anos desde a sua aprovação e o SUS já adquire maturidade, referendado por outras quatro Conferências Nacionais (1992, 1996, 2000 e 2003). Transformou-se, nesse período, no maior programa de atendimento médico-social do mundo, garantindo acesso universalizado e gratuito a serviços de saúde aos 180 milhões de brasileiros.

As pesquisas realizadas demonstram que a população aprova o sistema. Levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde em 2002, em centenas de países, inclusive no Brasil, revelou que o grau de satisfação do usuário do SUS é similar ao da Itália, superior ao de Portugal e da Espanha e fica

abaixo dos Estados Unidos, países com sistemas mais antigos, dispendiosos e mais estabilizados que o brasileiro. Mais de 75% da população brasileira tem no SUS seu único acesso à saúde. Em algumas regiões, como a Norte e a Nordeste, este número se eleva a mais de 90% da população dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

Pesquisa realizada em agosto de 2005 pelo Ibope (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) aponta um dado revelador sobre o impacto do setor saúde na vida do cidadão brasileiro. Mesmo levando-se em conta a enorme complexidade sócio-econômica do Brasil, com problemas seculares no que diz respeito às diferenças de desenvolvimento regionais e mesmo de infra-estrutura em vários de seus grandes aglomerados urbanos, ressalta-se a avaliação positiva dos brasileiros em relação aos médicos, apontados como a instituição de maior credibilidade do País, com 81% da confiança da população, bem à frente da Igreja Católica (71%), Forças Armadas (69%) e Imprensa (63%).

Partindo-se do pressuposto de que 140 milhões de brasileiros formam o universo de usuários do sistema, contra 40 milhões que têm acesso a planos de saúde privados, mas que também podem, por garantia constitucional, se beneficiar a qualquer momento do sistema universal, pode-se deduzir que a grande aprovação dos médicos, 80% deles prestadores de serviço ao SUS, diz respeito ao sistema público de saúde.

Não é um sistema perfeito – e nunca será. Mas é o melhor que já tivemos, o mais racional e o mais democrático que conseguimos atingir. São enormes os desafios do sistema. Pelo próprio universo dentro do qual foi concebido, os números envolvidos no SUS são extraordinariamente impressionantes. Ele é constituído hoje por uma rede de 5.864 hospitais, 500 mil leitos e 60 mil unidades ambulatoriais, se considerarmos os públicos e os privados contratados. O sistema realiza em média, entre outros procedimentos de saúde, 12,3 milhões de internações, 1,4 bilhão de exames ambulatoriais, 290 milhões de exames de laboratório, 23.400 transplantes e 8 milhões de sessões de hemodiálise por ano. Destas internações, aproximadamente 40% são realizadas em hospitais privados contratados, 30% em hospitais filantrópicos, 20 % em hospitais públicos e 10 % em hospitais universitários.

Esse sistema responde ainda pelas execuções de programas de saúde internacionalmente reconhecidos como o DST/Aids e o PNI (Programa Nacional de Imunização), seguramente os maiores do mundo por seu caráter universal e gratuito. O programa de combate à Aids fornece gratuitamente o coquetel de medicamentos de última geração a 163 mil pacientes portadores do vírus HIV e é respeitado pela comunidade internacional por sua característica de isenção quanto a aspectos morais e religiosos. O PNI, por seu lado, se transformou no maior esforço de imunização da comunidade internacional em número de vacinas disponibilizadas e doses aplicadas, enquanto somente com a atenção primária já temos hoje em atuação 24 mil equipes no Programa de Saúde de Família, o PSF, com cobertura de 88,6% dos municípios brasileiros.

Pode-se afirmar, com a segurança das estatísticas e dos números, que a saúde no Brasil deu um grande salto qualitativo com o SUS, mas não chegaria ao exagero de dizer que o sistema é 100% eficaz, até mesmo pela característica de a saúde ser um trabalho inconcluso, uma roda que não pára, uma certa maldição de Sísifo, o mitológico castigo que nos leva ao topo da montanha para logo em seguida retomar, embaixo, a tarefa que nunca acaba. Um sistema público de saúde é, sempre, um processo em permanente construção.

PRINCÍPIOS:	**DIRETRIZES:**
- Universalidade	- Descentralização
- Integralidade	- Regionalização
- Eqüidade	- Hierarquização
	- Municipalização
	- Gestão Única em cada esfera de governo

PRINCÍPIO E DIRETRIZ:
- Participação da Comunidade (Controle Social)

Quadro I – Princípios e diretrizes do sistema brasileiro

O sistema de saúde antes da reforma sanitária

Antes da Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde dividia com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS a responsabilidade de cuidar da saúde dos brasileiros. O INAMPS levava nítida vantagem, pois detinha os recursos arrecadados pela Previdência Social, enquanto o Ministério da Saúde dependia do Orçamento da União, sempre limitado para o setor.

No plano federal, o Ministério da Saúde operava uma rede de hospitais públicos em algumas capitais, principalmente no Rio de Janeiro, capital do país até 1960. Era também federal a Fundação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que operava uma rede de ambulatórios e hospitais nas regiões Norte e Nordeste, além de realizar ações de saúde pública, em especial o controle de endemias. O Ministério da Educação administrava uma rede de hospitais universitários federais, sem qualquer vinculação com o Ministério da Saúde. O Exército, a Marinha e a Aeronáutica operam um sistema próprio de hospitais e ambulatórios, exclusivos para as tropas, familiares e dependentes.

Em resumo, enquanto o Ministério da Saúde tratava das questões de doenças endêmicas e de eventuais epidemias, com campanhas nacionais de erradicação de doenças e vacinações, o INAMPS cuidava da assistência médica, hospitalar e ambulatorial, de forma centralizada e vertical, com uma grande rede assistencial própria e privada contratada, exclusivamente para os trabalhadores inseridos no trabalho formal e seus dependentes legais. Estados e municípios não operavam a saúde como prioridade. Na realidade, salvo algumas exceções, poucos estados tinham redes assistenciais próprias e os municípios, em sua grande maioria, não investiam em saúde.

Quando funcionavam unidades das três esferas de governo em um município, suas ações eram conflitantes ou superpostas, com atuação independente, sem qualquer vinculação entre si, embora a população-alvo fosse a mesma.

A Constituição Federal estabeleceu que "*a responsabilidade pela Assistência Médica e a Promoção da Saúde é dos municípios, que para tal devem contar com a participação e contribuição técnica e financeira da União e dos Estados Federados. (C.F. artigo 30 - inciso VII)".*

No Sistema de Saúde do Brasil, o Gestor Nacional é o Ministro da Saúde. Do sistema participam todos os estados e municípios, com seus respectivos serviços de atenção à saúde, mantendo a possibilidade de contratação dos serviços de prestadores privados e filantrópicos mediante tabela nacional adaptada às realidades locais. O INAMPS foi extinto e as suas atribuições assumidas pelo Ministério da Saúde.

O sistema de saúde depois da reforma sanitária

A reforma no setor saúde exigiu que se estabelecesse um processo de transferência de poder e de recursos da instância federal para as instâncias estaduais e municipais. No entanto, num país com as dimensões e diferenças regionais do Brasil, diferentemente de outros países da América Latina, esse processo exigiu e ainda exige mudanças de várias ordens, pois não bastam instrumentos e medidas legais para que a implementação se concretize. As mudanças pretendidas com o SUS implicaram não apenas na transferência de recursos e atribuições, mas também na alteração da cultura vigente e no formato da estrutura. A exigência de Conselhos Municipais de Saúde, de constituição paritária, com 50% das vagas ocupadas por representantes de usuários, garante a participação social no controle e no acompanhamento da gestão.

O Sistema de Saúde brasileiro é fruto de uma Política de Estado e não de um governo. É democrático, suprapartidário, redistribui poder e recursos e redefine os papéis dos gestores públicos, de estabelecimento de relações consensuais entre os gestores de diferentes instâncias de governo, de reorganização institucional e de participação popular, através dos Conselhos de Saúde em todas as instâncias. É um sistema flexível que permite a adesão paulatina dos estados e municípios de acordo com as possibilidades financeiras, recursos humanos, capacidade instalada e peculiaridades sociais e econômicas locais e regionais, em que a negociação substitui a imposição verticalizada e a pactuação divide responsabilidades. Responde hoje por 7,9% do PIB, gera 2 milhões de empregos diretos e exerce forte influência sobre o setor de tecnologia, do qual é um dos principais consumidores.

O Brasil é uma República Federativa e os municípios e os estados são entes federativos, e como tal não dependem de transferências de competências da União para a gestão dos sistemas estaduais ou locais de saúde. Contudo, depende dos recursos oriundos desses níveis de governo para exercer suas funções.

Os governos federal e estaduais, transferindo para os municípios as suas redes ambulatoriais e grande parte das hospitalares, foram deixando a estes últimos o papel de prestadores de serviços, salvo em situações pontuais e estratégicas. Daí a necessidade de uma releitura do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que devem deixar a função de prestadoras de serviços assistenciais para assumirem a regulação da gestão regional, planejando, articulando e reordenando os recursos de saúde no âmbito do seu território. Esse papel das secretarias no SUS não se restringe apenas às atividades assistenciais, mas ao conjunto das ações de promoção, que envolvem as vigilâncias sanitárias, epidemiológicas e ambientais, onde cresce o papel de regulação de âmbito regional.

A transferência de competências é um processo construído, tanto por parte de quem recebe quanto de quem transfere. Assim, não apenas os municípios, mas também os estados tiveram que se adequar para assumir seu novo papel, assim como o próprio Ministério da Saúde.

INSTÂNCIA FEDERAL

- Centralizada no Governo Federal
- Dividida em três Ministérios
  - Ministério da Previdência (INAMPS)
  - Ministério da Saúde (Fundação SESP / SUCAM)
  - Ministério da Educação (Ambulatórios e Hospitais Universitários)
- Ações verticais sem considerar as grandes diversidades regionais
- Ausência de participação dos Estados e municípios
- Gastos com internação maior do que os gastos com ambulatório

INSTÂNCIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

- Absoluta falta de integração entre as Unidades de Saúde das instituições federais nos territórios estaduais e municipais
- Absoluta falta de integração entre as Unidades de Saúde estaduais e municipais entre si e com as federais
- Ações focadas exclusivamente na assistência à saúde
- Cultura sedimentada de que saúde era competência federal
- Ausência de controle social

Quadro II – O sistema antes da reforma

- Gestor nacional do sistema é o Ministério da Saúde
- Gestor único do sistema em cada Estado e município
- Integração dos sistemas com soma dos recursos
- Financiamento compartilhado entre os entes federados
- Controle social em todas as instâncias de governo
- Sistema descentralizado, hierarquizado e municipalizado

Quadro III – O sistema depois da reforma

Estrutura, organização, controle social e fluxo do sistema

A Constituição Federal exige, para cada instância de governo, um Conselho de Saúde. Eles são obrigatoriamente de constituição paritária, com participação dos diversos atores sociais relacionados à saúde: 50% deles representantes dos usuários e os demais 50% divididos entre 25% de representantes do poder público, prestadores de serviços privados e filantrópicos e 25% por profissionais trabalhadores

do setor saúde. Todos os estados federados e todos os municípios brasileiros já dispõem de Conselhos de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é constituído por 42 membros e presidido pelo Ministro da Saúde. Como os demais conselhos, é um órgão deliberativo e suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do respectivo nível. O CNS é orientador da Política Nacional de Saúde e das diretrizes para implementação das políticas. Dele participam entidades de representação nacional de trabalhadores, sindicatos, associações de moradores, portadores de patologias, representantes de entidades nacionais de médicos, enfermeiros e demais trabalhadores de saúde, representação de hospitais públicos e privados, além de outros Ministérios da área social do governo.

Os Conselhos de Saúde exercem o controle social da aplicação dos recursos públicos, pois participam não só do acompanhamento das despesas mas são responsáveis pela aprovação dos Planos de Saúde elaborados pelos gestores nas três esferas de governo, bem como das suas prestações de contas por meio dos Relatórios de Gestão. Foram criadas, também, instâncias de negociação e pactuação: as Comissões Intergestores Bipartites, no âmbito dos estados (participação de representantes do estado e dos municípios de forma paritária), e, no âmbito federal, a Comissão Intergestores Tripartite, onde participam, regularmente, cinco representantes de cada um dos entes federativos (União, estados e municípios). Estes também são fóruns de participação paritária, sendo os representantes dos estados e municípios designados pelos seus pares. Obrigatoriamente, os representantes dos Estados e municípios são eleitos um para cada uma das cinco macrorregiões do país. Esta determinação busca contemplar as disparidades e diversidades regionais.

O objetivo da tripartite e bipartites é propor e definir medidas dos governos, visando o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde. Quando envolve a distribuição de recursos, os pactos devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde da respectiva competência.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Intergestores Tripartite
⇑⇓

SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE
Conselhos Estaduais de Saúde
Comissões Intergestores Bipartites
⇑⇓

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Conselhos Municipais de Saúde

Comissão Intergestores Tripartite - CIT•

05 Representantes do Ministério da Saúde
05 Representantes do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde)
05 Representantes do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde)

Comissões Intergestores Bipartites - CIBs

- Representantes das Secretarias de Estado da Saúde
- Representantes das Secretarias Municipais de Saúde

Obs: constituição paritária

Quadro IV - Dinâmica dos colegiados do sistema

Financiamento da saúde

O setor saúde no Brasil vivia uma crônica deficiência financeira, fruto da falta de vinculação de um percentual garantido para ser aplicado, tanto do orçamento federal como dos estados e dos municípios. Enquanto o setor de educação garantiu na Constituição Federal de 1988 um percentual mínimo do Orçamento a ser aplicado em educação, por cada instância de governo, a área da saúde não tinha esta garantia.

1 – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins
2 – Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas – CSLL
3 – Contribuição sobre a Movimentação Financeira – CPMF
4 – Parte do Lucro Líquido de Concursos de Prognósticos
5 - Contribuições sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas – CLPJ
6 - Tesouro da União, Estados e Municípios.

Quadro V - Fontes de financiamento do Sistema de Saúde – instância federal

No quadro que se segue pode ser evidenciado que mesmo havendo um incremento nos valores nominais das receitas orçamentárias para o Ministério da Saúde, a sua participação no percentual do PIB permaneceu praticamente constante.

Em R$ Milhões Nominais

	PIB	Variação do PIB	Despesa Total	Despesa EC 29 em % do PIB
1995	646.192	-	14.937	1,9%
1996	778.887	20,5%	14.377	1,6%
1997	870.743	11,8%	18.804	1,8%
1998	914.188	5,0%	19.324	1,7%
1999	973.846	6,5%	20.338	1,9%
2000	1.101.255	13,1%	22.699	1,8%
2001	1.198.736	8,9%	26.136	1,9%
2002	1.346.028	12,3%	28.293	1,8%
2003	1.556.182	15,6%	30.226	1,7%
2004	1.769.202	13,7%	36.538	1,8%

Fonte; IBGE; SIOPS/SCTIE/MS

Quadro VI - A evolução do PIB e das despesas do Ministério da Saúde, 1995 a 2004

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que garantiu um percentual mínimo dos respectivos orçamentos a ser aplicado em saúde, por cada ente federado, como no quadro abaixo:

Quadro VII

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA	RECURSOS DE SAÚDE
UNIÃO	Orçamento do ano anterior + % Variação do **PIB** em relação ao ano anterior *
ESTADOS	**12%**
MUNICÍPIOS	**15%**

* A partir de 2006 uma Lei Complementar estabelecerá o % mínimo da União – PRECONIZA-SE 10% DO ORÇAMENTO

Os objetivos da vinculação das receitas para as ações e serviços de saúde são:

- Comprometer as três esferas de governo com o financiamento da saúde;
- Estabelecer fontes estáveis de financiamento, prevenindo crises ou situações de insolvência:
- Propiciar planejamento necessário à sustentabilidade do SUS;
- Garantir a continuidade do sistema baseado no financiamento público e cobertura universal.

O quadro apresentado a seguir mostra, em valores nominais, os investimentos e inversões financeiras ocorridas nos anos de 2003 a 2005, constantes na lei orçamentária anual e sua execução. Pode-se verificar o aumento contínuo do percentual de execução orçamentária, que passa de 65,41% em 2003 para 81,11% em 2005. Houve um aumento de 126,47% de investimentos executados pelo Ministério da Saúde, o que significou R$ 1,183 bilhão a mais em 2005 em relação ao recurso aplicado em 2003. Importante destacar que a participação dos investimentos no orçamento total disponível para o Ministério da Saúde cresceu neste período.

	2003			2004			2005		
	LEI	EXEC	%	LEI	EXEC	%	LEI	EXEC	%
UNIDADES	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)
FUND.OSWALDO CRUZ	57.251.200	56.186.509	98,14	101.646.000	94.336.321	92,81	75.323.317	68.015.831	90,3
HOSP.CRISTO REDENTOR	1.695.000	1.398.053	82,48	820.000	799.999	97,56	1.812.526	1.812.526	100
HOSPITAL FEMINA S/A	667.000	467.655	70,11	669.493	589.116	87,99	759.363	758.527	99,89
HOSP.N.SENHORA CONCEICAO	2.440.000	2.343.632	96,05	3.560.000	3.291.710	92,46	8.847.278	8.710.767	98,46
FUND.NACIONAL DE SAUDE	556.778.566	304.116.186	54,62	889.038.763	591.999.060	66,59	901.141.915	763.426.272	84,72
AG.NAC.VIGILANCIA SANITARIA	10.293.000	9.291.511	90,27	12.044.103	6.107.706	50,71	11.620.000	11.033.757	94,95
AG.NAC.SAUDE SUPLEMENTAR	4.100.000	2.900.973	70,76	10.305.000	8.550.042	82,97	6.405.000	6.001.264	93,7
FUNDO NACIONAL DE SAUDE	796.739.977	558.635.052	70,12	1.502.708.602	1.173.016.904	78,06	1.605.585.590	1.258.543.221	78,39
TOTAL	**1.429.964.743**	**935.339.571**	**65,41**	**2.520.791.961**	**1.878.690.858**	**74,53**	**2.611.494.989**	**2.118.302.165**	**81,11**

Fonte: SIAFI

Quadro VIII - Investimentos e inversões financeiras *

Valores nominais - Execução orçamentária 2003 - 2005

* Conceito de inversões financeiras, conforme Art. 12, § 5 º da Lei 4.320 de 17/03/1964:

"§ 5º - Classificam-se como Inversões Financeiras as dotações destinadas a:

I - aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização;

II - aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento de capital;

III - constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas que visem a objetivos comerciais ou financeiros, inclusive operações bancárias ou de seguros."

"§ 6º - São Transferências de Capital as dotações para investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independente de contraprestação direta em bens ou serviços, constituindo essas transferências auxílios ou contribuições, segundo derivem diretamente da Lei de Orçamento ou de lei especialmente anterior, bem como as dotações para amortização da dívida pública."

Para desencadear a descentralização da saúde o Ministério estabeleceu, no final de 1994, os Tetos Financeiros para os Estados (TFE), baseado inicialmente em série histórica de gastos federais em cada estado da Federação. Estes valores foram aprovados na Comissão Intergestores Tripartite. Internamente, nos estados, este teto é dividido entre os municípios, estabelecendo-se o Teto Financeiro dos Municípios (TFM) inicialmente pela série histórica de gastos federais em cada município, sendo posteriormente atualizados mediante pactuação nas bipartites.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundo Nacional de Saúde
⇑⇓

SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE
Fundos Estaduais de Saúde
⇑⇓

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Fundos Municipais de Saúde

Quadro IX - dinâmica do financiamento do sistema

A partir de 1998, além dos recursos repassados nos tetos financeiros, os municípios passaram a receber per capita do Ministério da Saúde por uma série de atividades, conforme definido no quadro abaixo:

1- Do Tesouro Municipal (EC 29 - 15% do Orçamento)
2 - Do Tesouro Estadual (EC 29)
3 - Doações de Pessoas Físicas ou Jurídicas ao FNS
4 - Convênios com os Governos Federal e Estadual
5 - Repasses Automáticos Fundo-a-Fundo, Direto do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde
5.1 - Teto Financeiro do Município – série histórica
5.2 – Piso de Atenção Básica -PAB - ***per capita***
5.3 – Média e Alta Complexidade Ambulatorial – **por procedimento**
5.4 – Internações Hospitalares – **por diagnóstico**
5.4 – Atendimentos às Referência da Região/Microrregião -**pactuado**
5.5 – Agentes Comunitários de Saúde - ***per capita***
5.6 - Programa de Saúde da Família - **por equipe implantada**
5.7 – Vigilância Epidemiológica – ***per capita***
5.8 – Vigilância Sanitária – ***per capita***

Quadro X - recursos que compõem os fundos municipais de saúde

Uma constante preocupação do Ministério da Saúde, desde a implementação da Reforma Sanitária, foi a de corrigir a injusta distribuição dos recursos financeiros que prevalecia no tempo do INAMPS. Na realidade, quanto mais desenvolvido o estado, mais recursos recebia, pois tinha uma maior capacidade instalada e o pagamento das ações e serviços eram realizados exclusivamente por produção.

Esta distorção do financiamento da saúde por parte do Governo Federal gerava uma perversa realidade: quanto mais pobre o estado ou região menor era a oferta de procedimentos e menor a incorporação tecnológica, com o conseqüente menor repasse de recursos. Estes estados ou regiões nunca poderiam aumentar a sua capacidade instalada e incorporação tecnológica por falta de produção e de financiamento. Um permanente círculo vicioso. O repasse fundo-a-fundo, per capita da população, como forma de financiamento da Atenção Básica, começou a mudar esta realidade.

O Piso de Atenção Básica (PAB) permitiu que mais de 1500 municípios, que não tinham qualquer procedimento de saúde pago pelo Governo Federal, passassem a receber o PAB fixo no valor mínimo de R$ 13,00 (5,4 US$/ jan /2006) per capita/ano, diretamente nos seus fundos de saúde. O quadro XI apresenta uma série histórica dos recursos executados pelo Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004 e a previsão para 2005, bem como os gastos dos estados e municípios.

Observa-se que realmente houve um incremento de recursos, mas estes não acompanharam o crescimento populacional do país. É preciso, ainda, considerar o fato de que foi a partir de 1988 que a Constituição Federal garantiu a todos os brasileiros o direito à saúde, antes só assegurado aos contribuintes da Previdência Social. Esta mudança abriu as portas do sistema para aproximadamente 30% da população que não tinham acesso a todos os serviços oferecidos pelo sistema.

A N O	Orçamento Executado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (R$)	Per capita ano União (US$)	Orçamento Executado pelos Estados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (R$)	Per capita ano Estados (US$)	Orçamento Executado Pelos Municípios Em Ações e Serviços Públicos de Saúde (R$)	Per capita ano Municí-pios (US$)	Total Brasil U+E+M (R$)	Per capita ano total Brasil U+E+M (US$)
2000	20.351.5	65,52	6.313.4	20,32	7.403.6	23,83	34.068.6	109,67
2001	22.474.1	55,42	8.269.8	20,39	9.268.9	22,86	40.012.8	98,67
2002	24.736.8	48,37	10.078.5	19,71	11.759.0	22,99	46.574.3	91,07
2003	27.181.2	50,09	12.224.30	22,50	14.218.5	26,17	53.632.9	98,68
2004	32.703.5	62,39	15.104.00	28,81	16.141.0	30,79	63.948.5	121,99
2005	36.474.6	77,47	17.633.00	37,45	17.920.00	38,06	72.030.9	152,97

Quadro XI - Gastos totais de serviços públicos de saúde no Brasil em milhões de Reais e per capita em Dólares - União/Estados/Municípios – 2000/2005

ANO	**UNIÃO**	ESTADOS	MUNICÍPIOS	**ESTADOS + MUNICÍPIOS**
2000	**59,7**	18,5	21,8	**40,3**
2001	**56,2**	20,6	23,2	**43,8**
2002	**53,1**	21,7	25,2	**46,9**
2003	**50,6**	22,4	27,0	**49,4**
2004	**49,6**	24,8	25,6	**50,4**

Quadro XII - Percentual de participação nos gastos de saúde: União-Estados e Municípios

Denominação	**Grupo de Despesa**	**Valor Executado**			
		2002	**2003**	**2004**	**2005**
Outras Despesas Correntes	03	20.947.179.244	22.910.168.685	27.344.105.818	31.228.698.456
Investimentos	04	1.508.831.117	933.587.921	1.858.103.998	2.096.652.699
Total em Real (R$)		22.456.010.361	23.843.756.606	29.202.209.816	33.325.351.155
Outras Despesas Correntes	03	5.929.845.504	7.931.785.308	10.304.531.888	13.346.167.980
Investimentos	04	427.128.412	323.219.748	700.220.078	896.043.719
Total em Dólar Americano (US$) (1)		6.356.973.917	8.255.005.057	11.004.751.966	14.242.211.699

(1) Fonte: Taxa de Câmbio – Banco do Brasil: utilizado para conversão taxa de compra do último dia útil do ano em referência.
Em 2002: R$/US$ 3,5325; 2003: 2,8884; 2004: 2,6536; 2005: 2,3399

Quadro XIII - Investimentos e manutenção do ministério da saúde – 2002 a 2005

O Quadro XIV, abaixo, demonstra a evolução dos gastos do Ministério da Saúde, de 2003 para 2004, com suas principais linhas de ação, evidenciando a mudança do enfoque assistencial, que passou a conferir maior prioridade à atenção básica. Isto pode ser comprovado na comparação dos gastos onde, pela primeira vez, os recursos para a atenção básica acompanham os destinados à alta e média complexidade.

Itens	Realizado		Variação	
	2003	2004	Em R$	Em %
(1) Outras Despesas de Custeio e Capital	23.845,5	28.893,5	5.048,0	21%
Média e Alta Complexidade - MAC	13.253,6	14.981,0	1.727,4	13%
PAB Fixo	1.891,5	2.089,7	198,2	10%
PAB Saúde da Família	1.624,1	2.161,9	537,8	33%
PAB Doenças Transmissíveis	615,0	640,5	25,5	4%
PAB Vigilância Sanitária	86,2	82,8	-3,3	-4%
Medicamentos DST/AIDS	551,0	564,0	13,0	2%
Medicamentos Excepcionais	516,0	825,6	309,6	60%
Medicamentos Estratégicos	634,0	853,7	219,7	35%
Farmácia Básica	176,6	186,0	9,3	5%
Vacinas e Vacinação	409,6	501,5	91,9	22%
Pioneiras Sociais	245,0	324,0	79,0	32%
Hospitais Próprios	206,9	261,6	54,7	26%
Bolsa Alimentação	360,0	818,8	458,8	127%
Saneamento Básico	100,8	470,8	370,0	367%
Emendas Parlamentares	508,6	752,9	244,3	48%
Demais Ações	2.666,5	3.378,7	712,2	27%
(2) Pessoal Ativo	3.335,7	3.810,0	474,4	14%
(3) Ações e Serviços Públicos de Saúde	27.181,2	32.703,5	5.522,3	20%
(4) Pessoal Inativo	2.624,1	3.019,4	395,2	15%
(5) Serviço e Encargos da Dívida	421,0	485,8	64,8	15%
Total = (1+2+4+5)	30.226,3	36.208,7	5.982,4	20%

Quadro XIV - Evolução do orçamento do Ministério da Saúde: 2003 e 2004

Apenas a título de comparação são apresentados a seguir dois gráficos elaborados pela Organização Mundial de Saúde sobre despesas total e pública com saúde, em percentual do PIB, em países selecionados da América do Sul e Central, e despesas total e pública com saúde, em percentual do PIB, em 2002, em países do G-8 e Brasil.

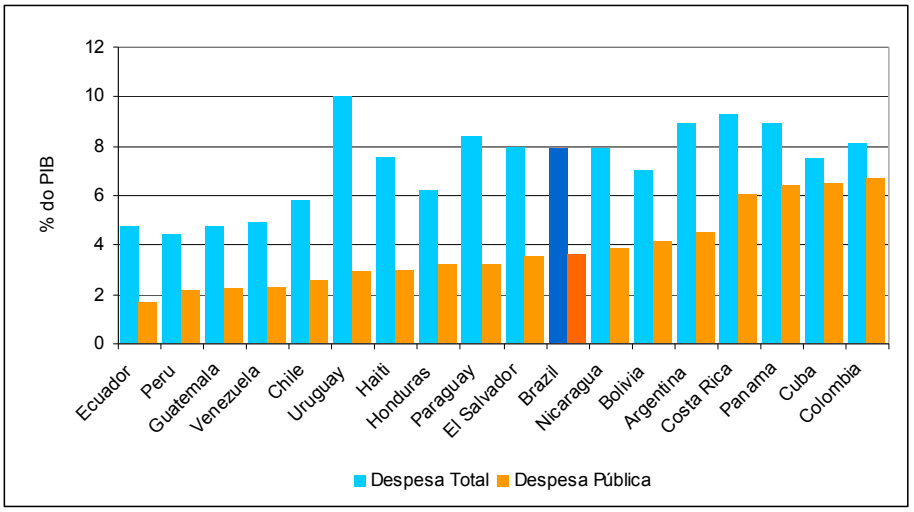


Gráfico I - Despesas Total e Pública com Saúde em % do PIB, 2002. Países Selecionados da América do Sul e Central

O relacionamento com o Congresso Nacional

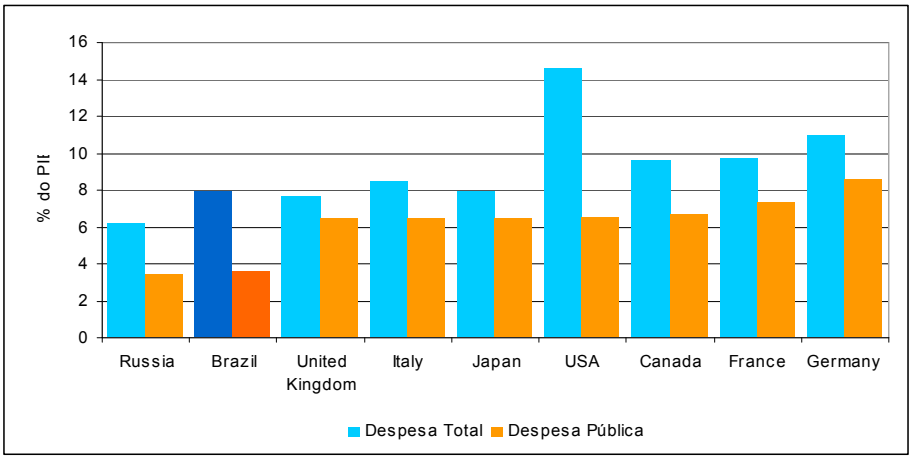


Gráfico II - Despesas total e Pública com Saúde em % do PIB, 2002 - Países do G-8 e Brasil

O Sistema Único de Saúde, pela sua natureza, é um sistema em construção permanente. Isto leva os órgãos que operam o sistema a manter uma forte mobilização parlamentar, que pela própria organização política brasileira, deve ter um caráter suprapartidário, pois os estados e municípios são governados por partidos diversos, que praticamente cobrem toda a matriz político-partidária e ideológica brasileira.

Essa mobilização se organiza nos espaços das Comissões de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e em organismos não institucionais, como a Frente Parlamentar da Saúde, integrada por cerca de 150 dos 513 deputados federais. Além da vigilância sobre as ações do Executivo, essas instâncias têm papel fundamental para assegurar a expansão dos recursos orçamentários federais para a saúde. As ramificações desse movimento envolvem o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Conselhos de Saúde, as entidades dos profissionais e trabalhadores da saúde e os segmentos prestadores de serviços ao SUS, tanto os públicos como os privados.

Existe a convicção generalizada de que somente com esta união de esforços será possível a

superação das deficiências, tanto as de subfinanciamento como as de gerenciamento e controle nas três esferas de gestão do SUS — uma conquista do povo brasileiro que precisa ser preservada e melhorada.

Regulação da Vigilância Sanitária, alimentos, fármacos, medicamentos, equipamentos médicos e saneantes

Uma agência reguladora, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi criada com a responsabilidade de fiscalizar e regular todo o setor de alimentos industrializados, produção de fármacos, medicamentos, imunobiológicos, equipamentos médicos e domos-sanitários.

Todo e qualquer produto para uso médico sanitário a ser fabricado ou comercializado no país necessita de prévio registro e autorização da agência, que também fiscaliza hospitais, consultórios, laboratórios clínicos e farmacêuticos, bem como o uso de sangue e hemoderivados. A atuação da Anvisa também se realiza de forma descentralizada pelos Estados e municípios, que também dispõem de órgãos próprios para realização de vigilância sanitária, financiados pela Anvisa através de valor per capita da população.

Ensino, pesquisa e produção de imunobiológicos e fármacos

O Ministério da Saúde tem sob sua vinculação a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), localizada na cidade do Rio de Janeiro, um dos mais antigos e tradicionais centros de ensino e pesquisa do Hemisfério Sul. A Fiocruz tem sob sua direção a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a Escola Técnica de Saúde Joaquim Venâncio, a Farmanguinhos e a Biomanguinhos, centros de ensino, pesquisa e produção de vacinas, fármacos e medicamentos, inclusive os mais importantes do coquetel anti-aids.

O Ministério da Saúde desenvolveu, nos últimos anos, várias ações de capacitação de recursos humanos para o SUS. Destacam-se, entre elas, o PROFAE e o PROESF.

O PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - foi implementado, no ano 2000, com o objetivo de capacitar os trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde que realizam ações próprias da enfermagem, mas sem a habilitação técnica profissional necessária para o exercício destas ações. Acrescente-se a isso que muitos desses trabalhadores não possuem escolaridade básica e seus baixos rendimentos impedem ou dificultam o acesso aos cursos de formação profissional ofertados pelo mercado educativo.

O custo total do Projeto foi estimado em US$ 370 milhões, financiados meio-a-meio pelo governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID. O prazo previsto para sua execução estende-se até setembro de 2006.

A estrutura organizacional do Projeto tem contemplado uma gestão centralizada no Ministério da Saúde e execução descentralizada em estados e municípios, utilizando a maioria das escolas técnicas públicas e privadas do país, as instituições de ensino superior com capacidade de apoiar os docentes de educação técnica e as secretarias estaduais de Educação e de Saúde, entre outros.

Os resultados obtidos, após 63 meses de operacionalização, indicam que 300.946 alunos foram atendidos como Auxiliares e Técnicos em Enfermagem e 20.243 trabalhadores concluíram o Ensino Fundamental.

O desafio de qualificar trabalhadores que atuavam na enfermagem sem qualificação formal específica e com déficit de escolaridade básica implicou na formação pedagógica de docentes com perfil bastante amplo, havendo necessidade, então, de instituir um Curso de Formação Pedagógica, pós-graduação lato sensu, que vem sendo implementado em âmbito nacional, atendendo profissionais já graduados e/ou licenciados em Enfermagem para atuar na Educação Profissional. É oferecido na modalidade de Educação à Distância, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, com momentos presenciais nos Núcleos de Apoio Docente implantados em 49 instituições de ensino superior, contemplando todas as Unidades da Federação.

Até o momento foram titulados 10.743 enfermeiros docentes e outros 2.546 estão em curso. Foram realizadas Oficinas para Formação Inicial de 482 tutores e o Projeto SEIVA – Formação Continuada de Tutores – é uma das estratégias de garantir a educação permanente de coordenadores e tutores do curso, atendendo a 350 tutores.

A política de educação profissional do Ministério da Saúde é executada de maneira a fortalecer

toda a rede pública de formação técnica em saúde com a criação de novas escolas e o apoio ao desenvolvimento institucional das escolas existentes.

Dentre os principais resultados obtidos, destacam-se: a) o aumento em 12% de novos cursos ofertados pelas escolas técnicas do SUS já existentes, contemplando outras reais necessidades de formação de pessoal técnico para além da área de enfermagem; b) dos 11 estados sem ETSUS (Escolas Técnicas de Saúde do SUS), nove criaram escolas; c) 100% das escolas existentes foram contempladas com a obtenção de equipamentos de laboratório de ensino e informática, recursos tecnológicos de informação e comunicação, recursos de tecnologia didática e veículos.

A certificação de competências/PROFAE tornou-se um instrumento que confere visibilidade social às aprendizagens e ao trabalho do auxiliar de enfermagem.

O PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família — foi criado na perspectiva de consolidar a estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos, já que a expansão do programa ocorreu, primeiramente, em municípios de pequeno e médio porte. Estruturou-se sobre três pilares básicos, ou componentes: 1) a adequação da rede propriamente dita; 2) a capacitação das equipes; e 3) a avaliação e monitoramento.

Estão sendo capacitados 89.312 profissionais nas seguintes modalidades:

- Formação THD (Técnico em Higiene Dental) e ACD (Auxiliar de Consultório Dentário);
- Residência Multiprofissional e Médica;
- Especialização em Saúde da Família;
- Especialização em Enfermagem Obstétrica;
- Formação ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Uma das estratégias para potencializar a formação em recursos humanos em Especialização em Saúde da Família é estimular a criação de uma Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Regiões Metropolitanas - Rede MAES -, de forma a possibilitar processos de cooperação entre diferentes instituições de ensino e secretarias municipais de saúde envolvidas na capacitação e na especialização de trabalhadores para a estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos.

A estratégia do Programa de Saúde da Família

A reforma sanitária desencadeou uma série de mudanças na Política de Saúde, priorizando a Atenção Básica. O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estão implementando estratégias para melhorar e expandir a oferta, além de melhorar o acesso e a qualidade e humanizar a atenção à saúde, revertendo o modelo anterior, centrado no atendimento hospitalar e na tecnologia de saúde.

Ao levar a “porta de entrada do sistema de saúde” à “porta da residência do cidadão”, por meio do PSF e do PACS, o SUS busca a eqüidade, ofertando prioritariamente as ações e os serviços de saúde às camadas menos favorecidas e, portanto, menos informadas da população. O PSF tem um caráter estruturante do Sistema de Saúde, organizando a referência para os procedimentos de maior complexidade e mais alto custo, dentro da filosofia de hierarquização.

A equipe do PSF é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Estes últimos são recrutados na própria comunidade onde devem atuar. Cada equipe acompanha em média 3.450 pessoas, com as quais estabelecem um vínculo, e conta também com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta de um dentista e um auxiliar ou técnico em odontologia.

1 Médico
ESF 1 Enfermeiro
2 Auxiliares de Enfermagem
4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde
ESB 1 Odontólogo
1 Auxiliar ou Técnico em Higiene Dental

Quadro XV- Composição das equipes de saúde da família (ESF) e de saúde bucal (ESB)

TOTAL DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS: 5.560
Com Programa de Saúde da Família (PSF) = 4.926 (88,6 %)
Com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) = 5.215 (93,8 %)
Com Equipes de Saúde Bucal (ESB) = 3.736 (67,2 %)

Competência: setembro/2005

Quadro XVI – Presença das equipes nos municípios brasileiros

POPULAÇÃO BRASILEIRA ACOMPANHADA PELO PROGRAMA
Acompanhada pelas ESF= 76.040.405 (42,9%)
Acompanhada pelos ACS= 102.254.894 (57,7 %)
Acompanhada pelas ESB= 58.473.521 (33,0 %)
TOTAL DE EQUIPES DO PSF NO BRASIL
ESF = 23.664
ESB = 11.751
ACS = 203.923

Quadro XVII – População acompanhada e total de equipes do PSF. Brasil – setembro de 2005.

Conhecer a realidade das famílias
• Identificar os problemas de saúde
• Elaborar com a comunidade um plano de trabalho
• Executar procedimentos de vigilância à saúde
• Valorizar a relação com os usuários
• Realizar visitas domiciliares
• Garantir acesso à continuidade do tratamento
• Prestar assistência integral às famílias
• Promover ações intersetoriais (meio ambiente)
• Cadastrar os moradores no Cartão Nacional SUS

Quadro XVIII – Ações desenvolvidas pelas equipes do PSF.

Ações de controle de doenças transmissíveis

O Brasil é referência mundial no controle e no tratamento da aids, que é ministrado gratuitamente a todos os portadores do HIV. Seu Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/ Aids) é reconhecido internacionalmente por seu caráter universal, gratuito, horizontal e totalmente livre de preconceito de raça, cor e religião. Merecem ainda destaque as pesquisas relativas à Doença de Chagas, Malária, Tuberculose e outras endemias.

DST/Aids

O Programa Nacional de DST/Aids registrou avanços significativos no período 2003/2005, destacando-se a estabilização do número de novos casos anuais da doença, a estabilização da mortalidade e o aumento da cobertura e identificação dos casos de transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita. Ainda durante o período, foi garantido o tratamento com anti-retrovirais para 100% das pessoas que vivem com HIV/Aids (170 mil) e fechado acordo com o laboratório produtor do anti-retroviral Kaletra, reduzindo em quase um terço o preço do medicamento, integrante estratégico do coquetel contra a aids.

Houve redução do número de internações por aids, no período 2003/2004, considerando o número de internações estimado para o período (147.908 e 167.211 respectivamente), com economia de R$ 428 milhões em 2003 e de R$ 147 milhões em 2004. A epidemia de aids no Brasil está perdendo força em três grupos diferentes: adultos jovens, usuários de drogas injetáveis e crianças abaixo de cinco anos (transmissão vertical de mãe para filho). Mas ainda cresce entre as mulheres em estados do Norte do Brasil.

Essas tendências, observadas ao longo dos últimos anos, foram reveladas pelo Boletim Epidemiológico Aids DST 2005, divulgado em novembro de 2005. De 1980, quando foi diagnosticado o primeiro caso no país, a junho de 2005, foram registrados 371.827 casos de aids no Brasil. De um modo geral, a taxa de incidência da doença (casos por 100 mil habitantes) mantém-se estável, mas em patamares elevados. A epidemia ainda avança em algumas regiões, com exceção do Sudeste, que apresenta uma queda significativa de 15,6% na taxa de incidência da doença entre 1998 e 2004. Após a expressiva queda observada logo após a introdução da terapia anti-retroviral, a mortalidade mantém-se estável em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes desde 1999, caindo para 6,1 em 2004.

Doença de Chagas

O controle da doença exercido de forma mais sistematizada em âmbito nacional, a partir de meados da década de 70, foi desencadeado com a realização de dois extensos inquéritos nacionais. Naquele momento se identificou uma área com risco de transmissão vetorial que correspondia a aproximadamente 2.000 municípios (segundo a divisão política de então), distribuídos em 18 unidades da federação. A rigor, apenas a Amazônia e o estado de Santa Catarina eram considerados indenes para a doença de Chagas. A mais importante espécie de vetor, o Triatoma infestans, se encontrava em 711 municípios em 13 estados e a soroprevalência da infecção na população rural brasileira era em média de 4,2%.

O cenário atual é bastante promissor. Um novo inquérito nacional de soroprevalência vem sendo realizado no país com recursos do Ministério da Saúde e executado com a participação de estados e municípios. Este inquérito, dirigido ao grupo de idade de menores de cinco anos, já conta com quase 100 mil amostras processadas, originárias de diferentes estados. Até o presente momento, em somente cinco das amostras reativas não se pode afastar a possibilidade de que tenha havido transmissão vetorial, ou seja, caso esteja ocorrendo é esporádica ou acidental.

Com a regular e rigorosa triagem de doadores em bancos de sangue, implementada desde a década de 80, a transmissão transfusional é cada vez mais reduzida. Os resultados iniciais obtidos com o controle da doença de Chagas no país foram determinantes para que, em 1991, os ministros de Saúde dos países do Cone Sul, em reunião realizada em Brasília, propusessem uma iniciativa regional de trabalho compartilhado, tendo como meta a eliminação do T. infestans, o que implicaria em importante impacto na transmissão vetorial da infecção chagásica.

No entanto, é necessário deixar claro que a doença, que é primitivamente uma enzootia, não acabou e não acabará e que casos humanos, mesmo que de forma acidental, poderão seguir ocorrendo. Outro aspecto que determina uma prioridade de atenção é um antigo legado: a existência de um contingente de milhões de portadores da forma crônica da doença, o que requer uma melhor organização da assistência a estes pacientes para que lhes possa ser oferecida uma melhor qualidade de vida e para que seja obtida uma maior redução da mortalidade por esta doença.

Malária

No período de 1999 a 2005, houve expansão de 146% da rede de diagnóstico da malária, passando de 1.180 laboratórios para 2.906. Em 2004 registrou-se uma redução de 27% na incidência geral da malária, 11,9% na incidência da malária por P. falciparum e de 58,8% na mortalidade, em comparação ao ano de 1999. Com relação à proporção de malária por P. falciparum houve, no mesmo período, aumento de 23,4% em relação ao total de casos.

Em 2005 foram registrados 593.077 casos de Malária na região da Amazônia Legal. Destes, 151.666 (25,6%) casos de falciparum. O total de internações por malária em 2005 foi de 11.618. Foram registrados 93 óbitos, com uma letalidade de 0,02%.

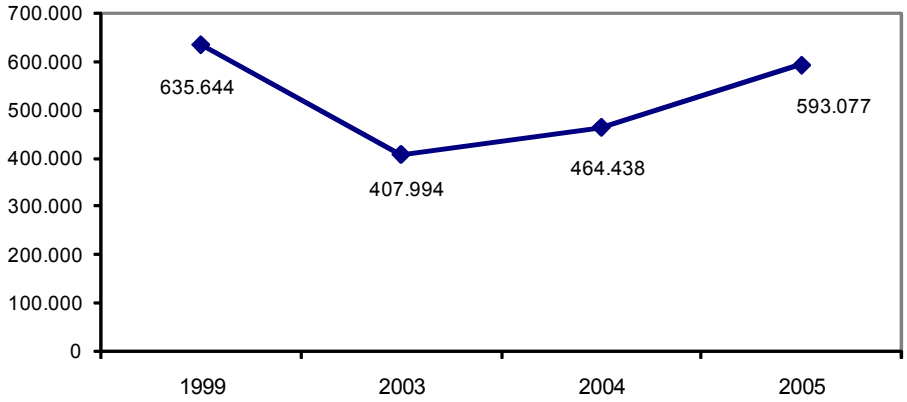


Gráfico III - Casos de Malária AMAZÔNIA LEGAL (1999, 2003, 204 e 2005)

Em 1999, ocorreram 635,6 mil casos de Malária no país. Este número caiu para quase a metade em 2002, quando foram registrados 348,2 mil ocorrências. A partir daí, os casos aumentaram, chegando a 591,2 mil casos em 2005. O número de óbitos também seguiu a mesma tendência, embora em intensidade menor. As mortes por malária caíram de 193, em 1999, para 77 em 2002, voltando a subir para 90, em 2004. O incremento nos números reflete as dificuldades na sustentação das estratégias utilizadas até então para o controle da doença.

Para a consecução dos objetivos propostos, a estratégia principal baseou-se no diagnóstico precoce e no tratamento imediato dos casos de malária, nas intervenções seletivas para o controle vetorial, na detecção imediata de epidemia e no maior envolvimento do nível municipal na execução das medidas de controle, inclusive a avaliação regular do comportamento da malária no seu território. Dentre essas, destacam-se:

- reduzir o tempo para diagnóstico e tratamento da Malária;
- aprimorar e agilizar o sistema de informação da Malária;
- fortalecer as estruturas de vigilância epidemiológica e ambiental nos estados e municípios;
- definir e desenvolver estratégias de informação, educação e comunicação;
- capacitar profissionais do SUS nas ações de diagnóstico e tratamento da malária;
- inserir as ações de controle da malária nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF);
- monitorar a resistência às drogas e inseticidas;
- articular-se com áreas responsáveis do Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Reforma Agrária, Ministério das Minas e Energia e Ministério dos Transportes para avaliação de riscos e adoção de medidas preventivas de controle da malária;
- promover obras de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas urbanas;
- avaliar de forma continuada o programa descentralizado;
- fornecer insumos estratégicos, medicamentos e inseticidas.

Dengue

As ações para o controle da dengue implementadas após a epidemia de 2002 promoveram a redução do número de casos de 794,2 mil naquele ano para 203,7 mil em 2005. O número de casos de febre hemorrágica de Dengue (FHD) também caiu, de 2.714 casos, em 2002, para 433, em 2005, assim

como o total de óbitos diminuiu de 150 para 43. No entanto, em relação a 2004 houve aumento nos números. Foram 117,5 mil casos de dengue clássica, 103 de FHD e 38 mortes naquele ano. As prováveis causas desse aumento estão relacionadas à circulação do sorotipo DEN 3 em outros estados, antes indenes, e à descontinuidade das atividades de controle em virtude do processo eleitoral nos municípios em 2004.

Em 2004 foi realizado o primeiro Levantamento Rápido de Índice de Infestação por Aedes aegypti (LIRAa), uma metodologia que permite o mapeamento das áreas de maior risco de proliferação do mosquito transmissor da dengue nos municípios prioritários. Em outubro de 2005 foi realizado o segundo LIRAa em 170 municípios. Este levantamento permite a identificação dessas áreas, com tempo hábil para que as prefeituras adotem medidas capazes de reduzir a população do mosquito antes do período mais crítico.

Tuberculose

A incidência da Tuberculose (TB) mantém-se estável ao longo dos últimos anos. Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a aplicação de R$ 119,5 milhões no Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT. Este aporte representou aumento de 50% em relação ao último investimento aplicado no controle da doença. Entre as ações do PNCT destaca-se, em 2004, o lançamento da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose (movimento apoiado pela OPAS/OMS), que tem a missão de ampliar a divulgação de informações e ações de controle da tuberculose. Integram a Parceria comunidades, igrejas, sindicatos, ONG's e setor privado, entre outros.

Em 2004 foram notificados 91.855 casos de TB, sendo 80.960 casos novos, representando uma taxa de incidência de 45,2 casos por cada 100 mil habitantes. A proporção de casos pulmonar com baciloscopia positiva foi de 62,5%. O percentual de cura de casos alcançado por pacientes que iniciaram tratamento em 2004 foi de 73,1% e houve expansão do tratamento supervisionado, por meio do PSF e ACS. Esse esforço foi reconhecido no início de 2006 pela Missão de Alto Nível Stop TB Partnership, que aprovou o programa brasileiro. Para este ano, teremos o maior orçamento já reservado para o combate à doença: cerca de R$ 119 milhões, já alocados, que vão se juntar aos US$ 27 milhões repassados pelo Fundo Global. Em todo o mundo, cerca de 9 milhões de pessoas sofrem da doença. Aproximadamente 80% dos casos estão restritos a 22 países. O Brasil ocupa o 16 lugar nessa lista. Por isso, ainda há muito que fazer no combate à doença.

Hanseníase

Dados recentes confirmam que o Brasil está muito próximo da eliminação da Hanseníase. Desde 2002, o Brasil ocupava o primeiro lugar em taxa de prevalência de Hanseníase e o segundo em número de casos diagnosticados e tratados no mundo. Hoje, o país caiu para a sexta posição entre os nove países onde a hanseníase ainda é um problema de saúde pública, ou seja, onde os níveis endêmicos são superiores a 1 caso /10.000 habitantes.

O coeficiente de prevalência do Brasil, a partir do cálculo da OMS no final de 2004, foi de 1,71 casos por 10 mil habitantes. Em todo o ano de 2004 foram registrados 49.384 casos novos de hanseníase. Isso representa uma taxa de detecção de 2,76 casos a cada 10 mil habitantes. Em 2005 foram registrados 18.506 casos, representando um coeficiente de detecção de 2,09 (por cada 10 mil habitantes) e uma prevalência de 1,48 (por 10 mil habitantes).

Os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Alagoas e o Distrito Federal já apresentam taxas de prevalência para 2005 inferiores a 1 caso por 10 mil habitantes. Em 2005, houve aumento da cobertura das unidades de saúde com atendimento para Hanseníase da ordem de 40,65%, com destaque para os estados do Pará, Amapá, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás. O aumento de cobertura foi superior a 50%. O orçamento do PNEH foi ampliado de R$ 5,1 milhões, no ano 2000, para mais de R$ 13 milhões em 2005.

Programa Nacional de Vacinação

Vacinação contra Rotavírus

Março de 2006 marca a introdução, no calendário oficial de vacinação do país, da vacina contra Rotavírus para crianças menores de seis meses de idade, administradas em duas doses – no 2º e 4º mês de idade. O impacto esperado com eficácia de cobertura de 80% é reduzir em cerca de 1 mil os óbitos por

essas causas evitáveis em crianças menores de cinco anos e reduzir em 70.000 a 73.000 o número de internações. Estão sendo adquiridas 8.670.000 doses.

Vacinação Contra a Poliomielite

Em 1994 o Brasil recebeu o certificado de interrupção da transmissão autóctone do poliovírus selvagem. A Campanha Nacional Contra a Poliomielite em 2005 alcançou o resultado de 94,6% de cobertura na primeira etapa e de 95,4% na segunda etapa.

Vacinação de Idosos contra o Influenza

Vem sendo realizada a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, com a aplicação média anual de 12 milhões de doses da vacina contra o vírus do influenza. A cobertura vacinal nos últimos anos tem sido superior a 80% (meta de 70%).

Vacinação de Rotina

Continuam altos os percentuais de cobertura, visando a alcançar a meta prevista de atingir cobertura vacinal adequada de 95% em 60% dos municípios. Em 2005, os dados preliminares do primeiro trimestre, habitualmente um período com atividades mais reduzidas, são mostrados no quadro abaixo:

Imunobiológico	Percentual de alcance da meta prevista no período de janeiro a março de 2005
Contra Pólio	68,42% da meta prevista
Contra hepatite B	64,77% da meta prevista
Tetravalente	67,97% da meta prevista
Tríplice Viral	59,63% da meta prevista
BCG	65,18% da meta prevista

Quadro XIX - percentual de alcance da meta de cobertura vacinal prevista no período de janeiro a março de 2005

Programas estratégicos

Em função de necessidades especiais da população brasileira e de carências específicas detectadas em pesquisas, alguns programas estratégicos de massificação da atenção à saúde implantadas no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva merecem referência por suas características inovadoras.

Saúde Bucal

As ações especializadas em saúde bucal estão sendo expandidas através de três ações: a continuação da fluoretação da água nos sistemas públicos de abastecimento, a implementação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia do PSF – Programa de Saúde da Família — e a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEOs oferecem tratamento de canal, atendimento a pacientes especiais, tratamento de doenças da gengiva, além de outros procedimentos a serem definidos localmente. Foram implantados no país, de julho a dezembro de 2005, 220 CEOs e realizados mais de 2,93 milhões de procedimentos especializados. Outros 230 municípios já receberam antecipação do recurso para implantação do CEO.

Em 2002 foram investidos pelo Governo Federal R$ 56,5 milhões em saúde bucal. Em 2003, foram R$ 84,5 milhões e em 2004, R$ 184 milhões. Em 2005, o investimento total chegou a R$ 400 milhões. Especificamente de julho a dezembro de 2005, o Ministério da Saúde investiu cerca de R$ 250 milhões no programa.

De julho a dezembro de 2005, foram implantadas 1.975 novas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.602 equipes atuando em 3.896 municípios (70,1% do total). Houve, neste período (de julho a dezembro de 2005), um acréscimo na cobertura populacional das ESB de mais de 35,5 milhões de pessoas, totalizando mais de 61,8 milhões de pessoas cobertas por

estas equipes (34,9% de toda a população brasileira). As metas para 2006 são atingir 15.500 equipes na Estratégia Saúde da Família, implantar 500 sistemas de fluoretação de águas de abastecimento público e chegar a 475 CEOs.

Farmácia Popular

O Programa Farmácia Popular foi instituído pelo governo Lula, em 2004, como um serviço complementar de assistência à saúde de todos os brasileiros, independentemente do poder aquisitivo do usuário, mas com o objetivo de ampliar a assistência farmacêutica para a população de baixa renda e, assim, oferecer à população brasileira mais uma opção de acesso aos medicamentos. Este programa tem orçamento próprio e é implementado sem prejuízo às ações de suprimento gratuito já previstas e garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A lista de produtos disponíveis nas farmácias populares, que chegam, em alguns casos, a custar 10% do preço praticado na rede privada, está de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Ela leva em consideração as prioridades nacionais de saúde e também a segurança, eficácia terapêutica, qualidade e disponibilidade dos medicamentos.

O critério principal para escolha das cidades beneficiadas é que tenham mais de 70 mil habitantes. Os principais parceiros do Ministério da Saúde nessa empreitada são a Fundação Oswaldo Cruz, que é a responsável pela aquisição dos medicamentos e fornecimento do mobiliário para instalação das Farmácias Populares, os governos estaduais, as prefeituras municipais – que mantém as unidades — e as entidades filantrópicas.

Os investimentos em 2005 foram da ordem de R$ 72 milhões. A contrapartida do governo federal é a transferência de R$ 50 mil, em parcela única, para adaptação ou reforma do espaço físico onde será instalada a farmácia popular, e R$ 10 mil mensais para manutenção (pagamento de custeio e pessoal). Já foram repassados cerca de 10 milhões de apresentações (unidades) de medicamentos em quase 18 meses de funcionamento do programa. Foram inaugurados, até o início de fevereiro de 2006, 100 desses serviços em 72 cidades brasileiras. Outras 265 unidades já estavam credenciadas e em fase de implementação. Até o fim do governo, em dezembro de 2006, o Ministério da Saúde cumprirá sua meta de atingir 500 Farmácias Populares em pleno funcionamento e em implementação

Foram caracterizados como principais usuárias as pessoas com dificuldade financeira para fazer o tratamento da doença em virtude dos preços do medicamento praticados no mercado. Entre os 10 medicamentos mais procurados, oito são indicados para pacientes que sofrem de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e problemas gástricos. O acesso aos medicamentos é bastante simples, bastando ao interessado se dirigir à farmácia popular munido da receita médica ou odontológica. Não há necessidade de cadastramento do usuário nem de passar por quaisquer outros procedimentos burocráticos.

O programa tem recebido por parte da população uma avaliação bastante positiva: 91% aprovam ao programa e 97%, o atendimento prestado.

SAMU – Serviço de Atenção Médica de Urgência

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi criada em 2003 com a finalidade de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco cinco grandes ações: organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (Samu/192); reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais; criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e estruturar o atendimento pós-hospitalar.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — é um programa que tem como finalidade prestar o socorro médico à população em casos de emergência, reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e saúde mental da população. O atendimento é feito por equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas) que recebem as chamadas, gratuitas, feitas através do telefone 192. Os pedidos são atendidos nas centrais de regulação por um médico, presente 24 horas por dia, que define o tipo de ambulância a ser enviado à casa do paciente (unidade-padrão ou semi-UTI) e garante vaga na rede hospitalar. Com essa filosofia de atendimento e garantia de hospitalização, o Ministério da Saúde põe um fim à peregrinação a que era submetido o portador de necessidade de atendimento emergencial, que muitas vezes era removido sem qualquer garantia de vaga na rede hospitalar.

O Samu está presente em 23 estados e cobre uma população de 73,9 milhões de habitantes, em 467 municípios, através de 85 serviços. Até dezembro de 2006, a meta do Ministério da Saúde é dobrar o número de Samus, chegando a 197 serviços e levando atendimento de emergência à quase totalidade da população brasileira. Somente neste 2006, estamos investindo na aquisição de mais 1.070 ambulâncias-padrão e semi UTIs para ampliar o sistema.

Região	Municípios atendidos	População Coberta
Norte	32	3.535.131
Nordeste	82	16.613.834
Centro-Oeste	56	5.924.045
Sudeste	118	36.305.840
Sul	179	11.561.669
TOTAL	**467**	**73.940.519**

* Dados de Janeiro de 2006

Quadro XX - Distribuição regionalizada do SAMU*

Transplantes e doação de órgãos

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo e o governo espera aumentar significativamente o número de doadores de órgãos. As metas do Ministério da Saúde são, até 2007, zerar a fila de espera por uma córnea e reduzir à metade as filas por medula óssea e órgãos sólidos (rim, coração, pulmão, pâncreas e fígado). Atualmente, cerca de 63 mil pessoas aguardam por um órgão na lista de espera do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério.

Em 2005, foram realizados 16.795 transplantes de órgãos sólidos, córnea, medula, ossos, valva e pele em todo o Brasil, 71% deles através do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos representam um significativo crescimento em relação a 2002, superior a 40% no período. No caso específico de transplantes de órgãos sólidos (rim, fígado, pulmão, pâncreas e coração), os mais caros pela complexidade da cirurgia e tempo de internação, o financiamento pelo SUS atinge a impressionantes 99%. Das 4.343 intervenções em 2005, 4.304 foram realizadas pelo SUS e apenas 40 foram pagas com recursos privados ou por planos de saúde. O Brasil dispõe hoje de 548 estabelecimentos de saúde e 1.397 equipes médicas autorizados a realizar transplantes. O SNT está presente, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes (CNCDO's), em 22 estados da federação. Além das centrais estaduais, existem oito unidades regionais localizadas no Paraná e Minas Gerais. O estado de São Paulo delegou as tarefas relativas à captação de órgãos a dez hospitais públicos universitários, através do sistema de Organização de Procura de Órgãos (OPO's). Mais três estados estão em fase de adequação para integrar o sistema.

Atualmente, 494 comissões intra-hospitalares trabalham para organizar e ampliar a captação de órgãos em todo o país. A atuação desses profissionais permite a melhor identificação de potenciais doadores, adequada abordagem de seus familiares e melhor articulação do hospital com a respectiva central estadual de transplantes.

O crescimento do número de doações e transplantes é conseqüência da conscientização da população brasileira, da atuação de equipes e instituições autorizadas pelo SNT e de ações do Ministério da Saúde, como a realização de campanhas publicitárias anuais para incentivar a doação, além da formação, entre 2002 e 2005, de 1.641 coordenadores intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes em 24 cursos ministrados.

Atenção à população indígena e comunidades isoladas

A rede de atendimento básico da saúde indígena, sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, conta hoje com 717 postos de saúde, 367 hospitais de referência, 323 pólos-base e 55 Casas de Saúde Indígena (Casai). A política de atendimento de saúde à população indígena é estratégica e merece cuidados especiais dadas as especifidades histó-

ricas, etnográficas e sociais do povo fundador da cultura brasileira. Vale registrar que a população indígena aldeada brasileira está em torno de 450 mil índios. Desse total, 44% vivem na região Norte do País, 27% no Nordeste, 19% na região Centro-Oeste, 7% no Sul e 3% no Sudeste. Em 2005, o investimento na saúde indígena somou R$ 219.361.966,23 – cerca de R$ 90 milhões utilizados para pagamento de convênios com Organizações Não-Governamentais e universidades.

Em 2005, a rede de atendimento à saúde dos índios brasileiros realizou 1.245.549 consultas e 880.078 visitas domiciliares, trabalho executado por 14.696 equipes multidisciplinares de saúde indígena (as Emsi), formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan). Registramos um avanço importante em um ano, praticamente dobrando o número de Emsi, que eram 7.350 em julho de 2004. O resultado mais imediato desse avanço foi a redução do coeficiente de mortalidade infantil indígena em menores de um ano, que foi de 46,9 em 2005, contra 55,7 em 2002.

O saneamento básico mereceu cuidados especiais. Em 2005, a Funasa investiu R$ 18 milhões em obras e serviços de saneamento nas áreas indígenas, beneficiando 35 mil índios de 322 aldeias. Desse valor, R$ 15,6 milhões foram investidos em obras de sistemas de abastecimento de água. Para construção de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), o repasse totalizou R$ 2,4 milhões. As obras de tratamento de esgoto nas aldeias indígenas custaram R$ 1,3 milhão.

O Ministério da Saúde, ainda através da Funasa, atua de forma direta no atendimento e melhoria das condições de saúde de comunidades isoladas. Em julho de 2004, foi instituída a Portaria 1434, que define pagamento diferenciado para as equipes de Saúde da Família que atuam nas comunidades quilombolas, agrupamentos remanescentes dos quilombos formados por ex-escravos e escravos fugidos do regime da escravatura no Brasil, que viviam em comunidades isoladas.

Atualmente, o Ministério da Saúde paga, mensalmente, de R$ 2.800,00 a R$ 5.400 para cada equipe de Saúde da Família – e o dobro para as equipes que atendem as comunidades quilombolas. Hoje, são cadastradas 39 equipes de Saúde da Família e 27 de Saúde Bucal que atendem comunidades remanescentes de quilombos em 33 municípios brasileiros.

Preparação brasileira para uma pandemia de gripe

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva baixou decreto em 24 de outubro de 2005 criando o Grupo Executivo Interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo executar uma ação integrada do Plano Brasileiro de Preparação para a Pandemia de Gripe.

Em 16 de novembro, o Ministério da Saúde lançou, durante o Seminário Internacional de Gripe, no Rio de Janeiro, o Plano de Preparação para Pandemia de Influenza. O encontro serviu para divulgar as estratégias brasileiras e promover a troca de experiências sobre a prevenção de pandemias de gripe. Participaram do evento os maiores especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), além de autoridades dos Estados Unidos, Canadá e Chile.

Entre as principais ações do plano já implementadas pelo Ministério da Saúde estão o fortalecimento da vigilância epidemiológica para o adequado monitoramento da doença e da rede de laboratórios para a detecção do vírus que causa a gripe. Outra medida é adequar as instalações do Instituto Butantan, em São Paulo, para a produção de uma vacina nacional.

Já se encontram em implantação as seguintes medidas:

- fortalecimento da Vigilância Epidemiológica do Influenza, inclusive com a ampliação da capacidade laboratorial para o diagnóstico rápido da doença em situações de surto e identificação das cepas circulantes. O Sistema de Vigilância da Influenza no Brasil atualmente está implantado em 21 Unidades Federadas, contando com uma rede de 46 Unidades Sentinelas. Essa rede atendeu a cerca de 210 mil casos de síndrome gripal, em 2004, tendo coletado 2.269 amostras para identificação de vírus;

- constituição de um estoque estratégico do antiviral Oseltamivir (Tamiflu) para a ser utilizado em situações especiais durante uma possível pandemia. O Ministério da Saúde acertou com o laboratório produtor a compra de 9 milhões de tratamentos;

- preparação do Instituto Butantan para a produção da vacina contra a cepa pandêmica. O Ministério da Saúde repassou recursos para acelerar a preparação de uma instalação emergencial, uma vez que a nova fábrica de vacinas que está sendo construída com recursos do Ministério e do Governo do Estado de São Paulo só ficará pronta no final de 2006. O Instituto Butantan já recebeu amostras da cepa H5N1, o vírus da gripe aviária, para fabricar um estoque de emergência.

Também já foram tomadas diversas medidas no âmbito da comunicação social. Em coordenação com a Secretaria de Imprensa e com a Subsecretaria de Comunicação Institucional da Presidência da República, o Ministério da Saúde liderou a articulação com todos os ministérios para a formulação de um Plano de Comunicação de Governo para a Pandemia de Gripe, apresentado ao Grupo Executivo Interministerial no final de janeiro.

Em parceria com a Subsecretaria de Comunicação Institucional da Presidência da República, foram realizados dois *mídia trainings* para capacitação, junto à imprensa, de 32 porta-vozes de todos os ministérios e órgãos federais que estão ou podem vir a ser envolvidos no assunto e tratar do assunto. Participaram representantes dos Ministérios da Saúde; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Agricultura; Defesa; Relações Exteriores; Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Defesa Civil e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa).

A Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, por intermédio das áreas de relações com a imprensa e produção gráfica, elaborou um kit press sobre a pandemia de gripe com informações básicas. Este material foi enviado por correio postal para um mailing de 400 editores de jornais do todo o interior do país e, por e-mail, para todos os veículos brasileiros, com o objetivo de fornecer material que os auxilie na elaboração de pautas e na redação e edição de textos para suas publicações. O kit press é composto por um texto explicativo e uma infografia com dados sobre a ocorrência de casos de gripe aviária em humanos, um quadro epidemiológico mundial e as ações do Brasil para o combate à essa ameaça.

Participação do setor privado no sistema

A Constituição Federal garante ao setor privado a participação, de forma complementar, no sistema publico de saúde. Portanto, um grande número de hospitais particulares lucrativos ou filantrópicos é contratado pelo Sistema Único de Saúde para oferecer assistência médica, tanto hospitalar como ambulatorial, aos usuários do sistema público, além do atendimento aos usuários pagantes.

O sistema permite ainda a oferta de serviços por meio de Planos Privados de Saúde, Cooperativas Médicas, Planos de Saúde de Autogestão de órgãos do governo federal, de empresas públicas, autarquias e de seguros-saúde administrados por bancos e seguradoras, estes últimos adquiridos por pessoas físicas ou empresas privadas que os oferecem como benefícios sociais aos seus funcionários. O Ministério da Saúde criou uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a ele subordinada, que fiscaliza a oferta de serviços de saúde por parte destas empresas privadas aos cidadãos que as contratam.

De acordo com o World Health Report 2005, o Brasil gastou, em 2002, 7,9% do PIB com atenção à saúde, sendo que 4,3% referiram-se a gastos privados e o restante (3,6%), a gasto público. Do total do gasto privado, 2,74% foram referentes a desembolsos realizados diretamente pela população para a compra de medicamentos e pagamentos de consultas, internações e exames e, o restante (1,56%), em pagamentos às mensalidades de seguradoras e planos privados de saúde. Estima-se que estas empresas movimentam em torno de R$ 25 bilhões/ano para a assistência médica aos seus 39 milhões de contribuintes e dependentes. O quadro XXI apresenta um resumo da situação atual do setor.

Mesmo considerando que os usuários da medicina privada também estão dentro do universo da população do Brasil e, portanto, considerados no per capita do SUS, fica patente a dificuldade do sistema em oferecer medicina de boa qualidade à toda a população com os recursos disponíveis. Isso ocorre principalmente porque alguns planos de seguros-saúde privados não cobrem a totalidade das doenças crônicas e alguns procedimentos de alta complexidade e alto custo como transplantes, órteses/próteses e diárias de UTI, cirurgias cardíacas etc, que geralmente são realizados pelo sistema público.

Tendo todos esses conhecimentos como pano de fundo, foi aberto um espaço de diálogo com o setor suplementar visando a verificar os pontos de sinergia, ampliando a base de ações que podem ser desenvolvidas complementarmente, como vacinações e ações de educação em saúde, além de diminuir eventuais superposições de atividades.

Número de Usuários = 38.995.877
Hospitais credenciados = **7.393**
3.376 = públicos
4.017 = privados
Total de Operadoras = 1792
279 = Autogestão
315 = Cooperativas médicas
593 = Medicina de grupo
332 = Odontologia de grupo
14 = Seguradoras
105 = Filantropia

Dados de 2004

Quadro XXI - Planos privados de saúde

Ouvidoria-geral do sistema de saúde

O Ministério da Saúde dispõe desde 2003 de uma Ouvidoria Geral do SUS com o objetivo de propor, coordenar e implementar uma Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. O Departamento de Ouvidoria Geral de Saúde (DOGES), subordinado à Secretaria de Gestão Participativa, funciona no Ministério da Saúde em Brasília e recebe em média 700 mil chamadas por mês por meio de 120 operadores do "call center", no horário de 7h às 19h em dias úteis.

A Ouvidoria em Saúde é um instrumento da gestão pública e da participação e controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Dessa forma, por meio do fortalecimento da gestão participativa com a escuta aos usuários e aos profissionais vinculados ao sistema, a Ouvidoria poderá identificar os pontos-problema, bem como captar as reais necessidades da sociedade.

À medida que os cidadãos manifestam-se através de solicitações, reclamações, sugestões, elogios e denúncias, possibilitam a elaboração de relatórios gerenciais contendo a real situação da saúde em seu município ou região, com o levantamento de problemas e falhas na aplicação dos princípios da integralidade, da eqüidade e da universalidade da atenção à saúde. Portanto, a Ouvidoria tem papel relevante na identificação das necessidades e demandas sociais, tanto na dimensão coletiva quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

Os resultados referentes à realidade de uma determinada região devem ser seguidos de informações que contextualizem as condições sócio-políticas e culturais desses recortes geográficos para que tais relatórios subsidiem ações que visem à atenção de forma equânime, respeitando as especificidades de cada região. É importante ressaltar que cabe à Ouvidoria em Saúde apresentar esses relatórios aos representantes da população por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com o objetivo de estimular a participação social.

As principais funções da Ouvidoria Geral da Saúde consistem em analisar as manifestações relacionadas ao Sistema de Saúde, encaminhando aos responsáveis pela sua resolução e acompanhando os resultados para saber se o usuário foi realmente atendido em sua demanda. Além disso, é necessária uma equipe com a função de analisar as informações recebidas, produzindo os relatórios gerenciais e realizando estudos que dêem suporte à tomada de decisões por parte dos gestores em saúde e que auxiliem a participação e o controle social.

Sistema integrado de saúde nas fronteiras (inserção do Brasil no contexto da saúde no Mercosul)

Os municípios de fronteira do Brasil têm grande dificuldade em prover seus munícipes da atenção integral à saúde preconizada pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência ou inexistência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, a distância dos municípios às capitais dos respectivos estados ou aos centros de referência são as principais justificativas apresentadas.

As mesmas dificuldades são observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos ora num sentido ora em outro, dependendo da região de fronteira, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Esta mobilização tem gerado grandes dificuldades para os prefeitos e gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades de saúde dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública.

Gestantes brasileiras de alguns municípios de fronteira vão ter seus filhos em países vizinhos, onde os registram com as nacionalidades de onde nasceram. Retornando ao Brasil fazem um novo registro dos filhos, que passam a possuir dupla nacionalidade, sem o conhecimento oficial das autoridades de imigração dos dois países. O mesmo ocorre com gestantes de outros países do Mercosul e em outros pontos de fronteira em relação ao Brasil ou a outro país: migram para o país onde a assistência à maternidade é mais acessível. Este comportamento não é exclusivo das gestantes, mas de pacientes de todas as clínicas que buscam o recurso médico onde ele é mais acessível e de melhor qualidade.

Além do fator facilidade do acesso aos serviços, outro fator indutor da transposição de fronteira é a forma como é financiado o sistema de saúde de cada país. Enquanto no Brasil a Constituição Federal garante o acesso à saúde a todos os cidadãos, nos demais países do Mercosul o acesso é limitado aos que contribuem de alguma forma aos sistemas previdenciários ou de saúde. Esta diferença de direitos dos usuários dos sistemas de saúde nos países gera muitas vezes sobrecarga nos serviços de saúde em municípios de fronteira, que acabam atendendo a quem, pela legislação vigente, não teria direito ao atendimento, sem a devida compensação financeira.

Há muito tem se procurado, sem êxito, resolver estes problemas, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais. Como um país pode, rotineiramente, remunerar oficialmente um serviço prestado em outro país e que moeda seria utilizada?

Um exemplo crítico é a existência de dez pacientes residentes no município de Quaraí (RS), dependentes de hemodiálise para viver, que viajam 120 Km até Santana do Livramento (RS), três vezes por semana, para tratamento. Além do desconforto físico que este procedimento gera para o paciente, o cidadão submetido a esta rotina se vê impossibilitado de trabalhar e participar do processo sócio-cultural de sua comunidade. Em Artigas, município do Uruguai limítrofe com Quaraí, um serviço de hemodiálise está disponível e aceitaria os valores remuneratórios da tabela de procedimentos do SUS. Seria bem mais racional que estes pacientes atravessassem a ponte que interliga as duas cidades. O mesmo acontece em relação ao município de Rivera, no Uruguai, e Santana do Livramento, só que no sentido inverso, ou seja, Uruguai/Brasil. Neste caso, basta atravessar a rua para estar no Brasil.

Muitas tentativas de mudar esta realidade vêm sendo empreendidas pelos sucessivos governos. A realidade, entretanto, é inquestionável: a despeito da criação de comitês intermunicipais de saúde, validados pelos Ministérios de Relações Exteriores dos países, a situação permanece a mesma.

As populações de fronteira poderiam ter a liberdade de atendimento no país em que o acesso com qualidade fosse mais fácil, mais racional, mais confortável para o usuário e mais econômico para os gestores públicos de saúde de todos os países, em função da otimização dos recursos humanos e tecnológicos. Entretanto, para que isto ocorra há que superar barreiras legais e ou jurídico-operacionais que impossibilitam que um país compre serviços de outro.

Falta uma ferramenta de gestão que seja eficaz no tratamento das questões políticas, burocráticas e jurídicas para que a atenção à saúde nestes municípios possa refletir melhorias na qualidade de vida destas populações e também um movimento de inclusão social nos quatro países-membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), além de Bolívia e Chile. A implementação de um Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS Fronteira —, entre os países-membros e associados do Mercosul seria uma ferramenta que possibilitaria instrumentalizar uma solução para esta série de problemas políticos e sociais.

A proposta é investir onde haja ausência de recursos e planejar o atendimento, racionalizando-o dentro de espaço geográfico que permita integralidade e resolutilidade da atenção. Este sistema integrado funcionaria, portanto, como um instrumento capaz de gerir a situação peculiar dos municípios destes países.

O aparelho de Estado tem grande similaridade com o aparelho circulatório do homem. Quando em situação de anemia, o organismo, sabiamente, reduz o fluxo de sangue para os membros periféricos, desviando todo o seu potencial para proteger o cérebro, órgão nobre que mantém a vida. Os aparelhos de Estado dos países em desenvolvimento vivem uma crônica anemia financeira. Sistematicamente reduzem o fluxo financeiro das periferias, regiões fronteiriças, que se localizam longe do cérebro (capitais), onde concentram os maiores gastos que tem maior visibilidade e impacto político.

Não é somente o setor saúde nas fronteiras que sofre com a anemia financeira. Estudos demonstram que as regiões de fronteiras são carentes de investimentos em todas as áreas da administração pública, portanto são as mais pobres em todos os países. Não havendo investimentos não existe emprego, não há geração de renda e, não havendo renda, não há desenvolvimento. Entretanto, até como estratégia de política de segurança nacional deveriam ser as regiões com uma maior presença do Estado, com os conseqüentes investimentos.

Vale lembrar que o setor saúde mobiliza um mercado de serviços, medicamentos, produtos e insumos de grande valor financeiro, fazendo circular recursos, sem falar nos mais importantes, que são a saúde da população e o direito à felicidade e à vida. O governo brasileiro, por meio de seu Ministério da Saúde, está firmemente empenhado em colaborar para implementação dos SIS-Fronteira, sistema de integração em saúde que poderá ser modelo internacional.

Bibliografia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). ***Diário Oficial da União***. Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.055-59, Seção 1.

_____. Assessoria de Comunicação Social. ***Descentralização das Ações e Serviços de Saúde***: a ousadia de cumprir a lei. Norma Operacional Básica 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. ***Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde***. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Brasília (DF), Diário Oficial da União. Seção I, p. 22932, Col. 2, 1996.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. ***Regionalização da assistência à saúde***: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. ***Boletim Epidemiológico - Aids e DST***. Brasília, Ano II, nº 1, 1ª a 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas, jan./ jun. 2005.

_____. Senado Federal. ***Constituição da República Federativa do Brasil***: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/. Acesso em: 17 jan. 2007.

CARVALHO, G. C. M. ***Artigos vários publicados no Jornal do CONASEMS***. CONASEMS. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Search>.

CORDEIRO, Hésio. ***Sistema Único de Saúde***. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda. 1991.

CORRÊA, Olympio Távora; CNS. Conselho Nacional de Saúde. ***Subsídios para a elaboração de diretrizes de planos de saúde no SUS***. Ata da 90ª Reunião Ordinária do CNS. Set. 1999. 6 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ tas/1999/Ata90.doc.

4.2 A saúde nas fronteiras: "uma proposta de bem-estar e desenvolvimento"

Antônio Horácio Toro Ocampo

Para nos referirmos à saúde das fronteiras, é necessário resgatar, inicialmente, o próprio conceito de saúde como "o *completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades"*. Isso nos leva a considerar, além da promoção da saúde, da prevenção das enfermidades e seu tratamento, outros aspectos do bem-estar que têm a ver com a qualidade de saúde e de vida.

De igual maneira e para entender o desenvolvimento de iniciativas de saúde nas fronteiras, deve-se deixar claro que "*fronteira"* é um espaço territorial, sociológico e econômico, de relações de interdependência, de diversas manifestações da vida em sociedade e que é compartilhada, promovida e executada por grupos populacionais que se estabelecem de um e outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma de suas nações de origem.

Ao nos referirmos à "*fronteira de saúde"*, devemos deixar claramente estabelecido que os territórios nacionais, com o objetivo de trabalhar iniciativas de saúde nas fronteiras, devem diferenciar dois aspectos fundamentais: a faixa fronteiriça de saúde e a região fronteiriça de saúde.

A primeira, faixa fronteiriça de saúde, inclui todos os municípios, províncias ou cidades que se encontram dentro do território compreendido entre a linha divisória internacional e a linha paralela orientada a uma distância que cada país define para o interior de seu território. No caso do Brasil, esta distância é de 100 a 150 kilômetros. Já a região fronteiriça de saúde se refere ao número de municípios, províncias ou cidades limítrofes entre dois ou mais países em que se aplicam ações comuns de saúde, em busca do desenvolvimento de um só sistema de saúde, com serviços compartilhados, sejam de atenção primária, de referência e/ou de especialidade, incluindo a aplicação de todas as ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades ou de atenção e assistência ao tratamento e reabilitação à saúde.

Com esta visão de saúde, de território de fronteira e de iniciativa de saúde, podemos afirmar que "*saúde na fronteira"* é uma estratégia política e técnica de desenvolvimento integral que busca contribuir para o completo bem-estar físico, mental e social das pessoas que povoam as fronteiras. Objetiva também prevenir enfermidades mais comuns que se apresentam de forma endêmica e epidêmica, incluindo seu controle e atenção, dado que os vetores dessas enfermidades não reconhecem limites naturais, políticos ou burocráticos, fazendo da fronteira um ponto de especial fragilidade e risco. É assim que as iniciativas de saúde nas fronteiras constituem uma iniciativa de esforço comum para a utilização de sistemas solidários e serviços de saúde compartilhados.

Para fins de desenvolvimento de ações de saúde nas fronteiras, devemos diferenciar o que significa a dinâmica da fronteira, já que a fronteira ativa pode ser identificada como o local em que reconhecemos a existência de vínculos de solidariedade natural entre as comunidades vizinhas de um e outro lado da linha divisória, pertencentes a diferentes jurisdições nacionais no limite dos Estados, e que possui uma base demográfica estabelecida pela somatória de cada uma das populações da fronteira.

Ainda, no território fronteiriço, podemos identificar outro espaço nos limites do Estado e que, em geral, não está ocupado nem conta com a mínima infraestrutura, constituindo-se em espaços vazios e, portanto, não incorporados ao desenvolvimento econômico nem ao social.

Importância da fronteira

Durante as últimas duas a três décadas, período em que as iniciativas de integração regional e sub-regional aconteceram mais intensamente, o espaço fronteiriço foi considerado como território onde podemos e devemos desenvolver ações conjuntas entre países e consolidar acordos de cooperação bi ou multilaterais, de maneira a permitirmos a abertura para a integração política e de forma planejada deste espaço, chamado fronteira. Isso estaria dando crédito ao valor da fronteira, deixando de ser o último dos lugares para ser o ponto de encontro entre países e a porta de investimento na integração.

Este fenômeno se dá com vistas a superar os desequilíbrios regionais e sub-regionais, por terem sido as fronteiras, tradicionalmente, espaços marginais, periféricos e carentes de integração socioeconômica, como resultado da concentração do poder e desenvolvimento no centro dos países, o que constituiu a formação de correntes centralistas.

Com esta mudança, a iniciativa de desenvolvimento de fronteiras entre países permite criar um espaço de confiança nos processos de cooperação e integração socioeconômica, gerando capacidades administrativas, operativas e uma harmonização da gestão no nível local periférico.

As fronteiras desenvolvidas e trabalhadas com visão de integração permitem aos países uma verdadeira articulação dentro de iniciativas de contexto internacional em que a participação bilateral ou multilateral gera espaços compartilhados com programas e projetos de verdadeira integração e possibilidades de desenvolvimento integral.

O desenvolvimento fronteiriço é, sem dúvida alguma, um processo necessário e inadiável de incorporação de terrritórios de fronteira ao patrimônio ativo de cada país, contribuindo de maneira conjunta ao desenvolvimento de um espaço comum bi ou multinacional denominado fronteira, com iniciativas que respondam ao desenvolvimento integrado e sustentável. No caso da saúde e da luta contra a pobreza, não podemos deixar de lado o território fronteiriço para o avanço de compromissos, objetivos e metas do milênio, estabelecidas até o ano 2015.

O desenvolvimento das fronteiras deve ser visto como um objetivo e uma estratégia política e de desenvolvimento econômico e social para dar respostas e soluções ao desequilíbrio interno do país entre os territórios centrais e periféricos; a dar soluções e diminuir lacunas de desenvolvimento e bem-estar nas fronteiras, onde as desigualdades e as iniqüidades de bem-estar e saúde ainda são evidentes, sendo territórios com grande injustiça social e econômica.

O desenvolvimento sustentável das fronteiras só será possível se são geradas iniciativas entre países limítrofes, como estratégia fundamental, em ação conjunta com o Estado, como um todo, e com territórios locais periféricos. Isso permitirá gerar um processo único e compartilhado de integração e cooperação entre regiões fronteiriças, em aspectos de desenvolvimento social e econômico, especialmente em saúde, educação, ambiente, habitação e lazer.

Neste contexto, o asseguramento dos processos de cooperação e integração entre fronteiras depende da construção de espaços de desenvolvimento social e econômico capazes de gerar e produzir bens e serviços, com incorporação efetiva de instituições e indivíduos, constituindo uma força periférica, reconhecida como "equipes de fronteira".

Este intercâmbio deve incorporar os conhecimentos de um e outro país; deve respeitar as realidades culturais, econômicas e sociais de cada um, buscando equilíbrio nas condições de bem-estar, saúde e desenvolvimento de ambas as populações de fronteira, com um amplo respeito à soberania dos países, não obstante de constituir um só território de interação.

A verdadeira integração se dá quando as equipes de fronteira possam facilitar a preservação da fronteira, com medidas administrativas que beneficiem a ambos os lados e busquem harmonizar os processos e estruturas para compartilhamento como bem próprio e comum.

Não haverá desenvolvimento de saúde nas fronteiras se antes não se consolidam processos de desenvolvimento fronteiriço integral, entendendo-se este como o componente principal da dinâmica relação entre povos e grupos humanos próximos geograficamente, mas pertencentes a dois ou mais Estados. A incorporação da fronteira ao verdadeiro patrimônio nacional só se dará se os objetivos são claros e estratégias específicas de ponta para conseguir o desenvolvimento integral e sustentável, com incorporação de iniciativas públicas e privadas no campo da infraestrutura social, econômica, produtiva, de serviços básicos e, especialmente, de infraestrutura sanitária.

Integração fronteiriça em saúde

Devemos entender que a integração fronteiriça em saúde será possível se são desencadeados processos conveniados entre dois ou mais países em seus territórios contíguos de fronteira, por meio de acordos e tratados com objetivos comuns e aproveitamento conjunto de suas instituições, serviços, recursos, a favor de suas populações. Isso deve incorporar a utilização de bens e serviços como saúde, educação, assim como a complementação de ações com base em objetivos e metas mutuamente identificados.

Com isso, os acordos fronteiriços em saúde podem ser parte da resposta à agenda nacional de desenvolvimento das fronteiras e do bem-estar de suas populações com acordos de saúde que busquem fomentar e gerar uma cultura sanitária e de saúde baseada na solidariedade entre comunidades e instituições de saúde já existentes ou a serem desenvolvidas.

Nos territórios de fronteira, encontramos populações que historicamente foram excluídas do desenvolvimento e, no que concerne à saúde, muitas delas são consideradas como populações mais vulneráveis por serem pobres, por terem uma infraestrutura insuficiente e dificuldades de acesso a serviços e tecnologias de saúde. Estas populações podem apresentar condições preocupantes em relação a algumas enfermidades, as quais podem ser traduzidas em indicadores de condições de saúde muitas vezes piores que a média nacional. Devido ao processo de globalização e das correntes de integração, vemos uma situação de mudança nas fronteiras, ao se incrementar a mobilização de pessoas e de intercâmbios de bens e serviços.

As cidades fronteiriças, de alguna maneira, integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do país.

Estes espaços fronteiriços se convertem em uma oportunidade para que as autoridades nacionais e, especialmente, as locais possam desenvolver espaços saudáveis e gerar programas de saúde de forma integrada e transfronteiriça, convertendo a saúde como um pilar da solidariedade entre nações, atraindo recursos pontuais às realidades e necessidades fronteiriças, favorecendo o bem-estar familiar e comunitário.

No nível das fronteiras, é fácil identificar condições de saúde similares que afetam as populações de ambos os lados, aspecto que nos obriga a pensar em respostas integradas e a oferecer serviços com uma visão unificada. Uma outra situação que pode ser observada é aquela na qual existem fronteiras em que a condição de um lado é melhor que a de outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições política, de planejamento, programas e serviços. Estes aspectos devem ser reconhecidos e aproveitados pelo lado menos desenvolvido.

"A saúde será o motor de desenvolvimento e de bem-estar nas fronteiras" quando tenha um desenvolvimento e uma visão que não só busque gerar bons níveis de saúde, mas também que se integre para gerar uma dinâmica de bem-estar e qualidade de vida dos povos fronteiriços, incentivando, gerando, criando espaços e cidades solidárias em relação à saúde, especialmente nas fronteiras mais críticas, e atuando diretamente nas faixas fronteiriças de saúde, onde as desigualdades e o atraso em saúde são patentes e onde as iniqüidades da patologia social seja reconhecida como um fator predisponente que impacta na saúde, tais como: o uso de drogas, o álcool, a prostituição, o tráfico ilegal. Atuar neste campo significa intervir decididamente na busca do bem-estar e qualidade de vida com saúde e por meio da saúde. Só assim, a saúde pode ser considerada o motor e a força dinâmica que permite mudanças no território local periférico, denominado fronteira.

A cooperação fronteiriça em saúde é vista como um conjunto de iniciativas compartilhadas entre países limítrofes em seus territórios contíguos como base para desenvolvimento futuro desses espaços demográficos e populacionais, buscando aproveitamento de todas e cada uma das estruturas e potencialidades sanitárias e de saúde existentes ou a serem requeridas a favor da população.

O trabalho harmonizado em saúde nas fronteiras gerará, sem dúvida, um impacto no desenvolvimento das fronteiras e especificamente no campo da saúde, aumento da afluência da população aos serviços de saúde tradicionalmente subutilizados ou mal utilizados, como serviços de saúde e serviços sociais de fronteira. Nesse sentido, haverá um aumento da demanda de bens e serviços sociais de fronteira, que deverão responder a essa demanda; o intercâmbio gerará deslocamentos humanos de e para novos serviços; enfrentar-se-ão mudanças de processos e padrões de assistência e atenção em saúde, levando a uma troca de culturas dos serviços, com aparecimento de pressões e demandas não tradicionais e com a conseqüente aparição de novas patologias e demandas de serviços.

Para que aconteça este processo de intercâmbio e planejamento conjunto entre países deve haver um encontro de políticos, técnicos, especialistas e cidadãos, que sejam os porta-vozes dos outros níveis geopolíticos de cada país. Para isso, é necessário um ordenamento em "Comissões de Saúde de Fronteira", como encarregados de trazer e levar a palavra dos níveis políticos e da própria comunidade.

Estas comissões devem objetivar a geração de uma instância político-técnica e de oportunidades para promover bem-estar, um alto nível de qualidade de vida e de saúde e de programar o desenvolvimento de serviços de saúde com equivalência e reconhecimento bi ou multinacional, considerando a conservação e desenvolvimento do meio ambiente fronteiriço.

Dessa forma, as Comissões de Fronteira têm como missão coordenar, organizar, facilitar e estabelecer linhas de ação para aplicação de políticas nacionais, estaduais, departamentais, provinciais e municipais por meio de aplicação de processo de planejamento, execução e seguimento de assuntos de saúde e ambiente, como parte do desenvolvimento integral e sustentável da região fronteiriça e sua população.

O trabalho em saúde nas fronteiras tem como propósito final gerar processos que permitam coordenar as relações municipais – locais de fronteira- e entre os sistemas de saúde existentes e gerar um processo de resposta baseada na assistência e atenção à saúde da faixa fronteiriça, assegurando serviços e recursos humanos de saúde altamente capacitados e que possam constituir um verdadeiro " Sistema de Saúde de Fronteira".

As comissões de fronteiras interpaíses deverão, preliminarmente ao início de qualquer trabalho de integração, elaborar um diagnóstico de estrutura funcional da rede de serviços existentes na área de fronteira e valorizar a capacidade potencial da produção de serviços em todas as unidades de saúde, desde a atenção primária até a atenção de maior complexidade, incluindo os centros hospitalares. Com base nesta análise, a Comissão deverá estabelecer propostas de reorganização da rede e gerar um programa de cooperação transfronteiriça estabelecendo a distribuição dos recursos atuais, propondo a complementariedade com aqueles que, no nível fronteiriço, sejam indispensáveis. Além disso, deve avaliar a capacidade dos serviços de saúde, levantando informações sobre recursos humanos que devem deixar de pertencer ao sistema de um país e passar a constituir a equipe de fronteira em saúde.

Lembremos que, neste espaço de território, os países devem desencadear um modelo de assistência e atenção transfronteiriça em que a harmonia de políticas, normas, leis e regras devem ser levadas em consideração quando da organização da atenção, como um processo específico para a saúde, que deve ser somado aos processos que, paralelamente, apóiam a estruturação e desenvolvimento da integração global de fronteira.

Por outro lado, a tarefa das Comissões de Fronteira é identificar e regular os processos que estão acontecendo na prática cotidiana dos serviços de saúde das faixas fronteiriças de saúde e propor o desenvolvimento de uma estrutura interpaíses que dê resposta às necessidades, problemas de saúde e aspirações sociais de bem-estar e saúde dos cidadãos fronteiriços, de maneira homogênea e sem nenhum tipo de discriminação.

As comissões de saúde das fronteiras devem iniciar o trabalho tendo como base as condições e as realidades que estão afetando a saúde e, para isso, devem buscar mecanismos que permitam ter um conhecimento atualizado dos indicadores de desenvolvimento humano e de saúde, especialmente daqueles relacionados com os objetivos e metas do milênio. Isso permitirá melhorar o conhecimento da situação de saúde dos povos das fronteiras e criar canais de disseminação sistemática da informação, buscando desenvolver um espaço de informação para a tomada de decisão local. Poderá, ainda, constituir-se em uma sala de situação de fronteira, favorecendo o sistema de vigilância de saúde e sanitária nas fronteiras.

Este esforço da equipe de fronteira deve identificar, especialmente, as iniqüidades e desigualdades em saúde; deve adaptar os lineamentos, instrumentos e regulações nacionais às realidades locais, em que a interação com as autoridades políticas, militares e de seguridade são necessárias; deve conseguir, dentro do espaço de diálogo, a efetiva participação e compromisso da comunidade fronteiriça, considerando as diversidades de raça, etnia, de maneira que seja parte ativa do processo de integração e seja o ator principal do modelo de gestão sanitária; o trabalho das equipes de saúde de fronteira deve considerar uma visão de desenvolvimento integral e global com uma visão multisetorial que inclua o fortalecimento das capacidades de fronteira como um todo, sem deixar de considerar as prioridades políticas e técnicas específicas de cada um dos países.

A articulação e harmonização de redes de serviços nas regiões fronteiriças impulsionará a melhoria das coberturas e acesso de forma mais eficiente, oportuna e especialmente com eqüidade, possibilitando

às populações dos extremos do país ter acesso a serviços de ponta, com o mesmo nível daqueles que se encontram nas grandes cidades ou em regiões centrais do país. Esses esforços de harmonização e articulação no nível das fronteiras são tão necessários como ações operativas no nível local dos serviços de saúde, que ofereçam soluções a problemas concretos de fronteira, muitas vezes diferentes dos que se apresentam em outras partes do país. Tal diferença ocorre devido ao fato de que a região das fronteiras tem uma grande circulação de pessoas, de mobilidades, de comércio, elevando o risco à saúde.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde, o trabalho em fronteiras significa priorizar e desenvolver ações de saúde e sanitárias nos territórios fronteiriços e, especialmente, gerar capacidades para dar respostas eficientes nas cidades gêmeas. O objetivo de tais ações é diminuir as iniqüidades em saúde, sensibilizando autoridades políticas locais, buscando a interação e o consenso entre as redes nacionais de saúde e o desenvolvimento de informação em saúde, garantindo o acesso a serviços e assegurando a qualidade da atenção, reforçando ações de vigilância epidemiológica e sanitária, especialmente das enfermidades transmissíveis (como Tuberculose e HIV/AIDS), desenvolvendo esforços para harmonização sanitária, na legislação, tratamentos médicos e facilidades do uso transnacional dos serviços de saúde.

Toda esta interação deve considerar pontos comuns de interesse em problemas, deve buscar o desenvolvimento de consensos, o planejamento e execução de ações na identificação de recursos a serem compartilhados, de tal maneira que se possa gerar iniciativas afins e únicas para ambas as populações fronteiriças.

Na atualidade, a OPAS/OMS tem criado diversas iniciativas, como parte de seus compromissos, as quais têm permitido o desenvolvimento de processos integrados entre países, como é o caso da trifronteira entre Guatemala, Honduras e El Salvador; a fronteira norte da América Central, Guatemala, Belize e México; na fronteira de Nicarágua, Honduras e El Salvador; a Tríplice Fronteira entre Argentina, Paraguai e Brasil; Brasil, Colômbia e Peru; ou binacionais, como Haiti e República Dominicana; Nicarágua e Costa Rica. No entanto, consideramos que, para a OPAS, a experiência mais importante nesse campo de saúde na fronteira se dá com as ações na fronteira entre Estados Unidos e México. Esta experiência exigiu que a OPAS abrisse um escritório de cooperação em El Paso, para atender a estas populações, como uma iniciativa binacional muito importante, principalmente pelo volume de pessoas atendidas.

Com as iniciativas sub-regionais que se intensificam no MERCOSUL, na COMUNIDADE DE NAÇÕES ANDINAS, NA AMAZÔNIA, estão se concretizando verdadeiros Sistemas Integrados de Saúde de Fronteira (SIS-Fronteira) como é o caso do Brasil com Argentina, Brasil com Paraguai, Brasil com Uruguai e Brasil com Bolívia.

Ações de Saúde nas Fronteiras

O trabalho de saúde nas fronteiras deve iniciar-se com uma aproximação das autoridades políticas e sanitárias dos países para abordar o problema de fronteiras associado à saúde. Inicialmente, devem-se tomar medidas e decisões políticas multisetoriais, já que a abordagem do tema saúde requererá a intervenção de outras áreas que têm influência direta na integração fronteiriça e na tomada de decisão para a saúde.

Dever-se-ão constituir equipes de fronteira transnacionais e consolidar compromissos político e técnico, firmando um acordo interfronteiriço no qual se inclua a conformação da Comissão de Saúde Interpaíses.

As ações propriamente ditas em saúde deveriam ser:

- Desenvolvimento de um Sistema de Análise de Informação de Saúde de Fronteira;
- Desenvolvimento de um Sistema e Serviços Integrados de Saúde nas Fronteiras;
- Desenvolvimento de um modelo entre países de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Fronteira;
- Assistência em Serviços de Saúde Reprodutiva e das diferentes etapas de contínuo da vida (criança, adolescência e junventude, adulto e idoso);
- Plano de Ação em prevenção, manejamento e resposta a riscos de saúde e desastres naturais na fronteira;
- Integração de fronteiras e manejamento do regulamento Sanitário Internacional;

- Desenvolvimento de uma proposta de trabalho interfronteiriça em Saneamento Ambiental, Tratamento de Águas e tratamento final de águas utilizadas;
- Desenvolvimento de ambientes, espaços e cidades saudáveis para gerar fronteiras saudáveis

Bibliografia:

HIRSCH, Joachim. Die neue weltordnung: internationalisierung des states. In: ATZERT, Thomas; MÜLLER, Jost (Hg.). *Kritik der weltordnung*. globalisierung, imperialismus, empire. Berlin. 2003. S. 31-46.

OLIVEROS, Luis Alberto. El Concepto de frontera en el contexto y en la perspectiva de la integración andina. Febrero de 2002. *Comunidad Andina de Naciones,* Documentos informativos SG/DI 439, 31 Jul. 2002. Disponível em: <http://www.comunidadandina.org/documentos/docIA/IA13-2-02.htm>. Acesso em: 10 abr. 2006.

SUAREZ, Julio; GÜEMES, Armando; OPS/OMS. Salud en el MERCOSUR. Florianópolis (Brasil)**:** OPS/OMS, 2005. 13 slides, color. Disponible em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque1020.ppt>. Acesso em: 10 abr. 2006.

CAPÍTULO

V

DO IDEÁRIO A VIVÊNCIA DE PRÁTICAS NO CONTEXTO DAS FRONTEIRAS

Projeto SIS Fronteira
Vanessa Murta Rezende
Marisa Lucena Branco
Alessandra Santos Araujo

Caracterização dos municípios e de seus sistemas locais de saúde na região de fronteira do Paraná
Denise Siqueira de Carvalho
Marilene da Cruz Magalhães Buffon
Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Rogério Andrade Mulinari
Laura Christina Macedo
Cristhiane Aparecida Mariot
Rafael Gomes Ditterich
Magda Eline Guerrart Portugal
Ângela Silvano
Giovana Daniela Pecharki
Luciana Schneider

O Projeto SIS Fronteiras no Estado de Mato Grosso do Sul
Edson Mamoru Tamaki
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Maria Elizabeth Ajalla
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

5.1 Projeto SIS-Fronteira

Vanessa Murta Rezende
Marisa Lucena Branco
Alessandra Santos Araujo

Introdução

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteira é um Projeto do Ministério da Saúde voltado para os municípios fronteiriços, de norte ao sul do país. Contemplado no Mais Saúde, o Projeto tem como meta fortalecer e melhorar os sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros.

Os municípios fronteiriços caracterizam-se por estarem localizados até 10 Km da linha de fronteira, ao longo dos 15.719 Km de fronteira brasileira. Essa área abrange 11 estados e 121 municípios, reúne aproximadamente três milhões de habitantes e faz fronteira com dez países da América do Sul: Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai.

No cenário atual, a dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública têm sido observadas no Brasil e nos demais países na América Latina, levando a um aumento do fluxo de circulação das populações residentes na fronteira, ora num sentido ora em outro, na busca de uma melhor oferta de serviços de saúde. Essa mobilidade vem ocasionando dificuldades para os gestores municipais na região fronteiriça, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil.

Fez-se necessário um diagnóstico de toda a região fronteiriça, a fim de subsidiar a construção de uma política diferenciada para essa região, de forma a minimizar os problemas enfrentados pelos gestores locais e favorecer a implantação de um sistema de saúde pública equânime, integral e universal.

Para atingir esse objetivo, em cada município fronteiriço, por meio do Diagnóstico Local, foram mensuradas quantitativa e qualitativamente: as demandas existentes, a capacidade instalada, os fluxos de assistência e o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental. Foram feitas análises do impacto das ações de vigilância epidemiológica e sanitária desenvolvidas, bem como da cobertura e da qualidade assistencial, integrando os recursos físicos e financeiros.

Embasados em seus respectivos Diagnósticos Locais, os gestores municipais construíram seu Plano Operacional, ferramenta de planejamento e gestão, onde foram apontadas as estratégias para suprir os pontos críticos de seus respectivos municípios.

Desta forma, a implementação do Projeto SIS-Fronteira é um passo inicial para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros, pois consiste em uma oportunidade do gestor local realizar um planejamento detalhado das ações de saúde em sua região, priorizando as áreas que necessitam de maiores incentivos.

O Projeto

Instituído pela Portaria GM/MS nº. 1.120, de 06 de julho de 2005, alterada pela Portaria GM/MS 1.188, de 05 de junho de 2006, o Projeto SIS-Fronteira foi lançado em Uruguaiana/RS em 10 de novembro de 2005.

O Projeto tem por objetivo contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de

saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros, bem como promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira.

Etapas

Após a identificação do público alvo, adotou-se como estratégia de implantação do SIS-Fronteira uma divisão do Projeto em duas etapas, considerando aspectos geográficos e momentos temporais distintos (Figura).

Adesão

Como pré-condição para implantação do Projeto nos municípios fronteiriços, definiu-se que, após manifestação de interesse ao Projeto por parte dos gestores municipais e estaduais, seria encaminhado o *Termo de Adesão ao Projeto SIS-Fronteira* a todos os estados e municípios fronteiriços.

A assinatura do Termo de Adesão, conforme portaria GM/MS nº. 1.189, de 05 de junho de 2006, garantiu o repasse de incentivos financeiros e pactuou a execução das fases do Projeto no município.

Considerando a necessidade de definir compromissos e responsabilidades das partes envolvidas no SIS-Fronteira (esferas Municipal, Estadual e Federal), foi aprovado o Termo Aditivo ao Termo de Adesão, conforme a Portaria GM 3.301, de 22 de dezembro de 2006.

Fonte: SIS-Fronteira/CGEP/DP/SE/MS

Etapa I - 69 municípios nos estados da Região Sul (PR, RS, SC) e MS.

Etapa II - 52 municípios nos estados da Região Norte (AC, AM, AP, PA, RO,RR) e MT.

Os municípios são:

Etapa I

Mato Grosso do Sul – MS (12 municípios)
Antônio João
Aral Moreira
Bela Vista
Caracol
Coronel Sapucaia
Corumbá
Japorã
Mundo Novo
Paranhos
Ponta Porã
Porto Murtinho
Sete Quedas

Paraná – PR (18 municípios)
Barracão
Capanema
Entre Rios do Oeste
Foz do Iguaçu
Guaíra
Itaipulândia
Marechal Cândido Rondon
Mercedes
Missal
Pato Bragado
Pérola d'Oeste
Planalto
Pranchita
Santa Helena
Santa Terezinha de Itaipu
Santo Antônio do Sudoeste
São Miguel do Iguaçu
Serranópolis do Iguaçu

Rio Grande do Sul – RS (29 municípios)
Aceguá
Alecrim
Bagé
Barra do Quaraí
Chuí
Crissiumal
Derrubadas
Dom Pedrito
Doutor Maurício Cardoso
Esperança do Sul
Garruchos
Herval
Itaqui
Jaguarão
Novo Machado
Pedras Altas
Pirapó
Porto Lucena
Porto Mauá
Porto Vera Cruz
Porto Xavier
Quaraí
Roque Gonzales
Santa Vitória do Palmar
Santana do Livramento
São Borja
São Nicolau
Tiradentes do Sul
Uruguaiana

Santa Catarina – SC (10 municípios)
Bandeirante
Belmonte
Dionísio Cerqueira
Guaraciaba
Itapiranga
Paraíso
Princesa
Santa Helena
São José do Cedro
Tunápolis

Etapa II

Acre – AC (17 municípios)
Acrelândia
Assis Brasil
Brasiléia
Capixaba
Cruzeiro do Sul
Epitaciolândia
Feijó
Jordão
Mâncio Lima
Manoel Urbano
Marechal Thaumaturgo
Plácido de Castro
Porto Walter
Rodrigues Alves
Santa Rosa do Purus
Sena Madureira
Xapuri

Amazonas – AM (8 municípios)
Atalaia do Norte
Barcelos
Benjamin Constant
Japurá
Santa Isabel do Rio Negro
Santo Antônio do Içá
São Gabriel da Cachoeira
Tabatinga

Etapa II (Continuação)

Amapá – AP (2 municípios)
Laranjal do Jari
Oiapoque

Mato Grosso – MT (4 municípios)
Cáceres
Comodoro
Porto Esperidião
Vila Bela da Santíssima Trindade

Pará – PA (3 municípios)
Almeirim
Óbidos
Oriximiná

Rondônia – RO (9 municípios)
Alta Floresta D'Oeste
Alto Alegre dos Parecis
Cabixi
Costa Marques
Guajará-Mirim
Nova Mamoré
Pimenteiras do Oeste
Porto Velho
São Francisco do Guaporé

Roraima – RR (9 municípios)
Alto Alegre
Amajari
Bonfim
Caracaraí
Caroebe
Iracema
Normandia
Pacaraima
Uiramutã

FASES:

O Projeto compreende três fases de execução, a serem realizadas em cada município fronteiriço:

Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde quali-quantitativo e elaboração do Plano Operacional.

Ações:

- Harmonização dos parâmetros mínimos e metodologia para a realização do Diagnóstico Local dos municípios fronteiriços;
- Repasse do recurso financeiro aos municípios e às Universidades Federais.
- Elaboração do Diagnóstico Local do município;

Realizado após a definição da metodologia de pesquisa definida em Oficina realizada em Brasília, com a participação de todas as universidades federais parceiras e o Projeto SIS-Fronteira (população-alvo, plano de coleta, análise de dados das pesquisas quantitativa e qualitativa, e cronograma das atividades).

- Elaboração do Plano Operacional do município.

Aponta as necessidades de cada município, atendendo aos pontos críticos identificados no Diagnóstico Local.

A elaboração do Diagnóstico Local quali-quantitativo pelo município, com o apoio da universidade, envolve: identificação da população a ser contemplada nos serviços de saúde; as demandas existentes, a capacidade instalada; os fluxos de assistência; o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde.

O Plano Operacional deverá ser integrante do Plano Municipal de Saúde, validado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual.

O município somente será considerado apto para a Fase II após a validação dos produtos da Fase I (Diagnóstico Local e Plano Operacional) pela CIB, cujo extrato será encaminhado à Coordenação do SIS-Fronteira, para homologação.

Fase II – Qualificação da Gestão, de serviços e ações, e implementação da Rede de Saúde nos municípios fronteiriços.

Ações:

- Execução das metas e ações previstas no Plano Operacional.
- Qualificação das capacidades básicas em gestão de saúde.

FASE III – Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços, conforme Diagnóstico Local definido no Plano Operacional.

Ações:

- Execução das metas e ações previstas no Plano Operacional;
- Implantação de novos serviços e fortalecimento da gestão.

Incentivos Financeiros e Repasse de Recursos

Municípios

O incentivo financeiro específico para as ações de saúde na região, denominado Incentivo à Implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, foi estabelecido de acordo com o cálculo de 40% sobre o Piso de Atenção Básica - PAB. O critério adotado para repasse desse recurso está baseado na execução das fases do Projeto, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 1.189, de 05 de junho de 2006.

Os recursos destinados a Fase I do Projeto são de custeio, e as Fases II e III de custeio e capital, repassados Fundo a Fundo, na categoria econômica que estiver prevista no Plano Operacional apresentado pelo município.

Os recursos financeiros da Fase I foram repassados em parcela única, após assinatura e publicação do Termo de Adesão. Nesta Fase, houve liberação de 30% do montante total de recursos alocados no Projeto.

Os recursos financeiros das Fases II e III serão repassados, em momentos temporais distintos, com a liberação de 35% do montante do recurso, respectivamente, baseado no diagnóstico realizado e de acordo com o Plano Operacional apresentado.

Prazos

Os prazos para a execução do Projeto foram redefinidos no PAC SAÚDE, para o quadriênio 2008-2011.

Parceria com as universidades

O projeto SIS Fronteira prevê um diagnóstico que aborda aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais e assistenciais. Para tanto, o SIS Fronteira, juntamente com o Comitê Permanente e Câmara Técnica de Assessoramento ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, elaborou uma relação de parâmetros mínimos a serem abordados em cada documento.

Tendo em vista a realidade dos municípios fronteiriços brasileiros e preocupados com a capacidade técnica de desenvolvimento de metodologias de pesquisa, além da necessidade de se ter uma equipe multidisciplinar para identificar todos os aspectos abordados nos parâmetros apresentados, a Diretoria de Programa, juntamente com a Coordenação do SIS-Fronteira, identificou a necessidade de se estabelecer um convênio com as universidades federais de cada estado fronteiriço de forma a apoiar os municípios na execução da Fase I do Projeto, que compreende a realização dos Diagnósticos Locais de Saúde e elaboração dos Planos Operacionais.

Sendo assim, o Ministério da Saúde firmou convênio com a Universidade Federal de cada estado fronteiriço (11 Universidades) para apoiar os municípios durante a execução da Fase I.

Dessa forma, esta parceria teve como objetivo o assessoramento das universidades aos municípios fronteiriços na execução da Fase I, de forma a garantir a qualidade do Diagnóstico Local, uma vez que possuem capacidade técnica para a aplicação de metodologia científica na coleta, validação e análise dos dados, bem como na elaboração do Plano Operacional.

Detectou-se, ainda, a necessidade de equipar os municípios para a utilização de sistemas

informatizados para realização do Diagnóstico Local, pois a pesquisa foi desenvolvida com dados primários e secundários, e o Plano Operacional. Para isso, foram previstos recursos de custeio e de investimento, necessários ao desenvolvimento do Projeto, bem como a aquisição de kits de informática que foram cedidos aos municípios, por meio do "*Termo de Cessão de Uso*" durante a execução da Fase I e que, posteriormente, serão doados aos municípios, por meio do "*Termo de Doação de Equipamentos*".

Foi firmado convênio com as Universidades de Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Paraná, por meio de suas respectivas Fundações de Apoio; e, por orientação do Fundo Nacional de Saúde, foi feita uma descentralização direta de recursos para as Universidades Federais do Rio Grande do Sul, Amazonas, Amapá, Acre, Pará, Mato Grosso, Rondônia e Roraima, e não por meio de convênio.

Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao SIS-Fronteira e Câmara Técnica de Assessoramento

O SIS-Fronteira conta com um Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações do SIS-Fronteira e uma Câmara Técnica de assessoramento ao Comitê, instituídos pela Portaria GM/MS nº. 2.107, de 1º de novembro de 2005, alterada pela Portaria GM/MS nº. 488, de 2 de março de 2007, cujo coordenador e demais integrantes são designados por Portaria.

O Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao Sistema de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteira é constituído por representantes da Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão Participativa (SGP), Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul, Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/GM), Consultoria Jurídica (CONJUR), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Câmara Técnica é constituída por representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Articulações e Parcerias

O SIS-Fronteira tem estabelecido articulações e parceiras com outras áreas do Ministério da Saúde e demais Ministérios, integrando diversos programas do Governo Federal. Estas ações estão sendo executadas simultaneamente à execução das Fases do Projeto, de forma a estabelecer políticas transversais que fortaleçam a região de fronteira.

Comentários Finais

O SIS-Fronteira, enquanto Projeto, se constitui numa ferramenta de gestão, que possibilita a identificação da situação da saúde local e das necessidades de cada município fronteiriço, de forma descentralizada, horizontal, embasado no controle social, com a participação dos Conselhos Municipais de Saúde e CIB´s de cada estado fronteiriço, numa ação complementar das três esferas de governo.

Destaca-se a importância de somar esforços, não só do governo federal, mas dos governos estadual e municipal, bem como dos diversos ministérios, para a efetivação do SIS-Fronteira.

O Projeto é estratégico para a saúde, priorizando uma área que necessita de incentivos específicos com vistas a se alcançar os princípios do SUS que são: integralidade, hierarquização, universalidade, eqüidade, descentralização, controle social e regionalização, reconhecendo a importância do espaço territorial de fronteira.

Muitas vezes as fronteiras geopolíticas não coincidem com as fronteiras sanitárias e epidemiológicas, o que determina a necessidade de um olhar diferenciado à região, inclusive para ações de vigilância em saúde.

Além disso, são muito fortes as pressões que incidem sobre os sistemas de saúde dos municípios fronteiriços, do ponto de vista da assistência, do acesso e direito à saúde.

Nas cidades gêmeas, é evidente a necessidade de se ter um diagnóstico da situação de saúde para além dos limites da fronteira geopolítica brasileira, estimulando o planejamento e a coordenação de ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países que compartilham fronteiras entre si.

A implantação do SIS-Fronteira abre possibilidades para organizar a integração no setor saúde, em princípio, dos diversos sistemas locais de saúde da região. Entretanto, é fundamental reconhecer que sua sustentabilidade necessitará de maior aporte financeiro no fortalecimento desta estratégia. Assim, a busca de estratégias multilaterais se faz presente num futuro próximo.

Bibliografia:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.120, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Portaria n.º 2.107, de 1º de novembro de 2005. Institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 14 de nov. 2005; Seção 1, n.218, p.30.

_____. Portaria n.º 1.188, de 5 de junho de 2006. Dá nova redação à Portaria n.º 1.120/GM, que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 6 de jun. 2006; Seção 1, n.107, p.36.

_____. Portaria n.º 1.189, de 5 de junho de 2006. Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 8 de jun. 2006; Seção 1, n.109, p.40.

_____. Portaria n.º 3.301, de 22 de dezembro de 2006. Aprova o Aditivo ao Termo de Adesão do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 26 de dez. 2006; Seção 1, n.246, p.253.

_____. Portaria n.º 448, de 2 de março de 2007. Altera a Portaria n.º 2.107/GM, de 1º de novembro de 2005, que institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 5 de mar. 2007; Seção 1, n.43, p.29.

5.2 Caracterização dos municípios e de seus sistemas locais de saúde na região de fronteira do Paraná

Denise Siqueira de Carvalho
Marilene da Cruz Magalhães Buffon
Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Rogério Andrade Mulinari
Laura Christina Macedo
Cristhiane Aparecida Mariot
Rafael Gomes Ditterich
Magda Eline Guerrart Portugal
Ângela Silvano
Giovana Daniela Pecharki
Luciana Schneider

Introdução

As territorialidades da região de fronteiras apresentam heterogeneidades conseqüentes a interações culturais, políticas e econômicas entre países. No seu cotidiano, além da intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, convivem sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes, decorrentes dessas interações (BOLIS, 1999). Sendo assim, "no contexto atual a região fronteiriça passa por profundas modificações, deixando de ser associada à idéia de limite político e geográfico separando duas nações, para representar um território de integração regional" (MISOCZKY; BORDIN, 2004).

Neste contexto, a atenção à saúde dos munícipes sofre influência do fluxo de estrangeiros ou de brasileiros não residentes do território brasileiro. Isso acontece porque a constituição brasileira reza que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade [...]" (BRASIL, 1988). No entanto há brasileiros e estrangeiros que residem no exterior, mas que têm acesso aos serviços de saúde porque apresentam documentos falsos para comprovarem que residem no país.

Atualmente não há legislação brasileira com referência ao:

> [...] acesso à atenção à saúde, ficando a garantia deste direito dependente do poder discricionário da autoridade local, ainda que seja permitido aos estrangeiros fronteiriços exercer função remunerada, freqüentar escolas e obter Carteira de Trabalho e de Previdência Social brasileiras. (GIOVANELLA et al, 2007).

Ademais, em decorrência do princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo a atenção à saúde necessária, sem qualquer custo, para o indivíduo. Conseqüentemente, os municípios fronteiriços brasileiros têm dificuldades em prover aos seus munícipes a atenção integral à saúde, devido à população flutuante de estrangeiros e brasileiros residentes no exterior que busca atendimento no SUS e, principalmente, devido à inexistência de uma política de atendimento para esta população e à indefinição de financiamento das ações de saúde na região de fronteira, quer seja: federal, estadual ou municipal.

Em vista das considerações acima, estudos têm evidenciado que nos sistemas municipais de saúde nas regiões de fronteira,

> [...] a falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de

procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. (GADELHA; COSTA, 2007).

A Universidade Federal do Paraná, enquanto parceira do Projeto SIS-Fronteiras, foi co-responsável pela elaboração do diagnóstico de 18 municípios paranaenses situados em áreas fronteiriças com o Paraguai e Argentina, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado e Secretarias Municipais de Saúde. Esses diagnósticos tiveram como objetivo identificar e mensurar quantitativa e qualitativamente as demandas existentes, a capacidade instalada dos municípios, os fluxos de assistência e o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental.

O processo participativo de elaboração de cada diagnóstico local se desenvolveu por meio de pesquisa com dado secundário e pesquisa de campo com abordagem qualitativa e quantitativa. Esses diagnósticos foram imprescindíveis para o levantamento e análise de pontos críticos a serem trabalhados nos Planos Operacionais requeridos para o Projeto SIS-Fronteiras, a serem operacionalizados em cada um dos municípios, a fim de aprimorar os serviços de assistência à saúde de sua população e promover o desenvolvimento tecnológico e qualificação da gestão em saúde.

Neste capítulo são apresentadas características gerais dos municípios fronteiriços de cada regional de saúde do Paraná, com o objetivo de evidenciar a heterogeneidade de suas territorialidades, bem como as semelhanças entre elas, no tocante a: (i) aspectos geográficos, tipo e acesso das fronteiras entre países, aspectos demográficos e sócio-econômicos; (ii) fluxos, trânsitos e aspectos relativos à vigilância na região de fronteira; (iii) estrutura, acesso e demanda para serviços dos Sistemas Locais de Saúde.

Características dos municípios

Os 18 municípios fronteiriços paranaenses distribuem-se em três Regionais de Saúde (RS). Na 8ª RS encontram-se os municípios de: Barracão, Capanema, Pérola d'Oeste, Planalto, Pranchita, Santo Antônio do Sudoeste; na 9ª RS, os municípios de: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Missal, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu, Serranópolis do Iguaçu; e na 20ª RS os municípios de: Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Pato Bragado, Santa Helena (Figura).

As características geográficas de cada uma das regionais pesquisadas determinam os tipos de acessos que ligam os municípios fronteiriços do Paraná aos outros municípios, estados (Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) e países vizinhos (Paraguai e Argentina). O acesso pode ser realizado por via terrestre, fluvial, lacustre e aérea, existindo pontos de passagem alfandegária, além de vários locais de passagem sem barreiras físicas, o que permite trânsito livre de pedestres, sem um controle formal.

Os municípios pesquisados que compõem a 8ª RS possuem como principais vias de acesso: terrestre e fluvial. Com relação a este último, podem-se destacar os municípios de Pérola D´Oeste e Pranchita, cuja porta de entrada da população estrangeira e residente na República Argentina se dá por meio do Rio Santo Antônio.

Neste contexto, entretanto, há uma particularidade que inclui o município paranaense de Barracão que faz divisa com Dionísio Cerqueira, localizado no Estado de Santa Catarina e com a Província de Missiones, situada no extremo oriente da Argentina, formando as cidades trigêmeas separadas por linhas imaginárias.

Os municípios pesquisados integrantes da 9ª RS permitem acesso terrestre, fluvial, lacustre e aéreo junto ao Paraguai e Argentina. Convém ressaltar que os municípios de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu se limitam com os dois países.

Do mesmo modo que a 9ª RS, os municípios da 20ª RS permitem acesso terrestre, fluvial, lacustre e aéreo. Pato Bragado e Mercedes têm acesso rodoviário com o Paraguai, Marechal Cândido Rondon, por meio do lago artificial de Itaipu, assim como Santa Helena, que possui fácil acesso rodoviário.

A ponte fluvial de Guaíra é considerada a maior ponte fluvial do Brasil e interliga o Paraná ao Mato Grosso do Sul. O município tem o Rio Paraná como divisor territorial com o Paraguai, e os acessos ocorrem na sua grande maioria por meio rodoviário, fluvial e aéreo.

Na 8ª RS os municípios mais populosos são Capanema e Santo Antônio do Sudoeste, ambos com população aproximada de 17.000 habitantes (IBGE, 2000). Os municípios de Pranchita, Barracão, Capanema e Santo Antônio do Sudoeste têm suas populações principalmente na área urbana.

O município mais populoso da 9ª RS é Foz do Iguaçu com uma população estimada de 301.409 habitantes, seguido pelo município de Santa Terezinha de Itaipu com população estimada de 21.489

habitantes (IBGE, 2000). Os municípios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu têm suas populações principalmente na área urbana.

Já na 20ª RS, o município mais populoso é Marechal Cândido Rondon com 45.372 habitantes, seguido por Guaíra com 28.659 e Santa Helena com 20.491 habitantes (IBGE, 2000). Os municípios de Guaíra, Entre Rios do Oeste e Pato Bragado têm populações predominantemente urbanas (IBGE, 2000).

Os municípios de Pranchita (8ª RS), Itaipulândia, Missal, Serranópolis do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu (9ª RS) e Entre Rios do Oeste, Mercedes e Pato Bragado (20ª RS) foram criados a partir da década de 80.

A distribuição da população por sexo é relativamente homogênea nas três RS. Com relação à faixa etária, esta se apresenta em semelhante proporção na 8ª e 20ª RS. No entanto, Capanema e Santo Antônio do Sudoeste (8ª RS), juntamente com a 9ª Regional concentram uma população composta em sua maioria por jovens e adultos, entre 20 a 50 anos.

A taxa de crescimento geométrico anual de 2000 a 2007 nas três RS variou de - 1,7% em Pranchita a 4,3% em Itaipulândia, com média de 0,8% e mediana de 1,0% (BRASIL, 2007). Observa-se somente na 8ª RS uma predominância de municípios com taxa de crescimento anual negativa. Essa tendência de decréscimo populacional pode ser explicada pelo aumento do êxodo rural devido à pequena inserção na economia local, fazendo com que a população jovem procure outros meios de sobrevivência e trabalho em cidades maiores.

Com relação à taxa bruta de natalidade, verificou-se nos últimos cinco anos uma redução nos municípios pesquisados. Segundo dados disponibilizados pelo DATASUS no ano de 2005, esta taxa variou de 7,2 nascidos vivos por 1000 habitantes em Serranópolis do Iguaçu a 19,2 em Guaíra, sendo a média e mediana no valor de 14,6. No estado do Paraná a taxa média foi de 15,6 no mesmo ano (BRASIL, 2007).

Os municípios da 8ª, 9ª e 20ª RS do Paraná apresentam expectativa de vida ao nascer entre 66,1 no município de Santo Antônio do Sudoeste e 77,4 anos em Santa Helena, com média de 71,7 e mediana de 71,8 anos (IPARDES, 2007). Para o estado do Paraná a expectativa de vida no ano 2000 foi de 71,9 anos (IBGE, 2000) e a estimativa para 2004, 73,2 anos (BRASIL, 2007).

No que se referem aos aspectos socioeconômicos dos municípios fronteiriços pesquisados, alguns indicadores municipais de qualidade de vida foram ressaltados de acordo com as peculiaridades existentes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) varia de 0,715 no município de Santo Antônio do Sudoeste a 0,847 no município de Entre Rios do Oeste, com média 0,790 e mediana de 0,789 (IPARDES, 2007). O estado do Paraná possui IDH-M de 0,814 (PNUD, 2000).

Os municípios avaliados pertencentes à 8ª, 9ª e 20ª RS apresentam economia predominantemente relacionada ao setor agropecuário. Já alguns municípios, como por exemplo, Foz do Iguaçu e Guaíra, têm atividades econômicas diversificadas, envolvendo desde o setor primário (agropecuária), turismo, comércio, prestação de serviços até o setor industrial.

A taxa de analfabetismo varia de 4,0% no município de Marechal Cândido Rondon, integrante da 20ª RS, a 19,5% em Planalto (8ª RS). Informações coletadas a partir de dados oficiais (IPARDES, 2007) revelam que a proporção de pobres e miseráveis varia consideravelmente, de 2,1% (Capanema) a 31,4% (São Miguel do Iguaçu).

Fluxos, trânsitos e vigilâncias

A dinâmica da população flutuante na região de fronteira no Paraná está condicionada às condições turísticas, sociais e econômicas características de cada região. É grande o fluxo de brasileiros que trafegam na Tríplice Fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. Os municípios da 8ª RS, em geral, fazem fronteira com a Argentina; os da 9ª RS, com o Paraguai (com exceção de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu - que são vizinhos também da Argentina - e de Serranópolis do Iguaçu - que faz fronteira apenas com a Argentina); e os da 20ª RS, com o Paraguai. Durante os períodos de plantio (agosto e setembro) e colheita (janeiro e fevereiro) muitas pessoas buscam os municípios fronteiriços brasileiros à procura de trabalho temporário e de assentamentos rurais. Também é grande o fluxo de caminhoneiros.

Embora as ações básicas de Vigilância Sanitária dos municípios estudados sejam realizadas de acordo com a legislação em vigor e com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2007), na maioria das vezes se restringem a questões pontuais. Os pequenos municípios quei-

xam-se da carência de profissionais e dificuldades de se estabelecer uma política eficaz na área da Vigilância Sanitária. Um ponto crítico é a falta de integração das ações nesta área entre os países vizinhos que estão submetidos a legislações diferentes. Mesmo as diferenças das legislações entre as unidades federativas brasileiras, de controle sanitário de alimentos e controle animal, são fatores dificultadores dessa atuação.

Além disso, há uma peculiaridade sócio-política: brasileiros residentes no Paraguai, conhecidos como brasiguaios. No ano de 1967, o governo paraguaio aboliu a lei que proibia a compra por estrangeiros de terras na faixa de 150 km de suas fronteiras (SPRANDEL, 2006). A partir de 1970 começou a imigração maciça de brasileiros, principalmente do estado do Paraná. Os agricultores tiveram suas propriedades invadidas pelo espelho d'água da barragem do rio Paraná e receberam indenizações insuficientes para a compra de novas terras no Brasil. Além disso, a crescente mecanização da produção de soja no Paraná resultou na concentração de extensas áreas de plantio de posse de grandes empresas. Em conseqüência disso, os pequenos agricultores brasileiros precisaram adquirir as terras do outro lado da fronteira.

Em 1985, houve a volta de aproximadamente mil famílias de arrendatários e pequenos agricultores, que diante das adversidades ligadas à sobrevivência se organizaram com o apoio da Comissão Pastoral da Terra e voltaram para o Brasil, instalando-se em Mundo Novo-MS, fronteira seca com o Paraguai (CORTÊZ, 1994).

Existe uma significativa preocupação diante do impasse ético e humanitário no atendimento de brasileiros residentes no exterior, levantada na pesquisa qualitativa do projeto SIS-Fronteiras no Paraná:

> *[..] difícil você colocar uma linha de separação, porque na realidade um morador do Paraguai quando ele se depara com um problema, com um agravo ou qualquer outro problema de saúde ele vem pra cá, e o município aqui mais próximo, que tem uma condição ainda melhor, é o nosso, então ele acaba vindo pra cá... (7GRT).*
>
> *Então falta resolver um problema de saúde de fronteira [...] definir com essa população essa falta de limite que não deve existir mesmo [...] porque eu acho que considera-se aqui hoje uma grande região sanitária não como a região de limites entre os países, e sim uma grande região sanitária que deve ser encarada pelo Ministério da Saúde com uma estratégia comum, porém falta regulamentação para isso (7FZT)*

A própria estrutura de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de alguns municípios fronteiriços paranaenses atrai a população residente nos países vizinhos. A utilização dos serviços por parte de populações estrangeiras gera sub-registros e dificuldade de planejamento de ações:

> *A linha limítrofe [...] ela quase não existe, porque nós não podemos barrar a ambulância na ponte, a Polícia Federal não pode barrar a ambulância na ponte. E como fazer? Eles pegam um inconsciente, um caso grave no Paraguai e põem na nossa porta, então o que vamos fazer? (7FZQ1).*

Há dificuldades em quantificar a demanda de estrangeiros e brasileiros residentes no exterior, pois segundo os 18 municípios estudados não há sistema de informação de registro desta clientela, que se movimenta em fluxo na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Certamente, essa mobilidade gera impacto para a gestão e ações da vigilância em saúde dos municípios brasileiros:

> *É uma linha imaginária só, porque ela não existe no sentido real. A gente atende pacientes de lá. Nós, não... não tenho visto brasileiros que vão pra lá, agora, vêm muitos de lá para cá. Tanto os brasileiros que moram lá do outro lado da fronteira, como argentinos mesmo têm procurado (7PEP1).*
>
> *[...] fisicamente ela é muito fácil de ser transposta, né!? Do lado argentino o atendimento da saúde é bastante precário. Se eles querem uma coisa assim mais especializada, por exemplo, uma cirurgia, um parto, [...] a cidade que pode oferecer pra eles fica a 160 Km. Olha, eles têm que ter comprovante de naturalidade, né. Claro! O atendimento de saúde de lá não é universal. Tem que ter ou um contrato, ou a assistência social, mas ele não é universal (MH1).*

Ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas têm sido desenvolvidas satisfatoriamente pela equipe dos municípios, embora existam dificuldades referentes à estrutura física, recursos humanos, sobrecarga de funções, falta de equipamentos de informática e deficiências no acesso e no uso dos Sistemas de Informação em Saúde para monitoramento das condições de saúde.

> *Prevenção em termos de não deixar passar uma gestante sem pré-natal, não deixar passar uma criança sem vacina. [...] trabalhando com as agentes comunitárias de saúde, na área da dengue [...] estamos tentando tirar todos os animais de dentro do município, que causam doenças, é, que causam contaminação, por exemplo. (25PES)*

A Vigilância Epidemiológica, para ser efetiva, necessita contemplar dados populacionais, incluindo fluxos migratórios transfronteiriços, além de fortalecer o sistema de informação em saúde e o registro da cobertura e calendário vacinal.

A Vigilância Ambiental configura-se como a área que também requer investimentos dos municípios fronteiriços, pois na maioria dos municípios não há uma equipe específica, e quando há, ela é desvinculada da Secretaria de Saúde. O diagnóstico e monitoramento das condições ambientais permitem a antecipação da identificação de possíveis danos à saúde e possibilidades de ações preventivas.

Em Foz do Iguaçu, entre as metas propostas pelo Plano de Gestão do Município para 2005-2008[1], constam: implantar, implementar e monitorar a vigilância da água para o consumo humano, as ações de vigilância da qualidade do ar e as ações de vigilância do solo; realizar convênio com instituições reconhecidas pelo poder público para monitorar a qualidade da água, ar e solo; realizar o mapeamento dos pontos críticos da cidade - relatório completo e posteriormente buscar soluções; realizar diagnóstico da destinação dos resíduos sólidos urbanos; bem como fiscalizar e buscar soluções, estruturar uma equipe para as ações de Vigilância Ambiental.

Por ser área de fronteira, torna-se imprescindível a discussão de uma política mais abrangente e intermediada pelas instâncias federais dos países limítrofes para o desenvolvimento de uma política ambiental voltada à região, dando suporte à estruturação de equipes de trabalho e seu adequado funcionamento.

Sistemas locais de saúde: estrutura, acesso e demanda

A estrutura de serviços de atenção à saúde dos Sistemas Locais dos 18 municípios fronteiriços está alicerçada na atenção básica em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com exceção do município de Marechal Cândido Rondon, nos demais a atenção básica está organizada na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para facilitar a visualização da estrutura dos serviços de saúde dos sistemas municipais, apresentam-se no Quadro 1 os principais problemas dos Sistemas de Saúde Locais, de acordo com as regionais.

Na maioria desses municípios não existe serviço próprio de média e alta complexidade nem de apoio diagnóstico suficientes para a demanda. Há centros de saúde, que embora sejam assim chamados, apresentam estrutura de UBS.

Nos pequenos municípios existem hospitais de pequeno porte e baixa complexidade (quase sempre conveniados) e, em três desses não há hospitais em funcionamento. Os municípios relatam dificuldades com Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), principalmente porque faltam cotas para realização de mamografias e ultrassonografias. A maioria dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutica é contratada ou conveniada. Também são unânimes as dificuldades em realizar encaminhamentos para internação em serviços de maior complexidade, sendo os municípios pesquisados de Foz do Iguaçu e Marechal Cândido Rondon referência para atenção terciária e quaternária.

A quantidade de consultórios odontológicos nos serviços municipais de saúde é suficiente, porém são subutilizados por falta de profissionais. No que se refere aos sistemas de vigilância, todos os municípios apresentam as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária instaladas, mas a atuação é fragmentada e incipiente. Na maioria dos municípios não há serviço de Vigilância Ambiental, e naqueles que apresentam, está vinculado à Secretaria de Meio Ambiente. Já Foz do Iguaçu possui um sistema muito rico de registro e uma boa organização das vigilâncias, sendo referência para outros municípios fronteiriços.

A pesquisa qualitativa com os informantes-chaves revelou a atuação incipiente dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), com exceção do município de Foz do Iguaçu, que apresenta fortalecimento do controle social e da participação popular.

Tendo em vista que o município de Foz do Iguaçu apresenta maior complexidade e é referência para os demais, são realizadas algumas considerações sobre a estrutura de seus serviços.

O Sistema de Saúde de Foz do Iguaçu tem uma estrutura de rede de atenção básica organizada sobre a lógica de Distritos Sanitários ainda deficitária, embora em transformação, pois várias unidades têm sido reformadas ou construídas.

Todavia, a estrutura da rede de atenção de média e alta complexidade no município de Foz do Iguaçu é deficitária, no tocante ao número de leitos hospitalares. À época da elaboração do Plano Muni-

1 FOZ DO IGUAÇU. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. [mimio].

cipal de Saúde (PMS) de 2005-2008[2], Foz do Iguaçu contava com 3 hospitais conveniados ao SUS, com uma oferta de 358 leitos cadastrados à população do município e região (uma vez que Foz do Iguaçu é referência de atenção terciária e quaternária para os 9 municípios que integram a 9ª RS). Isto representava 1,18 leitos por 1000 habitantes, o que já estava aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde (1,86 leito por 1000 hab). Segundo o referido plano, em 2005 o município tinha 276 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) ao mês, pactuadas com outros municípios, principalmente da 9ª Regional de Saúde. Porém as unidades hospitalares do município de Foz do Iguaçu, por serem de média e baixa complexidade, e devido à distância, não foram resolutivas quanto ao problema da falta de leitos nas cidades[2]. Essa situação se agravou com a desativação de leitos da Santa Casa em 2005, e em conseqüência disso foi planejada a construção do atual hospital municipal.

O maior percentual de mortalidade no município (27,73%) é devido a causas externas (acidentes, homicídios, suicídios, mortes violentas em geral) seguidas das doenças do aparelho circulatório (22,4%). Considerando somente essas duas causas de morte, justifica-se a necessidade de uma cobertura expressiva de serviços de internação, de urgência e emergência e de alta complexidade. A rede de média e alta complexidade é predominantemente privada contratada.

As informações sobre acesso e demanda de brasileiros e estrangeiros no período da pesquisa de campo do Projeto SIS-Fronteiras estão expostas nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Para todos os atendimentos registrados, foi caracterizada a nacionalidade do usuário, priorizando as informações sobre nacionalidade: brasileira, paraguaia e argentina. Há de se considerar que na nacionalidade brasileira estão contabilizados tanto os brasileiros residentes no exterior quanto em outros municípios do país. É necessário destacar que há possibilidade de existirem pessoas com dupla cidadania (documentação tanto brasileira quanto estrangeira) e que naquele momento se apresentaram como brasileiros. Da mesma forma, foi registrado o país de residência dos usuários atendidos nos serviços de saúde que buscaram atendimento no período da pesquisa, priorizando as informações sobre residência no território brasileiro, paraguaio e argentino. Entretanto, por meio de entrevistas com os profissionais de saúde, foram citadas situações de compra de comprovantes de residência que proporcionam o atendimento no sistema municipal de saúde de alguns municípios. A linha "outro local de residência" enumera a quantidade de pessoas residentes em outros municípios no Brasil.

As principais demandas dos usuários junto aos serviços de saúde, em todas as regionais foram: procura por consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); busca de medicamentos e atendimento odontológico; além de vacinação. Isso reforça a idéia do atendimento centrado no modelo de assistência biomédico.

Os principais motivos de procura pelo atendimento nos serviços de saúde dos municípios pesquisados, tanto para os residentes quanto para os não residentes pertencentes à 8ª RS, em ordem decrescente, foram: as consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); busca de medicamentos e vacinação.

Em relação às pessoas residentes nos municípios da 9ª RS, verificou-se que os procedimentos mais realizados nos serviços de saúde, em ordem decrescente, foram: consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); atendimento de enfermagem; e consultas odontológicas. Já a população estrangeira procurou os serviços de vacinação, consulta clínica e distribuição de medicamentos, em maior intensidade. Os argentinos buscaram mais o atendimento de urgência.

Devido ao acesso fácil ao Brasil por meio da Ponte da Amizade, o município de Foz do Iguaçu apresenta o problema do atendimento a estrangeiros agravado. Em Foz do Iguaçu os principais motivos de procura e/ ou procedimentos nos serviços de saúde foram: busca de medicamentos e consultas nas áreas de clínica médica, pediátrica, ginecológica, obstétrica e outras especialidades. Já a população estrangeira e de brasileiros residentes no exterior busca mais medicação e consultas médicas.

Também ocorre aumento da demanda decorrente de assentamentos ilegais de trabalhadores rurais no município de Missal, cujos moradores buscam solução para seus problemas na unidade mais próxima.

Nas cidades avaliadas da 20ª RS os principais procedimentos identificados nos serviços de saúde, em ordem decrescente, foram: consultas (de clínica médica, de pediatria, de ginecologia, de outras especialidades e de obstetrícia); consultas odontológicas; e busca de medicamentos. Os motivos da procura por atendimento de estrangeiros e brasileiros residentes no exterior foram: vacinação; consultas (principalmente clínica médica e especialidades); consulta odontológica; distribuição de medicamentos; e exa-

2 FOZ DO IGUAÇU. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. [mimio].

mes complementares.

Com exceção de Pato Bragado e Foz do Iguaçu, nos demais municípios o atendimento a estrangeiros nos serviços municipais de saúde não chega a representar 2% da demanda. Essa informação é relevante, considerando a complexidade do atendimento a estrangeiros. A pesquisa qualitativa revelou a preocupação com essa clientela que geralmente chega em situação de risco, tal como: desnutrição; último trimestre de gestação sem acompanhamento; complicações de doenças crônicas; e infecto-contagiosas.

Quanto ao acesso, observa-se que nos municípios avaliados da 8ª RS, em média, 82,2% (77,8 a 96%) das situações, o atendimento ocorreu no próprio serviço e no mesmo dia em que a busca foi realizada. Nos municípios da 9ª RS, em média, 89,2% (83 a 95%) das situações, o atendimento foi no próprio serviço e no mesmo dia. Sendo que, em Foz do Iguaçu, em média, 90% o atendimento foi no próprio serviço e no mesmo dia. Nos municípios da 20ª RS, em média, 91,3% (86 a 95%) das situações, o atendimento também foi no próprio serviço e no mesmo dia.

Nos resultados dos municípios participantes do Projeto SIS-Fronteiras do Paraná constatou-se um alto índice de resposta às necessidades da população por parte dos profissionais de saúde no mesmo dia de busca ao serviço. Entretanto, seria necessário avaliar a quantidade de retornos aos serviços para que seja possível a análise de sua resolubilidade.

Os resultados da pesquisa qualitativa com informantes-chave dos municípios fronteiriços paranaenses confrontados com as informações obtidas com dados secundários permitiram um levantamento dos principais problemas dos seus respectivos Sistemas Locais de Saúde. Os problemas foram caracterizados em atenção, vigilância e gestão à saúde e os municípios segundo a sua regional de saúde (Quadro 1).

Em relação à assistência à saúde, na maioria dos municípios observa-se que o modelo assistencial prioriza ações curativas em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Não há ações intersetoriais para a resolução de problemas de saúde. Existe demanda reprimida para serviços de média e alta complexidade, agravada pela demanda ampliada por estrangeiros e brasileiros residentes no exterior. Há necessidade de melhorar a qualidade da assistência mediante a ampliação do número e qualificação de profissionais.

Sobre a Vigilância em Saúde, problemas pontuais nos municípios fronteiriços são identificados de acordo com suas especificidades locais. Já em relação à gestão, a maioria dos municípios sofre com o financiamento de ações de saúde incompatível com a realidade de saúde da sua população. Destaca-se que os municípios de Itaipulândia, Foz do Iguaçu, Santa Helena e Guaíra apresentam dificuldades no planejamento das ações de saúde em decorrência da imprecisão da população flutuante no município.

Considerações finais

Apresentou-se neste capítulo uma síntese global dos diagnósticos de saúde de municípios fronteiriços do estado do Paraná, realizados no desenvolvimento do projeto SIS-Fronteiras, como requisito para a realização dos Planos Operacionais que fundamentassem a necessidade de recursos previstos neste projeto.

Foi possível descrever algumas características sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas e ambientais que definem as situações de vida e condições de saúde das populações desses municípios fronteiriços e seus reflexos nos Sistemas Locais de Saúde.

Os municípios fronteiriços paranaenses apresentam um fluxo de estrangeiros que utilizam Sistema Local de Saúde, os quais têm principalmente por meio dos serviços de urgência e emergência. Notadamente, os paraguaios utilizam o sistema devido à carência de serviços de saúde em seu país.

Os recursos do SIS-Fronteiras destinam-se à qualificação da assistência à saúde e ao fortalecimento do Sistema de Saúde de municípios fronteiriços. Ações podem ser realizadas no município para qualificar e fortalecer o Sistema Local de Saúde, mas para isso o município depende de recursos financeiros federais, principalmente no tocante à ampliação e manutenção da capacidade instalada na atenção básica, de média e de alta complexidade; à capacitação de seus recursos humanos, à informatização da rede, à integração das ações de vigilância em saúde.

No entanto, o problema da saúde na fronteira requer ações que fogem ao âmbito municipal. Requer regulamentação sobre o atendimento a estrangeiros e a brasileiros residentes no exterior nos Sistemas Locais de Saúde de municípios fronteiriços, bem como elucidação e previsão de recursos financeiros

para tal.

Contudo, apesar do esforço do projeto SIS-Fronteiras em qualificar a assistência e fortalecer os Sistemas Locais de Saúde, sem a regulamentação referida, ainda haverá demanda de brasileiros residentes no Paraguai e de estrangeiros por serviços de saúde nesses municípios fronteiriços que, conseqüentemente, não terão capacidade de manter o custeio dessa demanda. Essa situação poderá reverter em precariedade do atendimento às necessidades de saúde de seus munícipes.

Figura 1 - Mapa dos 18 municípios fronteiriços do Paraná

Figura 2 - Mapa detalhado dos 18 municípios fronteiriços do Paraná.

	PROBLEMA	MUNICÍPIO																	
		8ª REGIONAL DE SAÚDE							8ª REGIONAL DE SAÚDE							20ª REGIONAL DE SAÚDE			
		Barracão	Capanema	Pranchita	Planalto	Pérola D'Oeste	Santo Antônio	Italipulândia	Foz do Iguaçu	Missal	Santa Terezinha	São Miguel	Serranópolis	Guaíra	Pato Bragado	Entre Rios	Marechal	Santa Helena	Mercedes
Assistência	Necessidade de ampliação e qualificação de profissionais																		
	Ausência de intersetorialidade																		
	Modelo baseado em ações curativas																		
	Demanda ampliada por estrangeiros e brasileiros residentes no exterior																		
	Demanda reprimida para serviços de média e alta complexidade																		
	Ausência de sistema informatizado																		
Vigilância	Dengue																		
	Hanseníase																		
	Doenças infecciosas																		
	Doenças parasitárias																		
	Doenças crônicas não-transmissíveis																		
	Saneamento básico																		
	Agrotóxicos																		
	Acidentes de trabalho																		
	Ações inconsistentes																		
	Dificuldade de monitoramento das ações de Vigilância em Saúde																		
	Falta de dados consolidados e vinculados entre as vigilâncias																		
	Ausência alimentação periódica dos bancos de dados em saúde																		
Gestão	Financiamento aquém das necessidades																		
	Orçamento extremamente dependente da transferência de recursos																		
	Dificuldade de planejamento com relação à população flutuante																		
	Estrutura de rede de atenção básica deficitária																		
	Estrutura da rede de atenção de média e alta complexidade deficitária																		
	Indefinição da responsabilidade pelo financiamento do sistema de saúde na fronteira																		
	Ausência de regulamentação de uma política específica para o atendimento a estrangeiros e brasileiros residentes no exterior																		

Fonte: Diagnósticos Locais de Saúde de 18 municípios do projeto SIS-Fronteira-Paraná, 2007.

Quadro 1 - Principais problemas dos sistemas de saúde dos 18 municípios fronteiriços do Paraná

Tabela 1 - Descrição de Sistemas Locais de Saúde de 18 municípios do Projeto SIS-Fronteiras do Paraná.

8ª Regional	Descrição dos Sistemas Locais de Saúde							
	DS	US	ESF (cobertura%)	ESB	CS	PA	Hospital	CEO
Barracão	-	06	03 (85.1%)	-	01	-	01	-
Capanema	-	10	05 (90.0%)	05	01	-	01	-
Pérola D'Oeste	-	03	02 (106.3%)	03	01	01	-	-
Planalto	-	05	04 (86.8%)	01	01	01	01	-
Pranchita	-	02	02 (100.0%)	02	01	-	02	-
Santo Antônio	-	07	02 (90.0%)	01	-	-	01	-
9ª Regional	**DS**	**US**	**ESF (cobertura%)**	**ESB**	**CS**	**PA**	**Hospital**	**CEO**
Foz do Iguaçu	05	42	29 (70.0%)	17	-	02	07	-
Missal	-	03	02 (76.5%)	03	01	-	01	-
São Miguel	-	06	06 (68.1%)	06	-	01	01	-
Santa Terezinha	-	03	03 (60.4%)	-	01	01	-	01
Itaipulândia	-	03	03 (124.0%)	-	01	-	01	-
Serranópolis	-	01	01 (88.3%)	-	-	-	-	-
20ª Regional	**DS**	**US**	**ESF (cobertura%)**	**ESB**	**CS**	**PA**	**Hospital**	**CEO**
Entre Rios	-	01	01 (100.0%)	-	-	-	01	-
Guaira	-	11	04 (59.1%)	03	-	17	02	-
Marechal	-	15	-	-	-	01	-	-
Mercedes	-	02	02 (100.0%)	02	-	-	-	-
Pato Bragado	-	01	01 (100.0%)	-	01	-	01	-
Santa Helena	-	08	(139.7%)	-	01	01	04	-

Fonte: Diagnósticos Locais de Saúde de 18 municípios do Projeto SIS-Fronteiras-Paraná, 2007.

Nota: DS-Distrito Sanitário; US-Unidade de Saúde; ESF-Estratégia Saúde da Família, ESB-Equipe de Saúde Bucal; CS-Centro de Saúde; PA-Pronto-Atendimento; CEO-Centro de Especialidades Odontológicas.

Tabela 2 - Nacionalidade (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 8ª Regional de Saúde do Paraná.

Nacionalidade	Pérola D'oeste	Pranchita	Barracão	Capanema	Santo Antonio do Sudoeste	Planalto
Brasileira	98.4%	99.6%	99.5%	99.6%	99.5%	98.2%
Paraguaia	0.5%	0.2%	0.05%	0.2%	0.1%	0.4%
Argentina	1.1%	0.2%	0.4%	0.2%	0.3%	1.3%
Outra	0.0%	0.0%	0.05%	0.0%	0.0%	0.1%

Tabela 3 – Nacionalidade (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 9ª Regional de Saúde do Paraná

.

Nacionalidade	Itaipulândia	Missal	Serranópolis do Iguaçu	Santa Terezinha do Itaipu	São Miguel do Iguaçu	Foz do Iguaçu
Brasileira	97.6%	97.6%	97.5%	98.0%	99.1%	97,7%
Paraguaia	1.5%	1.8%	0.8%	1.8%	0.7%	1,5%
Argentina	0.0%	4.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0,2
Outra	0.9%	0.0%	1.7%	0.1%	0.0%	0.6%

Tabela 4 – Nacionalidade (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 20ª Regional de Saúde do Paraná

Nacionalidade	Guaíra	Mercedes	Marechal C. Rondon	Pato Bragado	Entre Rios do Oeste	Santa Helena
Brasileira	98.9%	98.8%	99.5%	95.0%	99.2%	98.1%
Paraguaia	0.9%	1.2 %	0.5%	5.0%	0.6%	1.7%
Argentina	0.1%	0.1 %	0.0%	0.0%	0.2%	0.02%
Outra	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.12%

Tabela 5 – Local de residência (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 8ª Regional de Saúde do Paraná

Local de residência	Pérola D'oeste	Pranchita	Barracão	Capanema	Santo Antonio do Sudoeste	Planalto
No município	98.9%	91.2%	99.5%	97.1%	98.9%	97.2%
Paraguai	0.5%	0.0%	0.05%	0.0%	0.1%	0.1%
Argentina	0.6%	0.1%	0.4%	0.1%	0.3%	2.0%
Outra localidade	0.0%	8.7%	0.05%	2.8%	0.7%	0.8%

Tabela 6 – Local de residência (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 9ª Regional de Saúde do Paraná

Local de residência	Itaipulândia	Missal	Serranópolis do Iguaçu	Santa Terezinha do Itaipu	São Miguel do Iguaçu	Foz do Iguaçu
No município	99.3%	98.7%	98.7%	98.0%	99.0%	98,7%
Paraguai	0.1%	0.1%	0.1%	1.2%	0.2%	1,1%
Argentina	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0,0
Outra localidade	0.6%	1.2%	1.2%	0.7%	0.6%	0.1%

Tabela 7 – Local de residência (%) dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de saúde no período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 20ª Regional de Saúde do Paraná

Local de residência	Guaíra	Mercedes	Marechal C. Rondon	Pato Bragado	Entre Rios do Oeste	Santa Helena
No município	95.5%	81.0%	96.0%	92.1%	97.6%	96.5%
Paraguai	1.9%	14.3%	3.2%	7.1%	0.7%	1.2%
Outra localidade	2.7%	4.8%	0.8%	0.8%	1.7%	2.2%

Referências:

BOLIS, M. **Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC**. Washington DC: OPS, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Legislação**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Legis/index.htm>. Acesso em: 07 Abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

CORTÊZ, C. **Brasiguaios**: os refugiados desconhecidos. s. l. Brasil Agora, 1994.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Sup 2, p. S 214-26, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Suppl 2, p S251-66, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas do ano 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **BDE – Bases de Dados do Estado nos anos de 2000, 2006**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 236 p.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Bases de Dados do ano de 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estudos Avançados** [periódico na Internet] v. 20, n. 57, p. 137-56, Mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Abr. 2007.

Bibliografia:

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Barracão**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Capanema**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Entre Rios do Oeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Foz do Iguaçu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Guaíra**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Itaipulândia**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Marechal Cândido Rondon**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Mercedes**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Missal**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pato Bragado**. Curitiba; 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pérola D´Oeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Planalto**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pranchita**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santa Helena**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santa Terezinha de Itaipu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santo Antônio do Sudoeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de São Miguel do Iguaçu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Serranópolis**. Curitiba, 2007.

5.3 O Projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul

Edson Mamoru Tamaki
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Maria Elizabeth Ajalla
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Introdução

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, através do Projeto SIS FRONTEIRAS, implementado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, executou um projeto cujo foco principal foi a realização de um diagnóstico de saúde nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul visando contemplar as particularidades e as reais necessidades de saúde da população fronteiriça do país.

Considerando que a Etapa 1 desse projeto envolveria os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul, tendo cada um como parceiro a respectiva Universidade Federal, foi promovido pela Coordenação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS reuniões entre essas universidades para estabelecer abordagens e estratégias para o desenvolvimento do projeto em cada estado. Estabeleceu-se que se buscariam bases comuns para a metodologia de elaboração do diagnóstico local de saúde e que se criariam instrumentos apropriados para a sua implementação em cada estado. Definiu-se também como estratégia o assessoramento aos municípios para a elaboração do diagnóstico de forma que eles se apropriassem de uma capacidade de planejamento e programação em saúde.

Na Constituição do Brasil de 1980 a definição oficial de "faixa de fronteira" foi estabelecida na área compreendida dentro dos 150 km perpendiculares à linha limitante (cap.II, art. 20, alínea XI , parágrafo II) do território brasileiro. Esta delimitação teve como fundamento a defesa do território nacional, determinando uma regulação própria quanto à sua utilização e ocupação.

A área de fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul apresenta características próprias e que devem ser levadas em consideração uma vez que elas auferem ao setor saúde uma complexidade maior que de outras regiões fronteiriças do país.

O Estado faz divisa com dois (02) países, sendo onze (11) municípios com o Paraguai e apenas um (01) com a Bolívia, conforme pode ser visualizado na figura 1.

A maior parte dos municípios é de pequeno porte. Apenas Ponta Porã e Corumbá possuem um maior contingente populacional conforme pode ser observado no quadro 1.

Uma das características da fronteira de MS é que a maioria dos municípios possui área urbana próxima ou contígua à sede do município brasileiro (Quadro 2), facilitando o trânsito de pessoas, animais, mercadorias, e também, na busca dos diversos serviços disponíveis em sua rede de saúde.

O conhecimento das especificidades e particularidades dos municípios de fronteira do país ainda é incipiente, em particular as de Mato Grosso do Sul que possui facilidades de transposição da fronteira e com áreas urbanas próximas ou mesmo conurbadas com o país vizinho. Esses fatores certamente para a própria criação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS (Portaria Ministerial nº 1188 de 05/06/06).

Figura 1 - Estado de Mato Grosso do Sul com destaque para os municípios de fronteira com a Bolívia e Paraguai

Nos encontros realizados com os Secretários Municipais de Saúde dos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, os gestores apontavam que o principal problema dessa região consistia no atendimento à população estrangeira, o que sobrecarregava os serviços e o orçamento municipal de saúde, trazendo prejuízos inclusive para a própria população do município.

Foi observado ainda por alguns dos municípios que os problemas da alta demanda dos serviços de saúde não eram exclusivamente provocados pelos estrangeiros, mas que eles também eram fortemente afetados pela população de brasileiros residentes no país vizinho. Foi acrescentado ainda que o SUS não repassa recursos para o atendimento dessa população pois os cálculos são feitos com base na população residente no município, apurada pelo IBGE, e não na que tem direito de utilizar os serviços públicos do país.

Os serviços de saúde dos municípios de fronteira atendem toda a população residente do município através da Estratégia de Saúde da Família - ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Independentemente da nacionalidade e da situação legal, a população residente do município é contabilizada nos levantamentos e estatísticas do IBGE, sendo, portanto contemplada nas cotas de repasses com base populacional transferidas pelo SUS.

Apesar de ser assegurado o atendimento da população estrangeira no município, o atendimento nos serviços de referência não é assegurado pelo SUS aos estrangeiros não legalizados. No momento em que um serviço de saúde atende um usuário ele se torna responsável por dar uma solução ao caso. Quando surge a necessidade de enviar o caso a uma unidade de referência de maior complexidade uma situação extremamente crítica é criada pois não é mais possível ao município se furtar a essa responsabilidade. O custo desse atendimento acaba recaindo sobre o próprio município ou, conforme relatos feitos nos encontros com os representantes dos municípios de fronteira, os necessitados encontram formas nem sempre lícitas para serem atendidos nos serviços de saúde do país.

Município Brasileiro	População	País Fronteiriço
Caracol	5.079	Paraguai
Japorã	7.339	Paraguai
Sete Quedas	7.937	Paraguai
Antonio João	7.978	Paraguai
Aral Moreira	8.052	Paraguai
Coronel Sapucaia	13.696	Paraguai
Porto Murtinho	13.692	Paraguai
Mundo Novo	13.772	Paraguai
Paranhos	10.756	Paraguai
Bela Vista	23.707	Paraguai
Ponta Porã	68.317	Paraguai
Corumbá	101.089	Bolívia

Quadro 1 - Municípios brasileiros segundo população e país fronteiriço no Mato Grosso do Sul - 2008

1. Contigüidade com Área Urbana (6 Municípios)	Fronteira Seca		Coronel Sapucaia
			Paranhos
			Ponta Porã
			Sete Quedas
	Fronteira com Rio	Com Ponte	Bela Vista
		Sem Ponte	Porto Murtinho
2. Proximidade de Área Urbana (3 Municípios)	Fronteira Seca		Corumbá
			Mundo Novo
	Fronteira com Rio	Sem Ponte	Caracol
3. Sem Área Urbana Próxima (3 Municípios)			Antonio João
			Aral Moreira
			Japorã

Quadro 2 - Características geográficas dos municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul

Apesar de não possuírem estimativas sobre a sua magnitude, os secretários municipais de saúde também apontaram o atendimento de estrangeiros nos programas de saúde como um grave problema. Em se tratando de programas especializados com custo elevado e com capacidade de atendimento limitada, o atendimento dessa população estaria ocupando o lugar de brasileiros que necessitam desses serviços.

Para a realização do diagnóstico de saúde dos municípios de fronteira foram estabelecidas duas questões centrais que orientaram o desenvolvimento da pesquisa: 1) definir quem tem direito de usufruir dos serviços de saúde do país; e 2) dimensionar a população de estrangeiros atendidos pelos serviços de saúde dos municípios de fronteira de MS.

Metodologia

Para atingir os objetivos estabelecidos para o projeto foi realizada uma pesquisa de dados primários, utilizando-se de entrevistas e pesquisa de campo, e de dados secundários utilizando os sistemas de

informações em saúde e os registros dos serviços de saúde do município.

Para identificar a população estrangeira e a população brasileira não residente no país, considerados pontos críticos da atenção à saúde nos municípios de fronteira, a presente pesquisa foi estruturada de forma a dar tratamento particular a esse problema, dimensionando a importância desse atendimento nos serviços de saúde do município.

Em função do caráter inédito e da amplitude do projeto SIS FRONTEIRAS, não havia um conhecimento acumulado capaz de subsidiar a construção do processo de pesquisa a ser desenvolvido. Nesse sentido, foi realizado pré-testes de instrumentos e metodologias no Município de Porto Murtinho-MS a fim de adequar e aperfeiçoar os instrumentos de pesquisa a serem utilizados.

Pesquisa de dados secundários

Para o levantamento da situação de saúde dos municípios de fronteira de MS foi utilizado como base as informações disponíveis nos sistemas de informações de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pelo Governo do Estado de MS e nos registros dos serviços de saúde do município.

Para descrever a situação de saúde do município, foi estabelecido como ponto de partida o conjunto de indicadores elaborado pelo Ministério da Saúde denominado "Parâmetros para o diagnóstico local" (Anexo 1). Os parâmetros abordavam, além dos dados gerais do município, aspectos: geográficos, demográficos, socioeconômicos, organizacionais e gerenciais, epidemiológicos, sanitários, ambientais e assistenciais. Essa pesquisa, após uma proposta inicial de cobrir um período de 10 anos, em face da fragilidade dos registros e dos sistemas de informações existentes, foi acordado que dever-se-ia buscar a obtenção de uma série histórica de pelo menos 5 anos.

Esse conjunto de indicadores foi revisto pela UFMS, pelos municípios de fronteira de MS e, inclusive pelo próprio Ministério da Saúde, de forma a se adequar às particularidades da região. Desse trabalho resultou na incorporação de novos indicadores, como por exemplo, os que contemplam a população indígena e as várias modalidades de situação legal do estrangeiro no país.

Foi programado que o levantamento de dados secundários seria de responsabilidade das autoridades municipais, no entanto, em face das fragilidades e deficiências encontradas nos municípios, a estratégia do levantamento de dados foi alterada de forma que a UFMS tomaria a iniciativa de levantar os dados disponíveis nas bases de dados existentes e os enviaria para os municípios analisarem, complementarem e validarem as informações obtidas.

Ao município caberia a tarefa de levantar os demais dados, inclusive alguns que são de seu exclusivo domínio (decisões do conselho municipal de saúde, acordos entre o município e o município ou país vizinho, entre outros), assim como dados de infra-estrutura, recursos humanos e produção de serviços que fossem mais confiáveis ou mais atualizados do que os existentes nas bases de dados oficiais.

Considerando a amplitude das informações solicitadas, previu-se que esse processo seria longo, o que prejudicaria o andamento das demais atividades do projeto. Para acelerar esse processo, foi elaborado um "Check List" (Apêndice 01) com informações consideradas básicas para obter um conhecimento mínimo da situação de saúde do município e poder avançar na execução do projeto.

A solicitação de envio das informações do "Check List" foi uma atividade crítica do projeto, pois foi o momento que o Projeto SIS FRONTEIRAS foi efetivamente desencadeado em Mato Grosso do Sul. Até esse momento, em função das dificuldades que os próprios municípios estavam encontrando para obter as aprovações necessárias das instâncias municipais e disponibilizar os recursos para executar o projeto, as ações estavam praticamente paradas, assim como à espera de orientações provenientes da Universidade.

No mês de maio de 2006, foi feita uma visita aos municípios por um dos consultores da UFMS com os objetivos de: contactar as autoridades do setor saúde; de identificar ou definir interlocutores do projeto na esfera municipal; de prestar esclarecimentos sobre o projeto SIS FRONTEIRAS pois ainda persistiam muitas dúvidas a respeito; de tomar conhecimento da situação do município; de apresentar o "Check List"; e de estabelecer os mecanismos de comunicação.

O trabalho de levantamento de dados, iniciado em maio de 2006 só foi concluído em janeiro de 2007.

Pesquisa de dados primários

O atendimento de estrangeiros e de brasileiros não residentes no país, apesar de conhecido, não dispunha até então de dados que permitissem dimensionar a magnitude do problema. Com essa finalidade, a pesquisa de dados primários foi desenvolvida através da utilização de quatro procedimentos distintos e complementares: 1) levantamento dos usuários de áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF); 2) levantamento dos usuários cadastrados em programas de saúde selecionados; 3) levantamento da origem dos usuários e dos serviços demandados pela população atendida nos serviços de saúde do município; e 4) realização de entrevistas com os informantes - chave de cada município.

Para contemplar a diversidade de situações que caracterizam o direito de utilização dos serviços de saúde no país foi necessário detalhar outras categorias de informação que, combinadas, configuram as várias possibilidades de utilização dos serviços de saúde do país. Foi necessário combinar a nacionalidade, a situação legal no país e o local de residência para contemplar todas as possibilidades existentes.

Em relação à nacionalidade e situação legal foi possível identificar diversas situações baseadas em informações fornecidas pela Polícia Federal: 1) Brasileiro (nato ou naturalizado); 2) Estrangeiro com residência permanente (com renovação a cada 9 anos); 3) Estrangeiro Temporário (turista, estudante, missionário, religioso, etc. com protocolo ainda válido); e 4) Estrangeiro Irregular (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido).

A essa classificação havia ainda a necessidade de identificar a situação de residência, ou seja: 1) Residente no Brasil permanentemente; 2) Residente no Brasil temporáriamente; 3) Não residente no Brasil.

Levantamento da População Estrangeira Residente na Área Coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde

Para dimensionar a magnitude da população estrangeira residente nas áreas cobertas pelo PACs e pela ESF foi feito pelos agentes comunitários de saúde o levantamento dos usuários das áreas cobertas por esses dois programas. Foi utilizada como base a área de atuação de cada ACS uma vez que as microáreas em que eles atuam são devidamente delimitadas e dimensionadas de forma que eles possam conhecer todos os indivíduos da sua população.

Esse trabalho foi realizado sob a supervisão do representante local do SIS FRONTEIRAS e enviado à UFMS. O cadastro já existente das famílias foi conferido e atualizado a fim de gerar os dados solicitados no instrumento de pesquisa “Identificação através do Mapeamento” (Apêndice 02), especialmente em relação à nacionalidade, conforme classificação anteriormente descrita.

Levantamento da População Cadastrada em Programas de Saúde

Em se tratando de serviços especializados com repercussões nos custos de saúde do município, foi desenvolvido um instrumento específico para programas de saúde (Apêndice 03) de forma a caracterizar de forma objetiva os usuários desses programas. Foram selecionados como objeto deste levantamento os Programas de Hipertensão, Diabetes, DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase. O levantamento deveria cobrir o período de janeiro a junho de 2006.

Considerando que a pesquisa de demanda dos serviços de saúde também forneceria informações sobre essa população, embora de forma menos precisa, esse levantamento foi instituído como sendo opcional, ou seja, sendo realizado somente pelos municípios interessados em obter informações mais detalhadas sobre esses programas. Somente os municípios de Paranhos e Sete Quedas preencheram esses formulários.

Levantamento da Demanda dos Serviços de Saúde

Para dimensionar a população atendida nos serviços de saúde do município, nos seus vários níveis de complexidade, foi concebida a realização de uma pesquisa com todos os usuários dos serviços de saúde do município durante o período de 30 dias. Esse corte transversal de um mês na demanda dos serviços de saúde permitiu estabelecer a proporção de utilização dos serviços de saúde do município por estrangeiros e brasileiros não residentes no país.

Para a realização do levantamento, foi preenchido 01 formulário para cada usuário que utilizou um serviço na Unidade de Saúde, não importando se o usuário freqüentou a mesma Unidade várias vezes,

pois não foi contado pessoas, mas sim atendimentos realizados.

Os pesquisadores preencheram formulários específicos para cada tipo de unidade, a saber: Unidade Básica de Saúde da Família (Apêndice 04);Unidade Básica de Saúde (Apêndice 05); Unidade Hospitalar (Apêndice 06); e Laboratório (Apêndice 07). Os dados foram obtidos através de observação indireta, num trabalho em conjunto com a recepção do serviço.

No caso de dúvidas sobre a nacionalidade e residência dos usuários, era efetuada a busca ativa desses pacientes e preenchido o formulário de Busca Ativa (Apêndice 08) por um pesquisador especialmente contratado e treinado para realizar essa atividade. Primeiramente o pesquisador deveria procurar algum informante (agente comunitário, agente de saúde pública, representante de bairro, enfim, alguém que conhecesse bem as pessoas residentes no endereço procurado) para obter a informação necessária. Caso não tivesse sucesso, deveria então ir diretamente ao endereço do usuário.

Com o objetivo de se validar os instrumentos da pesquisa de campo e adequá-los aos possíveis problemas locais, optou-se por iniciar esta pesquisa com a capacitação dos pesquisadores em um município piloto, tendo sido selecionado o município de Porto Murtinho. Após a realização deste teste piloto no período de 28 a 31 de julho/2006, equipe da UFMS realizou os ajustes nos instrumentos e elaborou o Manual de Orientação aos Pesquisadores do Projeto SIS FRONTEIRAS (Apêndice 09) e o Manual de Orientação aos Coordenadores Locais do Projeto SIS FRONTEIRAS (Apêndice 10). Também, ficou acordado que a capacitação dos pesquisadores seria realizada em cada município, o que favoreceu em muito a adequação da metodologia em função das realidades locais.

A equipe de pesquisadores foi selecionada e contratada pelo município e treinada pela equipe técnica da UFMS em agosto de 2006, com exceção do município de Mundo Novo onde o treinamento foi realizado em junho de 2007. O treinamento constou de exposição teórica sobre conceitos gerais do Projeto; explanação da metodologia para o trabalho de campo; exercício prático nas unidades de saúde; discussão das facilidades/dificuldades encontradas; elucidação de dúvidas; e organização da pesquisa (definição das portas de entrada do sistema de saúde, lotação dos pesquisadores, turno de serviço e outros aspectos operacionais da pesquisa).

A coleta de informações dos usuários das unidades de saúde foi realizada em todas as Unidades de Saúde do município pelo período de um mês. Houve a contratação de uma pessoa para cada porta de entrada do serviço. Nas unidades básicas de saúde e de saúde da família, o pesquisador cumpriu 40hs semanais (turnos matutino e vespertino). Nas unidades hospitalares foi contratada uma quantidade suficiente de pesquisadores para acompanhar cada funcionário nos vários turnos do serviço de forma a não deixar nenhum atendimento a descoberto.

Entrevistas com Informantes-chave

Baseado na premissa de que quem melhor conhece os problemas e particularidades do município são aqueles que vivenciam esses problemas, foram realizadas entrevistas com Informantes-chave - IC com o objetivo de apreender os problemas do setor saúde na perspectiva dos habitantes do município.

A pesquisa com Informantes-chave foi realizada através de entrevista semi-estruturada levantando as seguintes informações: perfil dos entrevistados (tempo na função, formação); especificidades da assistência à saúde de um município de fronteira; atendimento à população estrangeira (serviços utilizados, custos, identificação destes usuários, vacinação, programas, alta complexidade, vigilância sanitária, convênios, atuação do Conselho Municipal de Saúde).

Foram elaborados instrumentos específicos para cada entrevistado tendo sido considerados Informantes-chave: o Gestor Municipal/Secretário de Saúde (Apêndice 11); Gerente da Unidade Básica de Saúde (Apêndice 12); Gerente da Unidade Básica de Saúde da Família (Apêndice 12); Diretor/responsável pela Unidade Hospitalar (Apêndice 13); Representante do Conselho Municipal de Saúde - Usuário (Apêndice 14); Representante do Conselho Municipal de Saúde - Trabalhador (Apêndice 15). As entrevistas foram gravadas por ocasião da visita para o treinamento dos pesquisadores no município.

Tratamento e análise dos dados

Os dados secundários levantados pela UFMS foram enviados ao município para que fossem analisados, complementados e validados com informações só disponíveis no município. A expectativa era que no momento em que essas informações retornassem elas já estivessem completas de forma a permitir a sua análise e realização do diagnóstico da situação de saúde do município.

Esse processo se revelou extremamente árduo em função da demora na obtenção do retorno das informações do município e que era agravado pela carência e mesmo ausência de informações necessárias para a realização do diagnóstico. As lacunas de Informações foram constantes durante todo esse processo de forma que acabou exigindo um esforço intenso, tenso e desgastante tanto da parte da UFMS como dos municípios.

O processo de pesquisa de dados secundários se prolongou até que o conjunto de dados obtidos tivesse atendido às solicitações feitas ou que se tivesse atingido o limite de informações que o município poderia fornecer. Essa etapa da pesquisa só foi concluída no mês de fevereiro de 2007.

Os dados levantados na pesquisa de dados secundários foram organizados em quadros, tabelas ou descrições textuais conforme o tipo de conteúdo das informações e respeitando, na medida do possível, o "Roteiro de Elaboração do Diagnóstico Local", pactuado na Oficina realizada no Ministério da Saúde em novembro de 2006.

Para a digitação dos dados primários foi criado pela UFMS um programa utilizando o Epi-Info para organizar e facilitar a entrada de dados da pesquisa. Como a digitação dos dados seria feita por digitadores contratados pelo município, foi realizada em Campo Grande, no dia 24 de agosto, uma capacitação para os digitadores municipais. Nesse momento foi entregue uma cópia do software Epi-Info, devidamente programado para realizar a entrada de dados da pesquisa. Foi também elaborado e fornecido aos digitadores um Manual Explicativo da Utilização do Sistema (Apêndice 17).

Para a elaboração do diagnóstico local de saúde do município, foi analisada a situação das várias categorias de informação solicitadas nos dados secundários e, em seguida, correlacionadas com parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, com os dados obtidos na pesquisa de dados primários e com os problemas levantados nas entrevistas com os informantes-chave. O produto desse conjunto de análises foi a apuração dos principais problemas de saúde, considerados como pontos críticos pelos municípios.

Resultados e discussão

Os diagnósticos de saúde dos 12 municípios de fronteira de MS elencaram 22 pontos críticos dentre os quais a falta de definição do direito e do financiamento do atendimento à saúde da população não residente no país foi apontado por todos eles, seguido pela utilização dos serviços de saúde por estrangeiros. Os demais pontos críticos e o número de municípios que os citaram em seus diagnósticos são apresentados no apêndice 16.

A utilização de serviços de saúde por parte da população estrangeira se apresentou como um problema crucial nos depoimentos dos Informantes-chave, justificando elevados gastos dos cofres públicos com atendimentos a usuários estrangeiros, como pode ser observado nos seguintes relatos:

> *[...] eu acredito que pelo menos 40% do orçamento é gasto com pessoas estrangeiras.*
>
> *[...] o maior problema mesmo são os estrangeiros que pelo fato de serem uma fronteira seca que não existe nenhum amparo para se deslocar até aqui, então eles nos procuram.*

Embora os Informantes-chave apontassem essa problemática durante a pesquisa da coleta de informações dos usuários em todas as Unidades de Saúde dos municípios, os dados não confirmaram essa situação. Ao contrário, poucos foram os municípios que apresentaram números significativos. Só se destacaram os municípios de Mundo Novo, Paranhos e Coronel Sapucaia.

Em Mundo Novo 13,10% (237/1.811) dos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde foram prestados a estrangeiros não residentes no país, e num segundo patamar, se situaram os municípios de Paranhos com 4,97% (31/624) e Coronel Sapucaia com 4,87% (35/718) de atendimentos (Apêndice 17).

Em relação aos estrangeiros não residentes no país atendidos nas Unidades Hospitalares, três municípios se destacaram: Mundo Novo com 4,00% (50/1238) de internações de estrangeiros em relação a uma média de 1,56% obtida pelo conjunto de municípios de fronteira de MS. Os outros dois municípios foram Caracol com 3,68% (21/570) e Paranhos com 3,57% (57/1596) das internações (Apêndice 17).

Além de usuários estrangeiros não residentes, pôde-se constatar que brasileiros não residentes no Brasil, constitui um problema muito maior para os municípios fronteiriços, principalmente para aqueles que possuem fronteira seca o que facilita o livre trânsito da população não residente.

Destacam-se os municípios de Coronel Sapucaia, Paranhos e Sete Quedas que, por possuírem áreas urbanas contíguas a uma área urbana paraguaia, apresentaram percentuais significativos de aten-

dimentos a esse tipo de usuário.

Para os Informantes-chave essa realidade já era conhecida, conforme os depoimentos a seguir:

> *[...] tenho brasileiros que moram no Paraguai que são um número muito elevado e tenho muitos dos paraguaios que tem filhos brasileiros também, então essas duas clientelas que a gente acaba atendendo por aqui.*
>
> *[...] o maior problema dos municípios é com relação à população, porque a verba que é repassada é proporcional ao número de habitantes e essas pessoas que residem em território paraguaio não entram no censo, essas pessoas embora não sendo estrangeiras não estão registradas, não estão computadas [...].*

Nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, no município de Coronel Sapucaia, de um total de 1.476 atendimentos, 11,45% (169 atendimentos) foram a brasileiros não residentes no município, seguidos por Ponta Porã e Paranhos representados por 3,50% (326/9.303) e 3,34% (78/2.335) dos atendimentos, respectivamente (Apêndice 17).

DISCRIMINAÇÃO	HOSPITAL		UBS	
% de atendimentos de estrangeiros não residentes	1,66%	30,13%	3,21%	27,72%
% de atendimentos de brasileiros não residentes	3,86%	70,05%	8,37%	72,28%
Total	5,51%	100,00%	11,58%	100,00%

Quadro 3 - Percentual de atendimentos de estrangeiros e brasileiros não residentes no Brasil pelos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007

O mesmo se verifica nas Unidades Básicas de Saúde: em Sete Quedas de 548 atendimentos a brasileiros, 40,69% (223 atendimentos) foram para brasileiros residentes no país vizinho, seguidos por Coronel Sapucaia com 18,66% (134/718) e Paranhos com 13,94% (87/624) atendimentos (Apêndice 17).

O município de Coronel Sapucaia foi o município que apresentou o maior percentual de internações de brasileiros residentes Paraguai. De um total de 1.472 internações, 11,9% (276) foram de brasileiros residentes em Capitan Bado, seguidos de Sete Quedas com 5,08% (168/3.304), Paranhos com 4,39% (70/1596) e Mundo Novo com 5,09% (63/1.238) de internações (Apêndice 17).

A sobrecarga dos serviços de saúde constitui um dos principais problemas levantados pelos gestores municipais pois os atendimentos de não residentes não são considerados nos cálculos de demanda e no dimensionamento da rede de serviços de saúde (Quadro 4) e, em particular, na rede de média complexidade.

Foi possível observar que essa situação é decorrente das limitações de recursos do setor saúde agravado por uma demanda de serviços da população não residente no país (tanto estrangeiros quanto brasileiros) não beneficiados com recursos do SUS e, em alguns municípios, por um aumento da população decorrente de assentamentos e acampamentos de brasileiros do próprio país assim como de brasileiros que trabalhavam no país vizinho e que estão retornando ao Brasil.

Nº	PONTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Estrutura da rede de média complexidade deficitária.	8
02	Estrutura da rede de serviços de saúde deficitária.	2
03	Estrutura da rede de atençao básica deficitária.	2
04	Sobrecarga de atendimentos no pronto socorro municipal.	1

Quadro 4 - Número de citações de pontos críticos sobre a rede de serviços de saúde dos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007

A política de saúde brasileira é inequívoca quando elege a atenção básica como a base do sistema de saúde, no entanto, essa política não pode ser implementada para os brasileiros que não tem residência no país pois os serviços de saúde não podem chegar até eles.

Sem uma atenção básica eficiente, a procura dos serviços de saúde ocorre principalmente para casos mais graves exigindo ações de média e alta complexidade e de maior custo para o município.

A deficiência na estrutura da rede de média complexidade também foi identificada como um problema para oito municípios fronteiriços (Quadro 4), principalmente no que se refere aos equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. No município de Aral Moreira, o seu laboratório de análises clínicas não possui equipamentos específicos para alguns exames como: aparelho de bioquímica, contador de células semi-automático, dentre outros, o que gera prejuízos nos atendimentos à sua população.

Apesar do município de Mundo Novo possuir um aparelho de RX, o mesmo encontra-se instalado no Hospital Evangélico, dificultando o acesso e disponibilidade para a realização dos exames solicitados. Assim sendo, através do plano operacional elaborado pela Coordenação Municipal do projeto, foi solicitada a aquisição de um aparelho de RX a ser instalado na Unidade Básica de Saúde Central.

Além de equipamentos, também foram identificados problemas com relação à estrutura física, como o apresentado no diagnóstico pelo município de Paranhos, que solicitou a ampliação de sua Unidade Hospitalar.

Outro importante ponto crítico identificado nos diagnósticos foi com relação à grande demanda de atendimentos da atenção básica na rede hospitalar. Para o município de Aral Moreira tal situação se justifica, pois não possui implantadas Unidades da Estratégia de Saúde da Família, por outro lado, em municípios como Porto Murtinho, Paranhos e Caracol, que por possuírem altas coberturas populacionais de Unidades da ESF, não se justifica.

Há, no entanto, que considerar que em municípios de pequeno porte essa situação se deve ao fato de não possuírem Unidades Básicas com serviços de 24 hs e que profissionais médicos são lotados tanto em serviços da rede hospitalar quanto da atenção básica.

A limitação da ação dos serviços de saúde não se restringe à atenção básica mas também nas ações de vigilância epidemiológica onde o controle das doenças por parte dos serviços de saúde brasileiros não pode atingir o país vizinho, prejudicando assim a busca de casos faltosos, seja ela referente a qualquer um dos programas de saúde implantados, aumentando o risco de transmissão para a população brasileira.

Tal situação foi mencionada pelo IC de Sete Quedas:

> *[...] nós temos dois estrangeiros registrados no programa de hanseníase, já teve casos de TB e DSTs... o que é difícil é fazer a busca ativa porque no outro país a gente não tem o mesmo acesso que eles tem aqui, lá tem sempre os policiais, geralmente eles barram a nossa entrada.*

O atendimento da população de estrangeiros e brasileiros não residentes no país cria um viés nos indicadores com base populacional pois essa população é contabilizada como número de casos no entanto, não é contabilizada na população suscetível que é baseada na população residente. Essa particularidade faz com que esses indicadores superestimem ou subestimem os problemas de saúde dificultando o conhecimento ou até mesmo falseando a situação de saúde do município. Se esse conhecimento não é adequado, todo o processo de planejamento e programação das ações de saúde será seriamente prejudicado.

Um caso característico desse problema consiste nas campanhas de vacinação. Apesar de dois municípios citarem a baixa cobertura vacinal (Quadro 5) a grande maioria dos municípios da fronteira de MS ultrapassam em muito a cobertura prevista, variando de 100 a 190%. Esses números atípicos revelam uma deficiência importante no conhecimento da população a ser coberta pelos serviços de saúde, o que é indispensável para atingir o nível de proteção contra as doenças imunopreviníveis preconizado pelo SUS.

Foi citado por alguns municípios que esse problema poderia ser reduzido se no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização fosse possível registrar a nacionalidade e o local de residência das crianças vacinadas. Com essa discriminação poderia ser calculada a cobertura efetiva da população residente no município.

A atenção prestada ao estrangeiro e ao brasileiro não residente no país tem uma repercussão direta nos gastos em saúde do município uma vez que esses usuários não são levados em consideração nos repasses feitos pelo SUS, baseado na população residente no município apurado pelo IBGE, citado

por sete municípios da região (Quadro 6).

Nº	PONTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Deficiência nas açoes de atençao básica refletindo nos indicadores de saúde	8
02	Baixa cobertura vacinal na rotina e nas campanhas nacionais de multivacinação.	2
03	Baixa cobertura vacinal no municipio, apesar de serem imunizados tanto brasileiros quanto estrangeiros	1
04	O programa ampliado de imunização não permite o registro de doses dos imunobiológicos aplicados na população estrangeira	1

Quadro 5 - Número de citações de pontos críticos sobre o programa nacional de imunização nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007.

Nº	PONTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Ausência de recursos financeiros para atendimento de usuários estrangeiros residentes no exterior.	7
10	Baixo percentual de transferências do sus para o financiamento das ações de saúde.	3

Quadro 6 - Número de citações de pontos críticos sobre os recursos do SUS feitos pelos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007.

Todos os municípios, com exceção de Sete Quedas, respeitam o limite mínimo de aplicação de recursos no setor saúde previsto na Emenda Constitucional 29, no entanto, ainda aplicam 14,72% menos que a média do Estado (Quadro 7).

Despesa	Média de MS	Municípios de Fronteira	
		Média	Variação
Despesa Total (R$ per capita)	252,61	177,33	-29,80%
Despesa com recursos próprios (R$ per capita)	130,20	109,25	-16,09%
Transferências SUS (R$ per capita)	129,35	71,86	-44,45%
EC 29 (% dos gastos em saúde)	19,56	16,68	-14,72%

Quadro 7 - Gastos per capita em saúde e cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007

Para agravar essa situação, os municípios de fronteira do estado não aproveitam todas as possibilidades de obtenção de recursos do SUS, em particular dos programas e ações que contam com incentivos adicionais para a sua implementação. Os municípios de fronteira recebem 44,45% a menos de transferências do SUS que a média do Estado.

Dos 12 municípios de fronteira de MS encontramos dois municípios que recebem menos de R$ 50,00 per capita do SUS e três acima de R$ 100,00 (Quadro 8), dentre os quais, somente Paranhos atinge o valor médio de transferências recebidas pelo Estado (R$ 129,35).

Nessas condições espera-se que além de ações específicas visando o atendimento de brasileiros

e estrangeiros, os municípios invistam em planejamento e organização de serviços de forma a adequar as suas ações às particularidades da região fronteiriça, a dimensionar a sua capacidade e oferta de serviços de saúde às características da população coberta e desenvolver ações que propiciem o aumento dos recursos provenientes do SUS.

R$ 50,00 per capita	De R$ 50,00 a R$ 100,00 per capita	+ R$ 100,00 per capita
Aral Moreira	Mundo Novo	Antonio João
Corumbá	Bela Vista	Paranhos
	Sete Quedas	Porto Murtinho
	Japorã	
	Ponta Porã	
	Caracol	
	Coronel.Sapucaia	

Quadro 8 - Repasses do SUS para os municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007

Conclusão

O diagnóstico de saúde revela que os municípios de fronteira de MS apresentam debilidades no que concerne ao processo de planejamento em gestão dos serviços de saúde, no entanto, cabe ressaltar que esse é um problema que afeta de forma generalizada os municípios de menor porte deste país.

O que diferencia os problemas dos municípios de fronteira dos demais municípios é o atendimento de estrangeiros e brasileiros não residentes no país e que não são levados em consideração nas estatísticas de saúde e nem nos repasses de recursos do SUS.

Essa particularidade no estado de Mato Grosso do Sul assume dimensões importantes pela existência de fronteiras secas, com áreas urbanas contíguas ou próximas entre os dois países e com uma assimetria na qualidade e no financiamento da atenção à saúde: o sistema de saúde brasileiro é gratuito e de melhor qualidade que o sistema de saúde do Paraguai e da Bolívia.

A origem dos problemas de saúde dos municípios de fronteira, apontado por todos os municípios da região (Quadro 9) consiste na falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à saúde da população não residente no país.

Nº	PONTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à saúde da população não residente no país.	12
02	Dificuldades em referenciar pacientes estrangeiros para serviços de maior complexidade.	5
03	Desconhecimento dos profissionais de saúde de como encaminhar usuários estrangeiros para serviços de média e alta complexidade.	1

Quadro 9 -Número de citações de pontos críticos sobre a atenção de estrangeiros pelo SUS feitas pelos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul, 2007.

Se no caso de brasileiros não residentes no país não há dúvidas quanto ao seu direito, pois a Constituição lhe garante o direito de ser atendido no país, o mesmo não ocorre com o financiamento desse direito. Os recursos repassados pelo SUS não levam em consideração esse atendimento pois eles são baseados na população residente no país. Esse é um problema que as autoridades de saúde do país devem levar em consideração pois ao não contemplar os municípios que apresentam essa situação, os recursos que deveriam beneficiar a população residente tem que se repartida com a população não residente refletindo, evidentemente, na qualidade do serviço prestado a todos.

Quanto à população estrangeira não residente ou que se encontra em situação não legalizada no Brasil, ressalvado os casos de urgência e emergência, ela não tem direito à assistência à saúde no país, no entanto, como pôde ser constatado no diagnóstico realizado, o atendimento dessa população com maior ou menor grau de dificuldade ocorre nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul.

Esse atendimento se dá pelas mais variadas razões, sejam elas humanitárias, de direitos humanos, de solidariedade com os países irmãos, por falhas nos mecanismos de controle da população estrangeira no país, por falsidade ideológica, enfim, por uma infinidade situações que são criadas por aqueles que necessitam e vislumbram no Brasil uma possibilidade de ser atendido e ser curado ou salvo pelos serviços de saúde do país.

Os municípios tem prestado e financiado a assistência a esses estrangeiros, no entanto, no momento em que o caso exige um atendimento de maior complexidade surge um problema que ainda não tem solução, as unidades de referência não aceitam esse atendimento no âmbito do SUS pois eles não são cobertos pelo sistema criando um sério problema para todos os que nele estão envolvidos.

Nesse momento não é somente o município que responde pela vida desse paciente mas o próprio país: o seu sistema está recusando o atendimento de um estrangeiro que pode estar correndo risco de morte, independentemente da regularidade ou legalidade com que ele foi atendido ao chegar no país.

Essa situação é extremamente complexa, que envolve questões de direitos humanos, direito à saúde, relações internacionais, integração regional, e financiamento da saúde, entre outros. Os problemas de saúde nos municípios de fronteira só poderão encontrar um caminho técnico, legal e consistente para a sua solução se essas questões forem colocadas e devidamente equacionadas por todas as autoridades competentes e esferas de governo dos países envolvidos, como foi bem apontado por todos os municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul.

APENDICE 01

SIS-FRONTEIRAS – MATO GROSSO DO SUL
Visita aos Municípios – Período 08 a 24/05/06
Pesquisador Antônio Flávio Ferraz

Check List

1. Indicação da pessoa do município que deverá centralizar as informações e contatos do SIS-FRONTEIRAS.
2. Identificação das populações vulneráveis;

-Populações indígenas (aldeias, população, equipes de saúde, n.º de profissionais, cobertura);
-Assentados (população, serviços de saúde, cobertura, etc);
-Acampados (População, serviços de saúde, cobertura, etc.).

3. Identificar as unidades de saúde (UBS, CS, Hospitais) que servem de porta de entrada para estrangeiros e brasileiros não residentes no país.
4. Levantar o n.º de usuários dos serviços de saúde do município no ano de 2005, em especial, das unidades identificadas no item 3 acima (n.º de usuários, n.º de consultas, n.º de internações)
5. Levantar os mecanismos de controle e as informações já existentes no município sobre o atendimento à população não residente no país (estrangeiros e brasileiros).
6. PSF: Relatórios (SSA-A e PMA-2) por equipe durante ano 2005.
7. Estrutura física e operacional da sede e das unidades de saúde (localização, equipe, área física, serviços prestados, equipamentos, etc.)
8. Levantamento e condições de diagnóstico: laboratórios de exames, RX, etc...
9. Legislação municipal para a saúde
10. Ata das reuniões do Conselho Municipal de Saúde
11. Sistema de Informatização: tipos de relatórios exibidos
12. Relatório de transferência de pacientes para outras cidades: tipo de transporte, motivo, etc.
13. Descrição e quantificação dos Programas de Saúde desenvolvidos pela secretaria e a localização física de sua implementação
14. Cadastro dos doentes crônicos
15. Relatório de Gestão - 2005
16. Plano Plurianual de Saúde – 2.006 a 2.009
17. Programação/plano anual de saúde.

ENDEREÇO PARA ENVIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DE ALIMENTOS E SAÚDE PÚBLICA
PROF. EDSON MAMORU TAMAKI
CAIXA POSTAL 549 - CEP 79070-900 - CAMPO GRANDE MS

*** FAVOR AVISAR VIA FONE OU E-MAIL QUANDO AO ENVIO : 67 3345 7403 ou sisfront.ufms@yahoo.com.br**

APENDICE 02

Instrumento de Identificação através do Mapeamento

Município: _____
Microárea ou área: _____
Informação coletada por: ( ) ACS ( ) ASP
Nome do agente: _____

Número de famílias: ☐

Número de moradores segundo nacionalidade:

SITUAÇÃO	**Número**
Brasileiro nato (nascido no Brasil) ou naturalizado	
Estrangeiro permanente (com renovação a cada 9 anos)	
Estrangeiro temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário, religioso, etc.)	
Estrangeiro (sem documentação brasileira ou com protocolo vencido)	

APENDICE 03

Instrumento de Registro de Programas

Município: _____
Nome do Programa_____
(Hipertensão, Diabetes, DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase)
Informação fornecida por: _____

N°.	N°. do prontuário	Sexo	Data de nascimento	Nacionalidade[1]	Residência[2]
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Nacionalidade [1]	código
Brasileiro nato (nascido no Brasil) ou naturalizado	BN
Estrangeiro permanente (com renovação a cada 9 anos)	EP
Estrangeiro temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário, religioso, etc.)	ET
Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)	E

Residência [2]	código
Permanente no Brasil	PB
Temporária no Brasil	TB
Fora do Brasil	FB

APENDICE 04

Informações do Usuário – USF **Data _____/_____/2006**

Unidade: _____

Pesquisador: _____turno: _____

Número do prontuário: _____ Compareceu: ( ) sim ( ) não
Data de nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ( )F ( )M

1 – Situação de Residência:
( ) Residente no Brasil Permanentemente
( ) Residente no Brasil Temporário
( ) Não residente no Brasil

2 – Município de Residência:
_____

3 – Nacionalidade
( ) Brasileiro Nato (nascido no Brasil) ou Naturalizado
( ) Estrangeiro Permanente (com renovação a cada 9 anos)
( ) Estrangeiro Temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário,religioso, etc).
( ) Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)

4 - Indígena ( ) Sim ( ) Não

5 – Serviço utilizado:
( ) Consulta Médica
( ) Odontologia (tratamento, RX e outros)
( ) Enfermagem (aplicação de injeção/curativo/inalação/retirada de pontos/verificação de PA/glicemia
capilar/atendimento de enf./consulta de enfermagem/outros).
( ) Visita domiciliar (solicitada pelo Usuário)
( ) Preventivo do Câncer de Colo de Útero
( ) Cauterização
( ) Pré-Natal
( ) Vacinação
( ) Dispensação de medicamentos
( ) Dispensação de preservativos
( ) Fisioterapia
( ) Teste da Orelhinha
( ) Fonoaudiologia (outros procedimentos, exceto Teste da Orelhinha)
( ) Teste do Pezinho
( )
Outros_____

APENDICE 05

Informações do Usuário – UBS **Data _____/_____/2006**

Unidade: _____

Pesquisador: _____turno: _____

Número do prontuário: _____ compareceu: ( ) sim ( ) não
Data de nascimento _____/_____/_____ Sexo: ( )F ( )M

1 – Situação de Residência:
( ) Residente no Brasil Permanentemente
( ) Residente no Brasil Temporário
( ) Não residente no Brasil

2 – Município de Residência: _____

3 – Nacionalidade
( ) Brasileiro Nato (nascido no Brasil) ou Naturalizado
( ) Estrangeiro Permanente (com renovação a cada 9 anos)
( ) Estrangeiro Temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário,religioso, etc).
( ) Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)

4 - Indígena ( ) Sim ( ) Não

5 – Serviço utilizado:
( ) Clínica Geral
( ) Ginecologia
( ) Pediatria
( ) Odontologia (tratamento, RX e outros)
( ) Enfermagem (aplicação de injeção/curativo/inalação/retirada de pontos/verificação de PA/glicemia capilar/atendimento de enf./consulta de enfermagem/outros).
( ) Preventivo do Câncer de Colo de Útero
( ) Cauterização
( ) Pré-Natal
( ) Vacinação
( ) Dispensação de medicamentos
( ) Dispensação de preservativos
( ) Fisioterapia
( ) Fonoaudiologia (outros procedimentos, exceto Teste da Orelhinha)
( ) Teste da Orelhinha
( ) Teste do Pezinho
( )
Outros_____

APENDICE 06

Informações do Usuário – HOSP **Data _____/_____/2006**

Unidade: _____

Pesquisador:_____turno: _____

1 – Nome: _____Sexo: ( )F ( )M
Número do prontuário: _____ Data de nascimento _____/_____/_____

2 – Situação de Residência:
( ) Residente no Brasil Permanentemente
( ) Residente no Brasil Temporário
( ) Não residente no Brasil

3 – Endereço: _____
Município de Residência: _____

Busca Ativa: ( ) Sim ( ) Não

4 – Nacionalidade
( ) Brasileiro Nato (nascido no Brasil) ou Naturalizado
( ) Estrangeiro Permanente (com renovação a cada 9 anos)
( ) Estrangeiro Temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário,religioso, etc).
( ) Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)

5 - Indígena ( ) Sim ( ) Não

6 – Atendimento por:
( ) Ambulatório (atendimento geral)
( ) Pronto Socorro
( ) Internação
( ) Outros: _____

7 – Serviço utilizado:
( ) Clínica Médica
( ) Pediatria
( ) Obstetrícia
( ) Ginecologia
( ) Cirurgia
( ) Tomografia
( ) Ultra-sonografia
( ) Radiologia
( ) Banco de Sangue (transfusão)
( ) Hemodiálise
( ) Exames Laboratoriais
( ) Dispensação de medicamentos
( ) Teste do Pezinho
( ) Teste da Orelhinha
( ) Enfermagem (aplicação de injeção/curativo/inalação/retirada de pontos/verificação de PA/glicemia capilar/atendimento de enf./consulta de enfermagem/outros).
( ) Outros: _____

APENDICE 07

Informações do Usuário – Laboratório **Data _____/_____/2006**

Unidade: _____

Pesquisador: _____turno: _____

Número do prontuário: _____
Data de nascimento _____/_____/_____ Sexo: ( )F ( )M

1 – Situação de Residência:
( ) Residente no Brasil Permanentemente
( ) Residente no Brasil Temporário
( ) Não residente no Brasil

2 – Município de Residência:_____

3 – Nacionalidade
( ) Brasileiro Nato (nascido no Brasil) ou Naturalizado
( ) Estrangeiro Permanente (com renovação a cada 9 anos)
( ) Estrangeiro Temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário,religioso, etc).
( ) Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)

4 - Indígena ( ) Sim ( ) Não

5 – Serviço utilizado:
( ) Bioquímica
( ) Hematologia
( ) Virologia
( ) Baciloscopia
( ) Parasitologia
( ) Urianálise
( ) Imunologia
( ) Microbiologia
( ) Outros: _____

APENDICE 08

Instrumento de Busca Ativa do Usuário Data da busca:____/____/2006

Hospital/Unidade:_____

Responsável pela busca ativa: _____

Tipo de atendimento: _____
Data de atendimento do paciente: _____/_____/2006

1 – Nome: _____
Número do prontuário:_____

2 – Endereço: _____
_____

3 – Nacionalidade

( ) Brasileiro nato (nascido no Brasil) ou naturalizado
( ) Estrangeiro permanente (com renovação a cada 9 anos)
( ) Estrangeiro temporário (com protocolo ainda válido, turista, estudante, missionário, religioso, etc.)
( ) Estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido)

4 – Indígena ( ) Sim ( ) Não

5 – Situação de residência
( ) Residente no Brasil permanentemente
( ) Residente no Brasil temporário
( ) Não residente no Brasil
Fonte das Informações:
( ) ACS
( ) ASP
( ) Pesquisa direta: busca ativa
( ) Outros: _____

Nome do informante: _____
_____
RG:_____
Lotação:_____

APENDICE 09

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS PESQUISADORES DO PROJETO SIS-FRONTEIRA

Equipe técnica:
Edson Mamoru Tamaki (Coordenador)
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Apoio administrativo:
Clodir Silva dos Santos

Campo Grande
2006

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS PESQUISADORES DO PROJETO SIS-FRONTEIRA

Este manual tem por objetivo orientar os pesquisadores quanto ao correto preenchimento dos instrumentos, a serem utilizados para a pesquisa de campo.

Os dados referentes ao cabeçalho – data, unidade, pesquisador e turno deverão ser previamente preenchidos pelo pesquisador.

As informações sobre o número do prontuário, sexo e data de nascimento do usuário deverão ser obtidas pelo(a) pesquisador(a), no momento em que o(a) atendente estiver atendendo o usuário, visto que estas informações estarão disponíveis no computador ou no prontuário da Unidade.

Pergunta 1 – Situação de residência

O pesquisador deverá buscar a informação - *situação de residência* - com o(a) atendente, já que no prontuário consta o endereço do(a) usuário(a). Quando o(a) pesquisador(a) ou atendente tiver dúvidas quanto ao situação de residência deverá solicitar esclarecimentos ao(a) usuário(a).

Ex: A senhora Daiane é brasileira, e mora há dez anos com a sua família no município de Capitão, Paraguai. Pela facilidade de acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos no Brasil, regularmente, ela utiliza os serviços (consulta médica, consulta de enfermagem, dispensação de medicamentos, entre outros) da Unidade de Saúde da Família, do município de Alagoinha. Neste caso anota-se o item **não reside no Brasil**.

Ex: O senhor Jamil é estrangeiro e mora no município de São Joaquim, Paraguai, está com problemas de saúde e decidiu procurar atendimento médico no município São Pedro, Brasil. Durante este período ficará na casa de seu irmão, que mora em São Pedro, para acompanhamento médico. Neste caso anota-se o item **não reside no Brasil.**

Ex: A senhora Maria é estrangeira, e veio fazer alguma atividade religiosa por 6 meses, e está morando no Brasil, neste período. Neste caso anota-se **residente no Brasil temporário.**

Pergunta 2 – Município de residência

O pesquisador deverá anotar o município onde o usuário mora atualmente. Para os usuários estrangeiros registra o nome do município e o país, no caso de usuários indígenas registra-se o nome da aldeia, município e país.

Ex: O senhor Jamil é estrangeiro, atualmente, mora no município Capitão, no Paraguai. Frequentemente utiliza os serviços de saúde do município de Alagoinha, do Brasil. Neste caso anota-se o **município e país onde** o senhor Jamil **reside**.

Pergunta 3 – Nacionalidade

O pesquisador deverá buscar esta informação com o(a) atendente e confirmar com o(a) usuário(a), isto é, quando o(a) usuário(a) chegar até a recepção da Unidade deve mostrar o seu documento de identidade, neste momento o pesquisador verifica o documento. Caso o documento de identidade seja de estrangeiro, o pesquisador deve perguntar e solicitar ao(a) usuário(a) o registro de estrangeiro permanente ou o protocolo (ainda válido) de estrangeiro temporário. Os itens **estrangeiro permanente** e **estrangeiro temporário** deverão ser anotados **quando o(a) usuário(a) mostrar o documento ou quando houver certeza da informação**, caso contrário marque o item **estrangeiro (sem documentação de identidade brasileira ou com protocolo vencido).**

Ex: A senhora Flora da Silva compareceu ao Centro de Saúde do município Alagoinha, para acompanhamento pré-natal. Na recepção a senhora Flora mostrou o seu documento de identidade estrangeira para o(a) atendente do Centro de Saúde. O(a) pesquisador(a) solicitou o documento e perguntou para a senhora Flora se ela tinha o documento de estrangeiro permanente ou o protocolo de estrangeiro temporário. A senhora Flora, que mora no município Alagoinha há 30 anos, ainda não tem o documento de estrangeiro

permanente, mas disse que tem um protocolo que fez a mais de 20 anos, mas sempre deixa em casa. Neste caso deve-se marcar o item **estrangeiro (sem documento de identidade brasileira ou com protocolo vencido).**

Pergunta 4 – Indígena:
O pesquisador deverá anotar se o usuário é indígena.

Pergunta 5 – serviço utilizado:
No local de pesquisa onde os agendamentos de consulta médica e odontológica são realizados no período anterior à consulta, o(a) pesquisador(a) deverá colher as informações do(a) usuário(a) naquele período e confirmar se o(a) usuário(a) compareceu a consulta médica, isto deverá ser feito através do boletim diário de atendimento do profissional médico e odontólogo e anotar o item compareceu (sim ou não).

Ex: No dia 29 de julho, no período vespertino o senhor Jose da Silva compareceu a Unidade de Saúde da Família, no município Alagoinha, para agendar consulta medica para o próximo período (dia) 30 de julho. O pesquisador deverá preencher o instrumento de entrevista do senhor Jose no dia 29, sendo que no dia 30 deverá confirmar sua presença através do boletim diário preenchido pelo médico ao final do período.

Quando o(a) usuário(a) comparecer a Unidade de Saúde da Família para consulta médica, o(a) pesquisador(a) deve marcar os itens (consulta médica e enfermagem), já que antes da consulta o(a) enfermeiro(a) ou o(a) auxiliar de enfermagem verifica a pressão arterial, a temperatura e o peso e do(a) usuário(a).

Quando o(a) usuário(a) comparecer a Unidade de Saúde da Família para controle da pressão arterial ou para dispensação preservativo, mesmo que na recepção não seja gerado um registro, o(a) pesquisador(a) deverá preencher um instrumento de entrevista para este usuário.
No caso de dispensação de medicamentos, na Unidade de Saúde da Família, o(a) pesquisador(a) deverá, diariamente, procurar pelo(a) atendente da farmácia para **completar** o instrumento de entrevista dos usuários atendidos pelo médico e que necessitaram de medicamentos, ou **preencher** um instrumento para o(a) usuário(a) que comparecer a USF apenas para a dispensação de medicamentos.

Ex: A senhora Maria compareceu a Unidade de Saúde da Família apenas para retirar os medicamentos do controle de diabetes. Neste caso o pesquisador, próximo do encerramento das atividades do dia, deverá procurar o(a) atendente da farmácia e preencher o instrumento de entrevista para a senhora Maria.

Nos hospitais que houver apenas um profissional médico para atender todos os usuários. No caso do médico atender uma criança, o pesquisador deverá anotar o **item pediatria**. Já nos casos em que o médico realizar um parto deverá ser anotado o **item obstetrícia**.

Ex: Dona Amanda trouxe seu filho de 3 anos no pronto socorro. A criança sofreu um acidente doméstico, foi atingida por água quente. O pesquisador deverá anotar o **item pediatria**, mesmo que a especialidade do médico do hospital seja cirurgia.

APENDICE 10

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS COORDENADORES LOCAIS DO PROJETO SIS-FRONTEIRA

Equipe técnica:
Edson Mamoru Tamaki (Coordenador)
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Apoio administrativo:
Clodir Silva dos Santos

Campo Grande
2006

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS COORDENADORES LOCAIS DO PROJETO SIS-FRONTEIRA

Este manual tem por objetivo orientar os coordenadores locais quanto aos procedimentos de coleta e sistematização dos dados primários, a serem realizados pelos pesquisadores nos seus respectivos locais de pesquisa.

Pesquisadores

Quanto à freqüência ao treinamento e ao local da pesquisa.

Treinamento - todos os pesquisadores selecionados devem comparecer ao treinamento.

O não comparecimento do pesquisador ao treinamento implicará no seu desligamento dos trabalhos.

Local da pesquisa - os pesquisadores devem estar cientes, que no período da pesquisa, as eventuais faltas deverão ser devidamente justificadas e repostas no horário do outro pesquisador que o substituiu.

Quanto à identificação dos pesquisadores.

Os pesquisadores deverão, durante o período da pesquisa, utilizar crachá de identificação e se possível, a Secretaria Municipal de Saúde deverá disponibilizar camisetas/uniforme utilizadas pelos funcionários dos locais de pesquisa.

Quando ao local de pesquisa e horário de trabalho do pesquisador.

O local do entrevistador será definido pelo coordenador local e discutido no treinamento.

O pesquisador deverá adequar seu horário de trabalho ao horário de funcionamento do local da pesquisa, a fim de não modificar a rotina de atendimento.

Quanto à comunicação do coordenador com o pesquisador.

Deverão estar disponíveis para o pesquisador, telefones para contato com a coordenação local, a fim de que as eventuais dúvidas sejam esclarecidas no decorrer do trabalho.

INSTRUMENTO DE PESQUISA – FORMULÁRIOS

Quanto à impressão dos formulários

O coordenador deve fazer uma estimativa do número de formulários a serem utilizados durante a pesquisa

É recomendado que toda a impressão do material seja realizada ao inicio dos trabalhos a fim de evitar possíveis contratempos.

Em hipótese alguma o formulário pode ser alterado pelo coordenador local.

Quanto a reposição de material para os pesquisadores

É recomendado que seja organizada para os pesquisadores uma escala semanal de devolução de formulários preenchidos e reposição de formulários “em branco”.

É recomendado que os formulários não fiquem em posse dos pesquisadores fora dos locais da pesquisa.

É recomendado que no local da pesquisa seja definido um local apropriado para o armazenamento dos formulários, até que os mesmos sejam recolhidos pelo coordenador local.

Quanto ao armazenamento de formulários preenchidos.

Os formulários preenchidos devem ser armazenados em arquivos, na sala destinada ao SIS Fronteiras. Toda semana deverão ser enviados para Campo Grande, via SEDEX.

LOCAIS DE PESQUISA

Os demais funcionários dos locais onde os pesquisadores realizarão a coleta de dados, devem ser informados quando aos objetivos da pesquisa e os procedimentos de coletas de dados.

Especialmente os(as) atendentes devem ser orientados(as) a colaborar com os entrevistadores na obtenção dos dados.

No primeiro dia de atividade os pesquisadores devem se apresentar ao gerente do local de pesquisa, para que o mesmo comunique o atendente sobre a permanência do pesquisador na recepção, para o registro de todos os atendimentos realizados no local de pesquisa durante o período de coleta de dados.

DURAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados deverá ser realizada por trinta dias corridos. Se o Coordenador julgar necessário, pode deixar o primeiro dia como treinamento, contando a partir do segundo dia, neste caso, os formulários preenchidos no dia-treino, deverão ser descartados.

COORDENADOR

O coordenador local deverá acompanhar, esclarecer dúvidas e motivar os entrevistadores durante o processo de coleta de dados, programando pelo menos uma visita semanal para cada pesquisador.

O coordenador deverá disponibilizar os seguintes materiais, para **"cada"** pesquisador:

- 1 prancheta.
- 1 caneta azul.
- 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador.
- 1 porta crachá.
- 2 pastas escolares 35mm com elástico, identificadas com o nome da unidade e do pesquisador.
- 1 caixa arquivo (de papelão) identificada com o nome da unidade e do pesquisador.
- Uniforme (camiseta ou jaleco) igual ao utilizado pelos funcionários da saúde, ou camiseta branca – 2 unidades.

APENDICE 11

Instrumento para o Gestor Municipal/Secretário Municipal de Saúde

1.- Perfil do Gestor:

1.1 – Qual é a sua formação?

1.2. - Há quanto tempo é o responsável pela S.M.S?

2.– Atendimento à população estrangeira:

2.1.– Os estrangeiros procuram os serviços de saúde disponíveis em município? (Estrangeiros com domicílio no Brasil e Fora)? (Brasileiros que moram fora do Brasil)?

2.2. – Os Sr. teria como nos dizer (relatar) quais são os serviços (Hosp.,U.B.S) mais procurados por esses estrangeiros? E quais são os principais tipos de atendimento?

2.3.– Possui algum instrumento ou algum trabalho que possa identificar o estrangeiro (em todos os sentidos).

2.4. – Qual seria o custo que representa para o município o atendimento destes usuários estrangeiros? (R$/ mês).

2.5. - O município tem em seu planejamento algum valor direcionado ao atendimento para estrangeiros?

2.6. – No caso de ser um serviço de maior complexidade, onde o seu município não dispõe do serviço, como o Sr. resolve esse atendimento?

2.7. – O Sr. possui algum convênio para referenciar os usuários estrangeiros para os municípios com os serviços de maior complexidade?

2.8. – A S.M.S possui algum acordo, convênio, com o município fronteiriço para atendimento dos usuários estrangeiros?

2.9. – Durante as campanhas de vacinação, as vacinas aplicadas na população estrangeira são registradas? De que forma?

2.10 – Na sua opinião, qual a melhor forma de se realizar o atendimento para esses usuários estrangeiros?

2.11 – Existe algum programa de saúde em que estão inscritos usuários estrangeiros? Programas de Saúde (DST/AIDS, Tb, Mh). Que facilidades e dificuldades são identificadas?

APENDICE 12

Instrumento para o Gerente da Unidade Básica de Saúde

1 - Perfil do(a) Gerente:

1.1 – Qual é a sua formação?

1.2- Há quanto tempo ocupa esta função?

2– Atendimento à população estrangeira:

2.1– A sua unidade presta assistência para estrangeiros?(Estrangeiros com domicílio no Brasil e Fora)? (Brasileiros que moram fora do Brasil)?

2.2– O Sr.(a) teria como nos dizer (relatar) quais são os atendimentos mais procurados por esses estrangeiros?

2.3– Existe algum programa de saúde em que estejam inscritos os usuários estrangeiros? Programas de Saúde (DST/AIDS, TB, MH, Hipertensão, Diabetes, entre outros). Que dificuldades e/ou facilidades são identificadas?

2.4 – A unidade possui alguma rotina de serviço que identifica os estrangeiros atendidos, e que estes sejam registrados separadamente?

2.5 - Qual seria o custo que representa para o município o atendimento destes usuários estrangeiros? (R$/ mês)

2.6– Durante as Campanhas de Vacinação, as vacinas aplicadas na população estrangeira são registradas? De que forma?

2.7– Na sua opinião, qual a melhor forma de se realizar o atendimento para esses usuários estrangeiros? De que forma?

2.8– Quando o usuário estrangeiro necessita de um atendimento de maior complexidade, como e para onde ele é referenciado?

APENDICE 13

Instrumento para o Diretor/Responsável pela Unidade Hospitalar

1– Perfil do(a) Diretor(a)/Responsável:

1.1– Formação do Diretor(a)/Responsável?

1.2– Há quanto tempo desempenha essa função?

2– Atendimento à população estrangeira:

2.1– Este hospital presta assistência para estrangeiros?(Estrangeiros com domicílio no Brasil e Fora)? (Brasileiros que moram fora do Brasil)?

2.2. – O Sr.(a) teria como nos dizer (relatar) quais são os atendimentos mais procurados pelos estrangeiros?

2.3 – O hospital possui alguma rotina de serviço que identifica os estrangeiros atendidos, e que estes sejam registrados separadamente?

2.4 – Qual seria o custo que representa para o hospital, os atendimentos destes usuários estrangeiros?(R$/ mês).

2.5 – Quando o usuário estrangeiro necessita de um atendimento/exames de maior complexidade, como e para onde ele é referido?

2.6 – Na sua opinião, qual a melhor forma de se realizar o atendimento para esses usuários estrangeiros? De que forma?

APENDICE 14

Instrumento para os representantes do Conselho Municipal de Saúde/Usuário

1- Perfil do Conselheiro(a):

1.1- Há quanto tempo é conselheiro(a)?

1.2- O Sr.º(a) representa qual instância?

2- Atendimento à população estrangeira:

2.1– Durante as reuniões do C.M.S, são apresentados problemas relacionados ao atendimento de usuários estrangeiros?

2.2– No Plano Municipal de Saúde, são abordados os atendimentos aos usuários estrangeiros?

2.3– Existe algum recurso financeiro destinado ao atendimento dos estrangeiros?

2.4– Vocês autorizam o pagamento para estrangeiros que necessitam de atendimento de maior complexidade?

2.5– Vocês sabem o quanto o município gasta com o atendimento prestado aos usuários estrangeiros?

2.6– Quais são os serviços que mais são solicitados pelos estrangeiros à S.M.S.?

APENDICE 15

Instrumento para os representantes do Conselho Municipal de Saúde/Trabalhador

1. - Perfil do Conselheiro(a):

1.1. - Há quanto tempo é conselheiro(a)?

1.2. - O Sr.º(a) representa qual instância?

2. – Atendimento à população estrangeira:

2.1. – Durante as reuniões do C.M.S, são apresentados problemas relacionados ao atendimento de usuários estrangeiros?

2.2. – No Plano Municipal de Saúde, são abordados os atendimentos aos usuários estrangeiros?

2.3. – Existe algum recurso financeiro destinado ao atendimento dos estrangeiros?

2.4. – Vocês autorizam o pagamento para estrangeiros que necessitam de atendimento de maior complexidade?

2.5. – Vocês sabem o quanto o município gasta com o atendimento prestado aos usuários estrangeiros?

2.6. – Quai s são os serviços que mais são solicitados pelos estrangeiros à S.M.S.?

APENDICE 16

PONTOS CRÍTICOS CITADOS PELOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA DE MATO GROSSO DO SUL NOS SEUS DIAGNÓSTICOS LOCAIS DE SAÚDE, 2007

Nº de Ordem	PONTO CRÍTICO	Nº de Citações
1	FALTA DE DEFINIÇÃO DO DIREITO E DO FINANCIAMENTO AO ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE OU NÃO NO PAÍS.	12
2	ESTRANGEIROS QUE UTILIZAM O SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.	11
3	ESTRUTURA DA REDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE DEFICITÁRIA.	8
4	DEFICIÊNCIA NAS AÇOES DE ATENÇAO BÁSICA REFLETINDO NOS INDICADORES DE SAÚDE	8
5	AUSÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA ATENDIMENTO DE USUÁRIOS ESTRANGEIROS RESIDENTES NO EXTERIOR.	7
6	BRASILEIROS RESIDENTES NO EXTERIOR QUE UTILIZAM O SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.	6
7	DIFICULDADES EM REFERENCIAR PACIENTES ESTRANGEIROS PARA SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE.	5
8	GRANDE DEMANDA DE ATENDIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA REDE HOSPITALAR	5
9	DEFICIÊNCIA NA ATUALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.	4
10	BAIXO PERCENTUAL DE TRANSFERÊNCIAS DO SUS PARA O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE.	3
11	O PROGRAMA DE TUBERCULOSE TEM APRESENTADO DEFICIÊNCIAS COMO ABANDONOS E/OU ÓBITOS.	2
12	BAIXA COBERTURA VACINAL NA ROTINA E NAS CAMPANHAS NACIONAIS DE MULTIVACINAÇÃO.	2
13	ESTRUTURA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DEFICITÁRIA.	2
14	ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇAO BÁSICA DEFICITÁRIA.	2
15	NÚMERO ELEVADO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS NA UNIDADE HOSPITALAR	1
16	BAIXA COBERTURA VACINAL NO MUNICIPIO, APESAR DE SEREM IMUNIZADOS TANTO BRASILEIROS QUANTO OS ESTRANGEIROS	1
17	DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE COMO ENCAMINHAR USUÁRIOS ESTRANGEIROS PARA SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.	1
18	SOBRECARGA DE ATENDIMENTOS NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.	1
19	AUMENTO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS PROVENIENTES DO MUNICÍPIO DE LADÁRIO.	1
20	O PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZAÇÃO NÃO PERMITE O REGISTRO DE DOSES DOS IMUNOBIOLÓGICOS APLICADOS NA POPULAÇÃO ESTRANGEIRA	1
21	POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTÁ SUB-ESTIMADA DEVIDO A IMPLANTAÇÃO DE ASSENTAMENTOS E ACAMPAMENTOS.	1
22	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS E DE INTERNAÇÕES ACIMA DA PRODUÇÃO PRECONIZADA.	1

Apêndice 17 - RESULTADOS DO LEVANTAMENTO DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA DE MATO GROSSO DO SUL, 2007

DISCRIMINAÇÃO			Antonio João	Aral Moreira	Japorã	Coronel Sapucaia	Corumbá	Mundo Novo	Paranhos	Ponta Porã	Sete Quedas	Bela Vista	Porto Murtinho	Caracol	Total/ Média
População (2005)			7.890	8.054	7.157	13.562	100.268	14.272	10.677	67.191	10.084	23.415	13.633	5.007	281.210
Tipo de Fronteira			**Seca**	**Seca**	**Seca**	**Seca**	**Rio com ponte**	**Seca**	**Seca**	**Seca**	**Seca**	**Rio com ponte**	**Rio sem ponte**	**Rio sem ponte**	**-**
Contiguidade com área urbana			Não	Não	Não	Sim	Proximi-dade	Proximi-dade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Proximi-dade	-
Atendimento de não residentes no país (% dos atendimentos)	**Hospital**	**Estrangeiro**	0,00	0,60	-	1,70	0,76	4,00	3,57	0,39	0,91	0,07	1,46	3,68	1,56
		Brasileiro	0,16	1,30	-	18,75	0,45	5,10	4,39	1,65	5,08	2,02	0,23	0,70	3,62
		Total	**0,16**	**1,90**	**-**	**20,45**	**1,21**	**9,10**	**7,96**	**2,04**	**5,99**	**2,09**	**1,69**	**4,38**	**5,18**
	UBS	**Estrangeiro**	0,00	0,89	0,59	4,87	3,66	13,10	4,97	2,22	4,01	0,57	-	0,39	3,21
		Brasileiro	0,00	2,20	7,04	18,66	0,20	4,70	13,94	0,04	40,69	4,40	-	0,19	8,37
		Total	**0,00**	**3,09**	**7,63**	**23,53**	**3,86**	**17,80**	**18,91**	**2,26**	**44,70**	**4,97**	**-**	**0,58**	**11,58**
Estrangeiros não legalizados no PSF			**-**	**0,90**	**0,21**	**2,70**	**0,25**	**-**	**0,92**	**1,38**	**0,92**	**0,94**	**6,45**	**2,03**	**1,67**
Despesa total em saúde por habitante	Média MS:	252,61	269,40	202,16	154,24	175,00	148,19	207,87	241,74	181,00	119,37	157,72	238,57	381,64	206,41
Despesa com recursos próprios por habitante	Média MS:	130,20	147,02	167,00	113,43	92,80	101,20	156,12	129,48	91,54	45,65	89,85	161,92	292,06	132,34
Transferências do SUS por habitante	Média MS:	129,35	122,38	43,00	77,02	94,87	44,99	51,70	128,62	90,38	73,72	67,87	114,64	91,68	83,41
% Despesas com recursos próprios (EC29)	Média MS:	19,56	19,15	16,85	15,78	17,72	15,10	21,47	17,32	17,90	8,45	16,66	15,94	24,15	17,21

La salud y la inclusión social en las fronteras

A saúde e a inclusão social nas fronteiras

As Marias da fronteira Brasil/Argentina

CAPÍTULO

I

GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICA

Concepción política de la globalización
Alex Fiúza de Mello

Globalización y los aspectos económicos
Nildo Domingos Ouriques

Reflexiones teóricas sobre comportamientos de ciudadania organizacional en modelos comparados de gestión burocrática y gestión flexible
João Benjamim da Cruz Júnior
Dirceu Luís Bassi

1.1 Concepción política de la globalización

Alex Fiuza de Mello

En una lectura atenta de la historia del capitalismo, se puede constatar que para cada fase o etapa delineada de su desarrollo, a cada nuevo gran ciclo de acumulación (con sus formas y mecanismos característicos procesales) para cada nuevo surto en expansión y re- configuración de sus articulaciones mundiales de ordenamiento, correspondió a la formulación de conceptos propios y singulares, destinados a conferir inteligencia y destaque a las manifestaciones mas específicas y típicas de cada contexto histórico referido. Así como la larga fase de desarrollo del capitalismo comercial (siglos XVI a XIX) enfocado para la creación de un mercado mundial y costurada por la dinámica de los cambios desiguales entre metrópolis y colonias, llevó a la consagración de los conceptos de *mercantilismo* y de *colonialismo*, de la misma forma surge al inicio del siglo XIX para el XX, aquello de imperialismo, señalizando la llegada de una nueva y diferenciada fase de expansión capitalista, distinta de la anterior. Desde entonces obtiene centralidad el movimiento de exportación de capitales productivos de las metrópolis para las áreas coloniales, en un proceso de internacionalización creciente de las bases industriales de gran escala que sobre los auspicios y protección de la intervención estadual (de las grandes potencias), respondía a las necesidades de dominación directa por los conglomerados monopolistas de los mercados de trabajo y de materias-primas en todo el mundo. Tanto en un como en otro, los conceptos definen y demarcan tiempos diferenciados, formas singulares y ritmos (aceleraciones) específicas de manifestación de proceso histórico de constitución de la sociedad mundial burguesa, dotándolo así de plausible inteligibilidad.

El concepto de globalización se ha venido conformando solamente en la fase mas reciente del desarrollo del capitalismo (particularmente en las dos últimas décadas del siglo XX), asociado (como idea) a la hipótesis de la emergencia de un nuevo nivel de ordenamiento de la vida social, institucionalmente articulado en plano supra-nacional, en que el centro de las atenciones se vuelve para la constitución de una realidad (relaciones, procesos y estructuras) no determinada simplemente (como en el pasado) a través de la expansión) y/o difusión horizontal/centrífuga de acciones económicas, políticas y culturales entre naciones (sobre impulso y primacía de aquellas hegemónicas) – internacionalización – (NICOLAS. 1994, p. 90),[1] pero configurada por medio de una dinámica progresivamente transversal/centrípeta de efectividad social, plasmada en plano concretamente trans-nacional (global) de materialidad.

No obstante producto cumulativo de múltiplos procesos sociales, económicos, políticos y culturales, por veces en germinación desde el nacimiento de la civilización del capital, por veces deflagrados con el colonialismo y/o imperialismo (IANNI, 1996, p. 236-7; ORTIZ, 1997, p. 13), el hecho es que la *era del globalismo* – así denominada – se va revelando lentamente sea en la observación, sea en pensamiento, así como asumiendo contornos mas nítidos a partir del final de la II Guerra Mundial, cuando entonces, ocurre el fabuloso surto del desarrollo económico que quedo conocido con el sobrenombre de "Años Dorados" (*Golden Years*). Fue este nuevo ciclo de expansión de producción y de mercado "que creo por la primera vez en la historia [consolidando un proceso anteriormente ya en andamiento], una singular, crecientemente integrada y universal economía mundial, operando ampliamente sobre las fronteras de los estados ('transnacionalidad') y por lo tanto, también cada vez mas allá de las fronteras de la ideología estadual" (HOBSBAWM, 1994, p. 9-10).[2]

Es en ese período en realidad que surgen manifestaciones mas evidentes e impetuosas de los nuevos padrones sociales, configurados en escala propiamente transnacional, demarcando un nuevo e

1 Daniel Nicolas, en línea semejante de raciocinio concibe el concepto de "internacionalización" como una "expansión que parte de un centro de poder, se difunde, polariza el espacio circundante y busca adecuarlo a su propia lógica espacio-temporal".

2 Aquí, la expresión "ideología estatal" debe ser comprendida como ideología del Estado *nacional*, visto que, luego a seguir, Eric Hobsbawm especifica el sentido de la colocación: "Las propias unidades básicas de la política, la territorial, la soberanía y los 'Estados-nación' independientes, incluidos los más antiguos y estables, se encuentran succionados por las fuerzas de una economía supranacional o transnacional" (HOBSBAWM, 1994, p. 10).

inédito nivel de institucionalidad; corporaciones empresariales transnacionales,[3] federaciones interestatales (como la Organización del Tratado Atlántico Norte/OTAN y la Organización de las Naciones Unidas ONU), blocos regionales de mercado común (inicialmente el Mercado Común Europeo/MCE y, mas reciente el Tratado de Libre Comercio de América del Norte /NAFTA, la Comunidad de Estados Independientes/CEI, la Asociación de las Naciones del Sud Oeste Asiático/ASEAN, o Mercado Común del Sur/MERCOSUL, organismos mundiales de política económica (como el Fondo Monetario Internacional/FMI, el Banco Mundial/BIRD y la Organización Mundial de Comercio/OMC, Antiguo Acuerdo General sobre Tarifas y Comércio/GATT) (TANZER, 1995), padrones tecnológicos globales de producción, redes intercontinentales de comunicación (con transmisiones directas vía satélite) como todas las demás posibilidades abiertas con la universalización de la revolución informática (SCHAFF, 1995; LOJKNE,1995).

El calificativo "global",[4] sin embargo ya estaba formulado por lo menos desde la década de 1960, con la publicación de La Aldea Global (The Global Village), de McLuhan (1962; MCLUHAN; POWERS, 1989). No obstante será en los años 1980, que el concepto alcanzará una mayor afirmación dentro de la Academia, como en las escuelas americanas de administración de empresas, de Universidades de punta *(business management schools*), tales como Harvard, Stanford y Columbia obteniendo enseguida popularidad a través de la comunicación de artículos de consultoría en estrategias de marketing y por medio de la prensa anglosajon enfocada para materias económicas y financieras. Desde entonces el término invade todo el discurso económico y político en todo el mundo – capitaneado, sobre todo por la perspectiva del neoliberalismo –, habitualizando su instrumentación (CHESNAIS. 1996, p.23). Expresiones tales como "mundo sin fronteras", "empresas sin nacionalidad", "tecno-globalización" – o "aldea global", "fábrica global", "sistema mundo", "economía mundo", y tantas otras *metáforas* que ayudan a taquigrafiar los nuevos significados de la realidad en mutación y a avanzar desafíos teórico-metodológicos de enfrentamiento de su inteligibilidad –, fueron obteniendo cada vez mas, espacio en el imaginario internacional, y llamando la atención de la sociedad mundial para fenómenos y ocurrencias que aunque vengan procesándose ha décadas (lo mismo ha siglos), en este nuevo contexto histórico, ciertamente, asumieron mayor *solidez y visibilidad.*

Sobre la avalancha de los nuevos acontecimientos y el impacto de las transformaciones en escena, pasan entonces a multiplicarse las perspectivas de abordaje de esa sorprendente *aceleración contemporánea* (SANTOS, 1993, p. 15)[5] (o del nuevo *mapa-mundi*), con significativas variaciones de enfoque y/o de angularidad en el tratamiento del tema, según referenciales de análisis de los mas diversos. Robertson (1994, p. 8), por ejemplo, refiriéndose mas específicamente a la dimensión de la percepción humana vinculada a su propio contexto histórico de inmersión, atribuye básicamente al concepto de "globalización" o de una formulación reciente que es el resultado de una mayor intensificación de la conciencia social relativamente a la comprensión del mundo como un "*todo*" (en cuanto unidad integrada, sociológicamente hablando). Esa conciencia según el autor ya venía siendo progresivamente elaborada ha varios siglos, pero solamente ahora habría obtenido una centralidad y un desarrollo focal determinante, como *problema* y como *objeto* específicamente delimitado de *investigación teórico- científico- filosófico.*

Ampliando la reflexión, Spybey (1996, p. 9) apropiándose del concepto giddensiano de "*modernidad reflexiva"*,[6] evaluó que la cuestión central de la sociedad moderna en este final de siglo residiría en el hecho que no habría en el planeta nadie mas que pudiese participar de la vida social, sin alguna referencia a instituciones globalizadas, de una forma o de otra; hecho que, en la acepción de Latouche (1992, p. 53), resuena como señal de emergencia de "una *meta-sociedad mundial'*, así definida como un "*mecanismo*" de cambios (no únicamente económicos) que basado en la concurrencia universal e impersonal entre individuos, (y para mas allá de la mera hegemonía de Estados-nación, como Inglaterra o los Estados Unidos), coloca en relación todas las partes del planeta, imponiéndose definitivamente, como especie de "*fuerza corrosiva*", sobre todas las civilizaciones. Ortiz (1994, p. 16-17; 1997, p. 13-15) habla aún de una "*mega sociedad*", de un conjunto articulado de relaciones sociales planetarias que, en cuanto totalidad *sui generis* (en términos durkeheimianos), penetra y atraviesa transversalmente las diversas configuraciones sociales existentes (grupos, clases, naciones civilizaciones), recreándolas (o redefiniéndolas) en otro nivel (globalmente sobredeterminado) de institucionalidad.

Sobre todos los aspectos, es innegable que el fenómeno de la globalización, por los desafíos

---

3 No apenas grandes empresas individualmente consideradas, instaladas en múltiplos países y actuando inclusive contemporánea y combinadamente en sectores diversos de la economía mundial, como también asociaciones transnacionales de empresas, organizadas por sectores y/o regiones, a ejemplo de los "Eurogrupos" tipo Comité de Constructores Automovilísticos del Mercado Común - CLCA.

4 Sobre el origen del concepto "global", vd. también Mattelart (1992, p. 255-58).

5 Presto aquí la metáfora utilizada por Santos (1993), en se texto "La aceleración contemporánea: tiempo mundo y espacio mundo".

6 Referente al fenómeno de la intensificación, en el contexto de la llamada "alta-modernidad", del grado y ritmo de incidencia de los procesos masificados de información en el comportamiento cotidiano de los individuos y en las formas (permanentemente alteradas) de encajamiento social de ahí resultantes (GIDDENS, 1991).

puestos a su inteligibilidad, instituye por cierto, nuevos horizontes heuristícos para las ciencias sociales y la filosofía, abriendo espacios para las nuevas reflexiones, hipótesis, conceptos y teorías sobre la sociedad y la historia. Como ha de considerarse – conforme sugieren Giddens (1981) y Axfordm (1995, p. 123-45) la necesidad de abordajes "multidimensionales" en la tentativa de deslindamiento de ese nuevo "*sistema global*" emergente. No obstante – y aparte de todos esos interesantes y fecundos recortes de análisis –, no debe ser ofuscado el hecho de que, "*en la base del globalismo*, los términos en que se presenta a fin del siglo XX, anunciando el siglo XXI, está el capitalismo (grifos mios)" (IANNI, 1996, p.236). Lo que significa decir que, aparte de todas las demás (e importantes) dimensiones y potencialidades involucradas en la cuestión (ORTIZ, 1994; CHESNEAUX, 1989; MATTELART, 1992)[7] – y a pesar de la observación de Axford 1995, p. 33), que niega la posibilidad de una única lógica causal en la raíz del fenómeno –, continua a se la *acumulación del capital* (su movimiento de concentración/centralización) el *sustrato básico* de todo el proceso en andamiento, el *vector* de todo este nuevo *surto de mundialización* en curso. Así como "la concentración y centralización fundamentan el colonialismo y el imperialismo, son [estas también y primordialmente] indispensables a la inteligencia de la globalización" (IANNI, 1996, p. 267).

En este escenario – es necesario no perder de vista –, son las nuevas combinaciones entre las inversiones internacionales, la colaboración recíproca (para aparte de la concurrencia) y/o la fusión (sinergia) entre grandes empresas oligopolicas , como una mayor racionalización de las operaciones de mercado en escala mundial, los factores que pasan a exigir una reestructuración mas radical de todo el sistema político-institucional y económico-financiero internacional, teniendo en vista la adecuación de su formatación a las necesidades de un nuevo y emergente ciclo de acumulación: *la centralización transnacional del capital*. Se va entonces configurando progresivamente un nuevo nivel de institucionalidad social, forjado a partir de la liberación de las "fuerzas de mercado" de los obstáculos interpuestos a los movimientos de los negocios durante mas de medio siglo por la división imperialista clásica, y que traduce en última instancia, el propio trabajo práctico avanzado del proceso de concentración/centralización del capital, hoy efectivamente globalizado. Tal hecho es corolario de todo un proceso que ya estaba en marcha desde el siglo XIX (y mismo antes), desdoblamiento de las posibilidades abiertas por la Revolución Industrial.[8]

De hecho, las primeras manifestaciones de organización s*upra*-nacional del capital productivo vienen a parecer al final del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX (aún como fenómenos raros e aislados), en un cuadro diseñado por la hegemonía del capital financiero y por la concurrencia imperialista, cuando las primeras corporaciones transnacionales privadas emergen como "empresas especializadas en un determinado ramo de negocios, en múltiplos territorios y jurisdicciones (...) minando progresivamente la centralidad del sistema interestatal como *locus* primario de poder mundial" (ARRIGHI, 1996, p. 251). Kennedy (1993, p. 47), a propósito, recuerda que los bancos privados cosmopolitas de fines del ochocientos (cuyo crecimiento fue favorecido por la revolución de las comunicaciones realizadas, antes, por el telégrafo), representaron las primeras formas (aún que embrionarias) de articulación institucional *internacional* de intereses capitalistas. "La Casa Rotschild, por ejemplo tenía en 1900, filiales en Frankfurt, Viena, París y Londres, en contacto diario unas con las otras. Lloyds de Londres aseguraba antes de 1914, la mayoría del transporte marítimo alemán y estaba preparado para pagar indemnizaciones por pérdidas mismo en el caso de una guerra anglo-germánica. Son numerosos los ejemplos de [otras] empresas multinacionales [aparte de los bancos], como los Lever Bros (precursores de la Unilever), con instalaciones de producción que iban de Africa Occidental hasta la India; o de grandes compañías petrolíferas que procuraban el mundo en busca de nuevos pozos y llevaban los productos refinados de un mercado para otro. También la Ford se tornó "global" al decidir fabricar automóviles y camiones en América y en Europa".

Ya en esa época, formas muy concentradas de producción y de comercialización perfilaban la organización de algunos de los sectores de punta de la economía mundial, anunciando que un *higher degree of cartelisation* (centralización) ya estaba en curso. Aparte de la industria eléctrica o del petróleo, entre otras, la de extracción y tratamiento de metales no-ferrosos (como el aluminio) se destacaba como una de aquellas donde el proceso de concentración/centralización avanzaba a un ritmo verdaderamente avasallador. Retrato de una de las más intensas competiciones jamás habidas en la historia del desarrollo industrial, en pocos años (de 1898 a 1900) asistió el estratégico ramo productivo de metales no-ferrosos a un repentino y vasto movimiento de fusión de capitales, los Estados Unidos en la cabeza. En 1901, algunos de los grandes grupos norteamericanos, asociados sobre el dominio de los imperios financieros

---

7 Como, por ejemplo, la tesis de Ortiz (1994), que sugiere que, en el contexto histórico en causa, existirían procesos (manifestaciones culturales) que, por su condición *global* de incidencia, trascenderían no apenas grupos y naciones, sino también las propias *clases sociales*, constituyéndose, entonces, en factores potencialmente fundadores de una orden cualitativamente diversa de sociabilidad humana.

8 "La historia de la economía mundial desde la Revolución Industrial - argumenta Hobsbawm (1994, p. 87) - fue aquella de la aceleración del progreso técnico, de continuo, aunque desigual, crecimiento económico, y de la ampliación de la 'globalización', esto es, de una división mundial de trabajo cada vez más elaborada e intrincada, de una densa red de escurrimientos cambios que amarró cada parte de la economía mundial al sistema global".

de Carnegie, Morgan y Moore, fundaban la U.S. Steel Corporation, una "combinación de combinaciones" que en poco tiempo pasaría a dominar mas de 65% de toda la capacidad productiva instalada del sector a nivel interno del país, y que, en las décadas siguientes, asumiría el control de nada menos que la mitad de toda la producción líquida mundial (ADAMS, 1982, p. 74-5). No demoró entonces para que Europa reaccionase a los *trusts* americanos: en 1926, los industriales franceses y alemanes del aluminio concretizaban, en la onda de euforia de la monopolización inter(multi)nacional, la fusión de sus compañías en la gigantesca IRG (International Steel Cartel), pocos años después (1933) transformada, con la entrada de los ingleses, en IREG (International Steel Export Cartel) – hecho que ampliaba, aún mas, la idea de acuerdos entre grandes empresas por la institución de un mercado transnacional horizontal cada vez mas dinámico (BERGHAHN, 1986, p. 23-4).

La progresiva internacionalización de las bases productivas del capital industrial (financiero), con la impulsión de la concurrencia entre oligopolios y el cruzamiento de intereses entre grupos empresariales de diversas naciones, preparaba así, no solo el terreno para nuevos ciclos de crisis (superproducción) y de guerras imperialistas de espectro mundial, como ensayaba fusiones *multi*-nacionales de empresas, fermentando, ya a la época los primeros proyectos de un nuevo ordenamiento sistémico de la economía y de la política, arquitectados en plano global. No por acaso Gramsci estudiaba la temática, en 1918, el surgimiento (y significado) de la propuesta de creación de una institución denominada *Liga de las Naciones*, especie de idea precursora de la ONU, y que traducía una de las primeras tentativas de institucionalización representativa de los intereses burgueses a nivel internacional, en un momento de franca reordenación del capitalismo en plano mundial, determinada por el contexto de la I Gran Guerra:

> Para la burguesía, Liga de las Naciones quiere decir disoluciones de las reliquias políticas del feudalismo. La economía burguesa, en un primer momento disolvió las pequeñas nacionalidades, los pequeños grupos feudales; libertó los mercados internos de todos los obtáculo mercantiles que dificultaban el tráfico, que impedían que la producción se transformase y se expandiese. La economía burguesa suscito, así a grandes naciones modernas. En los países anglosajones ultrapasó esta posición; la práctica liberal creó, en el interno maravillosas individualidades, energías seguras y aguerridas para la lucha y para la concurrencia, descentralizo los Estados, los desburocratizó; la producción no insidiada continuamente por fuerzas no económicas, se desarrollo con un respirar de amplitud mundial (grifo mío), despejó en los mercados mundiales montes de mercadería y riqueza. Continúa a operar; se siente sofocada por la sobreviviencia del proteccionismo en muchos mercados europeos y del mundo (...). En este periodo de vida del mundo lanza la ideología de la Liga de las Naciones. Ella representa para la burguesía liberalista anglosajones la garantía política de la actividad económica de mañana y del ulterior desenvolvimiento capitalista (grifo mío). Es la tentativa para adecuar a la política internacional las necesidades de los cambios internacionales (...). Es el gran estado burgués super-nacional[9] (grifo mío) que disolvió las barreras aduaneras, que amplio el respirar de la libre concurrencia y permite a las grandes empresas, a las grandes concentraciones capitalistas internacionales. (GRAMSCI, 1977, p.188-9).

Pero la organización más sólida de un sistema (económico y político) mundial capitalista aún tardaría un poco hasta encontrar mecanismos mas adecuados a su efectiva consolidación. Los desniveles que, después de la I Gran Guerra, se habían establecido entre la economía norte-americana y la europea (esta atingida sobremanera por los efectos devastadores del conflicto), creaban serias dificultades al funcionamiento más fluente y estable de la economía internacional durante los años 1920. Los Estados Unidos, ya a la época, despuntaban como la nueva gran potencia mundial (en sustitución a la de Inglaterra), llegando a detener, en 1929, cerca de 42% do total da producción mundial, contra apenas 28% de las tres principales potencias industriales europeas (Inglaterra, Francia y Alemania) sumadas. De país (deudor antes de la guerra), los norteamericanos, se habían alzado a la condición de principal creedor internacional asumiendo, aparte de mas una cierta autonomía relativamente a la importación de capitales y mismo de mercaderías de otras regiones (a excepción de materias-primas). Sus exportaciones – aunque internacionalmente importantes – contribuían proporcionalmente menos a la formación de la renta nacional que en cualquier otra nación industrial (HOBSBAWM, 1994, p. 97-100). Tales disparidades y asimetrías causaban progresivos y acumulativos desequilibrios en las balanzas de pagamentos, sobretodo de los países europeos (donde estaba concentrada, la mayor suma de las inversiones americanas),[10] lo que tempranamente llevo al colapso del sistema, con el conocido *crash* de Wall Steet, en 1929.

El cuadro de estagnación y depresión (*Great Slump*) que marcó el interregno de 1929-1933, seguido por los consecuentes conflictos políticos que fermentaron el nazi-fascismo y que desaguaron en mas una Guerra Mundial, en 1939, revelaba como nunca, de una forma nítida e incuestionable, que el capita-

---

9 La traducción portuguesa mantuvo el término *"supernacional"*, tal cual aparece no el texto original en italiano *"il grande Stato borguese supernazionale"*, que podría ser traducido, también, en un lenguaje mas actual, como *"supranacional"* (GRAMSCI, 1973, p. 149).

10 Según Wilkins (1970, p. 71), desde 1902 el volumen de inversiones americanas en Europa ya se mostraba bastante significativo, a punto de los europeos referirse a la época como "invasión americana". En 1914, el investimiento directo de los Estados Unidos en el exterior (siendo la mayor concentración en Europa) llegó a 7% del PIB, manteniéndose esta tendencia a lo largo de los años 20.

lismo ya no podía mas organizarse y/o mantenerse sino como un sistema efectivamente estructurado y planeado en escala global, una vez que cada crisis particular ya interfería en el conjunto (y viceversa), amenazándolo. Luego, como condición a la estabilidad de largo plazo y de defensa contra otras crisis futuras, la dinámica capitalista pos-guerra pasaba a exigir fundaciones menos frágiles que aquellas que habían sustentado la economía mundial hasta los años 1920-30, presentándose el desafío de formas más globales de planeamiento y de acuerdos macroeconómicos entre las potencias industriales como el único camino a la salvaguarda del sistema como un todo.

El keynesianismo (con su formula del Estado regulador/investidor y de Bienestar) y o fordismo (como universalización del modelo productivo americanista pautado en la producción y consumo de masa) emergen, entonces, como padrones institucionales *mundiales* de estabilización sistémica – como un *modo de regulación*, en el decir de Aglietta (1979) –, responsables por la ampliación de las demandas efectivas que garantizarían durante los veinticinco años que se siguieron a 1945 (*Golden Years*), la acumulación capitalista a una tasa media de crecimiento económico jamás conocida en la historia. En ese movimiento, la centralización do poder financiero internacional se torna aún mayor, pasando los Estados Unidos, prácticamente, a disfrutar del monopolio de la liquidez mundial, en 1947 simbolizado en la equivalencia de sus reservas de oro al porcentual de 70% del total disponible en el planeta (ARRIGHI, 1996, p. 284).[11]

Desde entonces, lo que pasa a suceder es una continua y sustancial reestructuración de las bases institucionales del capitalismo legado por el imperialismo, avanzándose a la creación de mecanismos *trans*-nacionales efectivos de regulación económica y política, con los Estados Unidos en la cabeza do sistema. El unimundismo de la doctrinas del New Deal, de Roosevelt, implicaba el sentido del planeta pasar a ser concebido no mas como un conjunto de naciones con intereses dispares, mas como un único sistema tendiendo a la armonía, inexplicablemente articulado mientras un solo mercado mundial, en el contexto del cual, por tanto la ayuda norte-americana Europa Occidental (Plano Marshall) "reactivaría el crecimiento económico, estimularía el comercio transoceánico y de ese modo, ayudaría la economía americana a largo plazo" (ARRIGHI, 1996, p. 285) una vez que la salud de esta (como los norte-americanos habían aprendido) dependía de la salud del todo.[12] El nuevo sistema monetario mundial que resultó de acuerdo de Bretton Woods (y que definió el dólar como padrón universal de equivalencia), nada mas fuera que un reflejo de esta nueva percepción globalizada del sistema capitalista, donde también la "producción" del dinero mundial pasa a ser asumidas y controlada por una red de organizaciones gubernamentales – o FMI, o BIRD, el Sistema de la Reserva Federal de los Estados Unidos – "actuando en la recuperación con los bancos centrales de los [diversos países] aliados" (FRIEDEN, 1987 apud ARRIGHI, 1996, p. 287) y en nombre de la "salud sistémica".

Pari passu, a las grandes corporaciones, al sabor de ese espectacular avanzó en la globalización de la economía y de las estructuras de poder, como un puñado de "caballos de Troya",[13] también se expanden *trans*-nacionalmente, invadiendo los mercados internos de los varios Estados de la nación, movilizando recursos externos en beneficio de su propia expansión burocrática, y asumiendo, con el pasaje a combinaciones aun mas complejas de composición del capital, una forma concreta y crecientemente *supra*-nacional de materialidad, con autonomía de locomoción y de gestión históricamente inéditas.[14] "Una nueva división internacional del trabajo empezó [entonces] a minar la más antigua. La firma alemana Volkswagen monto fábricas de automóviles en Argentina, Brasil, Canadá, Ecuador, Egipto, México, Nigeria Perú, Africa del Sur y Yugoslavia – como usualmente, principalmente después de mediados de los años 60, las nuevas industrias del Tercer Mundo pasaron a suplir no apenas sus hinchados mercados locales, mas también todo el mercado mundial (...). Las industrias locales *se tornaban parte de un proceso transnacional de manufactura* (...) [donde] la línea de producción ahora se movía no [mas] por medio de hangares gigantes situados en un único y simple terreno, más a través do globo" (HOBSBAWM, 1994, p. 280).

En la raíz de todo ese *boom*, todavía, estaba también la Guerra Fría (*the major engine of the the great global boom*) (HOBSBAWN, 1994, p.275), que precozmente dio coraje a los *policymakers* americanos "a asumir una visión más amplia [del proceso] – también motivada por los saldos desastroso de la

11 Sobre la preeminencia mundial de la economía norte-americana en pos-guerra, vd. también Furtado (1987, Cap. I e II).

12 "El mundo se tornó tan interdependiente - escribía un banquero de Wall Street y ex-subsecretario de Estado, Norman Davis, a vísperas del Gran Crak de 1929 - (...) [que] las unidades de la economía mundial deben trabajar juntas, o podrecer separadamente" (FRIEDEN, 1987 apud ARRIGHI, 1996, p. 303).

13 Presto aquí esta simbólica metáfora de Arrigui (1996, p. 304).

14 Arrighi (1996, p. 318) - como queda destacado en el siguiente pasaje de su tesis - muestra que ni el Estado norte-americano, centro del nuevo sistema internacional surgido en pos-guerra, fue capaz de controlar toda esa *autonomización* del gran capital: "la incorporación de Europa Occidental en las redes de poder del Estado norte-americano después de la Segunda Guerra Mundial, fue realizada por el propio gobierno americano. Después que la acción gubernamental preparó el terreno para la trasplantación lucrativa de las empresas norte-americanas, estas invadieron Europa en gran cantidad, pero su papel en la consolidación del dominio norte-americano fue apenas el de internalizar en sus propias tecnoestruturas los componentes fundamentales del mercado y de la fuerza de trabajo europeos. Aunque el gobierno norte-americano intentase mantener un cierto control sobre esa trasplantación de las empresas del país para el suelo europeo, sometiendo sus subsidiarias extranjeras a las leyes de comercio de los Estados Unidos y tomando providencias para reglamentar la salida del capital norte-americano, aquel proceso adquirió casi inmediatamente una dinámica propia. El gobierno norte-americano, actuando solo o aún en acuerdo con los gobiernos europeos, no puede controlarlo. Peor que eso, cuanto más autónoma se tornó esa dinámica, más fue solapada la centralidad de Washington en la producción y reglamentación del dinero mundial".

experiencia del entre-guerras –, convenciéndolos de que la ayuda lo más rápido posible en favor del crecimiento de sus futuros competidores [europeos y japoneses] era políticamente urgente" (HOBSBAWM, 1994, p. 275). Como una genial "maquinación" que fornecía un ambiente ideológico propicio a la aceleración de las costuras necesarias al nuevo ordenamiento del capitalismo mundial, luego el miedo de las acciones revolucionarias condujeron a que la edificación de Europa Occidental y de Japón, como la "integración" de América Latina, se presentasen como prioridades mas concretas e inmediatas al efecto demostración de la viabilidad de la receta de un "mundo libre" de que propiamente la recomposición del planeta por entero a la imagen norte-americana. Y no por menos a la ideología unimundista de Roosvelt y luego reciclada por Truman, que, para los propósitos perseguidos, ya no mas hablaba de un "mundo unido", mas de *dos mundos irremediablemente opuestos entre si*: un sobre influencia norte-americana y, otro, sobre aquella de la Unión Soviética (ARRIGHI, 1996, p.286; 305).

Es en ese clima de tensión política – donde "la amenaza del comunismo, aún mas imaginaria que real, ciertamente aceleraba a reconstrucción del Occidente sobre el liderazgo de América (EUA) y con el dinero americano" (BERGHAHN, 1986, p. 72) – que se rehacen las estrategias y las doctrinas de desarrollo, como las tácticas de dominación. Diferentemente de las formas directas y asuntosas del control político típicas de la fase del imperialismo, las fuerzas capitalistas articulan, ahora mecanismos mas "informales" de control de mercado mundial, respondiendo a la avalancha de los movimientos de independencia política deflagrados con el proceso de descolonización pos-45, con el "quieto" (más eficaz) ejercicio de poder económico concentrado. Con la consolidación de las ramificaciones internacionales de capital financiero, sobre la hegemonía norte-americana y el Plano Marshall los acuerdo de Bretton-Woods y la marcha ascendiente de la multi-nacionalización de las bases productivas de gran capital según el modelo *americanista*, pudieron entonces los Estado Unidos (en nombre de *la lógica del sistema* y de su hegemonía mundial) presionar por la disolución de los imperios Británicos y Franceses, desistir de las Filipinas (y de otras ambiciones *territoriales*) y forzar el ejército Holandés a retirarse de Indonesia. Lo que ahora interesaba (dada la nueva conjetura histórica) no era mas tanto el "imperio formal" (como en el pasado), mas aquel "*informal*" de la denominación – *económica* – sorda y ineluctable (WESSELING, 1986, p. 2).

No por acaso, en esa época que emergen como la del "imperialismo del libre mercado" (1953), de los historiadores británicos Gallagher y Robinson (1953) colocado en discusiones el sentido del propio concepto de imperialismo (su sentido clásico) dado los desdoblamientos de nuevos acontecimientos. La nueva realidad imponía nuevas interrogantes: "Continua el imperialismo en diferentes formas o tuvo su carácter esencialmente alterado?. Están las potencias imperiales continuando a ejercer su influencia en un sentido o en otro informalmente mas que formalmente (...)?. Se apoyarían [los nuevos mecanismo de dominación] en las tradiciones imperialista? (...). Si el control político es apenas una forma de imperialismo – entre otras – la perdida y la recuperación de la independencia política, al menos del punto de vista de los pueblo colonizados, les conferiría alguna diferencia cualitativa en su posición?" (WESSELING, 1986, p. 3) – todas reflexiones que, fundadas en la percepción de las significativas mudanzas están en andamiento en el plano de la economía y de la política mundial, *colocaban en suspenso el entendimiento de las nuevas conexiones entre capital (multinacional) y Estado (nacional).* Además se trataba de averiguar y caracterizar lo que parecía ser otra etapa de la historia del capitalismo, marcada por el aparecimiento de estructuras empresariales más complejas (las firma multinacionales), una nueva división inter(trans)nacional del trabajo y el crecimiento de un sistema financiero aun mas integrado y sin fronteras.

Analizada con atención, la historia del siglo XX (y, particularmente, de su segunda mitad) se presenta, en términos generales, como un movimiento continuo de reescalonamiento progresivo de las bases materiales de gran capital (su progresiva centralización *trans*-nacional), cuya producción global – como demuestra el cuadro abajo –, fue adquirido tasas e índices cada vez mas gigantescos de crecimiento a largo del período (particularmente en las décadas subsecuentes al final da II Grande Guerra), o que exigió, en consecuencia, transformaciones institucionales profundas a cada nueva etapa de reestructuración de la división internacional de trabajo y de dinamismo del mercado mundial.

A lo largo del período, el o fenómeno de la concentración/centralización del capital va asumiendo contornos cada vez mas nítidos, bultos de mayor densidad, materializando, en una escala crecientemente ampliada, as tendencias de evolución ya apuntadas por Marx en su teoría de la Ley General de Acumulación Capitalista. Como nota Santos (1994, p. 74), "en las empresas, asistimos desde la pos-guerra la evolución de antiguos trustes e carteles ye monopolios nacionales para la constitución de las firmas multinacionales. En estos cincuenta años ellas se hicieron transnacionales ye, en la década del 80, [ya tendían] a convertirse en empresas globales (...) complejos productivos planetarios".

Por lo tanto, ante todo ese escenario, es que nuevas estrategas se vuelven para una mayor movilidad de capital *trans*-nacionalizado y pasan a determinar la geopolítica del mundo e a combinar una gama de

actividades *trans-fronteras*, en un ritmo y un grado verdaderamente alucinantes de incidencia: exportaciones y abastecimiento en el extranjero, inversiones directas en regiones fuera de eje tradicional de los países centrales, alianzas internacionales, nuevas ondas de fusiones interempresariales en nivel supranacional, diversificaciones de las operaciones en los planos locales de producción (con reestructuración de la división de trabajo y especializaciones regionalizadas), ampliación de los cambios (exportaciones) *intra*-corporativas[15] ... *and so on*. Todo ese proceso busca agilizar la capacidad instalada de movilización y flexibilidad de gran capital productivo mundializado, esto es, aquella de encajarse y desencajarse, invertir y desinvertir, aglutinar y sub-contratar (*tercerización*), implantarse e desenraizarse, conforme los vientos favorables (o no) de cada contexto y oportunidad (CHESNAIS, 1996, p. 15-28).

La fase de la pos-guerra, apoyada en la llamada *tercera revolución tecnológica*, marca, en contrapartida, una revuelta crucial en la dinámica de acumulación capitalista, en la medida en que el capital completa la tarea histórica de su definitiva *internacionalización* (y que, en la verdad, se presenta como *trans*-nacionalización): la *internacionalización de las propias empresas oligopolicas* (= *centraliz/ación internacional*) (CHESNAIS, 1996, cap. 10). Aquí, las compañías *multi*-nacionales se tornan la forma organizacional determinante de gran capital, en un movimiento de creciente y permanente *integración vertical*; combinan ramos y negocios situados en diferentes países en una única unidad productivo-gerencial, correspondiendo, al proceso, a una nueva onda de desarrollo desigual (mas combinado) de exploración de fuentes de materias-primas, innovación tecnológica y acumulación de capital a través del globo. Al final de ese movimiento, se tiene una transferencia continua de la propiedad no apenas de un país para el otro, más de grupos nacionales para aquellos gigantes *trans*-nacionalizados. Este nuevo nivel de centralización de capital viene acompañado, además, de un gradual desmantelamiento de poder de los varios Estados nacionales y de su sustitución por el crecimiento de nuevas formas de *poder estatal federativo supranacional* (WALLERSTEIN, 1984; ROSECRANCE, 1986; CLAUDE JR, 1988, Cap. 5; HELD, 1989; 1995; PICCIOTTO, 1991; ROSENAU; CZEMPIEL, 1992; AXFORD, 1995). "La centralización internacional de capital puede ser entendida como una tentativa de este en quebrar as históricas barreras de Estado-nación (...). El desarrollo de las compañías multinacionales y la mudanza da énfasis dentro del imperialismo en la dirección de la exportación de máquinas, equipamientos y vehículos (...) debe ser visto como un resultado 'orgánico' del propio desarrollo del capitalismo en su estado avanzado, (...) proceso que tiende a privar a la así llamada burguesía 'nacional' de su dominio en la industria manufacturera (...) donde la combinación de capital público, privado y e extranjero se torna una de las mas importantes características de la fase tardía del imperialismo o do neo-colonialismo" (MANDEL, 1999, p. 342-7).

En artículo intitulado "La Concentración Internacional de Capitales y la Supranacionalidad", publicado y *Les Temps Modernes* (Paris, noviembre de 1965) – anterior, por lo tanto, *El Capitalismo Tardio* –, Mandel (1965) ya había estampado esa tendencia a la *trans-nacionalización* del capital y su control progresivo sobre las esferas de influencia de los antiguos Estados-nación. Cita el caso de la propia formación del Mercado Común Europeo como un resultado directo de la dicha fase de alta centralización del capital, bien como una señal de que lo que vendría a ocurrir en seguida (como la historia comprobó) al restante del planeta. La interpenetración creciente de capitales en seno del Mercado Común, el aparecimiento de grandes amalgamas bancarias e industriales, la supranacionalidad de la propiedad privada resultan, en última instancia, en el surgimiento de *organismos estatales supranacionales*, especie de nuevos representantes del capital en general (ahora) *trans-nacionalizado*, hecho que demarca la nueva fase de mundialización estructural del sistema como un todo.

En ese sentido, argumenta von Braunmuhl (1978, p. 161-2): "Un sistema internacional no es la suma de varios Estados, al contrario, el sistema internacional *se constituye* (grifo mío) de varios Estados-nación. El mercado mundial no es constituido por varias economías nacionales concentradas conjuntamente, pero si es organizado en la forma de varias economías nacionales como sus componentes integrales". La reivindicación, así, y por la *primacía metodológica de la totalidad sobre las instancias aisoladas*, de lo que recurre que ninguna "economía nacional", ninguna forma o acción estatal, puede ser comprendida o explicada adecuadamente (por lo menos en el contexto del capitalismo) sino en cuanto elemento integrante ("intra") de una totalidad dinámica sobre determinante ("trans"), materializada (en el caso) en la figura del mercado mundial. En consecuencia (y por otro lado), el propio proceso de internacionalización y de trans-nacionalización de la acumulación del capital no puede ser entendido en todo su alcance si se piensa como si fuese un factor *externo*, actuando *sobre* los Estados-nación, "pero debe ser concebido como un *proceso en efectivación dentro de las economías nacionales, estas en cuanto parte del mercado mundial* (grifo mío) (...). El mercado mundial es el lugar 'en el cual la producción

15 Según Chesnais (1996, p. 225), del total de las movimentaciones del comercio exterior durante el año de 1993, 65,9% correspondieron a las firmas multinacionales, siendo que, de este montante, 33,3% operaron en nivel interno las propias firmas - lo que coloca en cuestión el propio concepto de *"exportación"* (o, en lo mínimo, su relativización) face al nuevo escenario de la economía mundial.

es puesta como una totalidad envolviendo en todos sus momentos, mas dentro del cual, al mismo tiempo, todas las contradicciones están en juego' (*Grundrisse*); esto es, el se torna la esfera de un contexto *global* (grifo mío) de producción y cambio en el cual el capital está [permanentemente] en proceso continuo de constitución, el propio, real e históricamente, en cuanto capital *mundial*" (grifo mío) (VON BRAUNMUHL, 1978, p. 161-2).

Visto por otra óptica, el movimiento histórico de constitución del capital debería, siempre, ser entendido como un proceso continuo y permanente de configuración elástica del propio mercado mundial, de formación de un sistema económico y político mundial en cuanto totalidad, razón porque Marx afirmaba en los *Grundrisse* (MARX, 1971) que la tendencia para crear el mercado mundial está dada directamente [esto es, intrínsicamente] en el propio concepto de capital.

Históricamente hablando el hecho es que – tesis de Arrigui – "en principio, las redes de acumulación del capital estaban enteramente inseridas en redes de poder (estatal) y les eran subordinadas. En esas condiciones, para tener suceso en la busca de lucro, era necesario que las organizaciones empresariales fuesen Estados poderosos (...). Entretanto, en la medida que las redes de acumulación se expandieron de modo a alcanzar todo el globo, ellas se tornaron cada vez más autónomas y dominantes en relación a las redes [estatales] de poder (...). La transformación de la economía capitalista mundial – pasando de un sistema en que las redes de acumulación estaban enteramente inseridas en las redes de poder y subordinadas a ellas para un sistema (inverso) en que las redes de poder están enteramente inseridas en las redes de acumulación subordinadas a éstas –, esa transformación avanzó por una serie de ciclos sistémicos de acumulación, cada uno consistiendo en una fase de expansión material (DM) seguida por una fase de expansión financiera (MD')" (ARRIGHI, 1996, p. 87-8). Con eso, se desplazan, progresivamente, los "continentes de poder" (GIDDENS, 1987) del espacio de los Estados-nación para los "territorios" *trans*-nacionalizados de las grandes firmas, que Jameson (1991) selló el "hiperespacio pos-moderno" – fenómeno resultante de la "multinacionalización" de las relaciones internacionales *dentro de las propias formas institucionales del capitalismo global*. Se desplaza, además, la *política*, con toda su arquitectura convencional de organización del poder y de soberanía, la cual "no puede mas, de aquí en adelante, ser pensada a partir de la esfera nacional, [pues] el mundial se torna primordial y cesa de ser un lejano de la nación (...). El Estado deja de ser una soberanía que juega su destino por medio de intervenciones sobre una conjetura mundial que le sería relativamente exterior, [a la medida que] el planetario deja de ser internacional y exterior (...). La política nacional no pasa mas que de un modo de inserción en este espacio" (ROBELIN, 1994, p. 231-2). Como consecuencia, se define el moderno sistema de naciones territoriales en cuanto *sede primaria* del poder mundial y, en su lugar, emerge una inédita y poderosa *red desterritorializada de acumulación del capital*, configurada en plano *transnacional (*ARRIGHI, 1896, p. 81-4).[16]

Es esa (diría yo) *territorialidad flexible de las necesidades de la acumulación*, traducida en movimiento global y continuo de encaje/desencaje de gran capital, el factor que explica toda esa centralidad del capital *financiero* (esa forma mas *flexible* de existencia de capital) en el contexto de la era del globalismo – a favor de lo que conspiran, cada vez mas, los recursos de la ciencia y de la técnica, formatados por la razón instrumental visceralmente cómplice de toda esa "virtualidad fluida". La contingencia absoluta de espacio (físico) – en términos de la lógica de la acumulación –, corresponde a existencia "desencajada" de capital como *dinero*, con su inherente capacidad global de metamorfosis y de movimiento.

La era del globalismo, mas que propiamente la era del capital financiero, y la era de los *oligopolios transnacionales*, de la aceleración *transfronteras* del proceso de concentración/centralización del capital, posibilitada: 1) por la globalización de las instituciones bancarias y financieras (que tienen por meta facilitar las fusiones y adquisiciones internacionales); 2) por el empleo de nuevas tecnologías (sobretodo las informacionales, aplicadas a la producción industrial e a las actividades de gestión y finanzas) que funcionan como condición permisiva y como factor de intensificación de las operaciones globales; 3) por la utilización de tecnologías avanzadas de comunicación, que pasan a duplicar la capacidad intrínseca del capital productivo de comprometerse, de locomoverse, de invertir y desinvertir – su propensión a la rápida movilidad, conforme intereses conjetúrales (CHESNAIS, 1996, p. 26-28; 34).

O *sustrato* de globalismo es la *transnacionalización de capital*, el alto grado de concentración/ centralización por este alcanzado (efectivamente *mundial*) y su decurrente capacidad de soberanía

16 A esse respeito, Beaud (1994, p. 79-83) argüi que é a própria lógica da reprodução ampliada do capital que o torna autônomo em relação à lógica de reprodução das formações sociais concretas, ultrapassando as fronteiras dos Estados-nação. Se, de certa maneira, o Estado-nação cumpriu uma função-chave de ordenação do mundo, sobretudo nos últimos quatro séculos, hoje, definitivamente, a mundialização econômica e financeira tanto limitou as capacidades estratégicas nacionais, como enfraqueceu os Estados em suas funções tradicionais. Martelli (1994, p. 218) chega até mesmo a admitir que a nação esteja em vias de "ultrapassamento" (*dépassement*) por outros espaços mais alargados de sociabilidade, não passando, aquela, de uma "simples etapa da história humana, após outras, [e] antes de outras" - ou seja, um fenômeno *datado*. Esta questão, aliás, é aquela que também está no centro das preocupações de Habermas (1990, p. 93), quando este se refere ao desafio da construção de uma (nova) *identidade racional* para sociedades complexas, como é o caso da sociedade mundial em configuração. Dilema que se reflete na constatação de que "o espaço em que se exercia a soberania dos Estados singulares foi reduzido, ou - quase se poderia dizer - foi comprimido (...) pela organização supranacional do poder exercido pelo capital (...) [a ponto de somente 17 Estados terem um orçamento superior ao orçamento anual da General Motors]".

planetaria, cada vez mas descolada de los límites e imperativos tradicionales condicionados por las instancias de los poderes estatales nacionales. Sin embargo, nótese, que no se trata de imaginar, aquí, que en esta nueva etapa del capitalismo, la figura del Estado-nación – y la decurrente política *nacional* – quede anulada *in totum*. Si bien que las organizaciones económicas (y políticas) transnacionales representen, ciertamente, nuevas configuraciones de las relaciones sociales de producción (y de poder) materializadas en escala global, ellas aún retienen, indiscutiblemente, un fuerte componente "nacional", determinado por vínculos históricos anteriores (tradiciones, lengua, símbolos, etc.) que sobreviven en el nuevo contexto (AXFORD, 1995, p. 149; PORTER, 1990; REICH, 1992; HELLER; FEHER, 1988). [17] El Estado-nación, no obstante, va resolviendo en un nuevo orden de hierarquización societaria – cuando no, transformado en la "provincia da sociedad global" – (IANNI, 1994), mediante: a) una mayor integración de este en los circuitos de capital con dimensiones globales; b) una ampliación de las responsabilidades del Estado como un instrumento de regulación de los intereses del capital financiero transnacional; c) una redefinición de los principios de operación del sistema estatal para lejos de su tradicional focalización nacional; d) una reorganización de las estructuras sociales, consistente con la internacionalización de segmentos de la economía doméstica (POOLEY, 1991; McMICHAEL; MYHRE, 1991; MILIBAND, PANITCH, 1992). O sea, en el contexto de la planetarización político-estratégico efectivada sobre hegemonía de las organizaciones transnacionales, los Estados nacionales – como designa Dreifuss (1997). – son transformados en meros "*pivot* político-estratégicos", especie de *links* locales que articulan la red de intereses de la "nueva oligarquía (poliárquica) planetaria", *refuncionalizados* para cumplir, primordialmente, la tarea de garantizar la estabilidad y previsibilidad político-institucional, económica y societaria – las "condiciones ambientales de suceso" – para la actuación multinacional de tecnología avanzada y para el capital de riesgo (inversiones de grandes montos) (DREIFUSS, 1997, p. 85, 172, 244, 324-5).

En la nueva orden mundial, "y contrariamente a las interpretaciones convencionales, [los] factores mas dinámicos no son los gobiernos o representaciones parlamentares de los países que procuran constituir mercados comunes o integrados. Los agentes mas actuantes y poderosos (...) son las corporaciones y conglomerados transnacionales (...). Son organizaciones construidas según padrones variados de integración horizontal, vertical o de conglomeración, con capacidades potencializadas para tirar ventajas de los sistemas de propiedad, de técnicas de administración, de escalas de producción y de las estrategias de internalización y/o tercerización bien planeadas y ejecutadas. Con una cultura organizacional inédita y superior a todas las formas de producción históricas y contemporáneas, las corporaciones transnacionales disponen de poderosos recursos financieros y humanos, tienen acceso a la tecnología de punta y consiguen operar en escalas y ámbitos transfronteras, basadas y apoyadas en sistemas de comunicación y computación instantáneas" (RATTNER, 1994). Son ellas que tejen las redes (*réseaux*) y sueldan los nudos (que es el manejo de la da simultaneidad) de las nuevas modalidades de articulación entre espacios (productivos, mercadológicos) mundialmente diseminados, pero sincrónicamente inseridos y atados a una misma lógica de reproducción ampliada del valor. "De ahí la posibilidad de observar que las burguesías de varios países y continentes [si es que se puede hablar, a este nivel, en burguesías "nacionales"] pueden convivir socialmente y producir reticularmente, porque usan los mismos protocolos sociales y económicos (y un mismo lenguaje)" (NICOLAS, 1994; DREIFUS, 1997).[18]

Se reciclan, así, las relaciones políticas internacionales, tornadas relaciones *internas* ou *variables dependientes* del juego de intereses de los varios segmentos del gran capital global (ANDREFF, 1984; BINA; YAGHMAIAN, 1991). En última instancia, no es China o Argentina, Corea o Brasil que (en cuanto *naciones*) importan, pero si las ventajas que, comparativamente (en el cuadro de mercado mundial), puedan ofrecer de buenas inversiones: bajos salarios, infraestructura, tierra y materias-primas abundantes y baratas, legislación flexible, situación política y e orden institucional estable, etc. Se reparte el mundo no mas, *tordesilladamente*, en dos partes iguales, o en segmentos *imperialisticamente* exclusivos; mas por *nichos de interés transversalmente seleccionados*. En una misma región o país subdesarrollado pueden, entonces, emerger, como islas de riqueza, áreas de gran desarrollo económico cercadas de pobreza y miseria por todos los lados. En contrapartida, como la exclusión social (dado el o desempleo estructural) pasa también a penetrar, cada vez más, los poros de las metrópolis mas desarrolladas, y la pobreza vuelve a aparecer (como en siglos anteriores) en las calles y esquinas de Londres, Paris y Nueva York,

17 Axford (1995, p. 149) sugere cautela sobre inferências que apontam a diluição do papel do Estado-nação por forças regionalizantes e/ou globalizantes, visto que, no mínimo, parte da equação do processo em andamento envolveria comunidades e produtos culturais ainda formatados na circunscrição de fronteiras nacionais. Teses sobre a continuidade da importância e centralidade dos Estados-nação no contexto da nova ordem mundial podem ser mais nitidamente verificadas em trabalhos como os de Porter (1990) e Reich (1992), respectivamente. Também autores como Heller e Feher (1988) ressaltam que o Estado-nação ainda ocuparia um lugar privilegiado nas dimensões institucionais da pós-modernidade, continuamente pensada como um "sistema de Estados"; ou seja: o mundo (pós)moderno seria ainda um mundo *de* Estados.

18 Sobre as novas "poliarquias" transnacionais - expressão do próprio autor -, com suas estratégias de organização e de atuação a nível global, vd. o excelente estudo de René Dreifuss, *A Época das Perplexidades*, já citado. Trata-se, dentre outros méritos, de um minucioso trabalho de levantamento historiográfico e de mapeamento político dos vários grupos, organizações e fóruns supranacionais, hoje configurados como verdadeiros megassistemas de poder (espécie de *core power* global), os quais, personalizados em *elites orgânicas* corporativas (empresários, políticos, cientistas, gerentes) de visão e atuação *transnacional* e *transestatal*, articulam, comandam e controlam todo o processo de globalização em curso, em suas várias esferas de manifestação.

recurre de todas esas transformaciones que (sin que se elimine las herencias del colonialismo y del imperialismo) las nociones de Primer y Tercer Mundos (el Segundo ya acabó) asuman – si aquí bien entendido el recorte y la matización del análisis – connotación cada vez mas *desterritorializada (BIDET; TEXIER, 1994, p. 8-9; PIVEN, 1995;* PIVEN, 1995; *RATTNER, 1994)*.[19]

Considerada esa nueva fase de desarrollo de la acumulación capitalista – de abertura comercial, de privatizaciones, de desreglamentación –, resumida en la llamada "onda de neoliberalismo", a nueva geopolítica de gran capital productivo-financiero mundializado viene manifiesta en la remoción de los obstáculos locales (nacionales) a la libre circulación de capital-dinero (política de cambio global) y a la movilidad de capital productivo, cuyas relaciones de poder estarían desplazando, progresivamente, las instancias primordiales de mando de nivel de los Estados-nación (como ocurriera en la fase clásica del imperialismo) para niveles *supra*-nacionalizados de institucionalidad. Agencias como el FMI, o BIRD, a OMC y otras tantas estructuras de gestión situadas en el mismo plano de articulación (inclusive las inter-estatales, como el Grupo de los 7), pasan a representar los *loci* referenciales de coordinación del sistema global, completando las funciones tradicionales que, hasta pasado reciente, cabían directamente a los Estados-nación, y manifestando, definitivamente, la *extra-territorialidad de los capitales* y su *autonomización creciente fase a los Estados-nación*. Son los dilemas globales que se imponen a la agenda de todos os partidos e rigen, en todos los lugares, la orden del día – sin distinciones de coloraciones y preferencias ideológicas. Como un tipo de sistema completamente inédito, construido en un grado sin precedentes de complejidad (LUHMANN, 1982), la sociedad global en movimiento – la dinámica supranacional de mercado y la actuación de las nuevas poliarquías internacionales – parece subsumir a si, como subsistemas, las antiguas fronteras territoriales de poder, rediseñando el peso y la función de los varios atores e instancias institucionales presentes en el escenario político hodierno, en nivel local, nacional, regional y mundial.

Actualmente, es notorio el desafío de los varios gobiernos nacionales frente a problemas comunes que no recurren, más primariamente, de circunstancias y/o factores de orden local. Aún que esos subsistan en sus particularidades (lo que es obvio), se les sobreponen otros de naturaleza mundialmente sistémica, determinando, así una nueva jerarquía de prioridades en la esfera del juego político. Se trata de desafíos que se configuran a partir de la incidencia de procesos, estructuras y relaciones articuladas y/o institucionalizados en plano *trans*nacional, y que, por los efectos instantáneos de su impacto en la escena local, transforman la dinámica y la naturaleza de los varios espacios sociales, interfiriendo en la propia arquitectura del edificio político – y de las políticas públicas estatales. Si, cualquier gobierno, cualquier partido o candidato, en cualquier rincón del planeta, independientemente de sus preferencias y compromisos ideológicos, está destinado, hoy, a tener que enfrentar, en la práctica, tales dilemas *estructurales* (sistémicos) puestos en la agenda política por la dinámica (y contradicciones) de la sociedad capitalista mundial, y a movilizarse en su acción política teniendo como paño-de-fondo los condicionamientos inherentes a esa nueva ecuación de los elementos e instancias de poder conectados en plano *inter/trans*nacional.

El contexto de crisis económica cíclica, de reestructuración productiva (con el desempleo estructural) y de redefinición funcional del papel de Estado, al envolver y accionar, hoy, indistintamente, todas las sociedades nacionales, apunta para desafíos que, en última instancia, nada mas hacen que revelar la naturaleza eminentemente *global* de esos principales dilemas. Son factores, además, que interrelacionados, anuncian un reordenamiento del escenario mundial en todas las latitudes y longitudes, con significativas alteraciones en el panorama del juego político en nivel interno a las diversas nacionalidades. El Global se impone sobre el Local. Muda la naturaleza de la política.

Referencias:

ADAMS, W. (Ed.). *The structure of american industry*. 6th ed. New York: Macmillan Pub. Co., c1982. 513p.

AGLIETTA, M. *Regulación y crisis del capitalismo*: la experiencia de los Estados Unidos. Trad. Juan Bueno. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1979. 344p.

ANDREFF, W. The international centralization of capital and the reordering of world capitalism. *Capital & Class.* London: Spring, n. 22, p. 58-80, 1984.

ARRIGHI, G. *O longo século XX:* dinheiro, poder e as origens do nosso tempo. Tradução: Vera Ribeiro;

19 A propósito, reconhecem Bidet e Jacques (1994) que, ao mesmo tempo em que se remodela a geografia do poder mundial do capital, "interioriza-se a relação centro-periferia. Toda esta alienação específica que caracteriza as nações dominadas, esta privação de bem-estar, de liberdade, de democracia, de seguridade, outrora apanágio das margens distantes, realiza-se, hoje, no coração do próprio sistema, sob a forma de exclusão social daqueles a quem as forças cegas do mercado arrancam à seu lugar de origem atraindo aos centros mais avançados".

Cesar Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Ed. da UNESP, 1996. 393p.

AXFORD, B. *The global system*: economics, politics and culture. New York: St. Martin's Press, 1995. 250p.

BEAUD, M. À partir de l'économie mondiale: esquisse d'une analyse du système-monde. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 79-83.

BERGHAHN, V. R. *The americanisation of west german industry*, 1945-1973. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1986. 344p.

BIDET, J.; TEXIER, J. Introduction. In. _____. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 8-9.

BINA, C.; YAGHMAIAN, B. Post-war global accumulation and the transnationalization of capital. *Capital & Class*. London: Spring, n. 43, p. 107-30, 1991.

CHESNAIS, F. A mundialização do capital. Tradução Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996. 335p.

CHESNEAUX, J. *Modernité-monde.* Paris: La Découverte, 1989. 232p.

CLAUDE Jr., I. L. *States and the global system*: politics, law, and organization. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press, 1988. 205p.

DREIFUSS, R. A. A época da perplexidade: mundialização, globalização e planetarização - novos desafios. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FURTADO, C. *Transformação e crise na economia mundial*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 289p.

GALLAGHER, J.; ROBINSON, R. The imperialism of free trade. *Economic History Review*. Cambridge, v. 6, p. 1-15, 1953.

GIDDENS, A. *A contemporary critique of historical materialism*. v. 1. Power, Property and the State. London: Macmillan, 1981.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade.* Trad. de Raul Fiker. São Paulo: Ed. UNESP, 1991.

GIDDENS, A. *The nation-state and violence:* volume 2 of a contemporary critique of historical materialism. Berkeley: California University Press, 1987.

GRAMSCI, A. *A liga das nações*, (Il Grido del Popolo, 19/1/1918). In: GRAMSCI, A. Escritos políticos. Trad. de Manuel Simões. Lisboa: Seara Nova, 1977. v. 1.

GRAMSCI, A. *Scritti politici*, v. 1 - A cura di Paolo Spriano. Roma: Editori Riuniti, 1973. p. 149.

HABERMAS, J. Para a reconstrução do materialismo histórico. 2. ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1990. 247p.

HELD, D. *Democracy and the global order*: from the modern state to cosmopolitan governance. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1995. 324p.

HELD, D. Sovereignty, national politics and the global system. In: _____. *Political theory and the modern state:* essays on state, power, and democracy. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1989. p. 214-42.

HELLER, A.; FEHÉR, F. *The postmodern political condition*. New York: Columbia University Press, c1988. 167p.

HOBSBAWM, E. J. *Age of extremes*: the short twentieth century, 1914-1991. London; New York: Michael Joseph; Viking Penguin, 1994. 627p.

IANNI, O. *A era do globalismo.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. 325p.

IANNI, O. Nação: província da sociedade global? In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 77-84.

JAMESON, F. Postmodernism, or, the cultural logic of late capitalism. Durham: Duke University Press, c1991.

KENNEDY, P. M. *Preparando para o século XXI*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 409p.

LATOUCHE, S. *L'Occidentalisation du monde:* essai sur la signification, la porteìe et les limites de l'uniformisation planeìtaire. Paris: La Découverte, 1992.

LOJKINE, J. A revolução informacional. Tradução de José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1995.

LUHMANN, N. The world society as a social system. *Int. J. General Systems, v*ol. 8. p. 131-8, 1982.

MANDEL, E. A concentração internacional de capitais e a supranacionalidade. *Les Temps Modernes.* Paris, nov. 1965.

MANDEL, E. *Late capitalism*. 2nd. Ed. New York: Verso, 1999. 618 p.

MARTELLI, R. Monde, Europe, Nation: l'individu dans ces maisons communes. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France, ©1994. p. 211-23.

MARX, Karl. Grundrisse der Kritik der politischen O¨konomie. English. Selections. The Grundrisse. Edited and translated by David McLellan. New York: Harper & Row, 1971. 152 p.

MATTELART, A. La communication-monde: histoire des idées et des stratégies. Paris: Découverte, 1992. 356p.

McLUHAN, M. *The Gutenberg galaxy*: the making of typographic man. Toronto: University of Toronto Press, 1962. 293 p.

McLUHAN, M.; POWERS, B. R. *The global village*: transformations in world life and media in the 21st century. New York: Oxford University Press, 1989. 220p.

McMICHAEL, P.; MYHRE, D. Global regulation vs. the nation-state: agro-food systems and the new politics of capital. *Capital & class*, London: Spring, n. 43, p. 83-106, 1991.

MILIBAND, R.; PANITCH, L. Globalization - to what end? *Monthly Review*. London, v. 43, n. 9 e 10, Feb/Mar, 1992. Parts I and II. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m1132/is_n9_v43/ai_11832054. Acesso em: 12 jan. 2006.

NICOLAS, D. H. Tempo, espaço e apropriação social do território: rumo à fragmentação na mundialização? In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 87-101.

ORTIZ, R. *Mundialização e cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994. 234 p.

ORTIZ, R. *Um outro território*: ensaios sobre a mundialização. São Paulo: Olho d'Água, 1997. 142p.

PICCIOTTO, S. The internationalisation of the state. *Capital & Class.* London, n. 43, p.43-63, 1991.

PIVEN, F. F. Is it global economics or neo-laissez-faire? *New Left Review*. London, n. 213, p. 107-14, Sep/Oct, 1995.

POOLEY, S. The state rules, ok? The continuing political economy of nation-states. *Capital & Class*. London: Spring, n. 43, p. 65-82, 1991.

PORTER, M. E. *The competitive advantage of nations*. New York: Free Press, c1990.

RATTNER, H. Globalização e projeto nacional. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 103-6.

REICH, B. R. *The work of nations*: preparing ourselves for 21st century capitalism. New York: Vintage Books, 1992. 339p.

ROBELIN, J. Les nouvelles figures mondiales de la politique. In: BIDET, J.; TEXIER, J. (Orgs.). *Le nouveau système du monde*: colloque international, Sorbonne, 29 et 30 mai 1992 (organiseì par la revue Actuel Marx et l'Istituto italiano per gli studi filosofici). Paris: Presses Universitaires de France,

©1994. p. 79-83. p. 231-2.

ROBERTSON, R. *Globalization:* social theory and global culture. Third impression. London: Sage, 1994.

ROSECRANCE, R. N. *The rise of the trading state*: commerce and conquest in the modern world. New York: Basic Books, c1986. 268p.

ROSENAU, J. N.; CZEMPIEL, E.-O. (Org.). *Governance without government*: order and change in world politics. Cambridge [England]; New York: Cambridge University Press, 1992. 311p.

SANTOS, M. A aceleração contemporânea: tempo mundo e espaço mundo. In: SANTOS, M. et al (Orgs.). *Fim de século e globalização*. São Paulo: Hucitec/ANPUR, 1993.

SANTOS, T. A Globalização reforça as particularidades. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território*: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 72-76.

SCHAFF, A. *A sociedade informática*: as conseqüências sociais da segunda revolução industrial. 4. ed. Tradução de Carlos Eduardo Jordão Machado e Luiz Arturo Obojes. São Paulo: Ed. Unesp; Brasiliense, 1995.

SPYBEY, T. *Globalization and world society.* Cambridge: Polity Press, 1996. 187p.

TANZER, M. Globalizing the economy: the influence of the International Monetary Fund and the World Bank. *Monthly Review*. London: September, v. 47, n. 4, 1995, p. 1-15.

VON BRAUNMUHL, C. On the analysis of the bourgeois nation state within the world market context: an attempt to develop a methodological and theoretical approach. In: HOLLOWAY, J.; PICCIOTTO, S. (Eds.) *State and capital*: a Marxist debate. Austin: University of Texas Press, c1978. p. 161-2.

WALLERSTEIN, I. M. *The politics of the world-economy*: the states, the movements, and the civilizations: essays. Cambridge; New York: Cambridge University Press; Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1984. 191p.

WESSELING, H. L. Imperialism and empire: an introduction. In: MOMMSEN, W. J.; OSTERHAMMEL, J. (Eds.). *Imperialism and after*: continuities and discontinuities. London; Boston: Allen & Unwin, 1986. 368p.

WILKINS, M. *The emergence of multinational enterprise*: american business abroad from the colonial era to 1914. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1970. 310p.

1.2 Globalización y los aspectos económicos

Nildo Domingos Ouriques

Introducción

Es común entre nosotros brasileños la percepción de que no pertenecemos a América Latina. En recurrencia, es también frecuente observar que los investigadores sociales en Brasil adoptan una perspectiva eurocéntrica en sus análisis y, en consecuencia, piensan el futuro del país como si estuviésemos destinados históricamente a alcanzar el nivel de desarrollo y las características políticas de los países europeos o mismos de los Estados Unidos.

El análisis de la dinámica del desarrollo capitalista en escala mundial realizada por importantes investigadores sociales,[1] no disipó estas esperanzas ingenuas de gran parte de la inteligencia brasileña y menos, aún que por razones distintas, a las de la clase política nacional. La descubierta de que el sistema mundial é históricamente organizado a partir de la polaridad centro-periferia y que las alteraciones de esta orden sólo son posibles históricamente – o sea, para más allá del tiempo de nuestras cortas vidas y mismo así excepcionalmente – jamás disminuyó la fuerza de la ideología de las clases dominantes en la periferia que siguen afirmando que el desarrollo está a la esquina o que será posible alcanzarlo rápidamente. La originalidad no es mismo un atributo del mundo político y empresarial brasileño, razón por la cual toda la tentativa de mimetismo institucional patrocinado por las clases dominantes resulta en fracaso; aunque, la recurrencia histórica de este fracaso no implica en análisis rigurosa de las responsabilidades. Delante de cada nueva tentativa y nuevo fracaso, parece no haber otro camino a seguir a no ser repetir, en la próxima oportunidad y con más precisión, alguna solución institucional originada en los países centrales. La sociología estadounidense ya identificó este comportamiento como "*fracasomanía*", pero esta lección del saber metropolitano fue, curiosamente, ignorada por el país que se especializó en seguir de manera religiosa casi todo lo que los Estados Unidos preconizan para tirar el país de la situación en que se encuentra. De esta forma, no deja de llamar la atención el hecho de que, cuando intelectuales de los Estados Unidos ofrecen una buena pista para que nosotros podamos superar antiguos problemas, el recado es ignorado o simplemente esterilizado en aquello que tiene de transformador. El presidente Fernando Henrique Cardoso, por ejemplo, reprodujo durante mucho tiempo la expresión "fracasomanía" como si fuese una especie de aprecio por la derrota, significado completamente distinto de aquel empleado por Hirschmann:

> El término indica, más que cualquier otra cosa, el desconocimiento del equipaje de experiencias heredadas del pasado. Es la convicción de que todo lo que fue hecho se transformó en fracaso, en derrota. En este punto, la única cosa que se puede hacer es importar cosas del exterior, posturas, valores, sen procurar aprender de la propia experiencia. Algunos de estos temas emergieron de la discusión sobre la teoría de la dependencia. Creo que la falta de capacidad de aprender con la experiencia del pasado. Los jóvenes son mandados para estudiar en las universidades norte-americanas y europeas y, cuando retornan, acreditan saber e conocer todo, sin haber aprendido nada de la experiencia de los ancianos que siempre vivieron en América Latina. Visto que lo que saben aprendieron en Harvard, Princeton, Munich u Oxford, creen que conocen todo que no tienen nada que aprender con los ancianos. La falta de intercambio entre las viejas y las nuevas generaciones: he aquí una forma de "fracasomanía". En cierto sentido, este es un aspecto de la dependencia. La use a veces, para definir la figura de consultor de reformas, que tras nuevas ideas y nuevas propuestas sin observar la realidad y la experiencia del país para lo cual las reformas están enfocadas (HIRSCHMAN, 1997).

1 Hay una amplia bibliografia al respecto que no puede ser desconsiderada, especialmente de aquellos autores que por su inclinación crítica son censurados por el saber universitario en Brasil. Entre otros, se consulte a Sader (2000), Marini (1980), Dussel (1998), Frank (1977 y 1998).

Esta advertencia es indispensable si quisiéramos comprender por que consideramos que las políticas públicas adoptadas en nuestros países o todas las tentativas de reformar el sistema político nacional están siempre repitiendo aquello que muchos consideran "errores", pero que, no obstante, son siempre "errores" que refuerzan el orden social que caracteriza nuestro subdesarrollo. Sin miedo de errores, afirmo que todos estos desastres producidos por el Estado son errores funcionales el orden establecido que no esencial, reproducen de manera ampliada la dependencia del país y prolongan de manera cruel el subdesarrollo. Es la falta de comprensión de que la dependencia y el subdesarrollo que caracterizan el capitalismo brasileño es un producto de la acumulación en escala global que no puede ser superado dentro del orden actual, apenas reproducido por ella, hace con que una ideología como la de globalización sea respetada entre nosotros como si fuese una verdad científica solamente equipada a lo que representó la descubierta del átomo para el desarrollo de la física.

Por eso, indicaré a seguir cuatro transformaciones de capitalismo contemporáneo en la América Latina que son indispensables para entender el comportamiento de las elites de la región y las opciones por ellas tomadas en período reciente. Ellas no son exhaustivas, pero ciertamente representan condicionamientos (o serían determinantes?) importantes para las opciones políticas que los pueblos tendrán que tomar en período actual para superar el o subdesarrollo y la dependencia que marcan su evolución histórica. Los fenómenos indicados tampoco son nuevos, pero ni por eso son menos importantes. En verdad, son fenómenos recurrentes en la historia de la economía mundial y en la organización del sistema inter-estatal que la sustenta. Talvez el único mérito de nuestro ensayo consista precisamente en eso: recordar algunas reglas que son mantenidas a hierro y fuego por las potencias dominantes en un planeta que aún está muy lejos de establecer algo parecido con lo que podríamos denominar sin temor alguno de sociedad humana.

O regionalismo como fuerza motriz de las naciones hegemónicas

Ha dos movimientos articulados que dan vida a la economía mundial que aunque aparezcan como contradictorios en verdad sólo existen juntos. El primero es el fortalecimiento de los estados nacionales de los países centrales que reforzaron su poderío económico, político, militar, diplomático y cultural sobre la periferia capitalista. Este fenómeno recibió el nombre de "globalização" y tal denominación fue particularmente útil para las clases dominantes de las naciones periféricas que sufrieron con el refuerzo del estado-nación de los países centrales. Las "teorías" sobre la "globalización" fueron útiles porque en gran parte de ellas, el núcleo duro de las formulaciones dispensaba las clases dominantes de la periferia de responsabilidades sobre el pesado fardo que recayó sobre las clases subalternas, con las conocidas pérdidas de derechos y conquistas sociales que fueron gradualmente siendo suprimidas en la medida en que la ley del valor se afirmaba sin mediaciones estatales que en la etapa anterior de alguna forma y siempre de manera parcial les protegían contra la voracidad del capital ahora sin obstáculos. La astucia de la operación fue tal que, en muchas versiones de estas "teorías", el funcionamiento del mundo nos fue presentado como si también los empresarios, banqueros y propietarios de tierra fuesen verdaderas víctimas del proceso de acumulación de capital y no socios menores del botín. Aunque, ahora que la "globalización" está funcionando a pleno vapor, es obvio para cualquier aprendiz de relaciones internacionales que los estados metropolitanos están aún más fuertes y con mayor capacidad de actuación de que en la etapa anterior, marcada por el keynesianismo.

El segundo movimiento, es que los países centrales que reforzaron su estado-nación lanzaron mano de la estrategia regional para ganar musculatura en la lucha competitiva en escala global. Por esta razón es que Alemania apostó todas sus fichas en la constitución de la Comunidad Económica Europea. Es en función de esta disputa que los Estados Unidos firmaron aún en 1994 o TLC con Canadá y México y no dejaron de firmar acuerdos de "libre-comercio" con otras naciones latino-americanas, entre las cuales el reciente CAFTA con varios países de América Central. Y es finalmente por las mismas razones que Japón intenta mantener un fuerte influencia regional en Asia con mecanismos semejantes y asociaciones estratégicas que incluye muchas veces la propia China con la cual también mantiene importantes rivalidades. Así, observamos que el refuerzo de la nación es un subproducto de este activismo regional sin lo cual nada sería posible, mucho menos las pretensiones hegemónicas. De esta forma, las naciones con pretensiones a la hegemonía tratan de reforzar su poderío en la exacta medida en que ganan fuerza regional asegurando recursos políticos, económicos, militares, culturales, científicos y diplomáticos en gran escala. En fin, la vieja dinámica regional – que aquí denominamos regionalismo – siguió ejerciendo el protagonismo de la historia como demuestran los grandes historiadores de la economía mundial. [2]

[2] La lectura obligatória para entender la fuerza del regionalismo puede ser vista entre otros en Wallerstein (1979, 1984, 1998). Ver también Arrighi (1996).

En este contexto, no deja de aparecer como una inmensa curiosidad el hecho de que la integración latino-americana aparezca para muchos investigadores sociales y formuladores de la política social en nuestros países como una idea anacrónica o misma sin sentido práctico para Brasil. En cuanto la integración europea es un sinónimo de modernidad y de fuerza de los países europeos en su lucha por la hegemonía global, la integración latino-americana es vista por gran parte de nuestros intelectuales como una tentativa "popular" carente de sentido histórico y funciones constructivas en un mundo ultra-competitivo y hostil para los países periféricos. Mismo entre aquellos que reconocen la integración latino-americana como positiva, limitan el potencial transformador del regionalismo al considerar el MERCOSUR como el horizonte de la integración necesaria. Estos olvidan que un conjunto de problemas – y especialmente de alternativas – solamente puede ser resuelto cuando consideramos una integración latino-americana en su dimensión continental. En este contexto, la Alternativa Bolivariana para América (ALBA) lanzada por el presidente de Venezuela Hugo Chávez representa la única alternativa posible para los estados periféricos de América Latina. La legitimidad del presidente venezolano y su rápida conversión y un gran líder de la región, no derivan del potencial petrolero de Venezuela y la alta mundial de las materias primas energéticas que le concedió posibilidad de maniobra en terreno financiero, pero, sobretodo de su capacidad para recuperar el horizonte político de la integración latino-americana como una exigencia y una afirmación para la superación de los problemas estructurales de la región. En este sentido o bolivarianismo es, históricamente, la única oposición viable al expansionismo estadounidense, o sea, la Doctrina Monroe, a través de la cual los Estados Unidos pretenden controlar América Latina en nombre de la "democracia y de los mercados libres" que suponen todos los países "civilizados" deben defender. Este nuevo bolivarianismo no está todavía plenamente conformado y para convertirse en fuerza motriz de la historia necesitará el concurso de la mayoría de los estados nacionales de la región y de grande apoyo popular. La modernización capitalista impulsionada desde que Ronald Reagan llego a la Casa Blanca en Enero de 1981, no tenia otro objetivo do que consolidar aquella máxima popular según la cual "la América para los americanos" es algo equivalente a una ley natural. Fue el propio secretario de estado Robert Lansing quien explico al presidente Wilson de los Estados Unidos el significado de la Doctrina:

Y en su defensa de la Doctrina Monroe, los Estados Unidos contemplan sus propios intereses. La integridad de otras naciones americanas es incidental, no un fin en si mismo. Aunque eso pueda parecer puro egoísmo, el autor de la Doctrina no tuvo motivo más noble o generoso en su declaración. (CHOMSKY, 2004, p. 24).

En su corta e intensa vida, fue el propio Simón Bolívar quien alerto a los latino-americanos para las amenazas derivadas del expansionismo estadounidense al afirmar al cónsul ingles Campbell en 1829 que "...los Estados Unidos, que parecen destinados por la Providencia para plagar la América de miserias a nombre de la libertad..." jamás dejaría de ejercer su influencia sobre la región. Después del intenso proceso de modernización capitalista que disminuyó la soberanía de los países latino-americanos y aumento considerablemente la crisis social en la región, el resurgimiento del bolivarianismo antes que una sorpresa o exotismo político debería ser entendido como lo que realmente es: una respuesta de los pueblos de esta región a las pretensiones hegemónicas de los Estados Unidos y un paso en el sentido de una Segunda Emancipación tan necesaria cuanto los procesos de independencia concluidos alrededor de 1825.

La emigración de la fuerza de trabajo sangra a América Latina

Las emigraciones de la fuerza de trabajo constituyen fenómeno mundial y no representan algo nuevo en la economía mundial. La historia universal está repleta de ondas migratorias que ayudaron a conformar imperios y hegemonías regionales o globales ye mismo en la corta historia del capitalismo identificamos casos clásicos del proceso como, por ejemplo, la emigración irlandesa para Inglaterra que represento condición necesaria para la acumulación de capital en la primera potencia capitalista global que tenemos conocimiento. Sin embargo, la magnitud de la emigración reciente de América Latina llama la atención porque entre todos los continentes es en el nuestro donde ella es más intensa, superando a Asia y África en las tasas de crecimiento. Una manera de mistificar el problema es la afirmación recurrente de que la falta de crecimiento económico es la responsable por la ocurrencia de esta diáspora que afecta todos los países latino-americanos. Aunque de amplia aceptación, este argumento olvida algo fundamental en el funcionamiento de una formación social en la periferia capitalista: estas economías latino-americanas son precozmente monopolizadas.

Este dato elementar indica que si por un lado no pueden utilizar técnicas intensivas en mano de obra – porque atrasarían aún mas la difusión del progreso técnico – por otro la transnacionalización a que

fueron históricamente sometidas fue particularmente intensa en el último período – especialmente después de 1982, cuando la onda modernizante (neoliberalismo) domino el escenario de la región – implico en la importación de equipamientos que sustituyen con gran velocidad parte considerable de la fuerza de trabajo empleada. En este contexto, es preciso considerar que no solamente el desempleo será estructuralmente elevado, sino que una parte considerable de la fuerza de trabajo esta sometida a la dinámica de acumulación global sin las pantallas tradicionales de una economía regulada nacionalmente.

El fenómeno indica que para el *estado nacional en la periferia*, una parte importante de su fuerza de trabajo deja de ser útil y pasa a ser simplemente un estorbo. Las emigraciones rindieron algo fundamental en este escenario: el envío de las remesas de los emigrantes constituye fuente importante de divisas para cerrar el balance de pagamentos y del, punto de vista social, representan el programa más importante y consistente para millones de familias en América Latina. Aunque que muchos ministerios de la salud en el continente no consideren, la verdad es que las remesas de los emigrantes garantizan la reproducción social de millones de habitantes tanto en países pequeños como El Salvador, República Dominicana y Ecuador cuanto en grandes como México y Brasil. Este último ya é el segundo país receptor de sumas considerables que son utilizadas por la elite brasileña con; apurado sentido de clase, pues garantiza morada, alimento, vestuario, educación y salud para considerable parte de nuestra población. En fin, la crisis social podría ser aún peor si no fuese por la recepción de estos dólares que garantizan la renta mínima para millones de hogares en todo el país. Un órgano tan importante como el BID ya afirmo que las remesas de los emigrantes constituyen el único programa social realmente consistente para las clases populares porque llegan directamente a las familias de baja renta, en montante creciente y con perspectivas de crecimiento para los próximos años. Con efecto, si consideramos los datos disponibles, verificaremos que desde 1980 las cifras no paran de crecer. En aquel año, la región latino-americana recibió apenas 1,9 billones de dólares por concepto de remesas; en 1990 la cifra alcanzo 12,8 billones y en 2000, llego a 19,2 billones. Pero en 2002 ya estaba en la casa de los 35 billones y datos recientes indican que casi tocaron el nivel de los 50 billones de dólares (SOLIMANO, 2003). En este sentido, es trágico constatar que las remesas ya poseen casi la misma importancia de inversión extranjera directo para cerrar el balance de pagamiento de los países latino-americanos y caribeños. Igualmente fácil de constatar la coincidencia entre el proceso de modernización capitalista iniciado en 1982 y la expulsión de la fuerza de trabajo, pues el ritmo de crecimiento de las remesas guarda estrecha relación entre la aplicación del programa y el recibimiento de estas cuantías indispensables para la elite de la región amenizar la crisis social y garantizar cierta holgura en el balance de pagamentos.

Es claro que esta emigración masiva lesa los países latino-americanos de manera muy seria porque los estudios revelan que la región pierde un gran potencial intelectual que no pasa desapercibido por las universidades y empresas de los países centrales. Los hospitales en los Estados Unidos, por ejemplo, no funcionan sin esta fuerza de trabajo de la misma manera que las grandes empresas de computación y de alta tecnología no pueden acumular billones sin el concurso de estos trabajadores que se transformaron en vitales para el proceso de acumulación de capitales. En la misma medida en que siguen extrayendo el excedente económico por múltiplas vías – pagamiento de royales, intereses, remesa de lucros, sub y sobrefacturación, etc. – el sistema global aún toma la fuerza de trabajo cualificada producida por los países latino-americanos y entregue gratuitamente para los países centrales. Los estudios de la Fundación Nacional de Ciencias de los Estados Unidos clasificaron el fenómeno de *brain drain*, o sea, la fuga de cerebros que afecta a todos los países de la periferia capitalista pero es particularmente letal para los pequeños países que proporcionalmente necesitan más que cualquier otro el concurso de calificación da fuerza de trabajo.

Esta seguirá sendo una característica importante de desarrollo capitalista en escala mundial, o sea, cada día con más intensidad el sistema liberaliza en la exacta medida de los intereses de las transnacionales y de los estados metropolitanos la comercialización y producción de los bienes y servicios por un lado, mientras controla el flujo de la fuerza de trabajo por otro. Es evidente que en este contexto las "maravillas del mundo globalizado" no llegarán jamás para las clases subalternas. Estas empresas – en verdad, megaempresas – son consorcios mundiales con raíces nacionales, bien plantadas en los principales centros del capitalismo mundial. El contraste entre las transformaciones que ocurren en los países centrales y aquellas verificadas en los países dependientes es terrible, razón por la cual es preocupante que el fenómeno parece no llamar la atención del pensamiento colonizado que sigue sobresaliendo las "ventajas" del mundo globalizado como si el fenómeno de la mundialización fuese algo nuevo y representase un mundo de oportunidades para los países periféricos.

En este sentido, las fáciles oposiciones que frecuentan el discurso político o mismo algunas formulaciones con intenciones teóricas (privado versus público, abertura versus proteccionismo, etc.)

poseen cierta eficacia retórica, pero son incapaces de entender la naturaleza del sistema actual. Los países centrales lanzan mano tanto del proteccionismo canto de la abertura según sus conveniencias y no alimentan ilusión alguna sobre las bondades del libre-comercio. A final, fue el propio Adam Smith quien afirmo en longincuo 1776 que "esperar que Gran Bretaña establezca la libertad de comercio es equivalente a prometer una Utopía. Se oponen a él, de manera irresistible, no solamente los preconceptos del público, mas los intereses privados de muchos individuos (SMITH, 1990, p. 415); es obvio que todos os países centrales aprendieron rápidamente la lección inglesa en cuanto a la mayoría de los economistas en los países periféricos sigue presentando Adam Smith como el defensor de las maravillas de una supuesta "mano invisible del mercado" que jamás preconizo. Entre tanto, esta subversión de la historia y de la propia perspectiva del escocés Smith es conveniente para los intereses de las clases dominantes en la periferia capitalista que necesita de una "teoría" que conserve sus intereses intocables y mantenga a la plebe lejos de los asuntos y especialmente de las decisiones públicas.

En este contexto es que a sociología dominante, de la misma forma que distintas teorías de relaciones internacionales afirman falsamente que el capitalismo contemporáneo se caracteriza por menor grado de regulación estatal. Es evidente que en muchos aspectos el capital posee mayor grado de libertad tanto en los países centrales cuanto en los periféricos, pero en ningún momento podemos suponer que para tal el estado perdió la fuerza o las fronteras nacionales están en vías de desaparecimiento. La escena en el capitalismo contemporáneo puede aún reservarnos muchas sorpresas, menos el fin del estado como muchos investigadores sociales afirman. Como índico acertadamente Joachim Hirsch.[3]

A pesar de todo, el Estado nacional no desaparece, y la idea de su superación debe mostrarse tanto más como una ilusión cuanto más globales sean las dimensiones que el capitalismo asume: la forma estatal-nacional de la política sigue siendo un componente fundamental de la relación capitalista, de la competencia y de la regulación de las relaciones de clase y de explotación. La globalización del capitalismo descansa precisamente sobre el gran número de estados nacionales competidores y sobre las desigualdades que a partir de ello se constituyen (en ámbitos) como los salarios, las infraestructuras, la legislación ambiental, etcétera. Las empresas multinacionales que aparentemente hacen saltar el sistema estatal-nacional, operan en realidad precisamente sobre esta base. Globalización no significa entonces que las fronteras nacionales caigan en todo el mundo, sino que ellas adquieren un significado novedoso. (HIRSCH, 2000).

Nace, por lo tanto, el "estado nacional de concurrencia", concepto del propio Hirsch que indica un aprofundamiento del carácter de clase del estado nacional en favor de las clases dominantes en los países centrales que luego encontrará en la periferia capitalista su similar sobre comando de una burguesía que, para mantener posiciones delante del escenario internacional adverso, no vacilará en lanzar mano de variados mecanismos de exploración da fuerza de trabajo y de un amplio proceso de desnacionalización de las riquezas estratégicas que nadie, en los países metropolitanos, se atrevería a defender.

El endeudamiento estatal interno y su relación con la deuda externa

Otra transformación del capitalismo contemporáneo en la América Latina es el superendeudamiento del estado latino-americano. Al tradicional endeudamiento público ye privado externo, a partir del final de la década de ochenta surgió la tendencia de superendeudamiento de la deuda pública interna en moneda nacional, pero anclado en mecanismos de protección delante de eventuales desvalorizaciones que comprometen radicalmente la autonomía nacional. No podemos discurrir exhaustivamente aquí sobre las razones por las cuales el proceso se origino, mas es necesario decir algo a su respecto y especialmente medir sus consecuencias. La razón fundamental fueron los llamados procesos de estabilización o las estrategias de control inflacionario que obtuvieron fuerza en las dos últimas décadas. Argumentando que la inflación era el peor enemigo del hombre, las clases dominantes lograron la aceptación de las mayorías para estrategias de control del mal que las empobrecieron aún mas, pues si el poder de compra de la moneda afecta las clases subalternas – especialmente aquellos sectores que no poseen indexación – el desempleo masivo y las altas tasas de intereses utilizados como instrumento decisivo en las estrategias anti-inflacionarias afectan mas duramente aún estos mismos sectores. En la exacta medida en que el estado controlo la inflación por un lado, la deuda interna se multiplico por otra. El gobierno de Fernando Henrique Cardoso salio de 64 billones de reales en 1994 para llegar a 700 billones ocho años mas tarde.

3 Para todo aquel que juzgue el diagnostico de Hirsch típico del enfoque marxista ortodoxo, sería oportuno llevar en consideración la posición de Habermas (2003), un entusiasta de la integración europea y para quien "el Estado nacional es, fue y será, durante mucho tiempo, el principal actor político. Ni será posible eliminarlo tan luego".

El gobierno de Luiz Inácio Lula da Silva duplico esta cifra en primer mandato y profunda el endeudamiento aún mas en el segundo período presidencial.

Las consecuencias de este superendeudamiento estatal son claras: a) una minoría privilegiada controla todas as decisiones estratégicas del estado en la medida en que controla a deuda pública; b) el estado latino-americano está impedido de practicar una política social de alcance y con capacidad de regenerar amplios sectores sociales afectados por la dinámica global; c) los profesionales que actúan en la área social se acostumbraron con la pedagogía de las migajas ye perdieron completamente la noción de riqueza cuando discuten los presupuestos de los ministerios del área social. La primera consecuencia hace con que empresarios, banqueros, latifundistas y los exportadores, asociados a los trabajadores que participan de fondos de pensión, ganen con los títulos de la deuda pública, acumulando millones, participando de un rentismo que solamente puede ser garantizado en cuanto el criterio de la "austeridad fiscal" – lea-se disminución de las inversiones en las áreas sociales – y aplicado a toda la población. La segunda consecuencia impide el estado latino-americano de practicar política social con alcance suficiente para hacer frente a la miseria que caracteriza estos países. La CEPAL demuestra que con pequeñas variaciones el cuadro de la miseria estructural se mantiene inalterado para la gran mayoría de países, Brasil entre estos. La tercera consecuencia indicada creo en los profesionales del área social un comportamiento marcado por la disciplina contable que consagro migajas para su actuación. Estos profesionales admiten – no obstante toda evidencia en contrario – que los recursos son mismo escasos a despecho de la orientación ideológica de distintos gobiernos. Ellos no consideran que los recursos escasos para el área social sean productos de una opción política del gobierno y del pacto de clase que domina el estado. Con mucha frecuencia, la comparación en el área social como de resto en cualquier área, ocurre entre las medidas de un determinado gobierno que esta en función y de su predecesor, y jamás entre as necesidades de la población y los menguados recursos destinados a los programas creados para atenderlas.

Por último, la gran prensa repite todos los días que la deuda externa dejo de ser problema para los países latino-americanos. Una demostración cabal de este hecho considerado una verdad irrefutable para muchos periodistas y que varios gobiernos no solamente no renovaron sus acuerdos con el Fundo Monetario Internacional – que preconiza el religioso pagamiento de las obligaciones derivadas de la divida externa – como inclusive anticiparon el pagamiento de deudas contraídas junto a bancos y organismos internacionales como lo hicieron Brasil y Argentina recientemente. Estos optimistas olvidan algo esencial: la opción por el pagamiento anticipado indica también que los recursos necesarios para cumplir con los intereses de la deuda nacen del endeudamiento interno, lo que implica en graves costos financieros para estos estados. En fin, este cómodo optimismo – especialmente cómodo para aquellos que poseen títulos de la deuda pública – no realiza la necesaria articulación entre o proceso de reducción de la deuda externa y la multiplicación del endeudamiento estatal interno que temprano o tarde cobrará su precio, luego que el mercado mundial acuse las tradicionales turbulencias que acostumbran cobrar alto precio para las clases subalternas en la periferia. E nadie puede dudar que, no obstante los cinco años de relativa calma en los mercados financieros mundiales, los temblores típicos de una economía capitalista pueden resurgir con la misma certeza que nos permite afirmar que el sol se pone todas las tardes.

La elite Latino-Americana abrió mano de la soberanía nacional

Observado en perspectiva histórica, los países latino-americanos nunca pudieron gozar plenamente de su soberanía. Aunque, no debemos confundir el estatuto colonial de cualquier país de América Latina en el siglo XVII, por ejemplo, con el período que marco la evolución después las independencias que ocurrieron antes de 1825, cuando todos los países ya eran políticamente independientes. En fin, como muchos antes ya recordaron, el colonialismo no es el mismo que la dependencia, sin embargo, en esta última subsistan dosis altísimas de colonialismo que pueden ser observados no solamente en la organización de la economía, en las funciones estatales, en el régimen de clases como también hábitos sociales políticas culturales comportamentales tanto das clases dominantes cuanto en las clases subalternas.

A partir da última grande onda de modernización capitalista impulsionada desde os centros hegemónicos e aplicadas pelas fracciones de clase que controlan o estado latino-americano, é evidente que este perdió en soberanía.[4] En otras palabras: profunda su dependencia. Este proceso es vulgarmente

4 Denomino "modernización capitalista" el proceso de acumulación de capital vulgarmente conocido por "neoliberalismo" que constituye un neologismo poco útil para identificar la naturaleza del proceso. En este último, basta la oposición entre público y privado y la consideración de que el primero pierde espacio para el segundo para caracterizar una "orden neoliberal", ciertamente de contenido peyorativo. Ahora, sabemos que una orden pública puede ser tan favorable a los capitalistas cuanto la liberal. En verdad esta distinción ha sido muy utilizada por autores social-demócratas que limitan as alternativas políticas y sociales al horizonte de una orden marcada por la "exclusión social" (que denominan, neoliberal) de otra en que todos estarían de alguna forma "incluidos", a despecho de jamás indicar de que forma.

conocido como "neoliberalismo", pero es evidente que si fue útil en terreno político inclusive para movimientos sociales radicalizados, en la verdad represento una hegemonía liberal en la crítica a la orden burguesa que evito los asuntos espinosos y las definiciones programáticas que ahora son revelados a luz del día. Pero precisamente: el neologismo "neoliberal" suponía que antes de las pérdidas sociales y políticas históricamente conquista por las clases subalternas (educación, salud, seguridad, etc.) en años de lucha y que desaparecerían después de 1980, existió un período de "oro del capitalismo" – así llamado por el historiador Eric Hobsbawm – en el cual los trabajadores habían conquistado su lugar al sol. Es verdad que después de la segunda guerra mundial, los trabajadores de los países centrales, especialmente aquellos de Europa occidental gozaron de ciertos privilegios cuando comparados con los de la periferia capitalista. Pero como recordó Marx, "es mismo muy cómodo ser liberal a costo de la Edad Media", motivo por el cual nuestras pérdidas recientes no deben jamás ser comparados con nuestra situación pasada....

Al contrario del discurso de las elites en la periferia capitalista que indica enormes posibilidades con la "liberalización de la economía mundial", la verdad es que nunca como en las dos últimas décadas y su desarrollo fue auto-centrado, o sea, la mayor parte de la inversión del extranjero directo (IED) no se desplazo para la periferia capitalista como preconizaban los programas económicos orientados para la "abertura de las economías nacionales" defendidos tanto por agencias como el FMI y el BM y secundados por las elites bien establecidas en la periferia; al contrario, las informaciones recientes indican que mismo cuando se elevan, la mayor parte del IED se orienta para Europa, Estados Unidos y Japón (aparte de China, obviamente) y no para los países que se especializaron en "atraer inversiones" (UNCTAD, 2006).[5] Por otro lado, la brecha tecnológica entre los países centrales y periféricos aumento aún mas y ni mismo los antiguos programas de transferencia tecnológica que fue posible en las décadas del cincuenta y sesenta existen mas. Según la *National Science Foundation* el número de patentes en relación al número de doctores crecio de 2.400 en 1997 para 3.300 en 2003, o sea, un crecimiento de 33% en curto período de tiempo (NSF, 2006). En el lado opuesto, verificamos que la cantidad de artículos publicados creció en la periferia pero no ha correspondencia entre este hecho y el número de patentes registradas por los mismos países. No obstante el orgullo nacional que podemos verificar en muchas autoridades educacionales en función del elevado número de artículos publicados, deberíamos constatar también que el efecto para la producción de conocimiento ha sido casi nulo se consideramos el registro de patentes como criterio definitivo. Pero mismo los optimistas de siempre no podrían desconsiderar que la dependencia tecnológica se profundizo considerablemente en las últimas dos décadas y no tenemos indicios de que esta situación podría cambiar o mismo que medidas están siendo tomadas para superar el cuadro identificado.

Aprender con la propia experiencia es un comportamiento aborrecedor entre nosotros y la razón es simple: el análisis – es la responsabilidad – de las recetas presentadas en el pasado como incapaces pueden ser utilizadas para impugnar su equivalente en presente presentado siempre como solución "moderna" y cuyo destino no está lejos de ser identificado: nuevo fracaso. En función de este previsible comportamiento intelectual y político, Simón Rodríguez, o tutor del libertador Simón Bolívar, no tiene legitimidad entre nosotros puesto que su mente y acción estaba organizada a partir de una consigna anticolonial contundente: "inventamos o cometemos errores, decía el primer educador de América Latina.

Este desconocimiento de la propia experiencia deja la inteligencia nacional prisionera de las ondas modernizante creadas en los grandes centros del capitalismo mundial y sus poderosas agencias (FMI, Banco Mundial, Organización Mundial del Comercio, etc.). Pero no debemos suponer que se trata de un colonialismo mental sin conexión con la producción material de riqueza: en Brasil, la adopción sistemática de las recetas importadas rinde a la clase dominante nacional la concentración de riqueza, de poder político y del prestigio social. Por lo tanto, se trata de colonialismo funcional, pues la dominación externa es imposible sin apoyos y conveniencias internas, por fuerzas en el interior del estado-nación.

El colonialismo y la dependencia condensan los cinco siglos de nuestra breve historia. En este contexto, aunque considerado como un período de grandes transformaciones, es posible observar que las mutaciones recientes en el estado, en la economía y en el régimen de clases en América Latina no fueron capaces de romper con las características esencias que marcan nuestra formación social marcada por el binomio anteriormente anunciado. No obstante el optimismo que tradicionalmente marca el discurso de todo gobierno, la verdad es que no solamente el proceso de modernización capitalista no dejó el país mas fuerte del punto de vista económico, como tampoco fui capaz de atacar frontalmente la profunda crisis social que sigue consumiendo las energías sociales y dejando Brasil probablemente como uno de

5 Para analizar la situación de los países latino-americanos vea CEPAL (2007).

los países mas desiguales del planeta. Es obvio que las clases populares no son responsables por esta tragedia. La responsabilidad es de las elites. Aunque, tampoco podemos dejar de anotar que precisamente las elites no están interesadas en encabezar un proyecto de nación en que la justicia social y la soberanía nacional aparezcan como pilares esenciales de una construcción que necesariamente tendría que contar con gran apoyo popular. El pensamiento crítico latino-americano ya identifico las razones por las cuales un proyecto de esta naturaleza jamás podrá nacer de los estratos superiores de una sociedad dependiente y subdesarrollada: precisamente la nación se torno la principal mercadería con la cual las clases dominantes negocian en los mercados mundiales. La conclusión no es cómoda, pues si las elites en la periferia capitalista so incapaces de articular un proyecto de nación y repiten con inusitada frecuencia que la época de las revoluciones nacionales pertenece ahora al museo de la historia, no resta sino las clases subalternas – única interesada en alterar verdaderamente el estado vigente – reunir todas las fuerzas interesadas y colocar Brasil en la ruta definitiva de su emancipación social.

Referências:

ARRIGHI, Giovanni. *O longo século XX*: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo. Tradução: Vera Ribeiro; Cesar Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Ed. UNESP, 1996. 393p.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La inversion extranjera en América Latina y el Caribe, 2006*. Santiago de Chile: CEPAL, 2007. 219p.

CHOMSKY, Noam. *O império americano*: hegemonia ou sobrevivência. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004. 296p.

DUSSEL, Enrique D. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. 2. ed. Madrid: Trotta, 1998. 664p.

FRANK, André Gunder. *Acumulação mundial 1492-1789*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

FRANK, André Gunder. *ReOrient*: global economy in the Asian age. Califórnia: University of California Press, 1998. 352p.

HABERMAS, Jürgen. *Era das transições*. Traduçao e Introduçao de Flavio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. 220p.

HIRSCH, Joachin. *Globalización, capital y estado*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2000. 253p.

HIRSCHMAN, Albert O. *A moral secreta do economista*. Trad. Carlo Alberto F. N. Dastoli São Paulo: Ed. UNESP, 1997. 100p.

MARINI, Ruy Mauro. *Subdesarrollo y revolución*. 10. ed. México: Siglo XXI, 1980.

NSF. National Science Foundation. Chapter 8: Satates Indicators. In. *Science and Engineering Indicators 2006.* Arlington (VA – USA): NSF, 2006. 92p. Disponível em: <http://www.nsf.gov/statistics/seind06/pdfstart.htm>. Acesso em: 18 set. 2007.

SADER, Emir (Org.). *Dialética da dependência*: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis (RJ): Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000. 295p. (Coleção A Outra).

SMITH, Adam. *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. 6. ed. México: Fondo de Cultura Economica, 1990. 917p. (Serie Economia).

SOLIMANO, Andrés. *Remittances by emigrants*: issues and evidence. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. (Série Macroeconomía del desarrollo, n. 26). Disponible em: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/13609/lcl1990i.pdf. Acesso em: 18 set. 2007.

UNCTAD. United Nations Conference on Trade and Development. *World Investiment Report 2006*: FDI from developing and transition economies: implications for development. New York; Genebra: United Nations, 2006. 372p.

WALLERSTEIN, Immanuel. *El moderno sistema mundial II:* el mercantilismo y la consolidación de la economia-mundo europea 1600-1750. Tomo II. 2. ed. México: Siglo XXI, 1984.

WALLERSTEIN, Immanuel. El moderno sistema mundial: *la agricultura capitalista y los* orígenes de la economía-mundo europea en el siglo XVI. *9. ed. Madrid: Siglo XXI, 1979. Tomo I.*

WALLERSTEIN, Immanuel. *El moderno sistema mundial*: La segunda era de gran expansión de la economía-mundo capitalista 1730-1850. Tomo III. México: Siglo XXI, 1998.

1.3 Reflexiones teóricas sobre comportamientos de ciudadania organizacional en modelos comparados de gestión burocrática y gestión flexible

João Benjamim da Cruz Junior
Dirceu Luís Bassi

Resumen: Con el intuito de evaluar la influencia que el modelo organizacional ejerce sobre los actos de ciudadanía organizacional, se pretendió identificar cual la relación entre las características de burocracia y de flexibilidad presentes en las organizaciones y las prácticas de tales actos en el ambiente de trabajo. De ese modo, a partir de la literatura, se buscó analizar la ciudadanía organizacional como una variable dependiente del modelo organizacional. Los presupuestos teóricos para sustentación de argumentación fueron: a) la práctica de la ciudadanía organizacional no es solamente decurrente de actos altruistas presentes en el carácter del trabajador; b) predominancia de la racionalidad instrumental en los modelos con características de burocracia; c) predominancia de racionalidad substantiva en los modelos con características de flexibilidad. El análisis demostró que las características de flexibilidad observadas favorecen los actos de ciudadanía organizacional, evidenciando que los nuevos modelos de gestión, que buscan un alejamiento de la burocracia, presentan mejores condiciones para la práctica de tales actos. Se resalta que esa conclusión es parcial, en la medida en que llevo en cuenta reflexiones de carácter interpretativo de los autores y no posee elementos empíricos en su análisis.

Comportamientos de Ciudadanía Organizacional

En esa primera parte de este articulo, se procura caracterizar la ciudadanía organizacional como un conjunto de acciones practicadas por los individuos en el ambiente de trabajo, con reflejos positivos para si propios, para el ambiente social y para la eficacia organizacional. Tales acciones son de carácter comportamental, o sea, resultan de la voluntad de agir pautada en la ética y en la buena educación.

Laner (2004) identifica en la obra de Chester Barnard una primera reflexión sobre lo que actualmente llamamos de Comportamientos de Ciudadanía Organizacional. Según la autora, Barnard refleja sobre la cultura el clima organizacional, el bienestar o la falta de este, las condiciones para su producción, concluyendo que el punto común de esas reflexiones es algo que ultrapasa el cambio económico que reglamenta la relación entre individuo y organización, constituyéndose por una tendencia a la cooperación, por un comportamiento pró-social y por un envolvimiento organizacional.

La autora también identifica trazos de esa visión de Barnard en la definición de ciudadanía organizacional propuesta por Bateman y Organ, al transcribir que:

> "(...) para indicar aquellos comportamientos y aquellos gestos útiles a la organización que no pueden ni ser impuestos como obligaciones concernientes Las funciones, ni inducidos por la garantía de una recompensa contractual. El comportamiento que da expresión a la Ciudadanía organizacional consiste en la contribución informal que los participantes pueden decidir en dar o rechazar, sin considerar las sanciones o incentivos formales." (BATEMAN e ORGAN, 1983, p.588).

Mismo sin usar la expresión "comportamientos de ciudadanía organizacional", Katz y Kahn (1987) abordan el tema a partir de sus análisis sobre las relaciones sociales en las organizaciones y relacionan por lo menos cinco clases de acciones como integrantes del comportamiento espontáneo e innovador:

- actividades de cooperación con los demás miembros del sistema;
- acciones protectoras del sistema o subsistema;

- sugestiones creativas para la mejoría organizacional;
- auto-entrenamiento para mayor responsabilidad organizacional;
- creación de clima favorable para la organización en el ambiente externo.

Otros autores se refieren a la ciudadanía organizacional como un conjunto de dimensiones traducidas en gestos espontáneos en el ambiente de trabajo. Laner (2004) observa que Organ relaciona siete dimensiones en su caracterización: altruismo, cortesía, entusiasmo, pacifismo, espíritu deportivo, virtudes cívicas y concientización. Podsakoff *et al* (2000, apud REGO, 2002), también sistematiza un conjunto de siete dimensiones, a saber: comportamiento de ayuda, deportividad, lealtad organizacional, obediencia organizacional, iniciativa individual, autodesenvolvimiento y virtud cívica.

Siqueira (2001) acrecenta que la expresiva Comportamientos de Ciudadanía Organizacional (CCO) representa una clase de comportamientos del empleado no prevista ni especificada por las reglas del papel funcional pero capaz de, al ser emitida, traer contribuciones benéficas al sistema empleador y tornar más viable el alcance de sus objetivos y el aumento de su competitividad. O sea, un comportamiento voluntario.

En el entendimiento de lo que sea "comportamiento voluntario", Laner (2004) retorna a las contribuciones de Organ que diferencia los comportamientos intra y extra función, concibiendo intra función como inherente al cargo y extra función como accesorio, lo que permite concluir que la ciudadanía organizacional refleja un conjunto de comportamientos del tipo extra función, principalmente porque ultrapasa los límites de lo que es apenas exigido por el cargo ocupado.

Ya para Rego (2002), las acciones que ultrapasan las actividades prescritas en los cargos, representan un atributo de eficacia organizacional. Eso significa que los empleados pueden influenciar los objetivos organizacionales ejecutando acciones no directamente relacionadas con sus principales funciones, pero igualmente importantes porque modelan el contexto organizacional, social y psicológico que sirven como catalizadores críticos para el suceso de las actividades.

En esa visión volcada a la contribución de la ciudadanía organizacional como atributo de la eficacia, Rego (2002) recurre a los estudios de Borman y Motowidlo para explicar la noción de desempeño contextual. En la visión de esos autores, la maximización del desempeño y la eficacia son obtenidas mucho mas fácilmente cuando el empleado presenta comportamientos de ciudadanía organizacional, traducidos como:

a) persistir con entusiasmo y esfuerzo extra cuando necesario para ejecutar con suceso las propias tareas;

b) voluntariarse para ejecutar tareas no prescritas para el cargo;

c) ayudar y cooperar con los otros;

d) cumplir las reglas y procedimientos organizacionales mismo cuando eso es personalmente inconveniente;

e) apoyar y defender los objetivos organizacionales.

Laner (2004), apoyada en diversos autores, observa que en las organizaciones donde los comportamientos de ciudadanía organizacional hacen parte del ambiente de trabajo, aspectos importantes como motivación y desempeño tienden a ser mayores. En un cierto sentido la práctica de la ciudadanía organizacional aumenta la energía que los individuos están dispuestos a investir, trayendo como consecuencia el aumento de la motivación y el sentimiento de orgullo por sentirse parte fundamental en la organización. Considerando la colectividad del ambiente de trabajo, el cambio de diferentes energías individuales representa una unión de energías colectivas, en un proceso en que los comportamientos de ciudadanía organizacional actúan de manera tan sutil en el cotidiano, que es más fácil percibirlos en su ausencia de que en su presencia.

Recurre de esas constataciones que la práctica de la ciudadanía organizacional es un proceso psicológico de cambio social entre empleado y organización. Siqueira (2001) destaca que ese cambio social está asentado en el compromiso mutuo que se establece entre las dos partes envueltas en esa permuta: el trabajador y la organización. Estas nociones señalizan que primero la organización debe ser percibida como comprometida con sus empleados para que, en seguida, los empleados se comprometan afectivamente con la organización y a ella ofrezcan determinados gestos de ciudadanía organizacional.

En el análisis sobre la importancia que el modelo organizacional ejerce para el surgimiento

en las prácticas de ciudadanía organizacional, podemos encontrar en Katz e Kahn (1978) la recomendación de que:

> [...] el sistema suscite en sus miembros el interés de ingresar y en el permanecer, incite el desempeño de comportamientos fidedignos que satisfagan y excedan padrones cuantitativos, bien como estimula la presentación de actos innovadores y espontáneos que ultrapasen las exigencias prescritas por el deber funcional. (KATZ e KAHN, 1978, p.358).

En esa tentativa de establecer la relación entre el modelo organizacional y los comportamientos de ciudadanía organizacional, Siqueira (2001) informa que Organ (1990) presenta dos hipótesis básicas acerca del tema: en primer lugar, tales gestos serian desencadenados por estables trazos de disposición, o sea, características personales fuertes de los trabajadores y, en segundo, que los actos de ciudadanía dependerían de la satisfacción experimentada por el individuo.

Al analizar esas hipótesis, percibimos que es muy importante el estado de animo positivo o disposición positiva. Sin embargo, el análisis también nos remite a concluir que la satisfacción del trabajo y el estado de animo positivo son resultantes directos del ambiente organizacional, que es factor central tanto para estimular y mantener el estado de ánimo y satisfacción, como para garantizar condiciones propicias para la espontaneidad de los comportamientos de ciudadanía organizacional.

Para ese análisis que lleva en cuenta el ambiente como premisa de los comportamientos de ciudadanía organizacional, Siqueira (2001) utiliza el modelo pós-cognitivo propuesto por Organ, en el cual mantiene la vertiente que demuestra evidencias acerca de la influencia de las cogniciones, o sea, las cogniciones a respecto de la organización pasan a desencadenar reacciones afectivas en el empleado que por su vez desencadenan gestos de ciudadanía organizacional como respuesta, en una relación de cambio social.

Si consideramos el abordaje de que el ambiente ejerce influencia sobre los comportamientos de ciudadanía organizacional, a través de una relación de cambio social entre empleado y organización, tornase fundamental identificar cuales características de ese ambiente son deseables para componer un escenario que favorezca el surgimiento de elos afectivos entre la organización y el empleado.

A partir de ese punto, se pasa a analizar en la teoría dos modelos organizacionales distintos: organizaciones con características burocráticas y organizacionales con características de flexibilidad, en la intención de encontrar elementos presentes en el ambiente que contribuyan para la práctica de la ciudadanía organizacional. El punto central del análisis recae sobre el tipo de racionalidad predominante en cada modelo organizacional: la racionalidad funcional, típica de organizaciones burocráticas y la racionalidad substantiva, típica de organizaciones flexibles.

Características de Burocracia

De acuerdo con la línea de acción trazada para este artículo, se busca inicialmente demostrar la presencia de la racionalidad instrumental en los modelos de gestión pautados en la burocracia, con base en el pensamiento administrativo como fruto del proceso de modernización de la sociedad, cuya premisa está directamente relacionada con la lógica de mercado y con las formas de organización del trabajo humano volcados para el aumento de la productividad y la generación de lucro.

Max Weber torna legítimo ese entendimiento a partir de la proposición de tres tipos de autoridad, como base para el ejercicio de poder en las organizaciones: autoridad tradicional, autoridad carismática y autoridad racional-legal.

Para Weber, la autoridad tradicional es basada en las costumbres y tradiciones de una cultura. Como ejemplo podemos citar la autoridad de los patriarcas y ancianos en las sociedades antiguas. La tradición religiosa, las creencias y las costumbres sociales fornecían la legitimación de este tipo de autoridad.

La autoridad carismática es explicada por el autor con base en las características personales de un individuo. Profetas, héroes, guerreros y líderes normalmente son reconocidos a partir de sus hechos y cualidades personales, ejemplificando ese tipo de autoridad.

La autoridad racional-legal, citada por Weber, está basada en las reglas y normas establecidas por un reglamento reconocido y acepto por todos los miembros de una dada comunidad. La autoridad se legitima a partir del ordenamiento jurídico que establece competencias, derechos y deberes atribuidos a cada función, cuyo ejercicio es limitado por la regla establecida.

Teniendo como base la autoridad racional-legal, Max Weber describe un modelo ideal de organización, característico del estado moderno, llamado de Burocracia. La Burocracia es una forma de

organización que se basa en la racionalidad instrumental, adecuando los medios a los fines para garantizar la máxima eficiencia posible de estos fines. O sea, es una solución organizacional que intenta evitar la arbitrariedad, los conflictos entre individuos y grupos y los abusos de poder, organizando la actividad humana de modo estable para alcanzar objetivos organizacionales específicos.

Para Guerreiro Ramos (1989) Weber interpreta la lógica de mercado como un requisito funcional. El autor acrecenta que la racionalidad instrumental tiene como característica central el cálculo utilitarios de las consecuencias, o sea, la posibilidad de obtener ventaja económica tornase el valor predominante, norteando las acciones o el comportamiento de los individuos. De ese modo, considerando la fuerte presencia de ese tipo de racionalidad en las organizaciones burocráticas, las acciones sociales también pasan a ser afectadas por ese valor de mercado.

El autor procura entender los motivos que llevaron Weber a describir la burocracia como una configuración organizacional ideal. Aunque, Weber haya hecho distinción entre racionalidad instrumental y racionalidad substantiva, escogió desarrollar su teoría basado en la primera por entender que los dos tipos de racionalidad eran excluyentes entre si y por seguir el contexto histórico de su época en que la tendencia de la lógica de mercado predominaba fuertemente en la vida humana asociada.

En ese sentido, Guerreiro Ramos (1989) entiende que la fuerte presencia de la racionalidad instrumental en las organizaciones burocráticas, como recurrencia de la lógica de mercado, visa atender las conveniencias de la organización para la escalada y la exploración de los procesos de la naturaleza y para la maximización de la capacidad humana de producción. Así el individuo ilusoriamente obtuvo mejoría material en su vida, pero pago por ella con la pérdida del censo personal de auto-orientación. El autor acrecenta:

> La exención de mercado de la regulación política dio origen a un tipo de vida humana asociada ordenada apenas por la interacción de los intereses individuales (para la autopreservación), o sea, una sociedad en que el puro cálculo de las consecuencias substituye el censo común del ser humano. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 52).

Serva (1997) al analizar el abordaje de Guerreiro Ramos sobre la racionalidad, destaca que el renombrado autor admitió la prevalencia de la racionalidad instrumental en las organizaciones, teniendo como lógica norteadora de las acciones las “leyes“ de mercado, lo que torna el ambiente propicio a los abusos de poder, a la dominación, a la substitución de la verdadera comunicación humana por padrones informativos, de entre otras consecuencias (p. 19). Apoyado en esa interpretación elabora, a partir de sus investigaciones, una relación de elementos constitutivos de la racionalidad instrumental, cuales sean (p. 22):

> *a) cálculo* – proyección utilitaria de las consecuencias de los actos humanos;
>
> *b) fines* – metas de naturaleza técnica, económica o política (aumento de poder);
>
> *c) maximización de los recursos* – busca de la eficiencia y de la eficacia máxima, sin cuestionamiento ético en el tratamiento de los recursos disponibles, quiera sean humanos, materiales, financieros, técnicos, energéticos o aún de tiempo;
>
> *d) éxito, resultados* - el alcance, en sí mismo, de padrones, niveles, prácticas, situaciones que son considerados como victoriosos hace procesos competitivos en una sociedad capitalista;
>
> *e) desempeño* – performance individual elevada en la realización de actividades, centrada en la utilidad;
>
> *f) utilidad* – dimensión económica considerada en la base de las interacciones como un valor generalizado;
>
> *g) rentabilidad* – medida de retorno económico de los éxitos y de los resultados esperados;
>
> *h) estrategia interpersonal* – aquí entendida como influencia planeada sobre otro, a partir de la anticipación de las probables reacciones de ese otro a determinados estímulos y acciones, visando alcanzar sus puntos débiles.

En un ambiente donde la sociedad está centrada en el mercado, Guerreiro Ramos (1989, p. 98) compara el empleado eficiente a un actor despersonalizado. “Esperase de el que acate las determinaciones impuestas de encima para abajo y que definen el papel que tiene que desempeñar.” Para el autor, los actos que el individuo practica en su cualidad de detentor de un empleo son de importancia secundaria en relación à su verdadera actualización personal. Se una persona permite que la organización se torne la referencia primordial de su existencia, pierde el contacto con su verdadera individualidad y, en vez de eso, se adapta a una realidad fabricada, acrecenta el autor.

Después de esa contextualización de la racionalidad instrumental como elemento dominante en las organizaciones burocráticas, pasamos a describir las características de la burocracia, que son ampliamente conocidas en el ámbito de la literatura. A partir de Maximiano (2000), describimos las

principales características del modelo organizacional burocrático:

1) Formalidad de normas y reglamentos: especie de legislación propia, previamente establecida por escrito que define como las cosas deben funcionar. El carácter legal confiere a las personas investidas de autoridad, el poder de coacción sobre los subordinados y también los medios para imponer disciplina. La forma escrita ayuda en la interpretación, economizando esfuerzos y posibilitando padronizar en la organización;

2) Formalidad de las comunicaciones: todas las acciones y procedimientos son por escrito para comprobación y documentación adecuadas;

3) Carácter racional de la división del trabajo: incumbencias administrativas altamente diferenciadas y especializadas y actividades distribuidas de acuerdo con los objetivos a ser alcanzados;

4) Impersonalidad en las relaciones: las personas vienen y se van, pero cargos y funciones de la organización quedan. Cuando los individuos se ausentan, mueren o se jubilan, son substituidos por otros por el criterio de calificación técnica y la eficiencia no es perjudicada;

5) Jerarquía de la autoridad: cada cargo inferior debe estar sob el control y supervisión de un puesto superior. Ningún cargo queda sin control o supervisión. El poder de control es inherente al cargo y no al individuo. La distribución de la autoridad sirve para reducir el atrito por vía del contacto restrictivo, en relación a las reglas definidas por la organización. Así, el funcionario queda protegido de la acción arbitraria de su superior, una vez que existen reglas para la conducta de ambos;

6) Rutinas y procedimientos padronizados: las actividades de cada cargo son desempeñadas según padrones definidos, con cada acción funcionalmente relacionada con los propósitos de la organización, lo que facilita la evaluación del funcionario;

7) Competencia técnica y meritocracia: la elección de las personas es basada en el mérito y en la competencia técnica y no en preferencias personales. Existen criterios de evaluación y clasificación válidos para todos. Por eso la necesidad de exámenes, concursos, tests y títulos para admisión y promoción de funcionarios;

8) Especialización de la administración: los miembros de la administración deben ser separados de los medios de producción. Los administradores de la burocracia no son necesariamente sus dueños, pero si profesionales especializados en su administración;

9) Profesionalización de los participantes: en la burocracia, cada funcionario es considerado un profesional porque es un especialista en su cargo, es asalariado, es ocupante de un cargo, es nominado por superior jerárquico, su mandato es por tiempo indeterminado, sigue carrera dentro de la organización, no posee la propiedad de los medios de producción, es fiel al cargo y de identifica con los objetivos de la empresa;

10) Completa previsibilidad de funcionamiento: la burocracia busca que cada funcionario se comporte de acuerdo con las normas y reglamentos de la organización, a fin de que esta alcance la máxima eficiencia posible. Todo es establecido en el sentido de preveer anticipadamente los acontecimientos y rutinizar su ejecución, evitando la ineficiencia.

Características de Flexibilidad

Si para las organizaciones burocráticas la racionalidad instrumental es el paño de fundo, para las organizaciones con características de flexibilidad la racionalidad substantiva es el elemento de análisis a ser considerado. Tal direccionamiento se da por el hecho de que la flexibilidad representa una capacidad de adaptabilidad esencial para la sobrevivencia de las organizaciones.

Esa condición permite vincular el modelo de gestión flexible con la racionalidad substantiva. El apoyo a esa premisa se da a partir de Guerreiro Ramos (1989), que propone una nueva ciencia para las organizaciones fundamentada en la racionalidad substantiva y presenta el arcabuco conceptual de esa nueva ciencia:

> [...] el presupuesto fundamental de la nueva ciencia de las organizaciones es el de que la producción es al mismo tiempo una cuestión técnica y una cuestión moral. La producción no es apenas una actividad mecano mórfica, es también el resultado de la creativa satisfacción que los hombres encuentran en si mismos. (...) En otras palabras, la producción debería ser emprendida no sólo para proporcionar la cantidad bastante de los bienes de que el hombre necesita para vivir una vida sana, pero también para proveerlo de las condiciones que le permitan actualizar su naturaleza y apreciar lo que hace para eso. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 199).

En la visión del autor, la razón se constituye un concepto básico para análisis de cualquier ciencia

de la sociedad y de las organizaciones, pues es en bases racionales que son establecidos los preceptos de como debe ser ordenada la vida humana en general.

Para Guerreiro Ramos (1989), la racionalidad substantiva es un atributo natural del ser humano, visto que reside en la psiquis humana. A partir de ella los individuos pueden conducir su vida personal en la dirección de la auto-realización y del auto-desarrollo comprometiéndose de forma más expresiva en el proceso de desarrollo social y en el proceso de desarrollo de la propia organización.

El autor advierte que la sociedad moderna adopto la racionalidad instrumental y la centralización en el mercado como bases orientadoras de las ciencias sociales y de la vida humana en general, en detrimento de la racionalidad substantiva, trayendo así limitaciones al bienestar y satisfacción del ser humano. Pero, es exactamente la racionalidad substantiva que permite al individuo ordenar su vida en bases éticas, buscando el equilibrio entre la satisfacción personal y la satisfacción social, potencializando el anhelo por la auto-realización, auto-desarrollo y emancipación. Así, el abordaje de la racionalidad substantiva debe tener por objetivo eliminar las compulsiones desnecesarias que actúan sobre las actividades humanas en las organizaciones económicas, de forma a tornar pleno el desarrollo de las potencialidades del ser humano.

O como dice el autor:

> Un abordaje substantivo de la teoría organizacional se preocupa, sistemáticamente, con los medios de eliminación de compulsiones desnecesarias actuando sobre las actividades humanas en las organizaciones económicas y en los sistemas sociales en general. (...) Todavía, ese abordaje está interesado en medios viables de reducción, y mismo de eliminación de descontentamientos e con el aumento de la satisfacción personal de los miembros de las organizaciones económicas. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 135).

Para el autor, las organizaciones formales, como sistemas planeados, tienen metas que no consideran la actualización personal de los individuos. Si ha la necesidad de servir a ese mundo organizacionalmente planeado, el autor recomienda que los individuos deban dejar algún espacio para la satisfacción de su proyecto especial de vida.

> [...] Los empleos ya no constituyen más el único medio de comprometer los individuos en actividades de producción socialmente significativas. El hecho de que, en la sociedad de mercado, la ocupación de un empleo es el único camino para que el hombre se torne una persona con significación social, tiene que ser interpretado como un requisito funcional, temporario. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 106).

Serva (1997) analizando la obra de Guerreiro Ramos, específicamente en lo tocante a la racionalidad en las organizaciones, interpreta la racionalidad substantiva a partir de una teoría de acción, con base en estudios desarrollados en organizaciones concretas, identificando dos dimensiones: la dimensión individual, que se refiere a la autorrealización, comprendida como concretización de las potencialidades y satisfacción; la dimensión grupal, que se refiere al entendimiento, en la dirección de las responsabilidades y satisfacción sociales. Por consiguiente, el autor relaciona los elementos constitutivos de la racionalidad substantiva, cuales sean (p. 22):

> *a) autorrealización* – procesos de concretización de potencial innato del individuo, complementados por la satisfacción;
>
> *b) entendimiento* – acciones por las cuales se establecen acuerdos y consensos racionales, mediados por la comunicación libre, y que coordinan actividades comunes sob a egida de la responsabilidad y satisfacciones sociales;
>
> *c) juzgamiento ético* – deliberación basada en juzgamientos de valor (bueno, malo, verdadero, falso, correcto , incorrecto, etc.), que se procesa a través del debate racional sobre las pretensiones de validez emitidas por los individuos en las interacciones;
>
> *d) autenticidad* – integridad, honestidad y franqueza de los individuos en las interacciones;
>
> *e) valores emancipa torios* – valores de mudanza y perfeccionamiento de lo social en la dirección del bienestar colectivo, de la solidaridad, del respeto a la individualidad, de la libertad y del comprometimiento, presente en los individuos y en el contexto normativo del grupo;
>
> *f) autonomía* – condición plena de los individuos para poder agir y expresarse libremente en las interacciones.

Así, para el autor "organizaciones substantivas son organizaciones productivas donde haya, predominantemente, en sus procesos administrativos y organizacionales, la racionalidad substantiva, y que contenga el ideal de la emancipación del ser humano en el ámbito del trabajo entre sus objetivos y prácticas administrativas".

Ese concepto representa un desafío de gestión, en la medida en que coloca la racionalidad substantiva dentro de un ambiente competitivo con énfasis en la lógica de mercado, ampliamente dominado por la racionalidad instrumental. Sin embargo, la adopción de prácticas de gestión más flexibles, puede significar un diferencial de suceso en la superación del modelo burocrático dominante.

Dellagnelo (2000) observa que ha consenso en las discusiones relativas a las formas organizacionales emergentes a respecto de la busca por mayor flexibilidad organizacional. La autora cita que Volberda (1998) es uno de los pocos autores que consigue abordar los temas: flexibilidad, nuevas formas organizacionales, pós-modernismo y racionalidad substantiva de manera conjunta.

Según la autora, Volberda (1998) describe la flexibilidad a partir de tres abordajes distintas. El abordaje general que define flexibilidad como una capacidad de adaptabilidad esencial para la sobrevivencia de las organizaciones. El abordaje funcional que resume la flexibilidad a ciertas características de la organización, como por ejemplo, contratos de trabajos flexibles, formas flexibles de financiamiento, automación flexible, sistemas de información flexibles. Y el abordaje del actor, en la cual es enfatizada la importancia de los papeles y trazos de diferentes participantes interesados en la flexibilidad, como las características de los emprendedores, empleados y clientes.

Para sustentar la argumentación, el autor presenta tres dimensiones básicas formadoras de diseño organizacional: la tecnología, la estructura y la cultura. La tecnología organizacional comprende las máquinas y equipamientos utilizados en el procesamiento de entradas y salidas (*hardware*) y la configuración de las máquinas y de la propia programación (*software*). La estructura organizacional comprende tanto a distribución de responsabilidades y autoridad entre los miembros de la organización, cuanto los sistemas de planeamiento y control y los procesos de regulación y tomada de decisión. Como cultura organizacional entiéndese el conjunto de creencias y valores tomados como comunes por la organización y tenidas como ciertas por sus miembros.

Para la finalidad propuesta en ese artículo, se decidió describir esas tres dimensiones como siendo las características de flexibilidad que se armonizan con la racionalidad substantiva y que configuran un modelo de gestión, en el cual se pretende analizar la práctica de la ciudadanía organizacional.

Fundamentada em Volberda (1998), Dellagnelo (2000) interpreta la flexibilidad potencial de cada una de las dimensiones, a partir de una matriz básica, identificando las características de flexibilidad presentes en cada dimensión analizada.

La flexibilidad tecnológica de una organización pode ser identificada por el modo de producción, arreglo físico, medios de transformación y repertorio de producción operacional utilizado. Para caracterizar un alto potencial de flexibilidad, esas tecnologías no pueden ser rutineras, o sea, la producción ocurre en pequeños lotes o de modo unitario, el arreglo físico es configurado en estaciones de trabajo, los medios de transformación poseen capacidad universal y el repertorio de producción es extenso.

Con relación a la estructura, ocurre un alto potencial de flexibilidad en las estructuras orgánicas, que presentan las siguientes características: forma organizacional básica matricial con pocos niveles jerárquicos y baja funcionalización; sistema de planeamiento y control rudimentario; baja especialización combinada con alta intercambialidad y amplitud de la tarea; baja regulación de la padronización y formalización del comportamiento con alto índice de entrenamiento y educación; ajustes mutuos realizados de forma natural y con alta descentralización horizontal; tomada de decisión con alta delegación y alta participación.

La cultura, como importante característica de flexibilidad, es presentada como innovadora a partir de los siguientes criterios: la formación de la identidad se da de modo heterogéneo, con débil comunalidad y amplia extensión; la lideranza presenta un estilo participativo y delegativo, con planeamiento y actitud gerencial más suelto e improvisado; las reglas no escritas presentan disciplina débil y socialización con alta tolerancia a la ambigüedad; la orientación externa posee foco a largo plazo con abertura y actitud de planeamiento proactivo e interactivo.

Dellagnelo (2000) concluye que “considerándose aspectos como tecnología, estructura y cultura organizacional, se pueden identificar formas organizacionales más flexibles por su carácter no-rutinero, orgánico e innovador”.

A partir de esa observación y de la descripción de las características de flexibilidad presentes en la tecnología, en la estructura y en la cultura organizacional, podemos criar un panorama que representa la flexibilidad en contraposición a la burocracia, lo que nos permite establecer una reflexión en relación al escenario más propicio para la práctica de la ciudadanía organizacional.

Conclusión

La ciudadanía organizacional ha sido objeto de estudio en la literatura actual, por la posibilidad de representar una ventaja competitiva para las organizaciones inseridas en el mercado, y también por significar una oportunidad de auto-realización para el individuo en el ambiente de trabajo. El interés por los Comportamientos de Ciudadanía Organizacional reside principalmente en la premisa de que contribuyen para la eficacia organizacional. Rego (2002) indica que varias pesquisas han revelado que las organizaciones donde los CCO son más actuantes denotan mejores indicadores de eficacia. Esos datos no sorprenden, pues la turbulencia ambiental en los tiempos actuales impide que las organizaciones definan con precisión los contenidos de los cargos y exige respuestas espontáneas, innovadoras y creativas a las incertezas y contingencias.

Se puede comprender mejor la práctica de la ciudadanía organizacional, a partir de la distinción que Guerreiro Ramos (1989) hace entre comportamiento y acción, a fin de esclarecer el reduccionismo psicológico de la actual teoría de las organizaciones. Como regla general las organizaciones atribuyen gran valor al "comportamiento" de sus empleados, como un requisito social indispensable. Pero, para el autor, comportamiento es una forma de conducta que se basa en la racionalidad funcional o en el cálculo utilitario de las consecuencias, por lo tanto, con base en la conveniencia y desprovisto de contenido ético. En contrapartida, la acción es propia de alguien que delibera sobre cosas porque está consciente de sus finalidades intrínsecas. Por el reconocimiento de esas finalidades, la acción constituye una forma ética de conducta.

Así, el autor interpreta de manera peculiar el significado de comportamiento:

> De acuerdo con los diccionaristas, (comportamiento) empezó a tener aceptación lingüística por vuelta de 1490 y significaba conformidad a las ordenes y costumbres dictados por las conveniencias exteriores. Mismo en nuestros días, la palabra no perdió su significado original. (...) Hombres y mujeres ya no viven más en comunidades donde un censo común substantivo determina el curso de sus acciones. Pertenecen, en vez de eso, a sociedades en que hacen poco más allá de responder a persuasiones organizadas. El indivíduo se torno una criatura que se comporta. (GUERREIRO RAMOS, 1989, p. 51).

Para el encaminamiento final de este artículo, pasaremos a adoptar la expresión "actos de ciudadanía organizacional", dando énfasis al término "acción" por considerar más apropiado y concordante con el papel organizacional desempeñado por los individuos en las organizaciones.

Conviene acrecentar que los actos de ciudadanía organizacional son actos de voluntad del individuo, estando, por lo tanto, sob su control. Aunque posean esa naturaleza volitiva, se admite que ellos sólo son espontáneamente emitidos, se el empleado vivenciar sentimientos positivos sobre el trabajo que ejecuta y si mantiene vínculos afectivos positivos con la organización.

En la tentativa de establecer una conexión entre los actos de ciudadanía organizacional y las características de burocracia y de flexibilidad relatadas anteriormente, a fin de subsidiar la conclusión, nos apoyamos en Siqueira (2003) para relacionar algunas variables que puedan explicar el desencadenamiento de tales actos.

Al todo son seis variables, clasificadas como afectos y cogniciones. Las variables afectivas son: satisfacción en el trabajo, envolvimiento con el trabajo y comprometimiento organizacional afectivo. Según Siqueira (2003, p. 169), esas variables fueron escogidas porque ellas son repetidamente señaladas en la literatura sobre comportamiento organizacional y porque se supone que un empleado satisfecho, envuelto con el trabajo y que mantiene lazos afectivos con su empleador, tiene mayores posibilidades de venir a presentar actos de colaboración con el sistema, o sea, de actuar como un ciudadano organizacional.

Las variables cognitivas son: comprometimiento organizacional calculado, que comprende creencias relativas a pérdidas o costos asociados al rompimiento de la relación de cambio con la organización; percepción de suporte organizacional, compuesto por un conjunto de creencias sobre el grado en que la organización se muestra comprometida con los empleados; percepción de reciprocidad organizacional, como un conjunto de creencias acerca del estilo retributivo adoptado por la organización ante las contribuciones ofrecidas por sus empleados (SIQUEIRA, 2003, p. 169-70).

De pose de estas variables, y creyendo que ellas son condicionantes que preceden los actos de ciudadanía organizacional, remitimos a las características de burocracia y de flexibilidad analizadas anteriormente, intentando establecer un eventual vínculo que pueda, a final, demostrar en cual modelo organizacional es mayor la probabilidad de ocurrir tales actos.

Observase que las características del modelo de gestión burocrático son bastante rígidas, poseen

un carácter de impersonalidad, lo que es típico de la racionalidad instrumental. De otra forma, las características del modelo de gestión flexible poseen un aspecto más humano, en que la presencia del individuo es valorizada y reconocida como elemento central, lo que es típico de la racionalidad substantiva.

Así, por comparación, se puede concluir que ha evidencias que señalan para una mayor probabilidad de ocurrencia de actos de ciudadanía organizacional en organizaciones con modelo de gestión flexible, lo que no significa decir que tales actos no podrán ocurrir en organizaciones altamente burocratizadas, apenas que el modelo de gestión burocrático, por sus características, no es tan favorable a la práctica de la ciudadanía organizacional como los modelos de gestión con características de flexibilidad.

Bibliografia:

BATITUCCI, Márcio Dayrell. **Equipes 100%: o novo modelo do trabalho cooperativo do terceiro milênio**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2002.

DELAGNELLO, Eloise H. L. **Novas formas organizacionais: ruptura com o modelo burocrático?** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) UFSC. Florianópolis, 2000.

FISCHER, Rosa Maria; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Cultura e poder nas organizações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMIDE JR., S. **Antecedentes e conseqüentes das percepções de justiça no trabalho**. Tese (Doutorado) UnB. Brasília, 1999.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. **Administração e Contexto Brasileiro: esboço de uma teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

_____. **A nova ciência das organizações**. 2. ed. Rio de janeiro: FGV, 1989.

KATZ, Daniel, KAHN, Robert L. **Psicologia social das organizações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

LANER, Aline dos Santos. A felicidade e a cidadania organizacional. In: **Repensando as organizações: da formação à participação**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

PIVA, Solange Zanatta. **Mudanças nas relações de trabalho e identidade do trabalhador**. Dissertação (Mestrado em Administração) UFSC. Florianópolis, 2001.

QUADROS, Dante Ricardo. **Análise substantiva de uma experiência de *empowerment*: o caso Volvo**. Dissertação (Mestrado em Administração) UFSC. Florianópolis, 2000.

REGO, Armênio. Climas éticos e comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 42, n. 1: 50-63. São Paulo, 2002.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

SERVA, Mauricio. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **Revista de Administração de Empresas**, v.37, n.2, p.18-30, 1997.

SIQUEIRA, Mirlene M. Matias *et al*. **Cidadania, justiça e cultura nas organizações**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2001

SIQUEIRA, Mirlene M. Matias. Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial: 165-184. São Paulo, 2003.

CAPÍTULO

II

GLOBALIZACIÓN Y LA CIUDADANIA SUDAMERICANA

Identidad Sudamericana
Beatriz Nuñes Santiago✞

Integración regional de la salud en América del Sur: desafios y prioridades
Emundo de Almeida Gallo

Relaciones culturales y desafíos éticos
Miguel Angel Sánchez González

2.1 Identidad Sudamericana

Beatriz Nuñes Santiago✞

No estoy de acuerdo con el concepto "Identidad Sudamericana"porque considero que es implantado, no genuino.

Si, creo en lazos comunes entre áreas de semejante percepción.

Como ejemplo, hace mas de 25 años cofundé la Asociación Iberoamericana para el Derecho Alimentario, AIBADA. [1]

Tratábamos de Convocar a los interesados de los hermanos países de Iberoamérica, así como a España y Portugal, al desarrollo y armonización del Derecho Alimentario, promoviendo la difusión e intercambio de información y la cooperación científico técnica a fin de que los beneficios de sus resultados se trasladen a la población toda de la región en orden a su acceso pleno a la seguridad alimentaria, y a su desarrollo socio cultural, científico técnico, económico comercial y jurídico normativo.

Pero eso no significó aceptar la identidad.

Según el Diccionario de lengua española (RAE, 1992) Identidad es: la igualdad que se verifica siempre, sea cualquiera el valor de las variables que su expresión contiene.

En el orden de la filosofía, el principio ontológico de la identidad se enuncia como "Toda cosa es igual a si misma" (MEYERSON, 1929).

Los griegos trataban la identidad como mera unicidad.

Aristóteles consideraba que la Identidad es una unidad de ser, unidad de multiplicidad de seres o unidad de un solo ser tratado como múltiple (MORA, 1969).

También se trata la Identidad desde el punto de vista de la matemáticas (del álgebra) y se ejemplifica de la siguiente manera:"Dos entidades son idénticas si lo que es verdad de la una es verdad de la otra", "Si dos entidades son iguales a una tercera son iguales entre sí".

De la misma manera, podemos referirnos a Identidad en los fenómenos naturales: iguales, consecutivos e infinitos conducidos por un pensamiento lineal de contemplación, observación, explicación y predicción.

El problema de la identidad parece insoluble cuando pretendemos identificar. Esto es "Hacer que dos o mas cosas, en realidad distintas, aparezcan y se consideren como una misma".

Podemos comprender la identidad referida a los objetos .Objetos concretos: como un río o abstractos como un cuadrado.

Pero no se puede tratar la identidad entre los sujetos, ante la noción de lo trascendental.

Diferencia entre sujetos y objetos[2]

Es muy importante hacer la distinción entre sujetos y objetos, porque si bien existe entre esos dos ámbitos una relación indispensable no se puede identificar.

La definición del vocablo "Hombre" (según el Diccionario de lengua española), es "ser racional que puede decir lo que son las cosas, que puede captar el interior de la realidad sensible (In Tendere).

Los griegos definían "persona "como: "la que afronta, la que mira hacia delante, la que no se repite".Aristóteles: decía que persona era "potencialidad, posibilidad".

1 Registro N º 59.054, 21/05/1985, Ministerio del Interior, Madrid, España.

2 Esta distinción atañe de manera muy importante a la Ciencia Jurídica, al Derecho, porque su fin es la protección de los sujetos.

Para los Romanos,"persona solo era el que no estaba sometido a otro". [3]

Podemos definir "Sujeto" como "lo definido". En cambio, "Objeto" es lo definible por el "Sujeto".

Objeto es, aquello que se percibe con algunos de los sentidos, lo que sirve de materia o asunto a las facultades mentales (NUÑES SANTIAGO, 1992). [4]

Para el Derecho el "Objeto" es: una cosa.

Cosa es todo lo que existe: mar aire, sol pero no las facultades del hombre, su inteligencia, su libertad, su honor, su trabajo ni su cuerpo ni las partes de su cuerpo, son cosas.

Decía que el término "identidad" es un concepto implantado, por una percepción "en globo": desde arriba. Este es un modo de captación intelectual, de comprensión de conjunto sin detallar, sin listas circunstanciadas, sin referencias de las partes, sin consideración de perspectiva o lugar de cada uno.

Esta comprensión del mundo como un todo rebela un modo, soberbio, insolente, sublevado, porque confunde los objetos con los sujetos, con las poblaciones .Estas no son algo sino, alguien (NUÑES SANTIAGO, 2001).

Si se puede hacer referencia a "situaciones comunes", para usar términos generales, Situaciones Sudamericanas o Latinoamericanas.

Qué es la situación

Situación es la condición o estado en que se halla una persona en relación con los objetos.

Condición límite o plena que depende del conjunto de realidades a su alcance.

¿Que son las realidades? ¿ Teorizaciones, abstracciones? No, son cosas.

Toda la vida del hombre implica, una constante relación con las cosas. Es un ser en situación, se mueve desde una situación, existe desde una determinada situación.

Su relación con las cosas determinará su situación.

Hay una radical condición ligada con la existencia, con el concepto de afirmación primordialmente física en ella: que haya cosas para el hombre y que éstas le descubran sus potencias y le ofrezcan sus posibilidades. De modo que, vivir implica "estar con ellas", para "ser en el mundo" (HEIDEGGER, 1989). [5]

Las cosas, los objetos, siempre servirán de materia o asunto a sus facultades mentales.

La situación, entonces, es el conjunto de realidades desde cuyo seno, o centro, puede el hombre ejecutar los actos de su existencia personal y grupal.

Luego, la situación es el punto donde ha de concentrarse todo movimiento positivo o de acercamiento a la fuente del ser.

La situación no tiene que ver con el ser sino con el tener: situación de la Región

La Región tiene ventajas comparativas respecto a sus recursos naturales (además sobre las prácticas y los criterios de implementación de las mismas).

La Región es centro de megadiversidad. Seis de sus Estados forman parte de los trece del mundo que son el reservorio de la mayor proporción de biodiversidad del planeta.

Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú, Venezuela contienen la mayor riqueza en diversidad biológica y en sus bosques se aloja el 90% de la misma.

La Región tiene reservas naturales incalculables de gas, petróleo, oro, cobre, plata y otros metales.

En su extensión tiene el 27 % de agua del planeta.

Los Océanos Atlántico y Pacífico son importantes fuente de alimento y vida contenidas en sus reservas pesqueras (además de posibilidad de transporte).

La Amazonia guarda reservas que pueden abastecer a la humanidad entera.

---

2 Esta distinción atañe de manera muy importante a la Ciencia Jurídica, al Derecho, porque su fin es la protección de los sujetos.

3 Para los Romanos se nacía ya persona o cápita. Se le reconocía capacidad a los que eran personas. No la definen, solo especificaban lo que podía o no podían hacer.

4 "Objectum (del Latín): presentarse a los ojos, exponerse a algo, ofrecerse a algo.. Es el que da el impulso directriz a la dinámica volitiva .Objeto es uno de los elementos de la relación jurídica, de calificación de la misma Plantea a la relación y por ende, a los sujetos de ella, la realidad de su cambio y crecimiento. El objeto no es mas que una cosa que puede ser mueble o inmueble, fungible o no, consumible o no, divisible o no, principal o accesoria."

5 Consideración de Heidegger (1989): "Vivir es estar yo con las cosas siendo en el mundo: no cabe hablar de mi existencia prescindiendo de las cosas con las que vivo, o de mi YO, viviendo sin las cosas".

Pero, a pesar de ello, se puede aseverar que Latinoamérica se encuentra en situaciones comunes de complejidad negativa creciente relacionadas con las medidas de acción positiva respecto a Los Derechos Humanos, también con el Desarrollo Humano (en sus connotaciones no solo económicas sino también y sobre todo, sociales y culturales, además de Civiles y Políticas) y, con la sustentabilidad del Desarrollo.

Es decir, el estado de situación de la población de los Estados Latinoamericanos, como resultado de un cúmulo de riesgos estructurales, da por resultado pobreza y pobreza extrema. Tiene, además, la peor distribución del ingreso del mundo: según estadísticas de La Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, de OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) y del Banco Interamericano de Desarrollo - BID (NUÑES SANTIAGO, 2007):

- La Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- informa que: en Latinoamérica casi la mitad, el 44%, es pobre: no satisfacen sus necesidades básicas, no solo de comida sino de educación, salud, transporte y vestimenta. Tiene, además, la peor distribución del ingreso del mundo: 224 millones de pobres y 100 millones en la miseria total.

- Lo mismo, el Banco Interamericano de Desarrollo -BID: Tres de cada cuatro pobres de la Región residen en Mexico, Brasil, Peru, Colombia y Argentina la que tiene provincias con indicadores de desarrollo de Naciones Africanas. En Argentina el 40,2% sufre la pobreza o sea 15,2 millones de personas (y el 15% esta en la indigencia o 5,6 millones). En México hay 39,7 millones de pobres (39,4% de la población), de los cuales 12,7 millones son indigentes (12,6%). Brasil es el país latinoamericano con mas habitantes debajo de la línea de pobreza: 65,4 millones (37,5%). Hay 18,1 millones de brasileños que carecen de lo mínimo para alimentarse (10,4%).

El contenido de la pobreza (definida por los que no son pobres) describe un estado de situación que no solo indica la falta de bienes materiales sino también, carencias físicas, psíquicas e intelectuales que impiden al individuo, o a un grupo de personas, vivir de acuerdo a sus necesidades.

Además de indicar discriminación, abandona al individuo al determinismo. Le quita el autorespeto, la autoestima, la confianza en su capacidad, en su propio poder para realizar sus intenciones. Convierte a la población en seres fenomenales o sujetos de la leyes causales (EICHER, 1990).

La pobreza da por resultados (además de no poder cumplir con el Derecho de la Alimentación por la desnutrición crónica y el infraconsumo, el analfabetismo) la imposibilidad de proteger y promover la Salud.

En algunos de los países mas pequeños (Bolivia, Guatemala, Paraguay) la gran mayoría es pobre: 6 de cada 10 personas. En Nicaragua: 7 y en Honduras casi 8 también de 10. Las naciones latinoamericanas con más indigencia, similar a la de Africa, son: Bolivia: 37,1%, Honduras 54,4%, Nicaragua 42,3%. El promedio de las zonas rurales también es miserable: 37,9% frente al 13,5% de las ciudades.

El contraste lo dan Chile y Costa Rica: “solo” un quinto de los habitantes vive en la pobreza. Solo Chile ha cumplido el objetivo de reducir a la mitad la extrema pobreza. Han logrado avances significativos: Brasil, Costa Rica, Mexico, Panama y Uruguay.

Informe, Junio de 2004, OCDE La brecha entre los mas pobres y los mas ricos es la mayor en el mundo, 84 a 1. Hacia el 2000 era de 74 a 1, al comienzo de la década del 90´era de 60 a 1 y en la década del 60´era de 30 a 1(solo el 20% de la población de los países mas industrializados es responsable del 86% del total del consumo privado. En comparación el 20% mas pobre consume solo el 1,3%).

Los primeros conceptos sobre la pobreza aparecen referidos al pobre. Las traducciones de la literatura hebrea (ANÏ: el hombre se encuentra en un estado de merma de sus facultades, de su fuerza, de su valía) como la griega, no destacan tanto el aspecto económico como la situación general de sumisión: “humilde, pequeño, insignificante, débil y en tal sentido, también, pobre “.

Lo mismo, los romanos:”al que no solo le falta la posibilidad de lucha por su propio mantenimiento sino que además sufre otras carencias”. Lo calificaban INOPS: hombre débil, desvalido, perplejo y necesitado bajo cualquier aspecto.

“Salud” definida simplemente como “salvación”,[6] es un bien que debe acompañar, vitaliciamente, a los sujetos.

No puede concebirse a “Ellos” sin “Ella” sobre todo (tomando palabras de Eduardo Nicol para afirmar esta convicción) porque el hombre esta en la situación de un ser que vive una vida única.

---

5 Consideración de Heidegger (1989): “Vivir es estar yo con las cosas siendo en el mundo: no cabe hablar de mi existencia prescindiendo de las cosas con las que vivo, o de mi YO, viviendo sin las cosas”.

6 “Salud”: salvación. Latín: SALUS-ÚTIS, buen estado físico, conservación (COROMINAS; PASCUAL, 1991, p. 143). “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (ALONSO, 1958, p. 3.696). Sinónimos: Sanidad, salubridad, robustez, Lozanía, euforia, extasía (CALDERON, 1984). “Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales. No es una definición estática sino que la homeostasis se deriva de un cambio constante y de un conjunto de mecanismos de adaptación al estrés (MOSBY, 1996, p. 137). Homeostasis: mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante gracias a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida (MOSBY, 1996, p. 196).

El cuerpo, físico, es para el hombre, su existencia encarnada, el factor fundamental de su existencia subjetiva.

El hombre está expuesto por el cuerpo a si mismo y es el cuerpo que lo arroja fuera de si a la problemática del mundo moderno al que trata de imponerle su universo personal.

Proteger y promover la Salud

¿Que es"proteger "la salud?. Es: ampararla, defenderla, favorecerla ,resguardarla ,guarecerla

Promover la salud es, a su vez: "reducir los riesgos que la amenazan y modificar los comportamientos que la afectan".

Cobra, entonces, principal importancia conocer los factores de riesgo que sufre la Región. Los principales estructurales (no los técnicos) que sufre la Región son: sociedades injustas, irrespeto a la igualdad de libertades básicas e igualdad de oportunidades que inhabilitan para adoptar decisiones pertinentes para la vida personal y común y hacerlas efectivas.

También: corrupción, concentración de la renta, ausencia de políticas de distribución, de canalización a la población de escasos recursos, bajo poder adquisitivo *por* la falta de empleo relacionado esto con el bajo nivel de los salarios, con el índice de precios,con las tasas de inflación y, como muy importante con los desequilibrios que provoca el comercio extraregional.

Los dos desarrollos de un mismo mundo, globalizado

El agravamiento del estado del Desarrollo Humano en Latinoamérica, ha dado por resultado mayor divergencia entre las dos situaciones que son: los dos Desarrollos de un mismo mundo, globalizado.

Tal desequilibrio implica la reproducción intergeneracional de situaciones más injustas, más inequitativas, menos éticas, menos razonables.

Mientras EE.UU. vive la mayor expansión del siglo y las economías de los 29 países mas industrializados atraviesan el mejor período de los últimos 12 años, la población de América Latina que se encuentra bajo la línea de pobreza o en situación de pobreza extrema, alcanza casi el 50%.

Esta situación demuestra que las Políticas Públicas no han sido de elección de sistemas que provean a los intereses de conveniencia de la población por lo que se podría afirmar que los Gobiernos de la Región no han cumplido con la Institución de la Responsabilidad (ya que es Principio de Derecho que «Cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos»).

Pero, circunstancias externas condicionan el discernimiento, la intención y la libertad al decidir Políticas Públicas que compatibilicen con la dinámica internacional.

Así, los Estados Latinoamericanos se relacionan con otros Estados del mundo bajo el Principio de Igualdad en su carácter de soberanos, condición de existencia de un Estado (El Dogma de la Soberanía se caracteriza no solo por rechazar toda autoridad superior sino tambien , alguna concurrente).

La igualdad entre los Estados, no significa que, todos los Estados tienen los mismos derechos y deberes sino que, tienen la misma capacidad para contraer derechos y obligaciones. Capacidades comunes pero diferenciadas, por su situación.

Cuando la referencia es hacia la igualdad de los Estados significa también que, ninguno puede ser obligado en contra de su voluntad, o, sin ella.

El Principio de Igualdad se traduce en Principio de Autonomía de la Voluntad. (La Autonomía se opone a la Heteronomía, la cual entiende las decisiones como derivadas de la naturaleza o de Dios).

Que esperan las poblaciones de sus Gobiernos?

Las poblaciones esperan de sus Gobiernos que vehiculizen sus intereses comunes (sobre todo los que atañen a vida y su salud) que tiendan a su Desarrollo Humano, confiando en que es en el aparato estatal donde reside la mayor capacidad de energía y acción para cumplir sus intereses ya que el concepto de poder rebela, no fuerza, sino capacidad política y potencia social.

El Estado, solo tiene existencia en cuanto es actual, cuando actúa, es decir, en cuanto de modo

permanente e interrumpido realiza acciones.

El acto, transforma. Y en esta actuación, de alguna manera, pone la realidad (NÚÑEZ SANTIAGO, 1998).

Y debe ponerla con la consideración de que las políticas de protección y promoción de la salud deben situarse en el centro del más amplio programa de acción de protección de los Derechos Humanos y del Desarrollo Humano.

No se cumple con la Institución de la Responsabilidad solo al desarrollar, establecer y promover normas para evaluar y gestionar los riesgos técnicos. Se debe, en primer lugar, hacer frente a los riesgos estructurales que padece la población que se encuentra en situación límite, es decir, en peligro permanente de vida.

Lo que las poblaciones esperan de sus Gobiernos es profundización en las posibilidades y determinación en el interés de sus conveniencias. El cumplimiento de esa responsabilidad será condición que potencie la efectividad de todo sistema, de toda estrategia.

Estrategias comunes sudamericanas ante situaciones comunes

A fin de que no se verifiquen las afirmaciones de Albert Einstein "la perfección en los medios y la confusión en los fines, la característica de nuestra época" (EINSTEIN, 1949) propongo:

- que las expresiones y las decisiones regionales sean resultantes de todos los intereses y posibilidades sociales como producto de la responsabilidad de cada gobierno quienes, minimamente, deben;

- Articular en común sus decisiones bajo pautas que impliquen no ceder ante el mecanismo instalado de demanda imperativa de adaptación a las circunstancias, no aceptar los hechos y menos legitimarlos tal cual se dan como fenómeno limitante (lo que ofrece el peligro de mantener en cautiverio sus creatividades condenando, como efecto, a las poblaciones a abismal distancia de sus conveniencias) (NÚÑEZ SANTIAGO, 1999). [7]

- Tener en cuenta, en la interactividad de los sujetos, los grupos de sujetos y de las instituciones). Principios del Derecho, tales como:

- Los Derechos y Libertades consagrados constitucionalmente deben ser reales o positivos (no, formales o negativos).

- Estudiar la conjugación de actuaciones vehiculizadas de manera regular y sistematizada en coordinación y representación plenas, con participación de todas las disciplinas para potencializar al máximo la capacidad de discernimiento y reflexión y de todos los sectores para que las decisiones armonizadas contengan el verdadero sentido de poder.

- Las Políticas Públicas deben favorecer condiciones que caractericen a los miembros de la sociedad como seres noumenales (libres y racionales).

- Actuar de modo permanente e ininterrumpido en la consideración de que las políticas de protección y promoción de la salud deben situarse en el centro del más amplio programa de acción de protección de los Derechos Humanos y del Desarrollo Humano. [8]

- Deberán superar las meras interconexiones comerciales, atentas a oportunidades, para lograr la elección de adecuados instrumentos de Integración. En estos, los criterios deben ser comunitarios no asociativos que son los del mercado. [9] Asociar significa juntar, efectuar puras combinaciones mecánicas sin hacer intervenir efectivamente propósitos, aunque estos se declaren.

- Privilegiar el desarrollo al crecimiento. Si bien deben actuar bajo la premisa "la pobreza es la primera causa de contaminación" para confirmar que la protección ambiental se establece en relación con el aseguramiento de las condiciones sociales, culturales y económicas, deberán tener en cuenta que la transformación social ya no cuenta con un tiempo infinito por delante, que hoy son los recursos naturales el factor central a tener en cuenta en toda gestión de gobierno, y que de la defensa de esos patrimonios surgen las nuevas manifestaciones al comprender que ya no puede haber proyectos sociales sin preservación de los ecosistemas (RULLI, 2006).

---

7 "Quienes aparentan ser maduros descubridores de novedades no hacen mas que repetir senilmente viejos errores" (ARISTÓTELES, 1969).

8 Desarrollo Humano, en sus connotaciones económicas, sociales y culturales, además de civiles y políticas (CAMPOS, 1999).

9 El mercado utiliza una sola variable, sobre todo, la económica, determinada por la Teoría de los Valores Útiles. (Un solo ítem en una estimación, no basta. Las ideas adecuadas son completas, es decir, exhiben claramente las notas constitutivas del objeto. Una decisión es adecuada cuando el análisis de los elementos que la integran es total) (NUÑEZ SANTIAGO, 2004).

Por lo tanto, los Gobiernos de la Región deberán practicar actuaciones que atiendan a ítems de protección tales como: la Conservación de la Diversidad Biológica y utilización sostenible de sus componentes atendidos por la Bioseguridad. a través de prácticas sistemáticas de agricultura y producción sustentables. [10]

Ello, entendiendo que: la conservación de la Biodiversidad es importante para mantener la identidad cultural de los pueblos y a su vez, la conservación de las culturas es el modo de mantener la sustentabilidad. (Advirtiendo el modo tecnológico de relacionarnos con los entes que nos rodean). [11]

Identidad Sudamericana: un concepto implantado por la globalización

La identidad es un concepto implantado. La globalización hace imposición de la identidad. [12]

Al referirnos a una identidad entre los sujetos, se sacrifica la diversidad y la interrelación entre las partes. Así, se elimina lo cualitativo que no es medible.

Solo quedan infinitas sumatorias de fragmentos diversos bajo una generalidad con lo cual es muy difícil encarar la acción de integración que pretendemos y necesitamos.

Referências:

ALONSO, Martín. Enciclopedia del idioma. Madrid: Aguleira, 1958. p. 3.696, T III, N-Z.

ARISTÓTELES. *Metafísica*. Tradução de Leonel Valandro. Porto Alegre: Globo. 1969. Biblioteca dos Séculos.

CALDERON, Héctor Alfredo (Ed.); RODRÍGUEZ, Elba S. Martinez de. *Gran diccionario etimológico de sinónimos, antónimos y parónimos*. S. l.: 1984. 2 Tomos.

CAMPOS, German Bidart. *El derecho socioeconómico en la constitución*. Buenos Aires: Ediar, 1999.

COROMINAS, J.; PASCUAL, J. A. Diccionario crítico, etimológico castellano e hispánico. Madrid: Gredos. 1991. v. V.

EICHER, Peter. *Diccionario de conceptos teológicos* - T II. Barcelona: Herder. 1990. 644p.

EINSTEIN, Albert. Conferencia: la ciencia y el orden mundial. Londres, 1949.

HEIDEGGER, Martin. *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores).

MEYERSON, E. *Identidad y realidad*. Trad. de J. Xirau de Meyerson 1912. Madrid: Reus, 1929.

MORA, José Ferrater. Diccionario de filosofía. 5. ed. Reimpressão. Buenos Aires: Sudamericana, 1969. 2 vol.

MOSBY, Oceano (Ed.). Diccionario de medicina Oceano Mosby. Barcelona (España): Oceano, 1996. 1437 p.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. *Derecho Alimentario*: Derecho alimentario : propuesta de tratamiento del derecho alimentario como nueva especialidad jurídica o disciplina específica dentro del ordenamiento jurídico general. Buenos Aires: Abeledo Perrot. 1992.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. El orden jurídico-normativo alimentario y las relaciones económico-comerciales en Latinoamérica. *Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos*. n. 320, 2001, p. 137-48.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. La progresividad del regionalismo latinoamericano frente a la globalización, a través del parcial orden alimentario. Programa de Políticas de Salud, División de Salud

10 Dra. Beatriz Nuñez Santiago. Directora del Proyecto: «Los sistemas agroalimentarios latinoamericanos y el desarrollo científico y tecnológico ante la pretendida funcionalidad del Comercio Mundial. Adecuación de las Políticas Públicas al desarrollo humano». Programación Científica 2004-2007. UBACyT. TD 028. Número de personas a cargo: 7. Entidad de Evaluación: Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires.

11 "El capitalismo liberal no tiene necesidad de semejante violencia directa: el mercado realiza la tarea de destruir la cultura de una forma mas sutil y eficaz" (ZIZEK, 2001).

12 En la Declaración de Derecho de los Indígenas (quienes saben mucho de identidad), Declaración de 1996, se afirma: "Yo no soy como todos. Soy como yo y también como algunos y algunos son como yo". Es decir, Solo aceptan los parecidos.

y Desarrollo de OPS/OMS. Reunión:"Salud en las Agendas de Integración Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana. Caracas, Venezuela. Informe Técnico N° 35. Abril, 1999.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. Los sistemas agroalimentarios latinoamericanos y el desarrollo científicotecnológico ante la pretendida funcionalidad del comercio mundial. Adecuación de las políticas públicas al desarrollo humano. V/Lex. *Boletín Europeo de Derecho Alimentario, n.* 36, Barcelona, Abril 2004.

NÚÑEZ SANTIAGO, Beatriz. *Políticas públicas y derecho alimentario*: del GATT a la OMC en Latinoamérica y El Caribe. Buenos Aires: Ciudad Argentina, 1998.

NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. Sistemas agroalimentarios y comercio mundial: crisis en el desarrollo humano de America Latina. In: NUÑEZ SANTIAGO, Beatriz. (Coord.). *Agroalimentos y globalización*: el desarrollo humano en América Latina. Buenos Aires:

RAE. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 21. ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1992. 6 vol.

RULLI, Jorge Eduardo. *Colonialidad del poder***.** La Fogata Digital. Editorial del sábado 28 de Enero de 2006. Disponível em: http://www.lafogata.org/06arg/arg2/arg_1-8.htm. Acesso em: 24 de abril de 2007.

ZIZEK, Slavoj. Multiculturalismo o la logica cultural del capitalismo multinacional. In: ZIZEK, Slavoj; JAMESON, Fredric. *Estudios culturales*: reflexiones sobre multiculturalismo. Buenos Aires: Paidos, 2001.

2.2 Integración regional de la salud en América del Sur: desafios y prioridades

Edmundo de Almeida Gallo

En este texto serán abordados tres tópicos. Primeramente serán presentados los antecedentes del proceso de la integración regional del área de salud, específicamente en el Mercosur, para que se pueda comprender el significado que la salud tuvo históricamente, y percibir que en determinados momentos ese significado aún fue muy restricto, y que a partir de este momento tendremos la oportunidad de dar un salto de cualidad y de proponer algunas acciones en el sentido de dinamizar esa integración.

En segundo lugar, será discutido un concepto mucho más amplio, que se trata del Complejo Productivo de la Salud, una concepción que envuelve un conjunto de dimensiones y que demuestra solo por si que no se puede pensar en la salud exclusivamente sobre el punto de vista sanitario estricto censo, más que es necesario analizarla en su multiplicidad de situaciones.

Y, finalmente, en tercer lugar, se hará un levantamiento de los elementos y desafíos para el desarrollo integrado de los Complejos Productivos de la Salud de cada país, buscando su calificación y construcción de un Complejo Productivo Regional.

Política externa y política de salud: agenda política y agenda operacional

Presupuesto fundamental para que entendamos la cuestión de la salud y encararla como una producción histórica, tanto sobre el punto de vista de su conceptuación, cuanto sobre al punto de vista de su posibilidad concreta de apropiación y de transformación en una política.

En este sentido, el primer gran desafío en relación a la integración de América del Sur es que entendamos cual el contexto actual de la salud, cual es su significado para nuestros pueblos – lo que es más compleja que la contemplación particular de cada país – y cual su importancia en el ámbito de la globalización. En otras palabras, como nuestros países perciben la salud, y que acciones tensionan adoptar dentro de este contexto, llevando en consideración una determinada coyuntura global. Ese sería el primer paso para una consolidación de una agenda estratégica común.

De la misma forma que la política externa de Brasil paso, paulatinamente, a encarar la salud como una cuestión importante a ser tratada, es fundamental que, sobre el punto de vista de la política de salud, se tiene en mente cuales son las grandes directrices de la política externa brasileña, de modo a posibilitar la construcción de la segunda mano de esa vía entre política externa y política de salud en Brasil.

Dentro de este contexto, se tiene que las dos grandes prioridades de la política externa brasileña so, en primer lugar, la integración de América del Sur, teniendo como base el Mercosur y, en segundo lugar, el aumento de las exportaciones y de la inserción política y económica de Brasil en el escenario internacional, teniendo como base aquella integración.

Esa base es un elemento fundamental para que se pueda formular cualquier política, en cualquier sector, así se ve que es inviable a formulación e implementación de políticas que tengan articulaciones con la política externa, sin atentar para el hecho de que esa es la gran prioridad del país en este campo, lo que viene siendo demostrado de manera inequívoca por las acciones del Gobierno brasileño.

Eso es esencial no apenas sobre el punto de vista del desarrollo económico y sustentable del país, pero, sobretodo, porque tenemos una agenda importante y que no está en consonancia con la agenda hegemónica internacionalmente. Esto significa, en otras palabras, que la política externa brasileña pre-

tende colocar cuestiones y temas relevantes en el escenario internacional que son difíciles y consideradas, inclusive, contra-hegemónicas, como por ejemplo, en lo que se refiere a la relación entre Estado y Sociedad sobre el punto de vista de las políticas públicas, de que forma se establece esa relación, que función el Estado desempeña en el desarrollo económico y social y, cual el papel que los derechos sociales asumen en una sociedad.

El área de la salud en Brasil tiene un gran acumulo en ese sentido, que adviene del hecho de haberse conseguido hacer – en la coyuntura política y económica interna y externa extremamente adversa de los últimos quince años – una reforma sectorial en el área de la salud, que trabaja con el marco de la seguridad social, por lo tanto, en una perspectiva diferenciada de la mayor parte de la lógica hegemónica en otros países.

Es más significativo aún el hecho de haber conseguido no apenas avanzar sobre el punto de vista ideológico y doctrinario – porque aunque eso sea importante es apenas un nivel de la política – pero también transformar esta perspectiva en un sistema operacional con un conjunto de experiencias positivas importantes, cual sea, el Sistema Único de Salud.

Así, tenemos no sólo una agenda política a ser propuesta como alternativa en el que dice respecto a la relación Estado-Sociedad teniendo como marco la seguridad social en el mundo, como también una agenda operacional, una experiencia bastante exitosa, que es el Sistema Único de Salud en las diversas micro-experiencias que el compone, que son resultado de acciones concretas que demuestran que aquello que se propone, sobre el punto de vista ideológico, es factible sobre el punto de vista empírico y, como fue mencionado anteriormente, en condiciones extremamente adversas internacional y nacionalmente y en un país extremamente complejo, como es el caso de Brasil.

En otras palabras, tenemos un background que nos habilita a ser una de las áreas de punta, fortalecedora de la lógica mayor de la política externa brasileña, que es la de colocar Brasil como un interlocutor importante en el escenario internacional, teniendo como perspectiva la solidaridad, la diversidad, la justicia social, y una nueva relación entre Estado y Sociedad.

El complejo productivo de la salud: ampliando la visión

Con el intuito de trabajarse la salud, no apenas en una dimensión estrictamente sanitaria, como usualmente se ha trabajado, adoptamos el concepto de Complejo Productivo de la Salud, desarrollado por Gadelha (2003)[1], que nos ofrece una dimensión más compleja sobre nuestra visión acerca de la calificación del sistema y de la política de salud.

Cuando sugerimos que uno de los nuestros grandes desafíos es desenvolver el Complejo Productivo de Salud en la región, y destacamos la importancia de trabajar los bienes públicos globales sobre un punto de vista regional,[1] estamos afirmando, en la realidad, que necesitamos desarrollar un conjunto de elementos importantes, que son parte integrante de esos países, de esa región, que de una manera o de otra van a estar impactando significativamente en el área de la salud.

No es mas posible pensar salud apenas como organización de asistencia, o mismo de la atención, es necesario pensarla en su dimensión más amplia, que envuelve, por lo menos, las cinco dimensiones presentadas en la figura abajo: la dimensión *industria*l (electro-electrónicos, imunobiologicos, fármacos, sangre y hemoderivados y material técnico- hospitalario); la dimensión de la *fuerza de trabajo*, que involucra tanto la formación cuanto elo mercado de trabajo; la dimensión de investigación y *desarrollo científico y tecnológico*, que es un insumo importante para el conjunto del complejo; la dimensión *comercial*, que hace la mediación entre las tres primeras y el usuario (individuo, empresa o institución) y que, junto con la dimensión de los *servicios* – que envuelven la asistencia pública y privada – son los espacios donde se realiza el valor de cambio y de uso del capital, inclusive intelectual.

De esta forma, si no llevamos en consideración esas diversas dimensiones, no estaremos aptos para pensar en un proyecto de integración regional y de inserción global de la región, efectivamente coherente, porque ese proceso pasa por una discusión que envuelve comercio, industria, ciencia y tecnología, trabajo, cultura, en fin, un conjunto de áreas. El precepto en nuestra Constitución, de que la salud es producto de un conjunto de factores los más variados, tiene que ser aplicados sobre el punto de vista de la formulación política más objetiva.

1 Médici. Presentación realizada en el VII Congreso de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva – ABRASCO, Universidad de Brasilia, Brasilia-DF, 30 de julio de 2003.

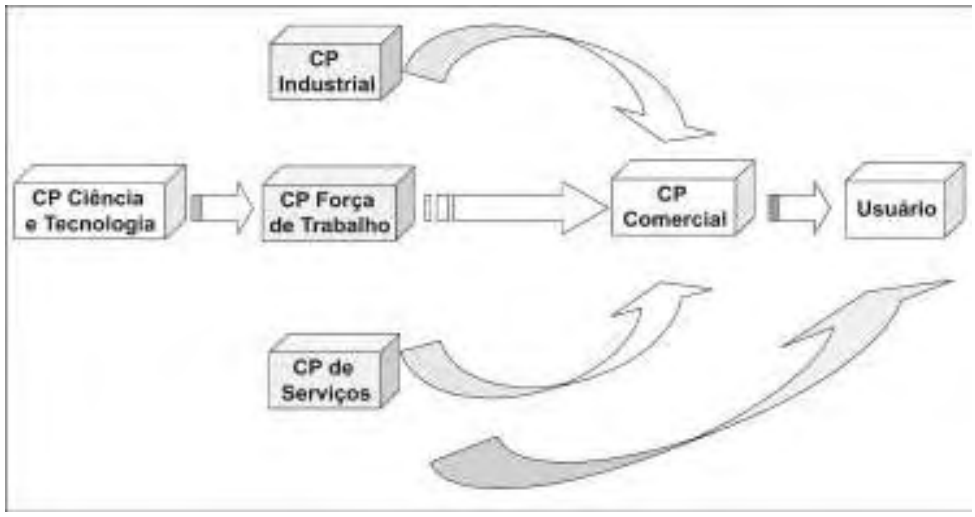


Figura: Complejo productivo de salud

Se espera con eso el desarrollo de esos segmentos, del Complejo Productivo de la Salud, buscando la calificación de las políticas y sistemas de salud en la región.

En relación al segmento de servicios de salud, en que se encuentran los principales locales de la atención y de la promoción a la salud de las poblaciones, tenemos – al lado de la dimensión global – cuestiones muy específicas que son importantes, como por ejemplo, la salud en las fronteras, donde el Complejo de Servicios gana una relevancia mayor que los otros complejos. El Gobierno brasileño viene, inclusive, desarrollando un conjunto de acciones asociados a los integrantes del Mercosur en el sentido de aún este año, en la próxima reunión del "SGT 11", apruebe una acción política integrada en las áreas de frontera, donde hay importantes carencias y necesidades de gestión y atención no atendidas.

Sobre el punto de vista industrial y comercial, tenemos una serie de desafíos que precisan ser enfrentados: generación de empleos, desarrollo tecnológico, la competitividad económica y la sustentabilidad social, que son fundamentales para que se alcance un crecimiento del PIB efectivo, que asegure que podamos, en bloco, caminar en sentido de desarrollo de la región como un todo.

Salud y desarrollo

Se resalta los argumentos relativos a la importancia del sector salud para el desarrollo y como espacio de inversionistas: en primer lugar, hay un argumento tradicional, que destaca la salud como un elemento central de desarrollo humano, de la equidad y de la justicia social. Eso siempre fue uno de los pilares del discurso del movimiento sanitario, de los sanitaristas, para justificar la importancia de la política de salud: es un derecho humano y es justo.

Aunque ese argumento sea correctísimo, debemos recordar que es insuficiente para la potencialidad del sector en su contribución para el desarrollo. Un segundo argumento sería de que la salud, pensada dentro de la lógica de lo complejo productivo, puede venir a ser uno de los instrumentos fundamentales de desarrollo económico, así como uno de los principales motores de la integración regional en función de su importancia económica y tecnológica. Así como el sector bélico, la salud presenta altísimo grado de innovación, rentabilidad y empleabilidad.

En otras palabras, independientemente de ser un factor positivo tenemos una boa política de salud, su impacto es importante tanto sobre el punto de vista económico, cuanto sobre el punto de vista tecnológico. Ningún país podrá, efectivamente, tener una política de desarrollo científico-tecnológico, no alcanzaremos la integración regional, no podremos desenvolver el Mercosur o la América del Sur, si no tenemos en mente la dimensión de la importancia que ese segmento tiene, sea sobre el punto de vista económico, sea sobre el punto de vista productivo, o sea hasta sobre el punto de vista de la ciencia y tecnología. Esa es una dimensión aún muy poco explorada de la política de salud y de la integración regional, y que se constituye en un desafío que precisamos trabajar para nuestros países.

Salud y integración regional – avanzo y límite

Es fundamental pensar, como una estrategia de desarrollo económico, tecnológico, de desarrollo social y humano, la prioridad de un conjunto de iniciativas que ayuden a caminar para la integración regional de la salud. Reafirmarnos lo que fue dicho anteriormente: no hay como pensar en un proceso de integración, desarrollo del Mercosul, desarrollo de América del Sur, si no se pensar en la salud como sector estratégico, y dentro de la lógica del Complejo Productivo.

El Mercosur, por medio Del Sub-Grupo de Trabajo de la Salud – "SGT 11", ya discute una serie de movimientos de integración que, específicamente dentro del Mercosur, están aún muy enfocados para cuestiones aduaneras y tarifarais, cuestiones esas que son importantes, vitales, y que constituyen de modo general también el primer paso do proceso de integración,[2] pero son insuficientes para tener suceso en lo que se refiere al desarrollo de un Complejo Productivo Regional.

Si mantuviésemos la integración regional en nivel aduanero, en nivel de tarifas, lo máximo que conseguiríamos seria minimizar un conjunto de disputas, de paineles internacionales en cuestiones que afectan nuestros países. Pero no estaríamos consiguiendo, efectivamente, avanzar en el sentido de construir una posibilidad de integración de los complejos productivos de esos países en un Complejo Productivo de la Salud Regional, que es la gran ambición y el gran desafío.

Tenemos que controlar la dengue y a SARS, tenemos que hacer una política de medicamentos, crear una tarifa única para la región, regular productos, y profesiones. Esas acciones no requieren una decisión política más firme y más fuerte en el sentido de una efectiva integración, pero son, digamos, incendios, que necesitan ser apagados. Esas acciones fueron citadas, para que podamos percibir que ya se ha avanzado en un conjunto de cuestiones que son importantes, y que precisaban ser hechas por nuestros países, mas que son insuficientes aún para un abordaje mas compleja, eficiente e eficaz.

Si observamos esas acciones que desarrollamos, veremos que son importantes, pero que se limitan a segmentos muy específicos del todo, y que, por lo tanto, aún no nos permiten dar el salto de cualidad que pretendemos y que necesitamos.

Salud y integración regional – desafíos

Estas cuestiones fueron destacadas, una vez que creemos que a partir de este momento el gran desafió que se tiene, es que creemos que ya está presente en la direccionalidad imprimida a nuestra política externa, y en la direccionalidad que el conjunto de las áreas específicas – como en el caso de la salud – ha dado al proceso de integración, y de que ese proceso de integración se torne un proceso mas político, en el sentido estricto de la palabra política, mas político en el sentido de tener una deliberada y permanente actividad de integración entre esos países, entre sus complejos productivos y con una perspectiva mayor.

Esto significa que el objetivo no es de apenas integrar los países del Mercosur, o de la América del Sur, pero si de posibilitar que ese proceso de integración sea un proceso que esté dentro de América del Sur, pero que tenga la visión para el restante del mundo. Es necesario responder a algunas preguntas-claves, tales como: Cuál es la inserción que queremos para América del Sur en el mundo? Cuál es el papel del Mercosur? Que potencialidades necesitamos desarrollar? Qué plano vamos a trazar?

La política externa de los países del Mercosur, en especial Brasil y Argentina después que sus nuevos gobiernos asumieron - han procurado responder a estas cuestiones, y hacer esta inflexión entre una política básicamente centrada en una perspectiva aduanera y de tarifas, para una política centrada en la efectiva integración política y económica con una perspectiva estratégica común entre esos países, que es el camino que se inicio en la salud.

Es necesario enfrentarnos a un desafío – en el área de la salud, específicamente, aunque en otras áreas también – que es del de descubrir cuales cuestiones son fundamentales, aparte de consolidar lo que viene siendo hecho, para que se pueda caminar en este otro sentido, para hacer esta inflexión, dar este salto de cualidad y, efectivamente, profundar la integración regional a partir de la integración de los complejos productivos de la salud.

Este es el gran paso que precisamos dar y el desafío que, necesariamente, producirá una agenda

2 Si analizamos el proceso de la Unión Europea, de la ALCA, vamos percibir que los primeros movimientos son mismo en ese sentido, hasta porque son cuestiones que ya venían siendo colocadas en los diversos forum internacionales anteriormente, como objeto de disputa, y que acabaron produciendo necesidad de conciliación.

es un conjunto de acciones que precisamos trabajar. En primer lugar, precisamos, efectivamente, conocer mejor los componentes regionales de esos complejos productivos de la salud, lo que no es simple, una vez que las informaciones al respecto son precarias y casi todas de Brasil, lo que en términos de la ambición de la política que estamos formulando es muy poco.

Apenas a título de ejemplificación, en Brasil se realiza – sólo en el Sistema Único de Salud – un billón de procedimientos de atención básica, 25 mil transplantes, 450 mil internaciones-año, más de cincuenta mil tomografías. Es un mercado que, si comparado a un conjunto de países de Europa, tiene mayor magnitud. Si nos asociamos a los demás países del Mercosur: Argentina, Uruguay, Paraguay y los países asociados: Chile, Bolivia, tenemos un mercado extremamente importante.

En presentación del Presidente del BNDES, Carlos Lessa, fueron apuntados elementos importantes sobre la dimensión del mercado brasileño, sea sobre el punto de vista de la producción, sea sobe el punto de vista del consumo, que causa espanto en cualquier persona: la mayor parte de los datos sobre Brasil correspondía a Francia, a Italia y a Alemania, demostrando una producción y un consumo mayor el de esos tres países, algo que es significativo sobre el punto de vista económico. Por lo tanto, precisamos manejar con esa magnitud, precisamos conocer mejor ese complejo productivo, avanzar en la construcción de las posibilidades políticas, de las justificativas socio-económicas para permitir que ese proceso de integración regional, efectivamente, fique consolidado y camine en ese sentido.

Agenda tecnopolítica para la integración

A seguir son presentadas algunas sugestiones, algunos puntos, que nos permiten pensar y empezar a trabajar dentro de la construcción de una Agenda. En primer lugar, precisamos definir una línea de base, o sea, nos preguntamos, dónde estamos? Qué es ese complejo productivo hoy en sus distintas dimensiones y como está conformado? Cuáles son sus problemas y potenciales? Precisamos definir todas esas interrogantes para saber cual será nuestro punto de partida.

Es esencial definir objetivos que tendremos que perseguir, sobre el punto de vista de la construcción y de la integración de este Complejo Productivo Regional, para que se pueda tener un sentido, un camino e indicadores que permitan monitorear el desenvolvimiento de ese proceso. Evidentemente, eso demanda base de datos y sistemas de informaciones comunes – que son fundamentales. Si en Brasil, solo en el área de la salud, tenemos mas de 200 sistemas de información, la mayor parte de los cuales no se comunican entre si, es obvio que si nos asociamos a los sistemas de todos los países tendremos problemas aún más complejos a resolver para garantizar la articulación de los sistemas.

Precisamos especificar e implementar sistemas de acompañamiento e evaluación de esos componentes en cada país, de forma integrada, así como desarrollar la gestión de ese proceso y analizar el nivel de integración e interdependencia, las potencialidades, las debilidades del complejo de salud en cada país. Tenemos que discutir las peculiaridades de cada país, las vocaciones de cada un, las interdependencias, las fragilidades, para se pueda definir una política de inversiones efectiva para estimular las vocaciones, para disminuir las disparidades.

Se no es posible realizar las acciones mencionadas, no conseguiremos avanzos significativos en la integración. Se trata de un desafío difícil, ya que involucra cuestiones políticas y económicas importantes, acuerdos y consensos en función de las atribuciones y de las vocaciones que cada país debe tener, aparte de implicar pérdidas y ganancias para los diversos países. Así, no se trata de una cuestión simple, pero es una cuestión que debe ser enfrentada, sobre pena de no hacer progreso alguno. Estos análisis deben llevar a la identificación de prioridades y acciones comunes que resulten en un plano.

Aparte, de eso, es necesario identificar instituciones que puedan actuar como compañía en iniciativas de integración regional del complejo en los distintos países, tales como: Universidades, Centros de Pesquisas, Organizaciones No Gubernamentales. También es importante que sean llamados para el palco de esta integración los Organismos multilaterales, ya que estos no son apenas actores relevantes, como también favorecen la producción de consenso. Será necesario, aún, identificar las necesidades de fortalecimiento institucional de las diversas instituciones que participarán de este proceso.

Evidentemente, todo ese proceso debe generar una política de inversiones en el Complejo Productivo Regional de la Salud en sus distintas dimensiones, de modo que permita a largo plazo, cerca de veinte a cuarenta años, y en conjunto con acciones de pequeño plazo, construir ese proceso de integración.

Conclusión

La propuesta presentada aquí es de que se pueda – a partir do Mercosul, y agregando en función de una decisión política un conjunto de otros compañeros: América del Sur, los países en desarrollo – en este proceso, estimular el desarrollo de conocimientos que nos permitan pensar aquellos desafíos mencionados anteriormente y en algunos otros que están implícitos en este proceso, como es el caso de la inserción de nuestros países sobre el punto de vista geopolítico mundial.

Precisamos desenvolver esta perspectiva conjunta, discutirla, efectuar análisis, escribir textos y publicarlos para expresar de modos inequívocos nuestras ideas, debatir, construir posibilidades y analizar escenarios. Eso aún no es hecho sobre un punto de vista conjunto en el Mercosul y en América del Sur. Como medida inicial, fue aprobado en la última reunión de Ministros del Mercosul, un proyecto que se intitula, formalmente, "Cooperación de Salud e Integración Regional", y que tiene el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El plano es desarrollar una estructura, pero no una estructura formal, y si una red, que permita al conjunto de estos países desarrollar una serie de ideas, de proposiciones, de formulaciones políticas, de monitorear y gestión de las políticas en relación a aquellas cuestiones abordadas anteriormente. Eso será un apoyo institucional importante para viabilizar una serie de iniciativas que están siendo propuestas, y otras tantas que ciertamente surgirán.

También es importante discutir formas de articulación entre los países de la región para actuación conjunta en foros internacionales, como por ejemplo, en la Organización Mundial de Comercio. Como se puede notar en función de la discusión anterior, es inviable discutir salud sin comprenderse otras dimensiones que están siendo debatidas en el plano internacional, como por ejemplo, la dimensión comercial. Es de fundamental importancia acompañar de cerca ese proceso y aún asumir una postura conjunta, en la medida de lo posible, en los países del Mercosur en esos foros, para que se pueda fortalecer el bloco, y evidentemente, no apenas en el Mercosur, una vez que tenemos compañías importantes con los países en desarrollo, África del Sur e India, esto porque son países que, de un modo general, en un proceso de articulación, están próximos en una serie de cuestiones relevantes.

También es esencial estimular el debate sobre las políticas nacionales de la salud de cada uno de los miembros del Mercosur , lo que nunca antes había sido debatido en "SGT 11" del Mercosur .Fue presentada la Política de Salud de Brasil en la primera reunión de este semestre y colocada en la nueva pauta de trabajo elementos estratégicos importantes, como la presentación de las políticas de salud de los otros países del Mercosur en la próxima reunión, para que se pueda, empezar a construir directrices de política de salud únicas para el Mercosur.

Esta es una de las iniciativas más significativas ya adoptada, que busca apoyar la integración de las políticas de salud en el Mercosur. Esta politización, en el sentido de determinar una pauta mas estratégica, una articulación mas común fue producto de la articulación de brasileños, argentinos, paraguayos e uruguayos, y que indica un movimiento importante en el sentido de la elaboración de una nueva agenda.

Finalmente, la idea es que esta integración mas efectiva de los Complejos de Salud de la región, considerada como un a priori para el proceso de integración regional y de inserción global más articulada, tenga como perspectiva no apenas enfrentar los problemas de provisión de servicios – en el área de prevención, de atención, de promoción de salud, particularmente en las áreas fronterizas, donde la cuestión queda mas visible – pero principalmente de estimular el desarrollo económico y social de esos países.

Defendemos la tesis de que no es posible el desarrollo de nuestros países en la conjunta global actual frente al proceso de globalización, sin que haya una identificación regional, a construcción de esa identidad regional.

Tenemos una peculiaridad no Brasil, único país de lengua portuguesa de América Latina y que tiene una cultura con una gran diversidad en relación a nuestros vecinos y pareceros del Mercosur. Es muchas veces ha sido un elemento que dificulta el proceso, no apenas sobre el punto de vista de la lengua, que es algo muy objetivo, pero tenemos aún impedimentos culturales muy interesantes, donde ni todo lo que aparenta ser, lo es realmente. El hecho es que algo que nos parece muy obvio, como por ejemplo el control social, asume e otros países un significado completamente diferente, no apenas sobre u aspecto teórico, pero también sobre un punto de vista práctico. Otro ejemplo de esas disparidades son las relaciones del gobierno brasileño con las ONG's, que son totalmente diferenciadas de las existentes en otros países.

Por lo tanto, es necesario hacer un esfuerzo muy grande para revelar nuestra cultura y experiencia político-institucional para que eso pueda constituirse en elemento de estudio del tema, así como buscar la

revelación de la cultura y de las experiencias políticas institucionales de los otros países para podamos construir una cultura común.

Como ya mencionado, es inviable pensar la inserción global de Brasil y de los países del Mercosur, sin que esa inserción tenga base regional, sin que sea una inserción compartida por los compañeros. Para eso necesitamos tener, efectivamente, un proyecto regional que supere as limitaciones que tenemos en nuestros proyectos nacionales y que nos permita, efectivamente, tener una inserción mas soberana en el mundo, y particularmente, tener capacidad de colocar en la pauta de las discusiones globales la Agenda política de la seguridad y de justicia social, y, en el caso de Brasil, la bien sucedida Agenda operacional del Sistema Único de Salud.

Bibliografia:

BIELSCHOWSKY, Ricardo. (Org). *Cinqüenta anos de pensamento na CEPAL*. Rio de Janeiro: Record, 2000. 2v.

BRASIL. Governo Federal. Câmara Interministerial de Integração Nacional e Planejamento Regional. *Plano de Ação do GT de Programas Regionais*. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Diretrizes de Investimentos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B- Textos básicos de saúde).

FERLA, Alcindo Antônio; CASTRO, Janice Dornelles de; PELEGRINI, Maria Letícia Machry de. Racionalização dos recursos e organização de estratégias de integração nos fluxos interfronteiras entre os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma análise preliminar a partir da economia da saúde. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs.) *Sistema Integrado de Saúde do Mercosul / SIS - Mercosul*: uma agenda para a integração. Brasília: OPAS, 2004, v. 1, p. 97-113.

GADELHA, Carlos Augusto G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.

GALLO, Edmundo A.; COELHO, Ivan. Regulação econômica e financiamento do complexo produtivo da saúde no Brasil: o papel do Ministério da Saúde. In: BUSS, P. M.; TEMPORÃO, J. G.; CARVALHEIRO, J. R. (Org.). *Vacinas, soros e imunização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-100.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs.) *Sistema Integrado de Saúde do Mercosul / SIS - Mercosul*: uma agenda para a integração. Brasília: OPAS, 2004.

MERCOSUL. *Grupo Mercado Comum* – GMC. Ata de Reunião, Uruguay, 2005.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Uruguay, 2003.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Argentina, 2004.

MERCOSUL. SUB-GRUPO DE TRABALHO SAÚDE-11 – SGT11. *Ata de Reunião de Coordenadores Nacionais*, Paraguay, 2005.

UNITED NATIONS MILLENNIUM PROJECT. *Investing in Development*: a practical plan to achieve the millennium development goals. London; Sterling, Va.: Earthscan, c2005.

2.3 Relaciones culturales y desafíos éticos de la salud en un mundo globalizado

Miguel Angel Sánchez González

1. El concepto de salud depende de los valores de cada cultura
2. El concepto de salud puede ser más o menos inclusivo
3. Papel de la medicina en el mejoramiento de la salud
4. La relación entre salud y civilización
5. La relación entre salud y globalización
6. Desafíos éticos que la globalización plantea a la salud.
    a. Los tres principales resultados indeseables de la globalización
    b. Efectos sanitarios del predominio del mercado libre
    c. Adoptar un concepto de salud suficiente pero no demasiado inclusivo
    d. La tendencia del progreso tecnológico aconseja instaurar una medicina sostenible
    e. La crisis de la medicina obliga a redefinir sus fines.
    f. En un mundo cambiante hay que repensar todos los conceptos

La defensa de la salud sólo puede organizarse desde una determinada idea de lo que es la salud. Dependiendo de cómo sea esa idea se adoptarán unas medidas sanitarias u otras. Por tanto, en este capítulo analizaremos, en primer lugar, distintas formas de definir la salud. Veremos a continuación la influencia que pueden ejercer la medicina, la civilización y la globalización. Y expondremos finalmente algunos desafíos éticos que la globalización actual plantea a la salud.

El concepto de salud depende de los valores de cada cultura

Para definir la salud pueden adoptarse dos perspectivas diferentes: La primera de ellas consiste en asumir que la salud es un estado objetivo que puede describirse sin tener en cuenta valoraciones humanas. Así se formulan definiciones llamadas “neutralistas”, que pretenden excluir los juicios de valor sobre lo que es apreciado y deseable. Por otra parte, se puede asumir que la idea de salud es una construcción subjetiva cargada de valoraciones culturales. De esta manera se formulan definiciones llamadas “normativistas”, que introducen los juicios de valor.

Un ejemplo de definición neutralista fue la que enunció Boorse (1975): *“la salud es el funcionamiento del organismo según el proyecto establecido por la selección natural”.* Bechtel (1986, p.153), otro autor neutralista, añade un criterio que encuentra en las leyes de la selección natural, diciendo que: *“la salud comprende aquellas características que hacen a un individuo adaptado en los intentos de propagarse a sí mismo o a la propia cultura; y la enfermedad es todo lo que interfiere con esa adaptación.”* En la misma línea, Kass (1985, p.173-4) considera que la salud es un estado natural, que se manifiesta en el buen funcionamiento del cuerpo de acuerdo con la excelencia de la especie: *“La salud es un standard natural, no un valor en tanto que opuesto a un hecho, [...] que se revela como un standard de excelencia corporal o adecuación, relativo a cada especie, reconocible aún cuando no sea definible, y alcanzable hasta cierto punto”.*

Por otra parte, los autores “normativistas” intentan hacer ver que los criterios que definen un estado como patológico dependen de las normas y los valores socioculturales establecidos (MARGOLIS, 1976). Así, Engelhardt (1984, p. 31), un representante de este punto de vista, ha hecho notar que los problemas

de salud "son identificados como problemas porque impiden la realización de finalidades humanas particulares". Asímismo, Culvert y Gert (1982) han insistido en que *"lo importante no es la alteración objetiva, sino la percepción cultural de que esa alteración es un mal".*

Ahora bien, en el debate sobre la neutralidad de las definiciones, es necesario darse cuenta de que la salud es un concepto multidimensional, que no puede ser definido unívocamente. También es preciso saber que los valores no son ni irremediablemente subjetivos ni totalmente relativos. Y que es posible lograr un consenso razonado sobre la mayoría de los valores.

Es indudable que la salud se asienta sobre determinados estados o funcionamientos objetivables. Pero también es innegable que los seres humanos emiten juicios de valor sobre todos los fenómenos. De manera que podremos ser neutralistas o normativistas dependiendo de los problemas que estemos intentando resolver, y de la finalidad que pretendamos. Concluímos, pues, afirmando que los auténticos problemas que dan fuerza a este debate son los siguientes:

1 La defensa de la sociedad contra la medicalización excesiva, y el posible uso coactivo de los conocimientos médicos: Las definiciones normativistas, al señalar los valores subjetivos que existen en los conceptos de salud vigentes, despojan a éstos de su poder universalmente coactivo. E intentan proteger la libertad de los individuos para realizar sus propias opciones, frente a una medicina que parece haberse vuelto demasiado poderosa.

2 La necesidad de acotar los fines que debe perseguir la medicina, y establecer las prestaciones sanitarias a las que tienen derecho los ciudadanos: En el momento actual de crisis y limitaciones económicas, es muy necesario saber cuáles son los fines que debe perseguir la medicina. Y cuáles son las prestaciones sanitarias que deben estar incluídas en el derecho universal a la asistencia. Las definiciones neutralistas pretenden orientar objetivamente la respuesta a estos interrogantes. Mientras que las definiciones normativistas pueden preservar mejor la autonomía de las sociedades y de los individuos para establecer sus propios objetivos.

El concepto de salud puede ser más o menos inclusivo

Tal vez nunca se pueda llegar a definir completamente la salud porque ninguna definición puede expresar todo lo que el ser humano es o desea ser. El concepto de salud siempre tendrá una dimensión ideal o utópica, y al mismo tiempo cambiante. Existe, sin embargo, la necesidad de formular conceptos operativos que ayuden a diseñar programas de actuación, a tomar decisiones y a evaluar los resultados de las mismas. Y esos conceptos serán más o menos inclusivos según el número de componentes de la salud que se consideren indispensables.

Examinemos, sucesivamente, algunas definiciones de la salud cada vez más inclusivas:

1. Definiciones estrictamente corporales: Según estas definiciones la salud es un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos. En este sentido Callahan (1973) afirma que la *"Salud es un estado de bienestar físico adecuado, que no necesita ser completo, y en el que no hay alteraciones significativas de las funciones corporales".*

2. Definiciones que incluyen lo psíquico: Consideran que el tener un comportamiento adecuado y disfrutar de un bienestar psicológico también deben ser requisitos de la idea de salud.

3. Definiciones que incluyen lo social: Contemplan, además, la capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos para desempeñar un rol social. El prototipo de estas definiciones es la promulgada por la OMS en 1946: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento"*.

La definición de la OMS es, sin duda, criticable. Es utópica y medicalizadora. Suscita expectativas desmedidas. Es tan vaga e inclusiva que carece de aplicabilidad y hasta de significado concreto. Sin embargo, se encuentra muy generalizada la idea de que la salud es un estado de bienestar positivo, más allá de una mera ausencia de enfermedad. Y desde la década de los ochenta se ha intensificado la búsqueda de indicadores de salud positiva; con el fin de promover la saludn (ABELIN et al, 1987).

4. Definiciones ideales y utópicas: Están influidas por las ideas existentes acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Pueden reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las que son llamadas "espirituales".

Curiosamente, en la misma etimología de la palabra "salud" se revela una aspiración ideal. En los idiomas latinos "salud" deriva del latín "*saluus*", que a su vez se deriva del griego "*ólos*", que significa "todo". Y además, la palabra "salud" mantiene una relación etimológica y semántica con la palabra

"salvación". De este modo, la etimología hace referencia a una condición ideal "total".

Distintos movimientos ideológicos actuales han pretendido suministrar definiciones "holísticas" o totalizadoras de la salud.

a) *Holismos filosóficos:* Partiendo de la filosofía analítica, Seedhouse (1986) entiende que la salud es *"un estado capacitante para el logro de un potencial humano",* que puede ser elegido individualmente. Nordenfelt (1987) opina que las concepciones "holísticas" deben incluir también aspectos sociales y humanísticos. Llega así a definir la salud como *"la capacidad para conseguir los objetivos vitales propios"*. Entendiendo por objetivo vital aquél al que una persona concede una gran prioridad en su vida y que, por tanto, es un requisito para que esa persona logre una mínima satisfacción en la vida. Con ello Nordenfelt relaciona el concepto de salud con el de bienestar y felicidad, afirmando que la salud es la capacidad de conseguir un nivel mínimo de felicidad.

b) *Holismos humanistas:* La llamada "psicología humanista comenzó a estudiar la autorrealización y las potencialidades psicológicas superiores. Maslow (1973) desarrolló una psicología de la salud basada en el estudio de los individuos que parecían haber madurado más como seres humanos. Y elaboró una teoría de la motivación humana con una organización jerárquica de las necesidades. Estas necesidades irían desde la supervivencia básica hasta las "metanecesidades" (ó necesidades de crecimiento), que tienden a actualizar todo aquello que el individuo es capaz de ser, hasta llegar a la autorrealización (MASLOW, 1982). Según todo esto, el nivel de salud vendría dado por la medida en que se satisfacen necesidades humanas progresivamente superiores**,** actualizando todo lo que el individuo es capaz de ser y llegando a la autorrealización.

c) *Holismos transpersonales:* Más recientemente han aparecido ciertas propuestas que pretenden ir aún más allá de la autorrealización individual para llegar a trascender los límites habituales de la experiencia y la identidad del yo. Estas tentativas configuran la llamada Psicología Transpersonal que está interesada en el desarrollo espiritual interior, las experiencias culminantes, el desenvolvimiento de los estados de conciencia y la trascendencia. Entre los autores transpersonales pueden citarse a Grof (1996), y sobre todo a Wilber (1985), quien ha elaborado un modelo de los estados ascendentes o niveles evolutivos de la "Conciencia". Si bien es cierto que, en este orden de cosas, todavía no parecen haberse diferenciado bien las propuestas psicológicas más válidas y positivas, de aquellas otras que sólo son vacuas, retóricas, inoperantes o incluso contraproducentes.

d) *Holismos heterodoxos:* Hoy en día existe un movimiento de pensamiento en materias de salud que se autoproclama "holístico" (KOPELMAN; MOSKOP, 1981), porque quiere resaltar el caracter integral del ser humano. Este movimiento tuvo orígenes médicos heterodoxos. Sus inicios se encuentran en los años sesenta, y estuvieron ligados por una parte al auge de las filosofías orientales, la mística y el esoterismo; y por otra a los movimientos contraculturales y a las psicologías humanísticas y del potencial humano (ALSTER, 1989). La definición de salud que ofrece el movimiento holístico es positiva y muy amplia (GUTTMACHER, 1979), y pretende integrar todas las dimensiones del ser humano. La salud llega a ser así*: "un funcionamiento armónico de todos los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona que, además, está en armonía con el medio ambiente social y natural"*. Esta salud entendida "holísticamente" admite grados, y podría ser incrementada indefinidamente. Frecuentemente es entendida como el resultado de un proceso de transformación integral del ser humano, que conduce a su felicidad.

Una gran variedad de prácticas sanitarias heterodoxas han comenzado a denominarse "medicinas holísticas". Estas medicinas, aunque no están validadas por método científico alguno, expresan las imágenes populares sobre la salud ideal. Y esto es lo que explica en gran medida la aceptación social que tienen. Puesto que prometen precisamente todo lo que los seres humanos anhelan en el nivel más profundo y primario. Esta salud ideal tiene algunos ingredientes mítico-mágicos como los siguientes: 1- La salud puede incrementarse indefinidamente; 2- La salud conlleva una transformación completa del ser humano; 3- La salud es una felicidad integral; 4- La salud es una gracia de la Naturaleza o de Dios; 5- La salud nos pertenece a menos que la perdamos voluntariamente. Por eso debemos sentimos responsables de ella; 6- Estar sano es tener una fortaleza que disminuye el riesgo de caer enfermo; 7- Para mejorar nuestra salud necesitamos conocernos íntimamente a nosotros mismos con el fin de ir purificando o perfeccionando nuestra naturaleza.

Vemos pues, que las medicinas autodenominadas "holísticas" han llegado a formular el concepto de salud más inclusivo posible. Puesto que incluyen en la salud todos los aspectos deseables del desarrollo humano posible o imaginable. No obstante, la amplitud sin límites de su concepto de salud entraña ciertos riesgos. Entre sus posibles efectos indeseables está la provocación de reclamaciones desmedidas al sistema sanitario.

Papel de la medicina en el mejoramiento de la salud

Recientemente se ha puesto en duda la importancia que ha tenido la Medicina en la mejoría global de la salud que se ha producido en los últimos siglos. Y se ha planteado un interrogante sobre lo que puede esperarse de la Medicina en el futuro. Ante estas preguntas caben las siguientes posturas:

1. Postura agradecida y optimista: Debemos a la Medicina logros excelentes, y podemos seguir confiando en ella para la solución de todos los restantes problemas sanitarios.

2. Postura agradecida pero pesimista: La Medicina ha tenido éxitos apreciables en el control de ciertas enfermedades infecciosas; pero será bastante incapaz de solucionar los grandes problemas sanitarios del futuro, y en especial las patologías degenerativas no infecciosas.

3. Postura desagradecida: La Medicina no ha influído significativamente en la mejoría de los índices sanitarios globales. El progreso de los últimos siglos se ha debido, casi exclusivamente, a mejoras en otros sectores. McKeown (1979), representante de esta postura, mantiene que la mejoría sanitaria no se debe principalmente a la asistencia médica ni a los progresos científicos, sino más bien a otras cosas (suministro de alimentos, higiene, protección frente a los daños, limitación demográfica, cambios en las conductas y aumento del bienestar material general).

4. Postura realista y desengañada: El objetivo de alcanzar la salud ideal y eliminar por completo el sufrimiento humano es ilusorio. Y el éxito en alguna parcela siempre hace surgir problemas nuevos, tal vez más graves. En este sentido Dubos (1959) advirtió que la ausencia de enfermedad es incompatible con la vida. Y Callahan (1998) piensa que la Medicina puede avanzar en ciertas parcelas; pero siempre acabará tropezando con alguna nueva "frontera desgarrada" de sufrimiento incurable, que puede incluso ser peor que la anterior.

5. Postura acusadora: Denuncia el papel de la Medicina como perjudicial en alguna medida. Así, Illich (1976) ha acusado a la Medicina de producir ciertos perjuicios a los enfermos, a la sociedad y a la cultura. Y afirma que, traspasado un cierto nivel, el balance de logros médicos llega a resultar negativo. Por lo que este autor recomienda implantar techos asistenciales. Otros autores han denunciado, por otra parte, la creciente "medicalización" de nuestra sociedad y la excesiva "normativización" social que impone la Medicina.

Nosotros, podemos reconocer que la Medicina no había tenido apenas impacto global sobre la salud antes de finales de la Edad Moderna. Ahora bien, si entendemos por Medicina no sólo la asistencia individual, sino todo tipo de actuación que persigue un objetivo sanitario basándose en las teorías médicas vigentes, podemos decir que la Medicina comenzó a ejercer un impacto en los últimos dos o tres siglos. Ese impacto se debió primeramente a las medidas modernas de salud pública y de higiene del agua y de los alimentos. Y, ya en el siglo XX, a los nuevos tratamientos médicos y quirúrgicos. No obstante, es mucho más dudoso el papel que ha desempeñado o podrá desempeñar la Medicina sobre las enfermedades degenerativas crónicas.

Es indudable que las enfermedades crónicas e incapacitantes han aumentado su prevalencia, por haber aumentado la proporción de ancianos en los que estas enfermedades son más frecuentes. Pero las preguntas clave son: a) ¿La prevalencia de enfermedades incapacitantes está aumentando más rápidamente que la proporción de personas de edad avanzada?; b) ¿Están aumentando las enfermedades crónicas en todos los grupos de edad?: c) ¿Ha aumentado la proporción de enfermos totalmente dependientes o confinados en cama? Y lo cierto es que hasta ahora no parece existir ningún dato que permita contestar afirmativamente a estas preguntas.

Debemos tener presente que la Medicina puede actuar en tres áreas distintas: *1. Atención primaria, cuidados y educación sanitari;. 2. Atención especializada al enfermo agudo con finalidad predominantemente curativa, que suele postergar al enfermo crónico; 3. Prevención individual y social.* El hecho es que en las últimas décadas la Medicina se ha concentrado en la segunda de estas áreas, y bastante menos sobre las otras dos. Todo ello dentro de un modelo biomédico que presupone que la salud se consigue interviniendo curativamente sobre el individuo enfermo. Pero la historia epidemiológica nos dice que los éxitos de la Medicina en el pasado no se han debido principalmente a la puesta en práctica de este sistema. Y parece además que este modelo se va a adecuar cada vez más difícilmente a las necesidades sanitarias futuras. Es necesario pues un replanteamiento del modelo y de los objetivos de la actuación sanitaria, de forma que se encuentren adecuadamente equilibradas las tres mencionadas áreas de actuación posible.

La relación entre salud y civilización

La idea de que la civilización produce un gran número de enfermedades es un prejuicio que ha llegado a tener gran importancia en la cultura popular. Sin embargo, esta idea no se encuentra apoyada en datos fehacientes.

En sentido etimológico "civilización" es la vida en las ciudades (en latín ciudad=*cives*). En este sentido es preciso reconocer que, desde el neolítico, la vida urbana ha introducido en la especie humana numerosas enfermedades. La morbilidad y la mortalidad había sido siempre más alta en las ciudades que en el campo. Lo que se debía principalmente a una mayor tasa de enfermedades infecciosas. Sin embargo, en el siglo XX esta situación ha cambiado. Y las ciudades de los países desarrollados se han convertido en lugares más saludables que el campo.

No obstante, la antigua asociación entre enfermedad y vida urbana ha fomentado una idea que en los últimos siglos ha tenido una importancia cultural enorme*: "el prejuicio de que la civilización es dañina para el cuerpo y para el alma"*. Y esta idea ha influído a su vez en el concepto actual de "enfermedades de la civilización", también llamadas enfermedades del progreso o de la vida moderna. Ahora bien, el concepto de enfermedad de la civilización encierra una cierta construcción ideológica, cuyo desarrollo sólo puede comprenderse históricamente.

Ya los antiguos griegos, que elaboraron el concepto de "Naturaleza", pensaron que lo natural es bueno en sí mismo. Y un corolario de este pensamiento es el prejuicio, muy extendido, de que lo artificial es malo. En el siglo XVIII, algunos filósofos ilustrados (Rousseau entre ellos) denunciaron ciertos males sociales y los contrastaron con los bienes de una vida en "estado de naturaleza". Por otra parte ciertos médicos (como Cheyne y Tissot) resaltaron la importancia del sistema nervioso como fuente de muchas enfermedades. Una fuente que podría ser fácilmente afectada por las costumbres y estilos de vida modernos. En la segunda mitad del siglo XIX, que fue una etapa de crisis y luchas sociales, llegó a su apogeo la ansiedad frente a la cultura moderna, a la que se hacía responsable de innumerables males. Se llegó a pensar que la propia civilización estaba enferma; e incluso que la civilización misma era ya una enfermedad. Aparecieron filósofos que denunciaban la cultura moderna por "enfermiza y decadente", como Spengler, Carlyle, Schopenhauer, Nietzsche... Y surgió el "degeneracionismo", una teoría pseudocientífica que afirmaba que las características culturales de la modernidad eran morbosas y autodestructivas. Además, los rasgos patológicos estarían acumulándose en la sociedad y transmitiéndose hereditariamente. En este contexto cobró fuerza un movimiento eugenista, inspirado por un darwinismo social, alarmado por una supuesta degeneración progresiva de la sociedad. Y así, el amplio eco que encontró la ideología nacional-socialista se explica en gran parte por la extensión que habían alcanzado estas ideas. El mismo Sigmund Freud, aunque contrario a las ideas degeneracionistas y hereditarias, manifiesta en su doctrina un indudable recelo hacia la cultura moderna a la que veía como represora de las pulsiones naturales. Una de sus obras más leídas se tituló precisamente: *"El malestar en la cultura".* Durante el siglo XX llegó a resultar evidente que ciertas enfermedades están en relación con ambientes sociales y estilos de vida. Seyle y su escuela investigaron la patología asociada al "*stress* " y definieron una serie de "enfermedades de la adaptación". También se ha convertido en un tópico la idea de que todos estamos expuestos a un gran número de agresiones que son consecuencia inevitable del progreso (carcinógenos, productos químicos contaminantes...).

En el momento actual, las críticas a los males de la civilización siguen estando muy extendidas. Y está cobrando fuerza una actitud generalizada de rechazo hacia la tecnología, junto con una revalorización de todo lo supuestamente natural.

Es innegable que existen ciertas correlaciones entre enfermedad y estilos de vida. Ahora bien, no se puede adoptar la postura simplista de descalificar globalmente a la vida moderna, pensando que acarrea daños graves e ineludibles para la salud. Podemos tener en cuenta que:

1. El progreso no obliga a mantener ciertos hábitos ó dietas tradicionales, que son los verdaderos responsables de muchas enfermedades. Pensemos que los principales factores patógenos, como son: el tabaco, el alcohol, la obesidad grave, y el consumo excesivo de grasas animales, no están ineludiblemente asociados al progreso;

2. Además, el aumento de ciertas enfermedades es sólamente el resultado lógico de haber conseguido una mayor esperanza de vida;

3. Es cierto que la contaminación y los tóxicos ambientales son responsables de ciertas patologías humanas; pero, al menos hasta el momento, su repercusión en los índices sanitarios globales no ha sido muy apreciable;

4. Casi todas las enfermedades que se suponen traídas por el progreso, afectan más a los pobres y a los países no desarrollados.

La relación entre salud y globalización

La globalización aumenta los riesgos epidémicos y favorece la aparición de enfermedades nuevas. Esto sucede por la mayor cantidad y velocidad del intercambio de productos, la multiplicación de las migraciones y los contactos humanos y la transformación de los ecosistemas.

Pensemos que las enfermedades infecciosas y parasitarias son el resultado de la interacción de los seres humanos con otros seres vivos. Esas interacciones son relaciones ecológicas que llegan a alcanzar estados de equilibrio dinámico en los que las tasas de enfermedad se mantienen constantes. Pero los equilibrios pueden ser alterados por factores biológicos, sociales, económicos, políticos ó culturales. Posibles factores perturbadores son: las características físicas del medio ambiente, las relaciones estrechas con otras especies animales, la densidad demográfica, el modo de vida o las costumbres sociales. El cambio en alguno de estos factores puede romper el equilibrio de la especie humana con algún organismo patógeno, y producir una tasa de morbilidad aumentada. Las enfermedades que aparecen entonces son llamadas "epidémicas". Otras veces, lo que consiguen esos cambios es llegar a poner en contacto a dos especies que nunca habían estado antes en contacto; iniciándose así una nueva relación "epidémica". *Las epidemias son, entonces, el resultado de ciertos cambios ecosanitarios que alteran los equilibrios previos*. Su aparición es el resultado de algún cambio en el medio ambiente, condicionado por factores histórico-sociales. En su desaparición también influyen estos factores. Hasta el punto de que las grandes epidemias históricas han desaparecido sin que la medicina curativa haya hecho apenas nada.

Así, teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede explicar la historia de las enfermedades infecciosas como resultado de la alteración del ecosistema sanitario, o de la puesta en contacto de dos ecosistemas previamente aislados.

Primitivamente, en el período de caza y recolección, los seres humanos vivían en grupos pequeños y aislados, y fueron desarrollando adaptaciones a sus respectivos ecosistemas sanitarios, que eran pequeños e independientes entre sí. Posteriormente, la agricultura y la ganadería, hizo posible la existencia de estados organizados, y se fueron configurando grandes espacios sociopolíticos que suponían otras tantas áreas de intercambios internos. En cada uno de estos espacios se hicieron más prevalentes ciertas enfermedades infecciosas. Y así se establecieron en el Viejo Mundo cinco grandes ecosistemas sanitarios: el del Sur de Asia, el del Este asiático, el del Oriente Medio, el Mediterráneo y el de la zona Subsahariana. Ya en el período histórico estos ecosistemas sanitarios se fueron fusionando entre sí y con los del resto del mundo, y algunas enfermedades anteriormente delimitadas fueron extendiéndose geográficamente. A ello contribuyeron: el comercio a larga distancia, las guerras y los soldados, los misioneros, los pescadores, los descubridores... Finalmente, en el momento presente se ha configurado un ecosistema sanitario, único para todo el planeta, en el que no existen barreras infranqueables y donde toda alteración local puede afectar al resto.

Hasta hace un par de décadas, era razonable pensar que se iba a lograr muy pronto el control de la mayoría de enfermedades infecciosas. La realidad, sin embargo, ha venido a demostrar más bien lo contrario. En los últimos veinticinco años la única enfermedad infecciosa que ha podido ser erradicada es la viruela. A cambio de ello:

1. Ha vuelto a aumentar la incidencia de varias infecciones antiguas;

2. La resistencia de los gérmenes a los antibióticos está aumentando a un ritmo mayor que el del descubrimiento de nuevos fármacos antimicrobianos;

3. También han aumentado mucho las infecciones por gérmenes oportunistas normalmente inofensivos, como resultado de los avances de la medicina;

4. Y sobre todo, han aparecido varias enfermedades infecciosas nuevas. Hoy se denomina a estas nuevas enfermedades "emergentes". Y todo parece indicar que en el futuro continuarán surgiendo enfermedades nuevas con una frecuencia aún mayor.

Las causas de la emergencia de nuevas enfermedades

En el medio ambiente existe un número incalculable de microorganismos que podrían llegar a producir enfermedad en el ser humano. Y además, todas las especies animales albergan asintomáticamente una multitud de virus que en su estado primitivo, o mediante mutaciones o recombinaciones, pueden ser

patógenos para el hombre.

Existen actividades humanas de riesgo que pueden favorecer la propagación de esos microorganismos. Entre esas alteraciones figuran:

1. *Agresiones medioambientales*: deforestación, contaminación, cambio climático...;
2. *Alteraciones agrícolas:* Nuevas pautas, nuevos cultivos, nuevas tierras...;
3. *Expansión de depósitos descubiertos de agua:* Pantanos, depósitos, regadíos...;
4. *Globalización*: Rapidez de los viajes, intercambios, migraciones...;
5. *Técnicas médicas de riesgo*: Agujas, sangre, transplantes...;
6. *Sobrepoblación, urbanización y pobreza*;
7. *Errores en la salud pública y la higiene*: Uso indiscriminado de antibióticos, descuido de las medidas públicas, de prevención y control... .

El peligro es mayor en las zonas tropicales, donde la biodiversidad es mayor y los ecosistemas son más frágiles. De modo que la disminución de los bosques tropicales y el aumento de presencia humana aumentan las oportunidades para nuevos contactos con virus desconocidos o con variantes patógenas. Y en general, los desequilibrios ecológicos en estas zonas pueden sacar a la luz ciertos gérmenes que se mantenían fuera del contacto con el hombre.

Como conclusión, ya no podemos seguir pensando que la Medicina erradicará las enfermedades infecciosas en un futuro. La existencia de nuevas enfermedades obliga a replantear los supuestos y la estrategia de las luchas sanitarias mundiales. Ante la magnitud de los cambios ecológicos que se avecinan es más necesario que nunca mantener una estricta vigilancia epidemiológica internacional, con centros especializados y laboratorios de referencia.

Desafíos éticos que la globalización plantea a la salud

A continuación analizaremos, sucesivamente, los principales desafíos éticos que la globalización actual plantea en la lucha por la salud.

Los tres principales resultados indeseables de la globalización

La globalización actual, que tiene un carácter predominantemente neoliberal, produce tres resultados indeseables desde el punto de vista sanitario:

Aumenta la diferencia entre ricos y pobres. Y facilita el crecimiento económico en algunas zonas, pero marginando otras: Como ya sabemos, la pobreza extrema es, además de ser una afrenta a la justicia, es un factor de deterioro sanitario. No debemos olvidar que los individuos y los países más pobres padecen siempre los peores índices sanitarios.

Aumenta el daño al medio ambiente: Y un medio ambiente alterado es una amenaza epidemiológica constante. El deterioro ambiental, si continúa aumentando, llegará a tener consecuencias sanitarias de gravedad potencialmente ilimitada sobre los seres humanos.

Debilita el estado social del bienestar: Con el consiguiente empeoramiento de los sistemas públicos de salud y de la asistencia sanitaria a los sectores de población más desfavorecidos.

La defensa de la salud exige luchar contra estos tres resultados. E introducir además controles sociales suficientes para que la globalización no quede limitada a lo financiero. Porque la característica más prominente de la globalización actual es el auge que están teniendo los mecanismos del mercado puro, libre de controles y de regulaciones. Ello nos obliga a preguntarnos cuáles pueden ser las consecuencias para la salud de este predominio de los mercados.

Efectos sanitarios del predominio del mercado libre

Recientemente han sido defendidos con renovada energía bastantes argumentos a favor de la introducción de procedimientos de mercado en las políticas sanitarias. Se insiste en que el mercado puede reducir la cada vez más insoportable carga económica que la sanidad impone a los estados. Se dice también que el mercado puede controlar los costes; aumentar la eficiencia; suscitar el mejoramiento de los sistemas de asistencia sanitaria; facilitar el progreso científico y la innovación tecnológica; promover la autonomía y capacidad de elección de los usuarios; suministrar incentivos a los trabajadores; y

motivar la responsabilidad de los pacientes.

El problema es que, hasta la fecha, no han podido ser demostrados fehacientemente muchos de los supuestos beneficios sanitarios del mercado. No disponemos de pruebas convincentes de que las estrategias mercantiles producen unos sistemas de asistencia sanitaria más eficientes; ni de que la competencia rebaja los gastos sanitarios; ni de que los mecanismos mercantiles producen una mayor salud en las poblaciones. Aunque sí parece cierto que algunos aspectos de la asistencia sanitaria pueden beneficiarse de los incentivos del mercado; entre ellos: la recompensa material a la excelencia y al trabajo, la disuasión de intervenciones inútiles mediante sistemas de copago; o la limitación de la irresponsabilidad y el derroche.

Ahora bien, frente a las posibles ventajas del mercado también hay que tener en cuenta sus casi seguros inconvenientes. El más importante de los cuales es la producción de desigualdades escandalosas en el bien básico de la salud. Otro inconveniente del mercado es que el tipo de progreso científico que es capaz de producir no suele orientarse hacia la satisfacción general de las necesidades sanitarias generales más básicas. Puede descuidar la investigación y el tratamiento de las enfermedades que afectan preferentemente a los sectores económicos más desfavorecidos. Potencia preferentemente el desarrollo de las tecnologías que más provecho puedan proporcionar a sus proveedores o más demanda encuentren en los sectores sociales con mayor capacidad de compra. Y todo ello no redunda, ciertamente, en la mejoría de los índices sanitarios globales, ni tiene por qué abaratar los costes. En resumen, que cuando sólo se persigue el beneficio económico no resulta fácil perseguir también los fines que son más propios de la medicina.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta que el mercado sanitario no es capaz de funcionar exactamente igual que cualquier otro mercado de bienes y servicios. Porque ni las necesidades sanitarias pueden ser completamente conocidas por los clientes potenciales, ni los resultados de las intervenciones médicas pueden ser correctamente evaluados por los mismos. Falta entonces, así, un mecanismo esencial para el buen funcionamiento de la oferta y la demanda: la correcta información sobre el producto sanitario que se necesita y la adecuada capacidad de evaluar la calidad de lo que se obtiene.

En resumen, algunos mecanismos de mercado pueden producir ciertas mejoras sanitarias. Ahora bien, parece innegable que las sociedades no pueden abandonar el mercado sanitario a su libre juego. Y tienen que introducir elementos de corrección y complementación de ese mercado.

De hecho, ningún país desarrollado tiene un sistema de mercado en estado puro. En Europa y en Estados Unidos se han ensayado dos fórmulas diferentes de intervención en el mercado sanitario (CALLAHAN, 1998, p. 228-32). En Europa existe un modelo de bienestar social basado en la solidaridad; mientras que en Estados Unidos se ha intentado más recientemente invocar la idea de un derecho a la asistencia sanitaria, o al menos la de una cierta obligación del Estado de proporcionar a todos un acceso decente a la asistencia sanitaria.

En cualquier caso, al mercado sanitario debemos exigirle al menos dos condiciones. La primera es que reconozca los fines propios de la medicina e introduzca los valores de la humanidad y de la tradición médica para que, de ninguna manera, se mueva solamente por fines de lucro. Y la segunda condición es que utilice los incentivos financieros de una manera sabia y proporcionada, capaz de disminuir la demanda de utilidad marginal, sin demasiados riesgos para la salud de los pacientes, y sin afectar significativamente a la necesaria equidad en la asistencia. El mercado sanitario no es una fórmula que pueda ser asumida sin restricciones, aunque algunos de sus incentivos y estrategias, si están convenientemente reguladas, pueden resultar útiles.

Ahora bien, tenemos que aclarar por qué la salud no puede ser un mero objeto de mercado, y por qué debe ser distribuída de un modo más equitativo que el que resulta tolerable en la distribución de otros bienes sociales. La respuesta a estos interrogantes está en la estimación de que la salud es un bien tan básico que obliga a hacer todo lo posible para que sea accesible a todos. Y las razones son múltiples: centralidad de la vida y la muerte, indeseabilidad del sufrimiento, importancia del bienestar, expresión de la solidaridad… Pero una de las razones más convincentes ha sido expuesta por Daniels (1985), señalando que la salud es necesaria para lograr una igualdad de oportunidades entre los seres humanos. Siendo esto así, la salud puede ser concebida como un bien social primario que debe ser distribuída según principios de justicia que Daniels encuentra en la teoría de la justicia de Rawls (RAWLS, 1971 apud DANIELS, 1985).

Pero esta salud capaz de situarse por encima de las leyes del mercado y de reclamar principios de justicia no puede ser cualquier salud. Es preciso definirla de una manera que la distinga de las preferencias subjetivas y de otros bienes sociales menos básicos. Se hace necesario, por tanto, depurar algunos

instrumentos conceptuales. Entre ellos el propio concepto de salud que habrá de ser esgrimido en las luchas sociales.

Adoptar un concepto de salud suficiente pero no demasiado inclusivo

Es necesario invocar una idea de salud que pueda ser reclamada por razones de justicia o de solidaridad imprescindible. Habrá por tanto que distinguir entre la salud que debe ser objeto de asistencia sanitaria y la felicidad o las aspiraciones que se puedan conseguir por otros medios. Necesitamos una idea de salud que sea un estandarte indiscutible y potencialmente realizable. Porque en un mundo de recursos limitados y deseos ilimitados, es preciso afirmar una meta sanitaria que nadie pueda razonablemente negar.

Necesitamos, por tanto una definición de salud que sea lo más neutralista posible. Tal ha sido la propuesta que ha realizado el propio Daniels (1985). Este autor parte de la definición neutralista de Boorse que ya vimos anteriormente, para llegar a una definición biomédica de salud como *"ausencia de enfermedades que consistan en desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie"* (DANIELS, 1985, p. 28).[1] Y esas enfermedades son las que deben ser atendidas universalmente para asegurar una justa igualdad de oportunidades.

Además, un concepto operativo de salud tampoco deberá ser demasiado inclusivo. Callahan (1990) está entre los autores que proponen una definición limitada de la salud a efectos de distribución de recursos sanitarios. Esa salud no puede ser entendida como un ideal ilimitado sino como un estándar promedio de las funciones orgánicas y conductuales. Así*: "alguien puede ser considerado sano si sus órganos funcionan a un cierto nivel medio, si no padece dolor físico, y si está libre de trastornos patológicos"* (CALLAHAN, 1990, p. 38). Y el mismo Callahan (1990, p.127-34) sugiere dos principios limitadores del esfuerzo social dedicado a procurar la salud: *1) Un principio de suficiencia, cuando el funcionamiento de las instituciones y el ejercicio de los roles sociales de la mayoría de los ciudadanos no están afectados por una falta de salud. 2) Un principio de justificación, para que los recursos dedicados a la salud no disminuyan de un modo dañino los dedicados a otras necesidades sociales importantes, ni produzcan consecuencias indeseables a largo.*

Así pues, debemos renunciar a exigir una salud ilimitada a la medicina y las instituciones médicas. Existen motivos económicos y políticos que aconsejan limitar nuestras exigencias. Y las actuales tendencias del progreso tecnológico tampoco invitan a recorrer ese camino.

La tendencia del progreso tecnológico aconseja instaurar una medicina sostenible

Desgraciadamente, no es razonable pensar que las inversiones tecnológicas aumentarán ilimitadamente la salud de los seres humanos.

En la Edad Contemporánea, cuando la medicina se transformó en ciencia experimental, se llegó a concebir la esperanza de un progreso ilimitado y continuo en la lucha contra la enfermedad y la muerte. Y durante el siglo XX los grandes logros de la medicina parecieron confirmar esa esperanza. Sin embargo, tenemos muy pocos motivos para mantener semejante sueño. Lo más razonable es pensar que en el siglo XXI no volverán a producirse avances tan espectaculares en los índices sanitarios como los del siglo anterior. La esperanza de vida, por ejemplo, no parece poder aumentar mucho más. Además, será cada vez más difícil descubrir tratamientos baratos y eficaces para mejorar la salud significativamente. Los tratamientos genéticos, en general, sólo prometen ganancias marginales en proporción a sus costes. De este modo, la tecnología médica será cada vez más costosa y menos eficiente para mejorar la salud general de la población.

Si la sociedad se empeña en mantener un ensueño tecnológico sin limitaciones la medicina consumirá cada vez más recursos y cada vez será más difícil de financiar. Sólo podrá beneficiar a unos pocos privilegiados, y será cada vez menos equitativa. Globalmente, con toda probabilidad, no producirá beneficios sanitarios significativos. Se impone por tanto implantar una medicina que Callahan (1988, p. 35) ha denominado: "sostenible", entendiendo por tal la que: *"suministre una asistencia suficiente para lograr un nivel decente de capacidad física y mental; pueda ser financiada razonablemente y distribuída equitativamente; adopte metas de salud finitas y tenga aspiraciones limitadas de progreso tecnológico".*

La crisis de la medicina obliga a redefinir sus fines

A pesar de los progresos, parece que han entrado en crisis muchos aspectos de la Medicina actual. Se aprecia un descontento entre los usuarios, y una insatisfacción entre los profesionales. Se denuncia la

deshumanización de la asistencia médica. Las nuevas tecnologías médicas plantean dilemas éticos imprevistos. Se han puesto de manifiesto las limitaciones de la tecnología en las enfermedades crónicas o incurables. Y se ha llegado a pensar que la tecnología médica puede incluso llegar a ser contraproducente, en algunos sentidos. Además, el gasto sanitario está aumentando a un ritmo muy superior al del crecimiento económico. Y parece que los costos sanitarios constituyen un pozo sin fondo para los recursos económicos de cualquier país.

Se ha intentado explicar la crisis desde distintos ángulos. Pero aquí mencionaremos las explicaciones que afectan a la definición y la finalidad de la Medicina.

1. Desde el punto de vista de *la antropología y de la etnomedicina*, autores como Fabrega Jr(1975): han señalado algunas deficiencias de la "medicina occidental". Entre ellas: su insuficiente atención a la dimensión social y adaptativa que tiene la enfermedad; y su incapacidad para penetrar en el significado simbólico y cultural de la enfermedad humana.

2. Otros autores han detectado la crisis en los *"Modelos Explicativos"* subyacentes (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978). El modelo explicativo es el conjunto de nociones sobre una enfermedad y su tratamiento, que tiene cada persona. El modelo explicativo del médico gira en torno al concepto de lesión orgánica; mientras que el modelo del paciente está centrado en su dolencia subjetiva, y está condicionado por su cultura y sus experiencias personales. El problema es que se ha producido una disociación demasiado grande entre el modelo explicativo del médico y el que tienen sus propios pacientes.

3. Engel (1977) consideró que la crisis de la medicina actual es en realidad la crisis del "Modelo Biomédico" que la configura. Este modelo define la "enfermedad" utilizando parámetros somáticos exclusivamente. Lo cual explica el hecho de que los médicos presten poca atención a las cuestiones psicosociales. El mismo Engel propuso un nuevo "Modelo Biopsicosocial" que contempla las enfermedades no sólo desde los puntos de vista anatomopatológico, fisipatológico o bioquímico, sino también en términos psicológicos, sociales y culturales. La fundamentación teórica de este modelo se encuentra en la "teoria general de sistemas" de Bertalanffy (1975).

4. Callahan (1996), al frente de un equipo de trabajo internacional, mantiene que la Medicina atraviesa una crisis en sus propios fines, y no sólo, ni fundamentalmente, en los medios que emplea. La respuesta a los problemas que plantea la Medicina ha sido hasta ahora exclusivamente técnica y organizativa. Pero ha dejado sin cuestionar los fines y los presupuestos más básicos. Es necesario llevar a cabo un replanteamiento más radical formulando nuevos ideales y direcciones. Si no se hace esto último la Medicina será: económicamiente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de dirección y propósito coherentes. Y se sugiere que la Medicina preste atención preferente a cuatro grandes objetivos:

a) Prevención de la enfermedad y promoción y mantenimiento de la salud;

b) Alivio del dolor y del sufrimiento humano causados por padecimientos de origen interno;

c) Cuidado y curación de quienes tienen padecimientos; y cuidado de quienes no pueden ser curados;

d) Evitación de las muertes prematuras, y aspiración a una muerte en paz.

En un mundo cambiante hay que repensar todos los conceptos

En este capítulo sólo hemos podido analizar algunos de los desafíos sanitarios que plantea un mundo estrechamente interrelacionado e interdependiente.

En este nuevo mundo, en el que la globalización resulta inevitable, deberemos procurar que la globalización no quede reducida a sus aspectos puramente comerciales. Y que se globalice también la democracia y la capacidad decisoria de todos los pueblos, porque todos los pueblos resultan afectados por las decisiones de otros.

Habrá que globalizar los beneficios de la sociedad y del progreso. Reconocer, entonces, algún derecho universal a la salud y a un mínimo decente de asistencia sanitaria, sin disciminaciones socioeconómicas, geopolíticas, ni de etnia o de creencia.

Será preciso también contrarrestar las fuerzas negativas que el mercado conlleva. El predominio de lo financiero distorsiona y reduce la capacidad de los gobiernos para administrar la salud de los pueblos. No podemos permitir que desaparezcan los controles sociales de la economía. Sólo así podremos seguir aspirando a una justicia sanitaria fundada en la equidad y la distribución solidaria de los recursos. Y sólo así podrán ponerse los intereses comerciales al servicio de todos. El conflicto entre los derechos comerciales de las compañías farmacéuticas multinacionales y las necesidades sanitarias de los países en desarrollo

es sólo un ejemplo del tipo de problemas que deberemos afrontar mediante las regulaciones internacionales debidas.

Y finalmente, no olvidemos que en un mundo auténticamente globalizado deben estar integrados, más allá de las fronteras, todos los esfuerzos. Tanto los esfuerzos propiamente sanitarios (vigilancia epidemiológica global, actuación conjunta, transferencia tecnológica), como los esfuerzos no directamente sanitarios. Porque no estaremos haciendo todo lo que podemos mientras no luchemos conjuntamente contra todos los factores indirectos de la salud. Es preciso luchar, simultáneamente, contra la pobreza, la desigualdad, la injusticia, el crecimiento demográfico no deseado por los individuos y las alteraciones del medio ambiente.

Referências:

ABELIN, T.; BRZEZINìSKI, Z. J.; CARSTAIRS, V. D. L. et al. *Measurement in health promotion and protection.* Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. Albany, NY: WHO Publications Center USA, c1987. European Series nº 23.

ALSTER, Kristine Beyerman. *The holistic health movement*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, c1989. 220p.

BECHTEL, William. In defense of a naturalistic concept of health. In: HUMBER, James M.; ALMEDER, Robert F. (Eds.). *Biomedical ethics reviews 1985*. Clifton (NJ-USA): Humana Press, 1986, p. 131-170.

BERTALANFFY, Ludwig von. Perspectives on general system theory: scientific-philosophical studies. New York: G. Braziller, c1975. 83 p.

BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. *Philos. Public. Aff.*, v. 5, n. 1, p. 49-68, Autumn, 1975.

CALLAHAN, D. The WHO definition of “health”. *Stud. Hastings Cent.*, v. 1, n. 3, p. 77-88, 1973.

CALLAHAN, Daniel. *False hopes*: why America’s quest for perfect health is a recipe for failure. New York: Simon & Schuster, c1998, 330p.

CALLAHAN, Daniel. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*. v. 26, n. 6, Special Supplement, S9-14, 1996.

CALLAHAN, Daniel. *What kind of life*. New York: Simon and Schuster, 1990. 318p.

CULVER, C. M.; GERT, B. *Philosophy in medicine:* conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry. New York: Oxford University Press, 1982. 201p.

DANIELS, Norman. *Just health care*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1985. 245p.

DUBOS, René J. Mirage of health: utopias, progress, and biological change. New York: Harper, 1959. 236p.

ENGEL, GL.The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, v. 196, n. 4286, p. 129-36, 08 Apr. 1977.

ENGELHARDT Jr., H.T. Clinical problems and the concept of disease. In: NORDENFELT, L.; LINDAHL, I. B. (Eds.). *Health, disease, and causal explanations in medicine*. Dordrecht: Reidel, 1984. p. 27-41.

FABREGA JR. H. The need for an ethnomedical science. *Science*. v. 189, n. 4207, p. 969-75. 19 Sep. 1975.

GROF, S. *Psychologie transpersonnelle*. Monaco: Editions du Rocher, 1996.

GUTTMACHER, S. Whole in body, mind & spirit: holistic health and the limits of medicine. *The Hastings Center Report*. v. 9, n. 2, p. 15-21, apr. 1979.

ILLICH, Ivan. *Medical nemesis*: the expropriation of health. New York: Pantheon, 1976. 294p.

KASS, Leon R. *Toward a more natural science*: biology and human affairs. New York: Free Press, c1985. 370p.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern*. Med., v. 88, n. 2, p. 251-8, Feb. 1978.

KOPELMAN, L.; MOSKOP, J. The holistic health movement: a survey and critique. *J. Med. Philos*. v. 6, n. 2, p. 209-35, 1981.

MARGOLIS, J. The concept of disease. *J. Med. Philos.* v. 1, 1976, p. 238-55.

MASLOW, Abraham Harold. *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós, 1973. 296 p.

MASLOW, Abraham Harold. Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. In: MASLOW, Abraham Harold et al. *Más allá del ego*: textos de psicología transpersonal. Barcelona: Kairós, 1982. p. 182-202.

McKEOWN, T. H. *The role of medicine*: dream, mirage, or nemesis? Princeton (N.J. – USA): Princeton University Press, c1979. 207p.

NORDENFELT, L.: *On the Nature of Health*: an action-theoretic approach. Dordrecht (Holanda): Reidel, c1987. 204p.

OMS. Organización Mundial de la Salud. [Página da Internet]. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible em: http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html.

SEEDHOUSE, D. *Health*: the foundations for achievement. Chichester; New York: Wiley, c1986. 104p.

WILBER, K. *La conciencia sin fronteras*. Barcelona: Kairós, 1985.

2.4 Religión y mobilidad social en el Mercosur

José Nascimento
Maria Teresa Arrigoni

La colonización pos-descubrimiento de América Latina hizo parte del proyecto de ocupación y expansionismo de la corona portuguesa y española. Para ese fin, los monarcas de la Península Ibérica incentivaron la venida de aventureros de origen de aquellos reinos, vistos como trabajadores ideales para promover la exploración de sus concernientes dominios. Además de estos, vinieron extranjeros de otros reinos, pero el arrastramiento se dio, principalmente, por portugueses y españoles.

Cada reino tenía que suplir la finalidad de colonizar limitar sus tierras y de suplir las necesidades de mano de obra recurrentes de las grandes extensiones territoriales. El resultado que se observa es el entrelazamiento de los dos grandes reinos de más allá del mar, con la religión y como eso se hizo de manera culturada[1] , así como el uso del nombre de Dios y de María, Madre de Jesús Cristo, en el proceso de la ocupación da América Latina, durante la ocupación evangelización hispano-portuguesa.

A pesar de las dificultades en la instalación y en la adaptación de los nuevos dueños de las tierras, la rapidez con que los lugares de culto fueron construidos indica el significado de la religión para los que llegaron: un ancla en medio a un mar de turbulencia delante de lo desconocido y un apoyo para empezar una nueva vida en otro paraje (NASCIMENTO, 2006, p. 33).

Las palabras no surgen al ocaso y guardan en si no apenas el origen etimológico, sino también resquicios del tiempo en el cual surgieron. En ese sentido, la palabra religión – del latín re-ligare, significa unir el cielo y la tierra, lo espiritual y lo material. En el contexto de los primeros “dueños blancos” de América Latina, la religión era el punto de ligación entre Portugal y España – el Viejo Mundo, cuna de su cultura – y la nueva Patria, símbolo de un futuro promisor para algunos, emblema de perjuicio para otros. Las prácticas religiosas también servían como elo de comunicación con lo sobrenatural, dando fuerza principalmente en los momentos iniciales en la nueva habitación. En esta, el sufrimiento humano se asemejaba al de Cristo, en la medida en que la propia vida era ofrecida a un lugar desconocido, siempre en la esperanza de hacerse un futuro promisor y volver para su Patria, rico y respetado.

Aparte de un local para la profesión de fe, la iglesia, en cuanto materialidad constituiase como punto de referencia social de la comunidad, en el cual circulaban noticias e ideas. Generalmente los hombres hacían negocios, jugaban y participaban de otros divertimientos, en cuanto las mujeres trataban de asuntos cotidianos. En esas ocasiones, eran fuertes los vínculos establecidos de solidaridad, de ahí la importancia de encontrarse un buen local para la capilla, juntamente con la preocupación de ampliarla, casos esos que muchas se transformaron en grandes Santuarios Marianos.

Son a través de los elementos religiosos y sociales de esas transposiciones de cultura que los colonizadores vivificaron y transpusieron para acá a su modo de vivir. Conforme Maurice Halbwachs, “los habitantes se asemejan al cuarterón o a la casa [...] ha una estrecha relación entre los hábitos, el espíritu de un grupo y el aspecto de los lugares donde él vive” (HALBWACHS, 1990, p. 69).

De acuerdo con Andrade (1995), la religiosidad es transformada en lazer sagrado y se constituye en una de las mayores revoluciones comportamentales de la sociedad contemporánea. Con la religión,

1 La culturación es el proceso de interacción entre dos o más culturas mediante el cual se da una transposición de símbolos, significados, produciendo una pérdida de elementos de las culturas de origen y generando una otra sincrética. (BRIGHENTI, 1998, p. 31; EICHER, 1993, p. 395; MOSCONI, 1996, p. 20-22).

los territorios nacionales e internacionales se reconocen y se relacionan, las migraciones se multiplican, los modos de vida se padronizan. La movilidad social en el espacio tornase una condición de existencia.

De esa forma, se percibe, cuanto al sagrado[2], la importancia geográfica en la eliminación de fronteras, ya que los fundadores de ese esfuerzo expansionista de los grandes imperios de la época (España y Portugal) son los religiosos y ellos están presentes, desde la primera hora, en el Nuevo Mundo, inaugurando la actividad misionaria de la época. Tenemos los Jesuitas como los percusores de la suplementación del catolicismo por aquí, y vinieron los Beneditinos, Franciscanos y tantos otros religiosos para fortalecer la filera de la Evangelización en la América española y portuguesa. Los mayores exponentes de la Compañía de Jesús evangelizaron[3] una buena parte del planeta.

Son ellos Francisco Xavier, que recorrió Asia, llegando a las puertas de China; Manoel da Nóbrega y José de Anchieta, que ayudaron a fundar las primeras ciudades de Brasil, como Salvador, São Paulo y Río de Janeiro y Paraguay. Para los Jesuitas no fue difícil explicar "el concepto de Creador y de nuevo mundo religioso a los indios, ellos ya tenían en sus culturas más o menos igual, o Tenondeté, el hacedor, el creador de todo" (CABRAL, 1995, p. 57). Sobre el yugo del patronato primeramente y más tarde con la Romanización, se estableció la directriz que guiaba la Iglesia Católica en América Latina.

El modelo para la sociedad enunciado por el pontífice Pio IX es solemnemente proclamado en la encíclica *Quanta Cura*, publicada en 1864 y trayendo en anexo *syllabus*(PIO IX, 1959). Este iba, más allá, de los problemas pontificios, al poder temporal. No era solamente una garantía para la independencia del Papa, era también el modelo de un gobierno que, con sus instituciones particulares y con su acción de combatir, la propagación de una cultura condenada por su incredulidad y por los infinitos errores, se hacía inconciliable con la doctrina Católica, y, dentro de esta espacialidad, encontramos el sagrado que independe de jerarquía constituida. Un buen ejemplo en Brasil es "*Padim Cícero*": para los fieles el es "santo", mismo que la Iglesia Católica le haya negado la honra a los altares.

El espacio sagrado se manifiesta como una realidad de orden enteramente diferente de aquella del cotidiano, porque es transportada para dentro de la "realidad" sacra, con la cual se parece y en cual se concretiza la situación deseada, independientemente da oficialización de la jerarquía eclesiástica.

Émile Durkheim, que publicó en 1912 la obra *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, comenta que es necesario conocer la religión en sus orígenes, en su menor proporción, en su núcleo original, para que sea posible comprender como ella se expandió, se tornó compleja y se diversifico (DURKHEIM, 1996). Lo que hizo de ese libro un clásico fue la fundamentación - por él perseguida – de la reciprocidad entre religión y sociedad, bien como la definición, después universalmente acogida, de los conceptos de sagrado y profano, cuja distinción permite identificar un específico religioso, dotado de cierta autonomía expresiva, siendo lo sagrado prescrito y exaltado por la garantía divina.

En ese sentido, la religión es una representación simbólica de la consciencia colectiva que toma cuenta del individuo, suscitando en él un sentimiento de sumisión a la religiosidad expresa a través de la oración y del rito. El autor citado arriba aborda los orígenes sociales y ceremoniales, bien como las bases religiosas, como un conjunto de supersticiones de las cuales los hombres se libertarían desarrollando sus conocimientos, mostrando que el hecho religioso es una de las bases esenciales de la sociedad. Su principal problema era encontrar nuevas formas de participación social que integrasen los individuos en el orden social, de forma que, saliendo de sí para el grupo, se sobresaliese el grupo y, consecuentemente, el individuo en cuanto integrante del todo.

Eliade (2001, p. 17) procura, en su libro *O Sagrado e o Profano*, la esencia de las religiones, siendo su concepto de sagrado y de profano autónomos con relación al sistema de la sociedad durkheiminiana. Ese autor acredita que, de todo lo que se destaca del lugar común y de la rutina, ni todo que se destaca espacialmente es espacio sagrado y ni toda interrupción de la rutina es un espacio revelado. Es el hombre quien construye el cosmos y el caos, esto es, el mundo de los arquetipos, como cuadro de referencia de su vida. Entonces, es posible distinguir dos aspectos fundamentales en los Santuarios Marianos y de Santa Paulina en el MERCOSUR: el "punto fijo" y su entorno – lo que, en el lenguaje gestaltista, se refiere a la problemática de la figura y del fondo, en que ambas coexisten e interdependen para justificar sus existencias. En el primero, el punto fijo, las formas espaciales existentes cumplen funciones que están directamente asociadas al, hierofanta materializado en la imagen de María o de Santa Paulina o en el objeto milagroso. En segundo, el entorno, las fronteras, que poseen los elementos necesarios a los

2 Por sagrado se entiende la facultad natural que el homem tiene de idealizar, sustituir el mundo de la realidad por un mundo diferente para donde se transporta por el pensamiento. Apenas el hombre tiene la facultad de concebir el ideal y de acrescentarlo a lo real. Lo que define lo sagrado, es también lo ideal, es el hecho de ser acrecido a lo real, a lo profano. Esa dicotomia entre lo sagrado/profano asegura la sólida ligación entre los hombres y torna posible el orden social. (DURKHEIM, 2000, p. 19-21).

3 Nosotros no estamos discutiendo aquí si el proceso evangelizador de la Iglesia Católica fue positivo o negativo, pero que simplemente fue realizado. Una única cosa que se puede deducir y constatar es que todo proceso tuvo por si só sus métodos y aspectos conturbadores de la época.

transeúntes, viabilizando las prácticas y el rotero devocional.

Las Marías del Mercosur

A lo largo de los siglos, la Madre de Cristo se ha manifestado en la forma de visiones, mensajes, pinturas y esculturas. Sin embargo, el local y la circunstancia en que se hace presente recibieron un nombre diferente. Pero la Virgen es siempre la misma. Y por estos parajes no es diferente. En el Mercado Común ella viene homenajeada sobre el auspicio de Nuestra Señora Gaucha del Mate, esta devoción no tuvo origen en una aparición o un milagro proclamado, aparte de esto, en 1998, durante la Reunión de los representantes de los países que integran el MERCOSUR, por expresa solicitación de los cónsules de Argentina, Paraguay y de Brasil, fue propuesta Nuestra Señora Gaucha del Mate como la Patrona del MERCOSUR[4], cuya fiesta es conmemorada el 10 de junio.

En el año de 1991, la República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República de Paraguay y la República Oriental de Uruguay, como países plenos, y, un proceso de ingreso, a Venezuela, tomaron la iniciativa de lanzar las bases del MERCOSUR, conocido como Mercado Común del Sur. Instituyen un bloco económico con una política soberana y formalizada institucionalmente, en el mes de diciembre de 1994, por el Protocolo de Ouro Preto.

Según Araujo *et al* (1998, p. 18),

> El Mercado Común implica: La libre circulación de bienes de servicios y factores productivos entre los países, a través, entre otros, de la eliminación de los derechos aduaneros y restricciones no-tarifarias a la circulación de mercaderías y de cualquier otra medida de efecto equivalente.

A ese proyecto de Mercado Común del Sur propuesto por brasileños y argentinos adhirieron, en el inicio de la década de 90, Paraguay y Uruguay, países que, históricamente, siempre estuvieron unidos a Argentina y Brasil como sus principales parejas comerciales. Surgió, así, el Tratado de Asunción, firmado en la capital paraguaya el 26 de marzo de 1991, con el objetivo de construir un Mercado Común, criado para designar ese proyecto.

Por otra parte, el cristianismo es contenido dentro del MERCOSUR, porque "se trata aquí de la religión, como exclusivo acto de fe, íntimo y transcendente: como fenómeno guardado en la certeza recóndita de todo ser humano" (CABRAL, 1995, p. 55). O que se observa es que la política no está asociada a la religión. Muy por el contrario la primera hace uso de la segunda y vise-versa para auto legitimación es controlar la población dentro da piedad popular. Aquí estamos hablando de Maria como pedagoga para un pueblo en busca de su fe en los santuarios existentes en muchos lugares.

Excluimos otros santuarios, dispersos por el MERCOSUR, no por considerarlos poco importante. Por el contrario, creemos que por la presencia de ellos las regiones donde se localizan adquirieron mayor importancia en el escenario en que se encuentran, proporcionando un mayor flujo de personas que procuran sus respectivos Estados. Sin embargo, Nuestra Señora Gaucha del Mate, patrona del MERCOSUR; de Nuestra Señora de *Luján*, patrona de Argentina; de Nossa Senhora Aparecida, patrona de Brasil; de la Virgen de *Caá cupé*, patrona de Paraguay; de la Virgen de los Treinta y Trés, Patrona de Uruguay; de la Virgen de *Camoroto*, patrona de Venezuela; y de Santa Paulina do Coração Agonizante de Jesús, patrona de los cancerosos, en Santa Catarina, en Nova Trento, tierra de Santa Paulina, primera santa brasileña, por ser Santuarios de las patronas de cada nación (excepto el de Santa Paulina, que es considerada la segunda estancia del turismo religioso en Brasil), carecen de estudios más profundos que permitirían la comprensión de fenómenos ligados al MERCOSUR, sobre la óptica de la religión.

Hicimos parte de un contexto cultural religioso que hay un cuño "judaico-cristiano", resultado este evidenciado en los ethos encontrado en la mitología indo-europea occidental. Observamos el mito, a pesar de ser un concepto no definido de modo preciso y unánime, constituye una realidad antropológica fundamental, pues no presenta una explicación sobre los orígenes del hombre y del mundo en que vive, pero las traduce por símbolos ricos de significación a través de los cuales un pueblo o civilización entiende e interpreta la existencia. El mito antiguo, al mismo tiempo en que ofrece un fundador y un modelo de vida, es un signo de reconocimiento, nos une a otros.

Aparte de eso, existe la importancia de los Santuarios para esos países pasa también por la construcción de la identidad de cada pueblo, fundamentales para la propagación Mariana, o sea, la

4 Esta devoción no tuvo origen en una aparición o un milagro proclamado, Aparte de esto, en 1998, durante la Reunión de los representantes de los países que integran el Mercosur, por expresa solicitación de los cónsules de Argentina, Paraguay y de Brasil, fue propuesta Nuestra Señora Gaucha del Mate como "Patrona del Mercosur" (FATIMA, 2008, p. 1).

Romanización de la población. Observamos, también, las quiebras de las fronteras geográficas y construcción imaginaria, tornando el entorno de lo sagrado sin límites. Y, por esto, la búsqueda de lo sagrado va más allá de las limitaciones humanas; ha sido el refugio para muchos fieles que encuentran en Maria la protección y el socorro en sus necesidades y aflicciones. Según Cabral, "la solidariedad [...] ejerció el pueblo que lo practicaba, haciendo del semejante, y no del yo, el eje de la acción social y, por tanto, histórico" (CABRAL, 1995, p. 56). La imagen de Maria está intrínsecamente ligada al catolicismo latino, sobre varios títulos. Encontramos abajo los principales santuarios y devociones marianas en el MERCOSUR.

Nuestra Señora Gaucha del Mate: Patrona del Mercosur

Ha mucho tiempo la devoción de Nuestra Señora Gaucha del Mate, viene siendo celebrada en los medios Gauchos, pueblo ese originario de las Planicies de los Pampas del sur de América do Sur. Mate es una fusión obtenida con las hojas de la planta "*ilex paraguayensis*", ampliamente consumida por las familias de Argentina, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile y del sur de Brasil.

La invocación a la Virgen Gaucha del Mate es casi tan antigua cuanto este ritual. Por esto un grupo de legos y los padres salesianos de la provincia Argentina de Misiones, liderados por el sacerdote Domingos Lancelotti, encabezaron un movimiento junto a la Santa Fé a fin de obtener el reconocimiento a esa nueva devoción mariana. Juan Pablo II, fervoroso devoto de la Virgen, visito oficialmente Argentina en 1982 y 1987. Recibió importantes testimonios favorables a la devoción de Nuestra Señora Gaucha del Mate como evangelizadora y reflejo de la cultura de este pedazo de América. El movimiento obtuvo más impulso en 1989.

El día 1º de mayo de 1993, el nuncio apostólico argentino recibió un documento firmado por el mismo Papa, para ser entregue al padre salesiano Domingo Lancelotti, en que se lee: "De todo corazón otorgamos la implorada bendición apostólica, sobre los auspicios de Nuestra Señora Gaucha del Mate". El mensaje transmitido por esa devoción es de unidad, de familia, de fraternidad, de amistad y de encuentro.

El cuadro original de la imagen fue entronizado en la iglesia de la Ciudad de los Apóstoles de la provincia de Misiones, en Argentina. Su fiesta es celebrada en la apertura de la exposición anual de la Hierba Mate, que ocurre siempre en la primera quincena de julio en aquella ciudad. En la solemnidad de 1994, ella fue proclamada "Patrona de la Hierba Mate" es una estatua esculpida en madera, conforme a la original, Maria con ropas comunes y simples, con el cotidiano gesto de servir un mate junto al brasero (FATIMA, 2008, p. 1).

Nuestra Señora de Luján: Patrona de Argentina

En 1630, un hacendero argentino de nombre Farias, propietario de una hacienda, estaba muy empeñado en edificar una capilla en honra a la Virgen María. Siendo así, pidió a un amigo de Brasil que le enviase una imagen de Nossa Senhora da Conceição.

Su amigo le envió dos imágenes: una que representaba a Inmaculada Concepción, hoy venerada en Luján, y otra que la representaba como Madre de Dios. Empaquetadas en dos cajas, las imágenes fueron colocadas en una carreta y salieron de Buenos Aires en dirección al norte del país. Cuando Los troperos llegaron a las márgenes del río Luján resolvieron pasar la noche en la estancia de Rosendo. Al rayar del día siguiente, intentaron proseguir el viaje, pero los animales no conseguían mover la carreta. Peones y otros troperos vinieran a prestar ayuda, pero nada conseguía convencer a los animales a continuar la marcha. Después de mucha insistencia, los troperos resolvieron retirar la caja que contenía la imagen de la Inmaculada Concepción. De esta forma la carreta se movimentó. Los troperos vieron en eso una señal de Dios que les parecía pedir para dejar allí aquella imagen para ser venerada en aquel local. Y así fue hecho.

> Cuando el milagroso acontecimiento fue divulgado, los fieles luego empezaron a venerar la imagen. Milagros y prodigios tuvieron inicio, para espanto de todos. La imagen medía 38 cm de altura ye traía las manos juntas al pecho. Conducida a la casa de Rosendo, los propietarios irguieron un pequeño oratorio, dejándola sobre los cuidados de un esclavo llamado Manuel. Pasaron cincuenta años. La Sra. Ana de Matos compra la imagen y la lleva para su estancia, localizada en la actual ciudad de Luján, para construirle una capilla digna. La fiesta de la patrona de Argentina es celebrada el 08 de mayo (ZANON, 2005; SCOPEL, 2007; RONAN, 2007).

Nossa Senhora Aparecida: patrona de Brasil

Primera Estancia Religiosa de Brasil, el Santuario Nacional de Nossa Senhora Aparecida es considerado una Meca "para las peregrinaciones del catolicismo sur-americano", (OLIVEIRA, 2001; BASSETTI, 2004; SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S., 1992; WOBETO, 1982; FRANÇA, 1975). Además Del hecho de ser un Santuario urbano, su localización, próxima a la carretera Presidente Dutra, que liga las grandes metrópolis del país, es estratégica.

El año de 1717, Don Pedro de Almeida, Conde de Assumar, entonces gobernador de la provincia de São Paulo, en viaje a Minas Gerais, paso por el Vale de Paraíba. Sabiendo de la visita del Conde, las autoridades locales se preocuparon en preparar un banquete a la altura del envidado tan ilustre y convocaron todos los pescadores locales para que llevasen muchos pescados. Tres pescadores ganaron destaque especial: Domingos García, João Alves y Felipe Pedroso. La primera tentativa de pescar fue frustrante. La segunda tentativa, al lanzar las redes en el Porto de Itaguaçu, en el Río Paraíba, los hombres fueron sorprendidos por una imagen sin cabeza. Después de muchos esfuerzos, ellos consiguieron rescatar la parte que faltaba a la escultura y prosiguieron con la pesca. Fueron tantos peces capturados en la red, que luego los pescadores volvieron para sus casas con miedo de que el barco no suportase el peso de los pescados. Felipe Pedroso acabo quedándose con la imagen, reconocida más tarde como siendo la de Nossa Senhora da Conceição de Aparecida. En 1929, Nossa Senhora Aparecida fue proclamada Reina de Brasil y, en 1931, en solemnidad en Río de Janeiro, fue proclamada Reina y Patrona de Brasil. La corona y el manto azul marino que cubren la imagen negra de Nossa Senhora da Conceição Aparecida fueron donaciones da princesa Isabel, devota de la Virgen(OLIVEIRA, 2001; BASSETTI, 2004; SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S., 1992; WOBETO, 1982; FRANÇA, 1975; ZANON, 2005).

Virgen de Caá cupé: patrona de Paraguay

En el siglo XVI, un indígena paraguayo convertido fue atacado por los Mbayaes[5] cuando andaba en una montaña. Corrió y se escondió. En los momentos tensos en que permaneció escondido, rezo a la virgen para que lo librase de la muerte. Pasando el peligro, esculpió una imagen de Nuestra Señora con una rama del árbol que lo protegió. Esa imagen fue arrastrada por las aguas del lago Tapaicuá, en una inundación de 1603. Milagrosamente, después que las aguas bajaron, la imagen apareció intacta. Una capilla fue construida (más tarde un santuario) y la pequeña imagen pasó a ser venerada como Nuestra Señora de Caá cupé, que significa "atrás dos montes". Es patrona del pueblo paraguayo, que la llama cariñosamente de la "Virgen Azul de Paraguay". La fiesta de la patrona de Paraguay es conmemorada el 8 de diciembre (ZANON, 2005).

Virgen de los Treinta y Tres: Patrona de Uruguay

En el siglo XVIII fue construida, en el poblado uruguayo, la hacienda "Virgen de los Desamparados", situada alrededor de La Florida, en Uruguay, de propiedad de los padres Jesuitas, cortada por un regato llamado Arroyo de La Virgen. En la cima de la Serra Del Pintado había un oratorio con la imagen de Nossa Senhora, representando la Virgen subiendo al cielo, llevada por los Ángeles.

En 1767 los Jesuitas son expulsos de España y también de toda América Latina. El poblado que era próspero decayó tanto que más tarde, cuando el nuevo párroco, Padre Santiago Figueiredo, tomo pose, no restaban más que cinco familias en el local, en un terreno improductivo y estéril. El pueblo, aún, no olvido la milagrosa imagen, construyendo una rústica capilla de paja y barro.

El día 19 de abril de 1825 desembarcaron, en la playa de la Agraciada, treinta y tres hombres comandados por el general Antonio Lavalleja que pretendían libertar la patria, llevando el lema "Libertad o muerte". Conquistaron Soriano, Colônia, San José, Guadalupe y La Florida. Instalaron en junio un Gobierno provisorio y, conforme a la costumbre de aquellos tiempos, fueron a la Iglesia para implorar el auxilio de Dios y de Su Madre para la nueva patria uruguaya. En la misma ciudad de La Florida, el día 25 de agosto de 1825, se reunió la Asamblea Nacional Constituyente de la República Oriental de Uruguay para declarar su Independencia.

---

5 En el territorio que ocupa la parte oriental y meridional de *Chaco*, en Formosa, norte de Santa Fe, nordeste de Santiago del Estero, y parte oriental de *Salta*, habitaron pueblos de origen patagónico. stos grupos pertenecieron los *abipones*, los *mbayaes*, los *payaguaes*, los *mocovies*, los *tobas*, los *pilagaes*. Los *mbayaes* y *payaguaes* desaparecieron hace mucho tiempo: los últimos eran *canoeros* y habitaban más al norte del actual territorio argentino (SILEONI, 2008).

El año de 1857, el segundo jefe de los Treinta e Tres, el general Manuel Oribe, en agradecimiento a la "Virgen de los Treinta y Tres", le ofreció una preciosa corona que hasta hoy se conserva en el tesoro de la Catedral. El Papa Juan XXIII permitió la coronación pontifica de la imagen, el día 11 de noviembre de 1961. El mismo Papa, a pedido de la Conferencia Episcopal de Uruguay, proclamó "Patrona de la República Oriental de Uruguay".Una multitud de peregrinos se reúne todo segundo domingo de noviembre para celebrar las festividades de su Patrona y pedir la protección para todos los uruguayos (ZANON, 2005).

Virgen de Comoroto: Patrona de Venezuela

El año de 1651, Nuestra Señora de Comoroto apareció a los indios de la misma de nominación. Cerca de 700 indígenas fueron bautizados. María apareció nuevamente a todos ellos reunidos, mostrando su consentimiento. En una capilla edificada en la aldea, fue colocado el ícono de la Virgen gravado en piedra, y que fuera encontrado en la cabaña del jefe. En la década de 1920, la devoción se difundió e intensificaron las peregrinaciones Guanare, donde fue edificado su templo.

Fue declarada Patrona de Venezuela por el Episcopado venezolano el día primero de mayo de 1942. El Papa Pío XII la declara "Celeste y Principal Patrona de toda la República de Venezuela" el día 7 de octubre de 1944. El Santuario Nacional está construido en el local de la aparición, cerca de la ciudad de Guanaguanare. El Papa Juan Pablo II, en febrero de 1996, bendijo personalmente ese Santuario.

Santa Paulina: Patrona de los cancerosos

Hoy en día, adentrando en el municipio de Nova Trento, SC, se destaca de súbito la imagen de Santa Paulina y los colores verdes, blancos y rojos pintados en los postes de la red eléctrica a medio metro, representando, de esta manera, la bandera italiana, y simbolizando que la ciudad, así, da visibilidad a aquella cultura[6] .

Y se viene reforzando esa italianidad20, propia a Nova Trento, en la imagen de la primera santa brasileña que "jamais perdeu o sotaque estrangeiro" (BOSO, 1991, p. 40), venida de Italia como inmigrante y tornándose un farol de acceso para la religiosidad y para la economía de la ciudad, juntamente con los padres Jesuitas. En fin, estamos en los confines de una ciudad con muchos valores simbólicos de la identidad cultural cuya permeación está siendo constituida por el concepto de raza / etnia, que hasta poco tiempo estuvo ligada a las diferencias biológicas y fisionomicas. Aquí se discute la propuesta de la concepción relacional de identidad formulada por Barth (apud MONTEIRO, 1997, p. 62) en la cual la identificación étnica de un determinado grupo es el resultado de su capacidad de mantener simbólicamente las fronteras de diferenciación que lo distinguen de los grupos vecinos.

Es una experiencia inusitada y oportuna cuando se continua a caminar por el centro de la ciudad, sintiendo el clima subtropical y viendo, alrededor de si, los montes, la naturaleza presente. Los moradores se quedan mirando el murmullo y el transitar de los buses y automóviles que serpentean en las calles de paralelepípedos, venidos de lugares de cerca o de lejos, que pasan enfrente a sus casas al encuentro de un milagro o simplemente a paseo por el local en el cual, otrora, transita la "primera santa brasileña".

Se observan los transeúntes que caminan por las calles, los cuales se abrigan en las sombras de las nuevas y antiguas arquitecturas del comienzo de la colonización, sin una predominancia que evoque una ciudad italiana y sí, un espacio culturado Y, con esto, se hace cortejo a la historia, desembocando, de este modo, con su prototipo de espacio urbano religioso en su tricentrico. En torno de la Iglesia-Matriz, dedicada a São Vigílio, giraban los intereses y las necesidades religiosas. En la plaza principal, lugar de encuentro de la vida social circulaban las noticias, los bienes (comercio), las informaciones sobre el mundo. En las casas, la familia se reservaba para actos de intimidad(LIBÂNIO; MARTINS FILHO, 1991, p. 39). Y tantos otros elementos del cotidiano que hacen eco e invocan la voz del pasado.

Las placas señalizadoras de tránsito muestran el trayecto que se debe seguir para ir al Santuario de Santa Paulina do Coração Agonizante de Jesús, en Vígolo, por la ciudad, y hacen ver la más ilustre ciudadana del Municipio en otro tiempo, cuando caminaba por aquellos parajes, al final del siglo XIX e inicio del siglo XX, vinda de Italia juntamente con sus padres y compatriotas en la grande diáspora italiana (1875). Allí permaneció hasta su ida para São Paulo, como Superiora Geral da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição, para la propagación de la reciente obra fundada por ella y por la Madre Matilde

6 El término *cultura* fue aquí utilizado a partir del análisis de Peter Burke, que la entiende como "un sistema de significados, actitudes y valores compartidos y las formas simbólicas en que ellos son expresos o emanados". (BURKE, 1999, p. 25).

Nicolodi. Por allá quedó hasta su muerte, de diabetes, en 1942.

Y se sigue la trayectoria. Se sale de la sede y, a seis kilómetros del Municipio, en dirección a Brusque por la SC-411, se da inicio al viaje al barrio de Vígolo. Se observa, ya en su entrada, un capitel24 que se configura como una puerta descortinándose al visitante y dando pasaje para el interior de Vígolo, significando el límite que separa los dos espacios e indicando, al mismo tiempo, la comunicación, el pasaje del espacio profano para un ambiente permeado de religiosidad[7].

En un ambiente harmoniosamente rural, con una atmósfera híbrida entre brasilidad e italianidad, es mantenida por los moradores una tradición fincada en los moldes de los nonni, abuelos. Pero sus acciones cotidianas están en un presente bien concreto y se oye, no raramente, voces de algunos vigolanos en lengua dialetal, capaz de lucubrar un sentido lingüístico nostálgico de la vieja Italia[8].

Y, continuando la caminada, se adentra en el palco del santuario, y en esta territorialidad, por su vez, las Hermanitas construyen un conjunto de prácticas tales como monumentos que remontan la vida de Santa Paulina: Procesiones, datas conmemorativas relacionadas a la fundadora y en tiempos litúrgicos como Navidad y Pascua, embelleciendo del Santuario y tantas otras. Esas son desarrolladas por la Iglesia Católica en la dirección de las hijas espirituales de Santa Paulina. En las representaciones del santuario, tanto los edificios construidos como toda la infra-estructura física implantada son escenarios que representan, como en una vasta ilustración, espacios reales y místicos necesarios a la acción evangelizadora y visionaria para la comunidad y para los peregrinos, siguiendo las orientaciones de la arquidiócesis de Florianópolis y el plano pastoral de la parroquia de São Vigílio, con un criterio contundente, para que los usuarios comprendan su naturaleza espiritual[9].

Las "Hermanitas", percibiendo las necesidades físicas y espirituales de los frecuentadores del Santuario, se utilizan de los procedimientos creativos antepuestos para detene a los pasantes por más tiempo en ese espacio. Como propone Pierre Bourdieu, "el espacio es también un campo social porque en el las posiciones forman un sistema de relaciones basado en apuestas (poder) que tiene sentido y son deseadas por los que ocupan las posiciones en el espacio social" (LECHTE, 2002, p. 62). Eis porque se construye un ambiente que puede ser caracterizado como escenografía teatral de lo sagrado, cuya analogía nos remite a un palco que fue construido de manera tal para los actores que, en este caso, son los usuarios del Santuario que desempeñan sus papeles, escena por escena, como en una película que nos remite a una nueva escena, y esta nos remite a una otra subsiguiente, tornándose un flujo continuo como las aguas corrientes de un río que afluye al encuentro del mar (ALLORDI; BUTI, 1964, p. 158; NASCIMENTO, 1997, p. 12; BITENCOURT, 2006), que se justifica en la perspectiva de la religiosidad, y, dentro de ese desenrollar escenográfico, la Iglesia se hace detentora privilegiada de la memoria y de la tradición.

Frente a eso, Chauí (2002, p. 166) afirma que "tomar la experiencia como iniciación al misterio del mundo significa reconocer que el salir de sí y el entrar en el mundo. Resta saber, no en tanto, como es por que ese entrar en el mundo es también nuestra vuelta a nosotros mismos". En esta perspectiva, la acción de salir de sí mismo y ver el otro, sea por los artefactos construidos por las Hermanitas o por la naturaleza, hace con que el visitante busque en el subconsciente todo su equipaje empírico y emocional que, por su vez, vuelve para sí, más en nivel diferente, porque la acción de salir y retornar crea un tercer ente (elemento). Para Forgus (1981, p. 3), "de modo general, la percepción puede ser definida como el proceso por el cual un organismo recibe o extrae informaciones acerca del ambiente". Con esto, percibir o percibido se torna nuevo y cumple con la razón de lo que fue creado, o sea, especular en ir al encuentro de sí mismo, haciéndose visitante y dando significación a la teatralización de la escenografía.

La Navidad de Santa Paulina[10]

Amabile Lúcia Visintainer nació el 16 de diciembre de 1865, en Vígolo Vattaro, norte de Italia, Provincia de Trento, que en aquel tiempo era región del Sur-Tirol, subyugada a Austria. Allá está la casa de sus padres Napoleão Visintainer y Ana Pianezzerr, donde Amabile vivió hasta los 10 años.

Delante del poder de los Jesuitas en Nova Trento, los campesinos italianos tenían para con los

7 Por religiosidad entiendase, aquí, las formas concretas, espontaneas y variables por medio de las cuales la religión y vivenciada por las personas y por los grupos.

8 Para la cuestión del bilingüismo en Nova Trento, ver Boso (1991).

9 Observase, em las directrices de la Acción Evangelizadora del Santuario Madre Paulina, p. 2. (fotocopia), la creación de un ambiente de silencio, de recogimiento, de oración, favoreciendo el encuentro personal y comunitario con Dios, despertando para el sentido de lo Sagrado, en la contemplación de las maravillas de la naturaleza y de los diversos locales que evocan la vida y la obra de Madre Paulina. Ese ambiente también ofrece un espacio y un clima favorable a la comunión, a la fraternidad, al compartimiento entre el o/las peregrino/as, para que sean evangelizado/as y evangelicen a través de gestos de acogida, de solidaridad y de relaciones fraternas y amigas.

10 Los autos investigados para la biografia de Santa Paulina fueron: Sacra Congregatio... (1986), Madre Paulina (1986), Madre Matilde (1919 apud MARQUES, 2000), Marchiori [1989], Candido (1991), Barbosa (1990) e Lorenzi (1991).

religiosos una actitud de sumisión y de espera en la religión. Esta se torna vivificante, dentro de la espiritualidad de los trabajadores del campo, con sus actos devocionales "y es vivida con espontaneidad, pero con sentido acentuado de pasividad delante del Dios creador, y estrechamente ligada a los ritos" (FIORES, 1989. p. 1.154). Comienza, entonces, a nacer deseos más profundos de seguir los Consejos Evangélicos(RODRIGUEZ; CASAS, 1994, p. 1.192), como dice Madre Matilde:

> Cuando las dos niñas Amábile Lúcia Visintainer, de 14 anos, y Virgínia Nicolodi, de 15 años, ya unidas en intimidad espiritual y desde entonces con una resolución firme de servir a Dios, entrando, con el tiempo, en una congregación religiosa, tenían ellas, por cierto, la idea de tales congregaciones vistas en su tierra natal. Pero, como esperar, en el medio de aquel mato, la realización de tan santo deseo? (MADRE MATILDE, 1919 apud MARQUES, 2000, p. 22-23).

Ellas esperaron muchos años, "y crecían las dos niñas, bien obedientes y piadosas en el seno de sus familias" (MADRE MATILDE, 1919 apud MARQUES, 2000, p. 23). De esta forma, la Congregación tuvo como fundadora Amábile Lúcia Visintainer (en religión, Irmã Paulina do Coração Agonizante de Jesús), y, como co-fundadoras, Virginia Rosa Nicolodi (en religión, Irmã Matilde da Imaculada Conceição) y Teresa Maule (en religión, Irmã Inês de São José) (CONSTITUIÇÕES..., 1997, p. 111). Siguiendo las directrices eclesiásticas de la época, ellas mudan de nombre[11] , en razón de lo que viene en dicho en la vida religiosa: ellas están en el mundo, pero no con el mundo.

La fundación se concretizó por causa de una cancerosa terminal, Lúcia Ângela Viviani Zoner. Siendo ella un fardo para la familia, algunos vigolanos intervienen y eligen Paulina y Virgínia las más aptas para cuidar de la enferma. Así, la Congregación nació sobre los auspicios de la comunidad y con las orientaciones de los padres Jesuitas, que llevaron algunas religiosas para São Paulo, junto con ellas, la Madre Paulina, dando continuidad a su propagación. Hoy, las Hermanitas cuentan actualmente 600 miembros congregados, dispersados en varios países con mas de 100 comunidades (SANTA PAULINA..., 1991, p. 5).

La Congregación tuvo su aprobación diocesana, o sea, provisoria, en 1895, por el Obispo de Curitiba, Don Duarte, cuando de su visita pastoral a Nova Trento, con la bendición del Papa Leão XIII (MADRE PAULINA, 1986). Tornase Derecho Pontificio, en 19 de mayo de 1933, y recibe la aprobación definitiva del Papa Pio XII (CONSTITUIÇÕES..., 1997, p. 112) el 27 de octubre de 1947.

Madre Paulina falleció el 09 de julio de 1942, en São Paulo, dejando una vasta fama de santidad, fundamentada en el ejercicio de virtudes heroicas. A los 23 años de la muerte, el 03 de septiembre de 1965, fue iniciada la Causa de Beatificación[12] de Madre Paulina, con el Proceso Ordinario.

Con la canonización de Santa Paulina, el 19 de mayo de 2002, en ceremonia presidida por el Papa Juan Pablo II, en el Vaticano, la región del Valle de Tijucas, en el municipio de Nova Trento, adquirió mayor importancia en el escenario nacional, lo que proporciono un aumento en el flujo de peregrinos y turistas que procuran el Estado de Santa Catarina.

Conforme nos relata Pithan (2005, p. 2-3), cuya religión es Anglicana, aunque no practicante, ella fue a la ceremonia de "beatificación para asistir [...] ah, por la importancia de la figura de ella para la historia mundial, porque mismo yo no siendo católica el país es católico e influencia en mi vida. Entonces así, por la importancia histórica del Vaticano". Como acabamos de ver, la influencia del Papa atinge una gran gama de personas, por el efecto de su representatividad como jefe de Estado del Vaticano de la Iglesia Católica. La celebración de la Beata, "con sesenta mil personas" (XU, 2005, p. 13), aproximadamente, se dio en razón de la interferencia de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil, CNBB, en asamblea anual, en 1987, habiendo sido enviadas cartas postulares pidiendo que la ceremonia fuese realizada en territorio brasileño.

Faltaba el último milagro para que la Beata fuese declarada santa por la Iglesia, cuando, en 1992, Ilza Bruna Vieira, del estado de Acre, nació con meningoencéfalo celeoccipital. Ella llego a ser desengañada por el equipo médico cuando el padre Alécio Azevedo fue llamado de Río Branco a prisas para bautizar a la niña. El bebé fue para la sala de cirugía y, con la invocación del nombre de la Beata por el padre y por la abuela, fue operada con suceso. Se recupero y creció, desarrollándose como una persona normal. Según análisis de los médicos, solamente dos por ciento se salvan, pero dejan secuelas irremediables

---

11 En la Iglesia Católica romana, quien entra en una Orden, Congregación o Instituto religioso, sigue la costumbre de cambiar de nombre civil para un religioso, significando una separación: estar en el mundo pero no con el mundo. La mudanza ocurre cuando el/la candidato/a entra en el noviciado cuando el/la novicio/a comienza a hacer parte de la comunidad. Hoy, la mudanza de nombre está más ligada a la vida monástica. La formación en la vida religiosa se divide así: El pre noviciado de seis meses, el noviciado de dos años, profesión temporaria de tres a nueve años (simple o juniorista) y profesión perpetua, con lo que el o/la candidato (a)/ hace parte integral de la institución donde entró.

12 "Beatificação significa que la persona vivio su vida de acuerdo con la propuesta del Evangelio, de manera ejemplar. Nada se descubrio de contradicción entre fe y vida. El hecho después de estudios meticulosos sobre la vida de la persona, debe ser corroborado por un autentico milagro reconocido como tal por riguroso exáamen del caso presentado. Es el primer paso para la declaración mayor, a canonización. Canonización significa que la persona está incluida oficialmente en la lista (cânone) de los santos de la Iglesia". La celebración de la beatificación es la declaración pública y oficial de la Iglesia, de que Madre Paulina tiene todas las condiciones requeridas para llegar a la canonización, y se abre otro proceso que exige nuevo milagro(NEGRI et al, 1991, p. 16; BERTOLINI, 2002).

como locura, surdez, ceguera y tantas otras. La iglesia reconoce el milagro de Ilza oficialmente en 2001, siendo sancionado por Juan Pablo II. Su canonización fue realizada durante la celebración eucarística en el Vaticano, por el mismo Papa que la proclamara Beata, tornándola la primera Santa en terrae Brasilis.

Agradecimientos aumentan, mismo después de la canonización, naturalmente sen pasar por las comisiones de estudios del Vaticano, órgano responsable por decir si son verídicas o no muchas de las gracias concedidas por Santa Paulina en Santa Catarina y por Brasil afuera. Son vistas como 'verdaderos milagros', lo que se observa por el gran flujo de flores dejadas en el Santuario, "en la casa de las gracias", donde quedan las placas, fotografías y muletas, dejadas allí como señal de gracia recibida, y por las quemas de velas y por los testimonios de cura de toda especie. De este modo, la construcción de la imagen de la primera santa de Brasil hace del complejo y de la religión un gran teatro a ser visitado.

De hecho, el fenómeno religioso hoy enfrenta un otro desafío, diferente de aquel presentado por los filósofos que anunciaron la muerte de Dios. O será que ellos están actualizados en afirmar lo que afirmaron, o sea, que Dios está muerto? El desafió es anunciar el Dios Vivo a aquellos que se encuentran perdidos en esta inmensa aldea global. Cómo decir al mundo que es necesario paz cuando la religión cristiana está sentada en el mayor barril de pólvora, en una guerra religiosa que dura siglos?

Como afirma Bastide (2006, p. 251), en el libro el sagrado salvaje "[...] estaríamos hoy asistiendo entre los jóvenes a una nueva busca apasionada por lo sagrado [...]". Lo que podemos constatar que lo sagrado está cada vez mas presente en el cotidiano de las personas, rompiendo las fronteras ya preestablecidas por modelos existentes. La movilidad que proporcionan hoy las religiones, podríase colocar el fenómeno religioso de la pos-modernidad en una nueva Edad Media, donde aparecen el antropocentrismo y el geocentrismo, una vez que el hombre es señor de si y de la naturaleza, y con esto Dios se torna empleado y a servicio del.

No se puede comprender las religiones más recientes sino siguiendo en la historia la manera por las cuales ellas se compusieron progresivamente. De esa forma, se puede percibir sus elementos constitutivos, situándolos en el conjunto de las circunstancias en las cuales fueron naciendo, desarrollándose, tornándose complejos. Sólo entonces, como acredita Durkeim, podemos determinar las causas que los suscitaron y facilitar su explicación.

Así, son muchas las cuestiones y desafíos encontrados por el individuo en busca de una religión. En el cotidiano, las personas están preocupadas con su realidad, el aquí y el ahora, percibiendo los reales problemas que deben ser enfrentados. Con esto, la busca del consuelo divino se configura como una puerta; la salida es buscar dentro de sí el Dios interior, y buscar adaptaciones en un novo creer, como los picaflores que van en busca de néctar.

Referencias:

ALLORDI, E; BUTI, G. Storia della letteratura italiana. Firenze: Sandron, 1964.

ANDRADE, José V. **Turismo:** fundamentos e dimensões. São Paulo: Ática, 1995.

ARAUJO, Nadia de, et al. **Código do MERCOSUL**: tratados e legislação. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

BARBOSA, F. D. **A Coloninha.** 6. ed. São Paulo: Loyola, 1990.

BITENCOURT, A. C. **Merleau-Ponty:** leitor da história da arte. Florianópolis, 2006.

BRIGHENTI, Agenor. **Por uma evangelização inculturada**. São Paulo: Paulinas 1998.

BURKE, P. **Cultura popular na idade moderna.** 2. ed. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

BASTIDE, R. **O sagrado selvagem e outros ensaios**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BASSETTI, J. E. P. **Basílica de Aparecida:** Santuário do Brasil. Florianópolis: Aventura Brasileira, 2004.

BERTOLINI, J. Paulina: a primeira santa do Brasil. **Jornal de Santa Catarina/ Diário Catarinense**. Florianópolis, 19 maio 2002. Guia da Canonização. p. 1-40.

BRIGHENTI, A. **Por uma evangelização inculturada**. São Paulo: Paulinas, 1998.

BOSO, I. **Entre passado e futuro:** bilingüismo em uma comunidade trentino-brasileira. 1991. Dissertação (Mestrado em História) – Curso de Pós-Graduação em História. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

BURKE, P. Cultura popular na idade moderna. 2. ed. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

CABRAL Salvados. A revolução Cultural do MERCOSUL. Trad. Nelson Rolim de Moura. Florianópolis: Insular, 1995.

CANDIDO, E. R. **O milagre do amor:** vida, milagre e beatificação de Madre Paulina. Florianópolis: Papa-livro, 1991

CHAUÍ, M. S. Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CONSTITUIÇÕES E DIRETÓRIO: Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. São Paulo: Casa Geral, 1997.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Australia. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EICHER, Peter. **Dicionário de Conceitos Fundamentais de Teologia.** São Paulo: Paulus, 1993.

FÁTIMA. Devoção a Nossa Senhora. 10 de julho: Nossa Senhora Gaúcha do Mate Padroeira do MERCOSUL (desenvolvida por G7 Brasil). 2008, 1p. Disponível em: <http://www.fatima.com.br/devocao_nsenhora/nsa_gaucha.htm>. Acesso em: 27 abr. 2008.

FIORES, S.; GOFFI, T. **Dicionário de Espiritualidade**. São Paulo: Paulina, 1989.

FORGUS, R. H. **Percepção:** o processo básico do desenvolvimento cognitivo. São Paulo: EPU, 1981.

FRANÇA, M. C. **Pequenos centros paulistas de função religiosa.** V. I-II. São Paulo: Ed. da USP, 1975.

HALBWACHS, Maurice. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento**. São Paulo: Vértice, 1990.

LECHTE, J. 50 pensadores contemporâneos essenciais do estruturalismo à pós-modernidade. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Trad. Fábio Fernandes. 2. ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.

LIBÂNIO, J. B.; MARTINS FILHO, M. A busca do sagrado. São Paulo: FTD, 1991.

LORENZI, G. **La beata Madre Paulina**: fra carisma e obbdienza. Milano: Editrice Ancora, 1991.

MADRE PAULINA. **Biografia Comentada. Vol. 1. *Posítio* sobre a vida e as virtudes**. Roma, 1986.

MARCHIORI, T. Madre Paulina. Florianópolis, [1989].

MARQUES, A. M. **Nova Trento in canto de fé**. Itajaí: UNIVALI, 2000.

MONTEIRO, P. **Globalização, identidade e diferença.** Novos Estudos CEBRAP, nº. 49, nov. 1997.

MOSCONI, L. **Santas missões populares:** uma experiência de evangelização voltada para as massas. São Paulo: Paulinas, 1996.

NASCIMENTO, J. **I verbi nella poesia i fiumi di Giuseppe Ungaretti.** Florianópolis, 09 dez. 1997.

NASCIMENTO, J. **Santa Paulina, Reconquista e Territorialidade:** uma história em Nova Trento-SC. Florianópolis: UFSC, 2006. Dissertação de Mestrado em História.

NEGRI, T. S.; et al. **Bem-Aventurada Madre Paulina do Coração Agonizante de Jesus**: Fundadora da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. Anuário 1991 Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição. São Paulo: Loyola, 1991.

OLIVEIRA, C. D. M. **Basílica de Aparecida**: um templo para a cidade-mãe. São Paulo: Olho d'Água, 2001.

PIO IX. **Encíclica quanta cura syllabus:** sobre os erros do naturalismo e liberalismo**.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1959.

PITHAN, Ana Esther Balbão. 40 anos. Florianópolis. Entrevista concedida a José do Nascimento 04/06/ 2005. p. 2-3

RODRIGUEZ, A. A.; CASAS, J. C. Dicionário teológico da vida consagrada. São Paulo: Paulus, 1994.

RONAN. Ernesto N. **Aparições de Nossa Senhora**: suas mensagens e milagres. São Paulo: Paulus, 2007.

SACRA CONGREGATIO PRO CAUSIS SANCTORUM, Canonizations Servae Dei Paulinae a Corde Iesu Agonizante (Amabilis Visintainer) Fundatricis parvarum sororum Immaculatae Conceptiones: (1865-1942): Positio super vita et virtibus, Roma, 1986, v. 2.

SANTA PAULINA DO CORAÇÃO AGONIZANTE DE JESUS: A Primeira Santa do Brasil. Florianópolis: Letras brasileiras, 1991.

SCOPEL, Paulo. **Orações e Santos populares**. 66ª Ed. Porto alegre: Salles, 2007.

SILEONI, S. A. www.laeducacion.com [Home Page na internet]. Disponível em: <http:/ www.laeducacion.com>. Acesso em: 27 abr. 2008.

SOLIMEO, G. A.; SOLIMEO, L. S. **Rainha do Brasil:** a maravilhosa história e os milagres de Nossa Senhora da Conceição Aparecida. 4. ed. São Paulo: Diário das Leis LTDA, 1992.

WOBETO, A. **Santuários:** onde Deus se encontra com os homens. São Paulo: Loyola, 1982.

XU, D. João Paulo é eterno: legado político. **Diário Catarinense.** Florianópolis, 04 abril 2005. Caderno especial.

ZANON, Darlei. **Nossa Senhora de todos os nomes:** Orações e história de 260 títulos marianos. 3. ed. São Paulo: Paulus, 2005.

CAPÍTULO

III

SOCIEDAD ORGANIZADA Y LOS ESPACIOS TRANSFRONTERAS

Aspectos filosóficos de los espacios transfronteras
Jose da Costa Dantas

La política de la salud y el espacio de participación de la sociedad civil a través de los consejos paritarios
Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini

El derecho sanitário en el contexto de las fronteras
Loris Baena Cunha Neto

3.1 Aspectos filosóficos de los espacios transfronteras[1]

José da Costa Dantas

Introdución

Una cierta incontenida rabia me lleva no raras veces, a torcerme de un deseo, simultáneamente reconfortante y tranquilizador, a navegar en las ondas de los mares de aquello que efectivamente soy o debería ser, a buscar lo alfa y omega de tantas esencias y existencias, a matizar lo borrón del vento que pasa con colores de mía infancia y, más aún, a acogerse en el acunar de las dulces historias salidas de la boca desdientada de mi abuela Joaquina.

Y, cuando tal ocurre, allá yo entro en la vieja cocina de teja-vana y oigo – y con que clareza –, el crujir de las viejísimas tablas de castaño del piso de la casa de todos nosotros.

Era una casa al mismo tiempo hogar, maternidad, tienda de destinos, acogimiento de desamparados, salón de fiestas de novios y casamientos, descanso para los últimos viajes, confesionario de pecadillos medievales, equinoccio ye solsticio de vidas con muchas historias para contar. Las fronteras de esta casa eran delimitadas, solamente, por el placer de pertenencia, casi por un concepto de tribu, todos entraban y se quedaban, iban y venían, permanecían más o menos tiempo: pero todos allá pertenecían. Eran, todos ellos, el alma de un proceso, las vidas de la vida que a todos pertenecía. Y así se hacia la fiesta y la tristeza, la escandalera y el silencio más profundo que conozco, o el ruido de la multitud.

Talvez por eso, es que hasta los pares de parejas de enamorados de los alrededores tenían el hábito que me enorgullecía de hacer juramentos de amor o cambiar pañuelitos perfumados en las piedras-casi-bancos que quedaban quien entraba para la casa del casero y por debajo de aquellos nidos de golondrinas que, todos los años, venían para garantizar la reproducción de la especie.

En mi piel de niño tenia toda la curiosidad en saber como era enamorar una tarde, o períodos de esa tarde, y allí me quedaba, muy encogidito, aguaitando por el lado de la cortina raída del cuarto de mí hermana. Y tenía dos ventajas: veía las golondrinas y veía los pares de parejas de enamorados. Y pensaba como era bueno ser enamorado y un día tener una casa grande para asistir de nuevo a entradas y salidas, familia hecha pedazo de nación, nación hecha de familias como la mía. E iba y venia en este entorpecimiento de niño que no tiene trazos ni límites para encantarse con sueño, y aún mas un sueño, hasta porque la vida pertenecía a los que enamoraban.

Aún hoy tengo mi cabeza poblada de historias entonces imaginadas y que salían de las sonrisas, de los toques furtivos, de las miradas ni siempre inocentes de aquellos que allí pensaban encontrar el pedazo de paraíso que el Creador les habría reservado. Y yo sonreía con ellos y esbozaba con las golondrinas porque todos me parecían mandar ráfagas de viento de felicidad, en arcos casi perfectos de sueños y deseos; aquí y allí parecía, acredite, que todo paraba y la atmósfera circundante era apenas sombra en tarde de calor tórrido y húmido, mano amiga de una hada buena o, pásmese, repicar de campanas y campanitas en domingo de Pascua la que guardo bien fondo en el semillero de mis recordaciones.

Todo esto viene apropósito de las razones profundas que me llevaron a enveredar por la temática en causa y que, en último análisis, representarán como que una necesidad o una posibilidad de recolocar en mi espacio existencial toda una gama de fantasmas y fantasías, de formas y de colores, de tonos y e de sonidos, de recordaciones y realidades aún hoy vividas, de representaciones y objetos que, de hecho hacen parte integrante de aquello que soy.

1. Versión para el español hecha por el autor.

Me sea permitido, y en un tono mas o menos intimista, decir que cuando me recoloco en un pasado que es hoy, cuando me dejo ser el niño que no soy, siento como que una nostalgia recuperable y agradable, una alegría incontenida de quien tiene un tesoro que puede compartir con unos tantos, en fin, siento la brisa de las mañanas de frío cortante que venia de las profundizas del alma de la montaña (casi montaña) que hacia los límites (fronteras?) de mi tierra.

Y como yo entiendo, o hago de cuenta que entiendo, la nostalgia y arrobo de Fernando Pessoa (sin limites o auto limitado en sus heterónimos), a su eterna nostalgia de una virginidad agreste, la nebulosidad que obliga a la reflexión o la claridad que brota de las formas y e conduce al empeño de entenderlas, al agito de sentirlas y al presentimiento que un día han de acabar. Y como yo viajo en el viajar de andante sentado en la silla de aquella ventana, de las carreras tortuosas y llenas de pequeñas armadillas. Y es bueno en el final de tal viaje, ver el calzado enlamado, sentir el cuerpo cansado, estirar las pernas e imaginar mañanas que nunca existieron o fines de tarde como aquellos ocurridos en países que nunca visitamos.

Cuando tal ocurre, y como ocurre, me dejo enrolar en el chal de mi madre, le siento las manos de mujer-pan la certeza de los movimientos serpenteados en busca de la señal que había de ser mía, el consuelo de las almas penadas y errantes en busca de ancladero divino.

Y me dejo permanecer en ese dulce arrobo, horas y minutos que no sé cuantos, hasta que mas una vez soy llamado pro el *tiene que ser*, por el *vamos allá que se hace tarde*, por las obligaciones de vivir deprisa para deprisa morir. Y cuando así es, miro para atrás una y otra vez, sonrío para mi mismo – a veces hasta doy pequeñinas carcajadas – y guardo, bien guardadito, mi tesoro tejido sin cambrayes, sedas u otros paños que no los de lino, de la estopa y de la chita comprada en la feria de la villa.

Cultura: conceptos y preconceptos

Hablar de cultura es hablar del embrión y del líquido amniótico, es hablar del artista que todos somos y de su obra, es regla y contra-regla, y formón y lapicera de tinta permanente, y deseo y trayecto hecho, es embriagues lúdica y campo cosechado, es arado y axioma, es pesebre y catedral, es calle y camino, es usucapión es ley hecha manual, y sinfonía y canto popular, es casamiento y funeral, es escudilla de sopa e manjar real, es el callejón de mi aldea y espacio sideral, es teatro y la vida contada en noche de cena de navidad, y curva y contra-curva, es violín y acordeón, es Arquímedes y mi padre, es guerra y paz, es Tolstoi y Jorge Amado, es fútbol y pega de bueyes, es procesión y promesa sufrida, y fiesta ye tragedia, es jeans y terciopelo, es el rechinar de carro de bueyes y el olor a gasolina, es perfume ye naftalina, es sábana blanca y cartón inventando cobertor, es niño de la calle y mujer sufrida por la vida, es parto con dolor y alegría de nacer, es grito y suspiro, es ministerio y misterio, es barro y granito trabajado, es galería y tienda montada, es mina y graderías, es río y mar, es bucha y camino andado, es vela desaferrada y certeza inventada, es cinema y historia no contada, es mito y rito, es Cristo y Buda, es Louvre y la Internet que lo castra de fragancias y sombras, es cohete lunar y juego aprendido en la infancia ruleta y juego de cartas mugrientas, es feria e hipermercado, es tasca y restaurante de luxo, es diáspora y retorno, es televisión y el rescoldo de la chimenea de mi infancia, es Picasso y santitos populares pintados por mi tío, es hoy y ayer y mañana que hay de ser, en suma, es el que es y el que no es, es realidad y devenir, es obra hecha y en construcción, y punto de partida y punto de llegada.

Talvez fuese mas "canónicamente académico" haber colocado ya media docena de anotaciones y citaciones en pie-de-página o, como ahora se dice, en *foothnote*. Talvez, hasta, este corriendo un *risco cultural* por ultrapasar eventuales barreras da acomodación a conceptos y preceptos que son porque existen. Me parece no por lo tanto, que la riqueza de los conceptos está en la capacidad de haber sido reinventados y trabajados, polinizados y cruzados con viajantes que ni siempre lo fueron. Si así no fuese estaremos desempeñando el papel de enterrador del futuro o, entonces, de meros comilones, siempre insaciables, de aquello que los otros parieron para satisfacción de todos. Y más: la cultura sirve como que para garantizar una cierta plasticidad que ligará los hombres que fueron aquellos que serán. Y nunca alambre de púa; y nunca división defendida con olor a pólvora; y nunca afirmación dogmática de unos tantos sobre unos muchos; y nunca afirmación de etnocentrismos reductores de visiones más amplias; y nunca línea de poder hecha demarcación; y nunca límite; y nunca frontera.

Hablar de cultura es, antes de más, hablar de una vivencia antropológica, del hombre en cuanto hombre, del hombre fabricante de artefactos, de destinos, de formas de sentir y de pensar, de juzgar el tiempo y el espacio y por ellos ser juzgado. Si queremos hablar de cultura y atentarnos en la forma – o mejor, en las formas – que el hombre encontró para garantizar su identidad y diversidad, para ser hombre

de las cavernas y de los araña-cielos, para ser navegador solitario o astronauta, para ser dominador y por ser dominado.

La cultura, en otra perspectiva, es aprendizaje y transmisión, y herencia y continuidad, es padrón y medida, es trazo de unión y razón de diferencia, son trazos y sobre trazos, es imposición y sumisión, es frontera y cemento de la nación, y límite y continuidad, es resumo de siglos y deseos de pueblos, es *aculturación* y *enculturación*, es ser y dejar de ser, es construcción de artefactos e ideas, es extensión y separación.

Hablar de cultura es hablar del hombre en cuanto centro da acción, en cuanto reparador de ideas e inventor de formas de vivir, hacedor de verdades científicamente transmitidas o fantasías coloridas en el folclore de la vida; hablar de cultura es saber que hay cuento hecho prosa o enseñamiento amamantado, en suma, es sentir el hombre en todas sus manifestaciones, deseos, ansiedades, angustias y realizaciones, o sea, es pensar el hombre en cuanto productor y producto de si propio.

Dicho de otra forma podríamos sintetizar diciendo que la cultura es un pueblo en acción, en todas sus vertientes y cambiantes, reflecte y es el conjunto de ideas, creencias, costumbres, lenguaje, valores, tradiciones, reglas, procedimientos, tecnologías y todo.

Y se comprende que así sea. El hombre, en su lucha diaria y constante, y como ser gregario que es, siente la necesidad de organizar su mundo mental, o su sistema de vida y de relaciones, de se preparar para enfrentar de la mejor forma la sobrevivencia. Y mas: toda esa construcción no puede y no debe morir con el fin del acto practicado: garantizar esas construcciones en un futuro que se antevé significa, al fin y al cabo, decir a los venideros que hay que garantizar la memoria de aquellos que fueron, la razón de ser de toda una vivencia. Y no confundir el mapa y el territorio, la cosa y la percepción, el deseo y la utopía, la verdad hecha prisión o la ilusión de la seguridad mapeada en una línea cualquier. Ir para *más allá de* y siempre libertador: hacer del territorio, de la cultura, del espacio, un quintal arregladito por el *siempre así fue es* una tentativa de perennidad ilusoria, de seguridad que no resiste a la enfermedad traída por el pájaro que no conoce convenciones, al viento que nunca vio fronteras o reconoció guardias que las garantizan. Y conveníamos: es en la frescura de la brisa que sentimos en los labios el sabor de la libertad, de *ahí que voy yo*: la forma hecha cuadrado o rectángulo o casi otra figura geométrica es Newton y nunca Einstein, es certeza y nunca relatividad, es la premiosidad de la permanencia y nunca la soltura del nudo que lo dejo de ser.

La frontera, como afirmación de forma de ser

Conceptos existen que, o por la corrosión del tiempo o por las polivalencias y poli significados que hubo la necesidad de atribuirles, son bastante difíciles de explicitarlo encuadrar en los limites que el lenguaje permite.

Las palabras **frontera** y **territorio** y los conceptos que les están subyacentes parecen caber dentro de las dificultades mencionadas.

Una referencia me sea permitida: **la frontera es**. Y aquello que es puede continuar a ser, o dejarlo de ser, o extenderse para más allá de la realidad existente: si es tiene una potencialidad de venir a ser. En su continuidad o discontinuidad, en su extensión o negación; puede encogerse, negarse, até, una implosión o una explosión.

La mayor parte de los debates actuales sobre las personas en su vivencia con el cotidiano y con su posicionamiento para eventuales lejanías situase entre los extremos de la pureza de la libertad y la obligación de cumplimientos de reglas, o ser yo en la ley o ser yo en las virtudes de la disidencia, esto es, el concepto de *límite* y aquel *de trasgresión.* Esta alternativa podría ser presentada de la siguiente manera: ¿El proyecto humano y la libertad del individuo pasan por la aceptación de un límite colocado a sus acciones o al contrario, por la audacia creadora y creativa de la trasgresión? Y cuando la presencia de estas presiones dicotomicas no es ultrapasada, aparece otro síntoma que me parece ser característico de las raíces más profundas del individuo de los grupos sociales: *la desculpabilización.* Y esa desculpabilización puede ser sentida a través de una conciencia moral o entonces, ser recordada por un dios que siempre se encarga de subir al monte Sinai y de ahí dictar tablas con más o menos mandamientos.

Y tenemos, de cierto, que tener el coraje de ir para más allá de un **es** inmediato e inmediatista. De quedarnos en las hombreras de historias que me contaban en la tal de infancia vivida en que los contrabandistas eran buenos o malos conforme el lado que atravesaban. Y todos somos contrabandistas, todos pasamos fronteras, todos incorporamos en el aquí en que estamos los productos y los sueños de los que

están para allá de mi conocido, de mi producto o de mi productor. Y yo quiero ser, hoy y siempre, más que un tornillo que la tal de sociedad industrial quiso que yo fuese, ese ser que es no se manifiesta apenas en la pieza que hace parte de un todo y no es de nadie, no usar apenas de fuerza muscular o no limitarse a la contemplación acética o pseudo-intelectual.

Ser hombre de fronteras es no ser un ser total, totalizador y totalizante. Una vez y otra vez nos fabricaron con verdades que no son pero pasaron a ser por mil veces plegadas y mil veces aceptas. Por el contrario: quiero derrumbar muros y andamios, flechas obligatorias y señales de paraje, inspecciones y declaraciones llenas de crucecitas y firmas incriminatorias, quiero que la obra-prima que debo ser no sea limitada por escuadros (y escuadras) y reglas, por meridianos y husos, sin necesidad de patentarla por un timbre colocado en la fila en zigzag de imposiciones y separaciones, de pasaportes con hojas en blanco y que después son timbradas: y siempre el mismo timbre, y siempre el mismo gesto, y siempre el mismo ruido de materializar el gesto: se impone quebrar reglas y modelos preexistentes, quiero ser el hombre hecho gente en la gente que el otro es (y solo soy yo porque el otro me presta su alteridad) repetirme si necesario, pero ser siempre diferente, ser barro y mimbre, ser hierro y piedra, madera y hueso, invención y solución, tierra fija y nube que avanza, ser noche y madrugada, siesta no dormida y vida vivida, donante de alma a cosas antes nunca vistas, compendio y página suelta, bisagra social y ancladero, ser sudor hecho obra y alma esculpida, ser humus social y cripta de catedral, ser síntesis y análisis ser todo en el que es y nada de lo que ha de ser. Ser. Ser siempre. Ser siempre gente sin fronteras.

Y Dios creo las fronteras

No invocaré Nietzche ni obligaré a nadie a tener que hojear el autor concretizado en su forma de pensar en *Así habla Zaratustra* o *Ecce Homo* para justificar el título encima mencionado. Y más: no es necesario volver a alguna cuestiones básicas sobre la influencia del divino sobre el pensamiento del humano y de todos los constructos por si elaborados: asumo que mi humanidad gana sentido en un a-histórico que me plasmaron desde la leche materna: no sé ni sabría vivir – tendría entonces que hacer un cierto elogio a la locura – sin una cantidad de referencias y referenciales que me constituyen. Yo soy eso y la negación de eso, es más que eso cuando tengo la capacidad (¿osadía?) de parir nuevas síntesis o negaciones de las síntesis que otros hicieron. Y es en esta esperanza (¿certeza?) que encuentro o reencuentro la capacidad para soportar la vida, el incomprensible o el aparentemente irracional. Muchos de nuestros conceptos, son no por que lo dejaron de ser o que fueron: preconceptos. O sea: cuando la mayoría piensa lo que alguna cosa es lo que es, el preconcepto deja de ser lo que ya fue y pasa a asumir la fuerza de la norma, del camino a ser hecho, de la regla a ser cumplida. Y en esta osadía del hombre se encuentran las metáforas del tiempo del espacio, del venir. Al fin y al cabo nosotros somos la verdad de muchas muertes de casi verdades, el perecible por definición ha de dejar de ser. Y cuando nos despedimos de esas verdades sentimos un dolor que pensamos existir en el parto, la garganta seca por el enfrentar de la nueva realidad. Pero ahí aparece, también, el placer de la voluntad de generar y (re) producir, de perder la inocencia del conocimiento, de descubrir en la piedra bruta la imagen que en ella preexistía mismo que el martillo, no raras veces, deje su marca en los dedos que cogitan la forma.

Muchas cosas podemos negar o afirmar en nuestra vida: algo, sin embargo, tendremos que afirmar para que la angustia no sea eternamente nuestra compañera: somos contemporáneos del tiempo que el tiempo creo. Todas las épocas y todos los hombres miran la realidad por las verdades y signos que les enseñaron. Conciente o inconcientemente, no importa. Pero no nos gusta ser eternamente nómades de nosotros mismos, vivir un mundo sin puertas o umbrales garantizando seguridad, descansos para momentos de fatiga: si así fuese sentiríamos por entre los dientes la sensación de la *peste* que Camus recordó al *extranjero* que soy.

> Así fueron acabados los cielos y la tierra, con todo su ejército. Habiendo Dios completado en el séptimo día la obra que había hecho, descansó en ese día de todas las obras que hiciera. Es ahí los orígenes del cielo y de la tierra, cuando fueron creados. En el día en que el Señor Dios hizo la tierra y los cielos no había aún ninguna planta del campo en la tierra, pues ninguna hierba del campo había brotado aún; porque el Señor Dios no había hecho llover sobre la tierra. Sin embargo, un vapor subía de la tierra, y regaba toda la faz de la tierra. Y formó el Señor Dios el hombre de la tierra y le sopló en la nariz el aliento de vida, y el hombre se tornó alma viviente. Entonces plantó el Señor un jardín de banda de oriente, en el Edén; y puso allí el hombre que había formado. Y el Señor Dios hizo brotar toda la calidad de árboles agradables a la vista y buenas para comer, bien como el árbol de la vida en medio del jardín, y el árbol del conocimiento del bien y del mal. Y salía un río del Edén para regar el jardín; y de allí se dividía en cuatro brazos. (...). Esos son los hijos de Sem segundo a sus familias, según sus lenguas, en sus tierras, según sus naciones. Esas son las familias de los hijos de Noé según sus generaciones; y de ellas fueron diseminadas las naciones en la tierra después del diluvio.

> Ahora, toda la tierra tenía una sola lengua y un solo idioma. Y se desplazando los hombres para el Oriente, encontraron un valle en la tierra de Sinar, y allí habitaron.
>
> Se dijeron unos a los otros: Eis ahí hagamos ladrillos y quemémoslo bien. Los ladrillos les sirvieron de piedras y el betún de cemento. Dijeron más: edifiquemos para nosotros una ciudad y una torre cuya cima toque el cielo, y hagámoslo en un nombre, para que no seamos repartidos sobre la faz de la tierra.
>
> Entonces el Señor bajó para ver la ciudad y la torre que los hijos de los hombres construían y dijo: Eis aquí que el pueblo es uno y todos tienen una sola lengua; y esto es lo que empiezan a hacer; ahora no habrá restricción para todo lo que ellos intentaron hacer. Bajemos y confundamos allí su lenguaje, para que no entiendan uno la lengua del otro. (...). En aquel mismo día hizo el Señor un pacto con Abraham, diciéndole: a tu descendencia le he dado esta tierra, desde el río de Egipto hasta el gran río Euifrates. (BIBLIA SAGRADA, 2000, Génesis, 2-17).

Y aún hoy andamos por aquí, sin saber si somos descendientes de Abel o Caín, hijo de este o de aquella, argumentando ADN's que nos quieren hacer creer verdaderos y de primera gema, juntando y separando, arreglando y definiendo venas de territorialidad en un cuerpo y que fue madre y madrastra: la tierra. Siempre una y única, siempre de todos y de nadie, siempre amiga y pose de los otros, siempre de la gente y nunca de los que no son de nuestra gente, siempre desparramada en pedazos de sensaciones de pose y de poder, siempre regazo y fuente de cansancio, siempre gema y siempre humus, siempre semiente y siempre árbol crecido, siempre todo y siempre pedazo. E fue Dios que lo hizo; y fue Dios que quiso que así fuese y fue Dios que dijo a los hombre para que lo clavasen como si la verdad fuese esa y solo esa. Y los bocadillos de la realidad hecha totalidad fueron hechos y fueron aceptos y eternizados en mapas más o menos coloridos con reyes o príncipes, cruzados o marineros, descubiertas u ocupaciones, lusos o castellanos, de barbas vikings o manos de capitán gancho, garantizando purezas de raza o mestizajes que hoy suenan los de ritmos líricos en las calzadas de cualquier niña de Ipanema. Y se hace historias o, entonces, de los hechos que ocurrieron el vaivén de la vida más o menos repetida, se dice con letras más o menos salientes escritas en pergaminos que eso es historia. Y la historia es eso: historia: mas o menos inmortal, mas o menos hechos, más o menos fantasía, mas o menos aquello que los hombres quisieron que fuese o que no fuese, más o menos frontera, más o menos espacio en el tiempo, más o menos tiempo en el espacio, más o menos el hombre en movimiento, más o menos santo o pecador, más o menos Agustín o Tomás de Aquino, más o menos Lutero o Calvino, más *Orden y Progreso*, o menos progreso que orden, más o menos de todo que queremos.

Y confundimos la realidad: el parecer se convierte en ser. Y cuando el hombre pretende parecer durante mucho tiempo y con empeño mensurable, hace de eso mismo orden hecho acto consumado, verdad acepta. Y no raras veces, en el entretanto de esos procesos, vivenciamos hipocresías mas o menos dogmáticas, imitamos por imitar algo que nos es exterior, por copiar aquello que va dando algún (mismo que miserable) efecto.

Debemos y podemos mirar para aquello que nos rodea no como poseedores, recolectores o depredadores de una determinada área , espacio o nación – mismo colocando formas físicas de alambre de púa o líneas de separación en un mapa cualquier: quien tiene el placer de pensar por sí mismo, quien ha alcanzado la libertad de pensar de dentro para fuera, mismo que en la medida de lo posible, no puede ni debe sentirse en cualquier parte de la costra terrestre a no ser como un caminante, mas un caminante sin destino predefinido, ya que ese destino no existe: como alguien dijo se hace camino al caminar, la vida se vive mirando para frente y para atrás, para la derecha y para la izquierda, para aquí y para allá. En otras palabras: tenemos que permitirnos soltar un poco lo errante que existe en cada uno de nosotros (desatar límites y fronteras, sonreír para nuestros límites, descubrir nuevos espacios y potencialidades).

Y aquí aparece una primera constatación: vivimos aún hoy marcados por paradigmas que vienen arrasando ha millares y millares de años creyéndose, no raras veces, que se esta vivenciando un espíritu y una praxis de modernidad y/o pos-modernidad. El hombre se liberta, se descubre (o sea se entera de que esta cubierto, se desnuda y se confronta con la realidad más profunda de sí mismo) cuando se liberta de las ideas y tumores supersticiosos o fundamentados en un se dice que se dice más o menos coherente. Podemos y debemos tener capacidad para comprender las justificaciones históricas o la falta de ellas, las representaciones psicológicas del mundo que nos rodea, la capacidad que las mismas tuvieron para que el mundo anduviese y no girase sobre sí mismo.

En síntesis: estaremos nosotros, en este principio de siglo, preparados, mismo que el dolor de tales actos sea asustador, para reinventarnos una nueva orden social para aparte de aquella que los ríos del Edén hicieron mismo a las espaldas de doctrinas habladas en Babilonia, defendidas por Torres de Babel, diseñadas por portugueses o españoles, holandeses o belgas, ingleses o franceses, tantos otros y menos unos tantos? Vamos a eso y quedaremos, más una vez, espiando por detrás de la nube o prestan-

do vasallaje a Juno?

Mirando mas lejos o clarificando conceptos

Afirmar que el mundo en que vivimos es un mundo único es casi una afirmación desnecesaria. Por lo menos visto de una manera más o menos simplista o conforme el ladrillo de nuestras experiencias vivenciadas de postulados reafirmados veces sin fin.

Pero es simultáneamente un mundo complejo, movedizo, con esquinas de angustia y ansiedad, inquietante, hasta, en el mirar que se espeja en el otro. Y no hablo solamente de tal mundialización (concepto que abordaremos más para frente) que nos arrastra en un chorro impiedoso no sabemos bien para donde. Pero esta mundialización tuvo, por lo menos una ventaja: nos tornó vecinos, juntamos las huertas de cada país, confunde y difunde las fronteras y aquello que se pasa conmigo tiene a ver con los otros y vive-versa. Con otras palabras: *el cercanito* de las guerras frías (hasta parece que ha guerras frías…) fue ultrapasado y obligó a un dialogo de culturas, civilizaciones, religiones, modos de estar. Y la solidaridad aparece como un manto franciscano que cubre el mundo de Assis a cualquier otra parte que es como quien dice, estamos todos en un espacio de pertenencia mismo que los recursos, por lo menos para ya, tengan una distribución impudoradamente injusta.

Europa en esta perspectiva, podrá ser presentada como un ejemplo. Aunque la paz nunca haya existido en su plenitud en este viejo continente (porque será que casi siempre se olvida la problemática de Irlanda, Córcega, del País Vasco, de los Balcanes, de las Brigadas Rojas, de la Guerra Civil Española, de las luchas coloniales y otros tantos señales de no paz?), la verdad es que después de tantas experiencias totalitaristas, de dos conflictos mundiales, del Holocausto, de decenas de años de guerra fría, opto erguirse para lejos de los intereses de los inmediatismos que la historia siempre considera jocosos y giro para un devenir con más esperanzas y fundo, con base en un compartir de soberanías libremente consentidas, espacio de paz, democracia, futuro pensado en proyectos de bienestar, de personas libres, de solidaridad y prosperidad.

Mitos y ritos sobre la globalización

La problemática de la modernidad

Meter en una definición un concepto, entidad u objeto es, casi siempre, una tentativa fallada o castradora. E por una razón simple. Las definiciones son siempre redondas y la realidad, ayer como hoy, no cabe ni cabrá en frasquitos llenos de verdad, mismo que esos frasquitos sean iluminados, por dentro o por fuera, para tener tonalidades diversas, disfraces y cambiantes. La realidad tiene esquinas y salientes, excepciones y reglas generales, aberturas y variantes. La realidad nunca es redonda o se arregla en un cesto cualquiera: y si lo fuese, ese cesto sería siempre de mimbre que dejaría caer mucho de lo más fino que existe en esa misma realidad.

Pero tiene una enorme ventaja a definir: es que la realidad se torna mas humana porque es dimensionada a la escala del definidor que la definió y, siendo así el otro, aquel que atribuye significado a la definición ve, también, su humanidad (límites) ahí referenciados. Las definiciones son acogedoras, casi siempre y, las veces pero no raramente inhibidoras de catarsis que libertan, de implosiones que despedazan y obligan la dialéctica de confronto.

Giddens, como pocos, ha pensado o que a veces no nos gusta pensar: nuestro papel en este espacio de tiempo a que muchos, también, llaman de modernidad o pos-modernidad. Son de las palabras cuando dice que es la

> [...] era moderna, el nivel de distanciamiento tiempo-espacio es mucho mayor del que en cualquier período precedente, y las relaciones entre formas sociales y eventos locales y distantes se tornan correspondientemente 'alargadas'. La globalización se refiere esencialmente a ese proceso de alargamiento, en la medida en que las modalidades de conexión entre diferentes regiones o contextos sociales se enredaron en la superficie da Tierra como un todo.
>
> La globalización puede así ser definida como la intensificación de las relaciones sociales en escala mundial, que ligan localidades distantes de tal manera que acontecimientos locales son modelados por eventos ocurriendo a muchas millas de distancia y vice-versa (GIDDENS, 1991, 69).

Queda claro, mismo para un lector menos atento, que aquí ocurre una preocupación en no adjetivar, en no colocar éticas y estéticas en el camino lector. Y será aceptable este posicionamiento? No sería más

atinado hablar de las vestes del rey o, hasta, decir que *rey va desnudo*? A ver vamos.

En la misma línea de ideas extienden su pensamiento y su preocupación Held y McGrew (2001, 11) cuando es afirmado que:

> Dicho en términos mas simple, la globalización denota la escala creciente, la magnitud progresiva, la aceleración y el aprofundamiento del impacto de los flujos y padrones inter-regionales de interacción social. Refiere-se a una mudanza o transformación en la escala de la organización social que liga comunidades distantes y amplia el alcance de las relaciones de poder en las grandes regiones y continentes del mundo.

Pero más interesante es cuando se afirma que:

> La globalización ha sido diversamente concebida como **acción a distancia** (cuando los actos de los agentes sociales de un lugar pueden tener consecuencias significativas para 'terceros distantes'); como **compresión espacio-temporal** (en una referencia a modo como la comunicación electrónica instantánea viene desgastando las limitaciones de la distancia y del tiempo en la organización y en la interacción social); como **interdependencia acelerada** (entendida como la intensificación de entrelazamiento entre economías y sociedades nacionales, de tal modo que los acontecimientos en un país tienen un impacto directo en otros); **como un proceso de encogimiento** (erosión de las fronteras y barreras geográficas a la actividad socioeconómica); y, entre otros conceptos, **como integración global, reordenación de las relaciones de poder interregionales, conciencia de la situación global e intensificación de la ínter ligación interregional**. (HELD e McGREW, 2001, 11).

Casi que apetecía quedarme por aquí a fermentar y revolver, tantear este pedazo de prosa que tiene en su seno mil implicaciones, casi todo del mucho que gustaríamos de decir. Y si es verdad que aparece la complejidad del concepto abordado como que cartesianamente descuartizado, también no es menos verdad que aquí no se reflejan sentimientos y pasiones, olores y gustos, himnos de patrias y miradas de continentes. Ha razón, ha Descartes, ha modernidad en la lectura que el autor atrás referido trajo para el léxico del pensamiento occidental: la línea recta, el pensamiento en la banca de la racionalidad, de la verdad hecha antepecho más nunca mirar. Pero, si el lector así lo quiere y aguantar, llegaremos allá aunque sea transpirados o salpicados de esto o de aquello en este afán de encontrar lo que queda para más allá de la frontera de míos, de sus, de nuestros limites.

Y mirar del antepecho de la ventana en que me coloque y me dije que:

> Se va derrumbando, paso a paso, una de las principales premisas de la modernidad, a saber: la idea de que se vive e interacciona en los espacios cerrados y mutuamente delimitados de los Estados nacionales y de sus respectivas sociedades nacionales. Globalización significa la experiencia cotidiana de la acción sin fronteras en las dimensiones de la economía, de la información, de la ecología, de la técnica, de los conflictos trans-culturales y de la sociedad civil. (BECK, 1999, 46).

Aquí llegados parece, aún, que estamos a hablar de una cualquier realidad diáfana que suavemente cubre el Olimpo y en que habrá dioses para todos los gustos. Unos mayores y otros menores; unos líderes otros seguidores – pero todos dioses. Y pienso que así no será. La realidad es mucho más dramática y las crónicas de los pensadores griegos tienen hoy toda la acuidad: hay muchos Minotauros, e hilos de Ariane que es preciso tejer, y Caballos de Troya con senos engañadores y Medias y muchas, pero muchas, serenas que cantan para embalar y embalan para adormecer. Y yo quiero quedar despierto, bien despierto, en el cesto de la gavia de preferencia, para poder gritar *tierra a vista* o, entonces, el *rey va desnudo*.

Los mitos suponen una salida de lo real para lo conceptual: la representación de los orígenes, las *transmutaciones* del mundo y de la sociedad mediante narraciones de carácter sagrado. Expresan dramáticamente las ideologías. Mantienen la conciencia de los valores, ideas y vínculos que se suceden de generación en generación. Evalúan y justifican reglas y prácticas tradicionales y regañan significados. En ellos está implícita la moral, o cosmogónico (creación del mundo), el teogónico (origen de los Dioses), antropológico (origen del hombre), el etnológico (organización política, social y económica) y el escatológico (vida ultra terrena y e fin de mundo).

Fernando Pessoa en su lenguaje propio y revestido de heterónimos para encontrar raciocinios diversos en visiones trans-culturales, se socorre de Caeiro e intenta hablar de *desenraizamiento del yo* cuando dice:

> Procuro despojarme de lo que aprendí,
> Procuro olvidarme de modo de recordar que me enseñaron,
> Y raspar la tinta con que me pintaron los sentidos,
> Desencajotar mis emociones verdaderas,
> Desenvolverme y ser yo, no Alberto Caeiro,
> Más un animal humano que la naturaleza produjo (PESSOA, 2001, p. 84).

Me recuesto, ahora, a un pedazo do pensamiento de Santos (1995, 18) para colocar en la almohada de la verdad ni siempre dicha que:

> Este mundo globalizado, visto como fábula, erige como verdad un cierto número de fantasías, cuja repetición, entretanto, acaba por tornarse una base aparentemente sólida da su interpretación [...]
>
> La máquina ideológica que sustenta las acciones preponderantes de la actualidad es hecha de piezas que se alimentan mutuamente [...].

Aún según el mismo autor, habla-se de aldea global *para hacer creer que la difusión instantánea de noticias realmente informa a las personas*. Y más: en la realidad el acortamiento de distancias acontece *para aquellos que pueden realmente viajar y en la* noción de espacio y tiempo contraídos *como si el mundo se hubiese tornado, para todos, al alcance de la mano*. Y más: hablamos de tal mercado que es global y que por ser global parece (repárese que ni todo que parece es) ser de igual oportunidad para todos. Mas así no es: *un mercado avasallador dicho global es presentado como capaz de homogeneizar o planeta cuando, en la verdad, las diferencias locales son profundadas*. Y hasta se anuncia, de forma más o menos audible, la muerte del Estado. Y que constatamos? El Estado estará mismo a morir? Por el contrario, en la opinión de Santos: se asiste a *su fortalecimiento para atender a los reclamos de finaza y de otros grandes intereses internacionales, en detrimento de los cuidados con las poblaciones cuja vida torna más difícil*.

En este escenario la fabulación de la realidad aparece como una entidad engañadora, serena para los más incautos (aún muchos o cada vez más) y aldea global parece ser un escenario idílico donde el lobo y el cordero (si tal dicotomía continuar a existir) parecen tener un espacio ideal para cohabitar:

> Al contrario de lo que se da en las verdaderas aldeas, es frecuentemente más fácil comunicar con quien está lejos de que con el vecino. Cuando esta comunicación se hace, en la realidad, ella se da con la intermediación de objetos. La información sobre lo que está para ocurrir no viene de la interacción entre las personas, pero de lo que es vehiculado por la mídia, una interpretación interesada, sino interesará, de los actos. (SANTOS, 1995, 55).

A partir de aquí hay que asumir la secuencia del raciocinio y concluir que talvez fuese más correcto hablar de *globalitarismo* y no de globalización:

> [...] la violencia estructural resulta de la presencia y de las manifestaciones conjuntas, del dinero en estado puro, de la competitividad en estado puro y de la a potencia en estado puro, cuya asociación conduce a la emergencia de nuevos totalitarismos y permite pensar que vivimos en una época de globalitarismo mucho más de que de globalización (SANTOS, 1995, 55).

En síntesis: la globalización – o mejor, el globalitarismo -, no aparece en la inocencia de una ideología, de una bondad natural: de forma mas o menos disfrazada es de hecho y convencidamente el "ápice del proceso de internacionalización del mundo capitalista" (SANTOS, 1995, 23).

> Y aquí llegados estamos casi a cerrar más una pétala de la flor de lotus que era necesario construir: «La globalización mata la solidariedad, devuelve el hombre a la condición primitiva de cada un por si y, como si volviésemos a ser animales de la selva, reduce las nociones de moralidad pública y particular a casi nada (SANTOS, 1995, 65).

En suma: no habrá, apenas, una globalización pero, eso si, diversas globalizaciones y estas, en cuanto, haces de relaciones sociales, envuelven conflictos (SANTOS, www1) y, consecuentemente, vencedores y vencidos. Y aquello que oímos, leemos y creemos es, vía regla, o discurso de los vencedores contada por ellos mismos: y cuando así es las loas son preñas de bondades, intereses mutuamente ventajosos, redenciones nunca antes conseguidas. "La globalización es el proceso por el cual determinada condición o entidad local extiende su influencia a todo el globo y, al hacerlo, desarrolla la capacidad de designar como local otra condición social o entidad rival" (SANTOS, 2002).

Voy a dejar al lector obtener un pozo de aliento sobre la problemática de la globalización (el de globalitarismo) y nos cuestionamos si, efectivamente, los vientos de la modernidad provocaron transformaciones, y que transformaciones, en las personas, en las redes sociales, en el Estado.

La ideología fundamental de la modernidad asienta en la idea de que con una visión fragmentada de la vida y de aquellos que la pueblan es posible comprender y explicar las realidades que nos tocan. El antes, el ahora y el después de mi y del lector. En los altares de la divinidad se coloco la racionalidad y se grito: Dios murió.

Sin discutir, *hic et hunc*, la problemática de las teologías (prefiero la palabra en plural ya que en singular parece postular a la existencia de una única visión) me gustaría cuestionar si el hombre, en el hoy

que está a ocurrir, se siente más hombre, si se siente *más político* en la *pólis* de sus mundos (laboral, social, local, regional, nacional o internacional), si se siente *más existencia*, mas comprometido o alienado. En fin: como se percepciona, y siente ye piensa. Y como lo hace con la comunidad (o comunidades) en que está inserido. Pero e*ntero en la totalidad* o cada vez más fragmentado, encadenado a pedazos de análisis o comportamientos?

En este manto que parece ser la modernidad-globalización no se sentirá el ser humano, cada vez más, un punto sin interrogaciones ni conexiones, una abstracción hecha número o parte del PIB, porcentaje o cuantificación?

Lo que la modernidad debería haber hecho no hizo: redimir el hombre en cuanto ser que ama y sufre, piensa y siente, dice que si y que no, que se ve angustiado en la pérdida y maravillado en la esperanza de venir a ser. No discuto si Dios murió o no (por despropositado). Pero no tengo dudas: mataron el hombre e históricamente continúan a lidiar con el tal muerto-vivo, en un haz-de-cuenta desconcertante e hipócrita, en una abstracción castrante y que los venideros clasificaron de medieval.

El *Templo de las Verdades* hechas por los *señores-tienen-todo* tiene los días contados mismo que almohadados por las verdades aparentemente incuestionables de los *señores-se-todo*: muchos vendrán, talvez al nacer de un día cualquier, armados de *varapalos-quiero-ser-en la gente-que-soy* y harán tumbar las bancas de los vendillones: sin dolor pero con piedad.

Esta corrida desenfrenada la que asistimos en que el ritmo es siempre balanceado por un sálvese quien pueda, no va a ser acepto en el futuro. Ha de tener capacidad de mirar para el ser humano de una forma holística, integrada e integradora, sistémica y dialécticamente constructora de nuevas realidades: cualquier nuevo acarrea siempre una cierta destrucción de algo que ya lo fue. La poiesis tiene que entrar en el diccionario y preocupación de todos aquellos que habitan en la polis: y así siendo no habrá tantos metecos (extranjeros casi esclavos que se dedicaban al comercio y otras actividades consideradas menores) y esclavos como acontecía en la vieja Atenas a vaciar su vida para una minoría pensante: esta será una de las vertientes fundamentales de la ética del siglo XXI: ser solidario, vivir a solidariedad, refrescarme en el mirar del otro que contempla alguien que vive como policía (aquel que se compromete para que la polis cumpla las normas del bien común).

En el campo de la salud, por ejemplo, no podemos ni deberemos mirar para el otro (mismo que sea pasante y de otra polis) como una fuente de lucro, como una mercadería con un precio: este otro debe ser visto como alguien que tiene el derecho de ser preservado en su integridad, en su totalidad, y no mirar para él, por ejemplo, como alguien que está trabajando como emigrante o como un turista que necesita más que se maldice: en su seno la salud tiene algo de revolucionario, de profundamente democrático y libertador, de subversivo, hasta: crear armonías (y la salud no será eso mismo?) siempre, en la perspectiva monetarista, mucho menos lucrativo de que la desarmoniza, o caos.

En síntesis: no debemos confundir conceptos como globalización, interdependencia, integración, universalismo y convergencia:

- la interdependencia se presenta en la forma de relaciones de poder simétricos;

- la globalización abre (exhibir, hasta) las posibilidades de creación de jerarquías, de asimetrías, de más y de menos, de aquel que tiene y de aquel que no tiene y, mas o menos a corto plazo, de estratificaciones globales y que demoraron inmenso tiempo para ser ultrapasadas a no ser que acontezca cualquier acto no previsible (el terrorismo podrá venir a ocupar ese lugar?);

- la integración no es un mero proyecto de junción, de suma, de unificación económica o política:

- el universalismo no es sí sinónimo de global;

- la convergencia presume la pró-actividad para la armonía (la globalización tiende a crear conflictos insanables).

Llegados que nos considerados a los picos diversas de las montañas del saber y de las descubiertas, tiene la humanidad que asumir, ahora y definitivamente, una sagesse que la conduzca a una verdadera democracia, a un entrelazar de esfuerzos. Y esta sagesse se consigue cuando el hombre tenga tiempo de encostarse a las hombreras de las puertas que vieron pasar tantas y tantas generaciones: en sus diversas manifestaciones y e contradicciones, en sus errores y avanzo. Y si alguna cosa se puede hacer en la crudeza de los hechos será asumir un papel inteligente ante esta globalización: identificar claramente los campos en que la misma está para acontecer, los territorios y los poderes y, principalmente, las situaciones concretas que de ahí resultan. Y entrar en acción: pensamiento sin acción es pérdida de tiempo, y desperdicio horrible, es inconsecuencia, y haz de cuenta propia de persona, grupo o pueblo subestimado.

Pero las incertidumbres serán muchas y complejas y con un arco-iris de matices que ocuparán

mucho y mucho tiempo. Y no va a ser fácil. Las contradicciones éticas y políticas marcarán el futuro de la humanidad y las síntesis de ahí resultantes definirán algunos surcos de aquello que será el hilo de conducta (más o menos zigzagueante) de la humanidad. Las crisis serán una compañía de los humanos. Ellas aparecerán, casi siempre, como un imperativo: abrir nuevas cuestiones para construir nuevas y adecuadas respuestas. Y tal como ya afirmaban los viejos pero siempre sabios griegos la crisis es la hora de la verdad, la crisis es el momento de vuelta sobre si mismo, la crisis es la oportunidad de crecimiento, la crisis es la oportunidad de la auto-reflexión redentora del futuro.

Mitos y ritos sobre la globalizacion

La problemática de la desterritoralización

Ya anteriormente fue afirmado que estamos a asistir la emergencia de relaciones sociales a la escala planetaria, lo que coloca y recoloca en causa todo un conjunto de *verdades* y premisas por las cuales tenemos matizado a nuestra comprensión del conocimiento.

Talvez el concepto de *desterritorialización* no ayude a comprender algunos de esos fenómenos y algunas de esas transformaciones más recientes.

> En verdad, estamos habituados a considerar el espacio como algo enraizado en la materialidad de un entorno físico. Por eso hablamos en lugar de trabajo (la fábrica), en cultura popular (vinculada a esta o aquella región), en cultura indígena (particular al interior de una tribu). Cultura es espacio se encuentran así íntimamente articulados a un territorio físicamente demarcado. O sea, cada cultura poseería fronteras que le son propias. Su dimensión puede, es claro, variar. En el caso de las sociedades indígenas, o 'lugar antropológico coincide con fronteras estrechas, dentro de ellas son válidas las premisas de cada 'pueblo' – creencias mitológicas, reglas de parentesco, rituales religiosos, etc. (ORTIZ, 2005, 1).

Ya la noción de nación corresponde a un concepto, por lo menos teóricamente, homogéneo. Y abarcan un concepto más amplio. La cultura, aquí, sería una cultura nacional idiosincrásica. Entretanto, quiera en un caso o e otro, tenemos la existencia de fronteras bien configuradas y delimitadas. "El mapa-mundi seria compuesto de unidades modales, específicas, cada una con su identidad. En el plano de la política tendríamos el diseño de las soberanías nacionales; en el plano cultural, la diversidad de las costumbres, lenguas, creencias, etc." (ORTIZ, 2005, 1).

Mismo por entre discusiones más o menos profundadas sobre la problemática de la globalización o de las globalizaciones, o de los *globalitarismos*, la verdad es que hemos venido a asistir a una desterritorialización y esta, necesariamente, lleva a una dilución de las fronteras, por lo menos en muchos de sus aspectos. "Un ejemplo: las relaciones de trabajo. Toda la literatura sobre sociología del trabajo, independientemente de su inclinación teórico-metodológica, presupone la existencia de un 'mundo', esto es, de un universo específico de los trabajadores en el seno de las sociedades modernas" (ORTIZ, 2005, 2).

O sea, vivimos en un mundo en que las nociones del próximo y distante, desconocido y familiar, dentro y fuera, interior y exterior se modificaron y, entonces, tendrán que ser relativizados. «En la medida en que la mundialización 'quiebra-fronteras' y propicia una convergencia de modos de vida, seria más correcto decir: el viajante, al desplazarse por la modernidad-mundo, 'no sale del lugar' (ORTIZ, 2005, 3).

En que quedamos, entonces? En un relativismo absoluto? En una vale todo? Talvez el «único camino para pensar el futuro parece ser la utopía. Y por utopía entiendo la exploración, a través de la imaginación, de nuevas posibilidades humanas y nuevas formas de voluntad. (….) "En cuanto nueva epistemología, la utopía rechaza el cierre del horizonte de expectativas y de posibilidades, y crea alternativas; en cuanto nueva psicología rechaza la subjetividad del conformismo y crea la voluntad de luchar por alternativas" (SANTOS, 2000, 331).

Por otras palabras: la realidad circundante obliga al ser humano a enfrentar el caos y siempre dialécticamente a encontrar nuevas síntesis. Y solo así, estoy cierto, mudará la manera de pensar y acabará por encontrar una nueva manera de ver el mundo, articular sabidurías, aplicar competencias y tener el placer en ser solidario.

Volviendo al problema que está en la raíz de nuestro pensamiento diríamos que, cada vez mas y talvez de una forma irreprimible, las fronteras de este o de aquel país, de esta o de aquella región, de Europa o de América del Sur son conceptos y conceptos que se mueven, hasta porque en su génesis tendrán un pecado mortal que conduce esos mismos conceptos a procesos de 'degradación': son datados. Fueron determinados en ese tiempo, aún como ahora, por proyectos o ambiciones geopolíticos inscritos en el tiempo y obedeciendo las estrategias más o menos mortecinas.

En esa nueva manera de pensar no debemos, a mi ver, procurar límites del alambre de púa, centinelas o problemas burocráticos: lo importante y articulador será estar atento a los problemas esenciales: las ganancias que se adquieren, así como las nuevas funciones de las fronteras más de lo que sus trazados, latitudes o longitudes.

> Al revés de fórmula clásica – donde se afirmaba que a política de los países estuviese en su geografía, postura cómoda pero inconsistente – es mas eficaz considerar que la geografía en formación de los países reside en sus opciones políticas. (Foucher, 2005).

De las fronteras: las cercanias de una ideia

Talvez abusando de la paciencia de un posible lector (el pragmatismo también tiene de estas subjetividades), en las líneas anteriores pretendí *surfar* conmigo y con el tal lector sobre las ventajas de que pensemos lo pensado, de retirar satinados sobre verdades que parecen serlo, en fin, hacer cosquillas en la médula de los pensamientos. Es bueno sentir ese hormiguero de las cosas que quedaron, aún, por decir: mismo que a través de maestres de las verdades siempre dichas nos caigan en los hombros que permite al hombre ser considerado un bípede erecto.

No abordare aquí la construcción de categorías sociales (otros autores ya lograran) y de las representaciones colectivas. Pero avancemos para llegar donde debemos llegar.

> La noción de territorio es una representación colectiva, una primeva del espacio. La transformación del espacio (categoría) en territorio es un fenómeno de representación a través del cual los grupos humanos construyen su relación con la materialidad, en un punto en que la naturaleza y la cultura se confunden. La noción de territorio sin duda es formada a través del dato inmediato de la materialidad, pero ese es apenas un componente, ya que todas las demás representaciones sobre el territorio son abstractas. (MALDI, 1997, 186).

Y aquí la frontera aparece como marco y norma; punto de llegada y de partida; pertenezca y no pertenezca; más elástica (hay quien le guste hablar de *frontera-línea, frontera-faja, frontera-zona, país-frontera* - pero siempre frontera) o inelástica, ser todo y ser nada; extranjero y nacional; expulso o acepto en el paraíso; yo y el otro en el otro que no soy yo.

> En cuanto parte del patrimonio material e ideológico que determina las relaciones de la sociedad con su espacio, la *frontera* puede ser definida al mismo tiempo como construcción ideológica, cultural, política, y e como el conjunto de fenómenos concretos identificables en el campo de las representaciones. Mismo en su solidez, la frontera exprime necesariamente una dimensión simbólica que ultrapasa el aspecto localizado del fenómeno.
>
> La concepción de frontera, siendo un dato cultural, está directamente relacionada a la construcción que la sociedad hace de alteridad. En ese sentido, de una forma inminentemente dialéctica, el individuo construye su identidad a partir da su localización con relación a un grupo y de su relación con la totalidad, teniendo el espacio como paradigma, de tal forma que el territorio pasa a ser determinado y vivido a través del conjunto de relaciones institucionalmente establecidas por la sociedad. (MALDI, 1997, 187).

Podremos, entonces, concluir que la plasticidad del concepto de frontera, territorio y otras representaciones tendrán mucho a ver con la determinación e institución de relaciones: las fronteras de Europa podrán (deberán?) mañana estar colocadas en el norte de África: así las voluntades instituidas lo quieran.

> Por lo tanto, en la raíz de la percepción del territorio está la percepción de nosotros, la construcción básica de la identidad colectiva y, por extensión, la sede del establecimiento de diferencia, el límite para la construcción de la alteridad en cuanto una situación antagónica por definición. Por lo tanto, si el territorio es la representación colectiva fundamental de la sociedad, la frontera y la representación colectiva fundamental para el establecimiento de la diferencia o, en otras palabras, para la percepción de la alteridad (MALDI, 1997, 187).

Anclados en el autor sentimos que un aliento final para la conclusión que se impone por su tenacidad, potencialidad y riqueza de significados e ilaciones. El mundo pertenece a la humanidad y la percepción que tenemos de ese mundo hará historia y la historia para nuestros venideros. Durante mucho tiempo nos metieron en formatos de líneas trazadas, más menos cuadradas, mas o menos rectángulos: salimos de las formas y cuando empezamos a vivenciar el espacio libre luego los dioses y los hombres que los piensan o siguen o, hasta, aquellos que ni en ellos no acreditan, hicieron sebes y parajes, distancias y corredores...

Pero muchos de los hombres que conocemos siempre estuvieron en las tintas para los ajos france-

ses y crearon realidades para más allá de los mapas y de los congresos, de las líneas, de las fajas y de las zonas. Crearon las *fronteras vivas* porque son gente y es en la gente que encuentran su matriz. Y no en los códigos hechos y pensados en escritorios de mogno o de palo-santo. Abrieron siempre, cerraron nunca. Y vieron que las fronteras son más que un límite nítido entre dos espacios.

Ahora, vivimos, dice, en la era de la globalización, de la mundialización, de los vientos que quedan y oprimen. Pero será eso ser global?

Ser global no debe significar ser plasmado en una impropiedad sin fragancia ni olores, en un *fast food* de cualquier cosa, de, al fin y al cabo, ser aniquilado y dejar de ser y pasar al estado de cosa; ser global no debe significar parir fronteras más o menos contornadas por este reglamento o por aquel aditamento; ser global no debe querer decir que yo no existo para el otro. Por el contrario: ser global significa ganar el espacio del ave que vuela, del viento que a todos pertenece y purifica, del sol que tiene, todos los días, el placer de entibiar las almas y hacer brotar la vida.

Ser global, así el deseo, es una mundividencia. Es una teleología ética y bondadosa. Es partir espartillos; es derrumbar barreras; es hermandad en movimiento; es solidariedad hecha acción; es ser peregrino del Hermano Tiago y tener el placer de la hermandad: ser colega (llegar junto a un objetivo), compañero (repartir y compartir del *pan* que tenemos) y camarada (porque todos compartimos la *cámara* da vida).

Y cuando tal cosa ocurre, y siempre mirando bien alto y muy lejos, vemos que las fronteras no fueron hechas para la gente que quiere ser más gente: las fronteras fueron hechas para unos pocos negaren la gente que todos deberían ser. Y que es necesario descodificar el laberinto que por tantos años y tantos ensañamientos se fue creando. Y me gustaría volver al regazo de mi abuela Joaquina y oírla contar las historias pasadas en las fronteras: y los mismos hombres eran buenos y malos – dependía del lado que los veían; eran hombres que contrabandeaban (se leía, estaba del otro lado del bando); que criaban bandos de soluciones o de males irreparables para los Estados que codiciaban los impuestos.

> Formando una interfase identidad/alteridad, la frontera es resultado, por lo tanto, de la imagen que la sociedad construye sobre si misma y sobre el otro. Su elaboración conceptual no puede ser inteligible fuera de esa resonancia básica, que es la proyección, en otras sociedades, de categorías enraizadas en sus representaciones. En ese sentido reflejan, de vista fenomelógico, o que Geertz llamo de ethos y *visión del mundo:*
>
> El *ethos* de un pueblo es el tono, o carácter y la cualidad de vida, su estilo moral y estético y su disposición; y la actitud subyacente en relación a él mismo y al mundo que la vida refleja. La visión del mundo y el cuadro de las cosas como son en la realidad, el concepto que un pueblo tiene de la naturaleza y de si mismo. Ese cuadro contiene sus ideas más abarcador sobre la orden. (GEERTZ, 1978, p. 183-4, apud MALDI, 1997, p. 188).

Pero, no se piense que estaremos ante una fatalidad o maldición divina: esta manera de ver, este ADN es un c*onstructo*, es síntesis de antítesis que se manifiestan en su esplendor, es la dialéctica de la vida, de cada hombre y de cada mujer, de cada familia o agrupamiento familiar, de cada calle o lugar, de villa o ciudad, región o país, en fin, de la humanidad que cada uno construyó. Y por qué no empezar ya?

Y no va a ser necesario construir otra Tebas o Constantinopla, no vamos a caer en los errores de Nabucadonosor, formar intensivamente calles y aeropuertos para dar inicio a ese proyecto que puede y debe ser mío y suyo: basta, estoy cierto, libertar el hombre que hay dentro de cada un, libertarse del frasco en que lo encogieron y él sabrá tener el vuelo del águila.

El andar por aquí y por allí, o tener vida errante, o soñar espacios y en ellos encontrar la comunión fue hasta ha poco tiempo considerado característica de «indio», no civilizado, nómada, bárbaro: cuando sentaron el hombre sobre el mejor de si mismo, entonces se dijo, tenemos el hombre civilizado (lea-se: confinado).

Un casi último desafío: voy a hacer un largo viaje, viaje con retornos o talvez no, recordándome muchas veces de mi abuela Joaquina y de la casa que habitaba, y de los enamorados de mi aldea, y de las tablas que crujían... En suma, quiero ser nómada en esta época de la globalización, quiero que los venideros se acuerden, voy a ser nómada con el cayado del Hermano Tiago como auxilio y voy a ser gente en la gente que conmigo quise ser romero. Y cantaremos en el viaje. Y miraremos para as estrellas que quedan más allá de las fronteras. Y habrá trama, y habrá fermento hecho pan, y habrá mensajes para quien quiera dar la mano, y habrá, de nuevo, amigo, primo, padre, madre, y hermano. Y habrá gente. Gente siempre.

Y, ahora, mismo el último desafío pedido prestado a Wilhelm Reich en la conversa saboreada de tantos gustos con Zé Ninguém que habita en cada uno de nosotros y que es urgente hacer despertar:

talvez, en este preciso momento, piense Zé Ninguém que me leyó que, pues *es*, *mas al final*...

> No, Zé Ninguém, nunca ayudas quien te ayuda. Juegas a las cartas o te fatigas gritando en espectáculos de competición o vas narrando en tu trabajo en el escritorio o en la mina. Pero nunca ayudas quien te ayuda. Y sabes por qué? Porque todo aquel que es innovador nada más tiene a ofrecerte de inicio de que ideas. Ni lucro, ni un salario mas alto, ni bonos de Natal, ningún modo de vida mas fácil. Todo lo que pueda ofrecerte son preocupaciones, y eso ningún modo de vida mas fácil. Todo lo que pode ofrecerte son preocupaciones, y eso ya tu tienes que llegue. (REICH, 1981, 45).

Y, ahora, te recuerdo, Zé- Ninguém, que oigas de este que piense querer ser alguien: los limites, las fronteras, las portadas de cualquier entidad física, social o mental (país, religión, lugar de trabajo, multinacionales, familia, placeres, ONG's, aficionado de un clube de fútbol, región y frontera) no aparecen como algo hecho, dato absoluto o verdad incontestada. Reinventa-te, Zé Ninguém, y no dejes que suban por ti al monte de la verdad, que hasta puede tener oliveras u otros árboles de fruta o de alcanforas olorosas. Te revé, Zé Ninguém, nunca a partir de bajo pero siempre a partir de cima, nunca del punto de partida pero siempre del punto de llegada (y, en una primera fase, hasta pueden trozar de ti...). Recordándote, Zé Ninguém, los limites (te dijeron, siempre, que pienses limitadamente en tus limites) aparecen siempre de la visión y de la voluntad, de las voluntades que serán poder. Vive y sueña, Zé, sueña y vive. Asómate para más allá del inmediatamente dado. Desnúdate para ti e para os otros. E haz de la frontera la meta a ser ultrapasada. E transgredida.

Referências:

BECK, Ulrich. *O que é globalização*? equívocos do globalismo, respostas à globalização. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 282p.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Tradução: Plínio Dentzien Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 233p.

HELD, David; McGREW, Anthony (Eds.). *Prós e contras da globalização.* Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 107 p.

MALDI, Denise. De confederados a bárbaros: a representação da territorialidade e da fronteira indígenas nos séculos XVIII e XIX. *Rev. Antropol*. São Paulo, v. 40, nº 2, p.183-221. 1997.

ORTIZ, Renato. *Globalização*: mundialização, cultura e política. [2005]. ©Multirio 1995-2007 - Século XXI. Disponível em: <www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp? cod_link=37&cod_ chave=1&1>.

PESSOA, Fernando. *Poesias de Alberto Caeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

REICH, Wilhelm. *Escuta, Zé Ninguém*. Trad. por Maria de Fátima Bivar. 10. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1981. 111p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. v. 1: Para um novo senso comum. Porto: Afrontamento, 2000. 374p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Democratizar a democracia*: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 2002. 678p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. As tensões da modernidade. In: DHNET. ABC Militantes brasileiros de direitos humanos. Militantes dos direitos humanos. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/ boaventura4.html>.

Bibliografia:

ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira. *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Presença, 1976. 163p.

ARON, Raymond. *Paix et guerre entre les nations*. Paris: Calmann-Lévy, 1962. 794p.

BACHELARD, Gaston. *A epistemologia*. Trad. Fátima Lourenço Godinho e Mário Carmino Oliveira. Lisboa: Edições 70, 1981. 220p.

BACHELARD, Gaston. *Filosofia do novo espírito científico*: a filosofia do não. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1976. 206

BARRETO, António. *Tempo de incerteza*. Lisboa: Relógio d'Água, 2002. 355p. (Coleção antropos; 58).

BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernização reflexiva:* política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1997. 264p.

BECK, Ulrich; WILLMS, Johannes. *Liberdade ou capitalismo*. São Paulo: UNESP, 2003.

BERGER, Peter L. *Perspectivas sociológicas*: uma visão humanística. Tradução de Donaldson M. Garschagen. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 202p.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: um livro sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Ernesto de Carvalho; Rev. André Cardoso. Lisboa: Dinalivro, 1999. 207p.

BÉROUD, Sophie; WEYDERT, Jean. *Le devenir de l'Europe*. Paris: Atelier, 1997. 224p.

BÍBLIA SAGRADA. 3. ed. São Paulo (SP): Edições Paulinas, 2000. Antigo Testamento. Livro de Gênesis, Cap. 2-17.

BOUDON, Raymond. *La crise de la sociologie*: questions d'epistémologie sociologique. Genève: Droz, 1971. 326p.

BOUDON, Raymond. Os métodos em sociologia. Lisboa: Edições Rolim, 1990. 132p.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. *A profissão de sociólogo*: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRONOWSKI, J. *Introdução à atitude científica*. Trad. de Manuela Santos. 2.ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1983. 169p.

CARRILHO, Manuel Maria. *Epistemologia*: posições e críticas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991. 402 p.

CASTELLS, Manuel; IPOLA, Emílio. *Prática epistemológica e ciências sociais*. Trad. Maria Isabel Freitas M. Pinto. Porto: Afrontamento, 1975. 70 p.

CASTRO, Armando. *Teoria do conhecimento científico*. 5º v. Porto: Afrontamento, 1987. 243p.

DAMÁSIO, António R. *O erro de descartes*: emoção, razão e cérebro humano. Lisboa: Publicações Europa-América, 2001. 309p.

DUPAS, Gilberto. *Atores e poderes na nova ordem global*: assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação. São Paulo, UNESP, 2005. 319p.

ESPINOSA, Bento. *Ética*. Lisboa: Relógio d'Água. 1991. 501p.

FERNANDES, António Teixeira. O problema da dúvida na busca do conhecimento. S*ociologia*. Porto (Portugal): Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 1, Série I, p. 357-92, 1991.

FEYERABEND, Paul. *Contra o método*. Trad. de Miguel Serras Pereira. Lisboa: Relógio d'Água, 1993. 364p.

FOUCHER, Michel. Sobre as fronteiras da Europa. n. 40, 07/2000. Disponível em: http:// www.ambafrance.org.br/abr/label/label40/dossier/dossier/06.html>. Acesso em 2005.

GERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Tradução de Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 323p.

GRAMSCI, Antonio. *Concepção dialéctica da história*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 1984. 341p.

HESSEN, Johannes. *Filosofia dos valores*. Trad. e pref. L. Cabral de Moncada. 5. ed. Coimbra: Arménio Amado, 1980. 349p.

KHUN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992. 257p.

MASI, Domenico de. *A sociedade pós-industrial*. São Paulo: Senac, 1999.

MILLS, Charles Wright. *A Imaginação sociológica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 246p.

MORIN, Edgar. *Sociologia:* a sociologia do microssocial ao macroplanetário. Mem Martins: Publicações Europa América, 1981. 363p.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Trad. Maria Gabriela de Bragança, Maria da Graça Pinhão. Lisboa: Publicações Europa América, 1994. 263p.

MORIN, Edgar; KERN, Anne Brigitte. *Terra-pátria.* Porto Alegre: Sulina, 1995. 189 p.

MORIN, Edgar. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1996. 133p.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita*: pensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução: Eloá. Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128p.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Trad. Dulce Matos. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 177p.

MYRDAL, Gunnar. *A objectividade nas ciências sociais*. Lisboa: Assírio e Alvim, 1976. 102p.

NUNES, Adérito Sedas. *Sobre o problema do conhecimento nas ciências sociais*: materiais de uma experiência pedagógica. 4.ed. Lisboa: Gabinete de Investigações Sociais, 1979. 75p.

NUNES, Adérito Sedas. *Questões preliminares sobre as ciências sociais*. 9. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1987. 159p.

NUNES, Adérito Sedas. Uma aproximação à sociologia. *Análise social*. v. III, n. 9, p. 7-72, 1965.

PARISOT, Françoise. *Citoyennetés nationales et citoyenneté européene*. Paris: Hachette Éducation, 1998. 383p.

PIAGET, Jean. *Psicologia e epistemologia: para uma teoria do conhecimento*. Trad. por Maria de Fátima Bastos, José Gabriel Bastos. 3. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1977. 159p.

POPPER, Karl Raimund. *A lógica da pesquisa científica*. Trad. de Leonidas Hegenberg e Octanny Silveira da Mota. São Paulo: Cultrix; Ed. USP, 1972. 567p.

RAWLS, John. *Théorie de la justice*. Trad. de l'américain par Catherine Audard. Paris: Éd. du Seuil, 1987. 666p.

RAWLS, John. *Libéralisme politique*. Trad. de l'américain par Catherine Audard. Paris: Presses universitaires de France, 1995. 450p.

REICH, Wilhelm. *Análise do carácter*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 502p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna.* Porto: Afrontamento, 1989. 199p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*.3.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1990. 58p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 348p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A globalização e as ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 572p.

SANTOS, Boaventura de Sousa*. Conhecimento prudente para uma vida decente*: um discurso sobre as ciências revisitado. Porto: Afrontamento, 2003. 775p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Reconhecer para libertar*: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasiliense, 2003. 614p.

SARAGOÇA, José Manuel L. Epistemologia da sociologia: apontamentos para a sua compreensão.

Economia e Sociologia. v. 77, p. 67-86, 2004.

TOURAINE, Alain. *Crítica da modernidade*. Tradução: Elia Ferreira Edel. Petrópolis: Vozes, 1994. 431p.

WEBER, Max. *O Político e o Cientista*. Trad. Carlos Grifo Babo. 3.ed. Lisboa: Presença, 1979. 151p.

3.2 La política de salud y el espacio de participación de la sociedad civil a través de los consejos paritarios

Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini

El análisis emprendida en este hablar presenta inicialmente la trayectoria de la política de salud en Brasil rumbo a la participación ciudadana garantizada a través de la Constituición Federal de 1988 (BRASIL, 2006). Por lo tanto, se hace necesario un sucinto recorte histórico, rescatando algunos conceptos que nortearon el entendimiento acerca de la salud en el decorrer de los tiempos, considerándose que la manera como los hombres viven, se enferman y mueren posee diversas formas de explicaciones en el decorrer de la historia de la humanidad.

Y como vivimos en un país capitalista es importante tener presente el conocimiento de la forma de producción existente en esta sociedad, pues, de esa manera se comprende mejor la raíz histórica de los procesos de salud – enfermedad en la coyuntura actual, lo que también equivale a decir que muchas veces el modo de enfermarse y morir de los hombres de esta sociedad se constituye en un proceso socialmente determinado.

Vale resaltar, todavía, que pueden existir otras influencias en la salud y en la enfermedad que son de otras naturalezas como: genéticas, inmunobiológicas, agresiones por parasitas, accidentes y otras.

De esa manera, también el proceso colectivo de trabajo en los servicios de salud se define a partir de condiciones históricas sobre las cuales la salud pública se desarrollo en el país, de los cambios de naturaleza tecnológica, organizacional y también de las políticas que sobrepasaron o sobrepasan el Sistema Único de Salud (SUS).

El Estado brasileño ha privilegiado, históricamente, los intereses de los grupos dominantes, garantizando la acumulación privada del capital y excluyendo los que no detienen algún tipo de poder. La historia también nos mostró que el Estado preciso atender algunas demandas de las clases populares en el sentido de garantizar la reproducción de las mismas y a su propia legitimidad.

Con eso, la centralización del Estado se impuso a la sociedad, dificultando o vaciando la sociedad civil y neutralizando el ejercicio de la ciudadanía. E ciudadano fue convertido en usuario de los servicios ofrecidos y producidos por el Estado y a medida que la sociedad civil reclamo y lucho por el rescate de la ciudadanía, elaborando estrategias de contraposición al control ejercido por el Estado, nuevos espacios de actuación fueron y están siendo constituidos. La movilización de la sociedad civil culmino en la aprobación de la Constitución Federal que prevé la salud en cuanto deber del Estado y derecho del ciudadano. Se crea así, a partir de la nova constitución, el Sistema Único de la Salud - SUS, reglamentado, más tarde, por las Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a,b), y que según Cohn e Elias (1999), posibilitan descentralización con la fijación de las direcciones por las esferas de gobierno Federal, Estadual y Municipal, visando la atención integral que compatibilice las actividades preventivas y las asistenciales, y la participación de la comunidad, difundida como control social, a través de la participación de la sociedad, y no más del Estado.

A pesar de esas conquistas, el Estado brasileño a lo largo de su historia ha vivenciado un contexto de vida social cuya principal nota indicativa es la disparidad de condiciones entre los ciudadanos. De un lado, el avanzo tecnológicos beneficiando parcela de la humanidad; de otro, las condiciones de miseria, hambre, enfermedad, falta de acceso a la salud y, en muchos locales, restricciones de libertad, de delimitación de ejercicio de la igualdad de posibilidades, para la totalidad de la “sociedad civil”.

De acuerdo con Vieira (1998), la "sociedad civil" está ligada al pensamiento liberal, que gana proyección en el siglo XVIII y representa la sociedad de los ciudadanos. El término civil significa que la sociedad se forma de ciudadanos, entendidos como aquellos que tienen derechos y deberes.

No en tanto, "sociedad civil" sugiere idea de ciudadanía, de una sociedad criada sobre la égida del capitalismo, de una sociedad vista como un conjunto de personas iguales en sus derechos, siendo que los derechos nacen históricamente en la sociedad de un modo general, y entre los trabajadores, en particular.

En Brasil, según Santos (1979, p. 24 apud CETOLIN, 2002) "el derecho a la ciudadanía" es visto como previlegio de algunos y concesión del Estado a traves de politicas sociales, las relaciones entre el Estado y segmentos popularesinstituyen un padrón de ciudadanía reglada, donde los derechos de los ciudadanos aparecen como bienes, sujetos al control de una burocracia que por medio de normas, establece quien tiene o no derechos.

A lo largo de los tiempos, algunas acciones fueron siendo incorporadas como responsabilidades públicas y, entre ellas, se incluye la Salud, como una política de esa naturaleza. Y en ese aspecto, la Constitución de 1988 presento avanzo en lo que se refiere a la cuestión de los derechos sociales y políticos extendidos a todos los ciudadanos. Es una conquista que ocurrió en medio a una correlación de fuerzas en que "los movimientos sociales de todos los sectores iban hasta la Constituyente presionar por una Constitución que reflejase las aspiraciones de esos sectores excluidos políticamente durante la dictadura militar" (SANTOS apud LAJÚS, 1998, p. 28).

El marco constitucional es explicado por Lajús (1997, p. 13), como un momento importante, pues "estableció nuevos mecanismos de participación popular que reflejan la conquista de espacios a través del movimiento de tensión permanente existente entre Estado y la sociedad que permitieron a la sociedad imponerse y crear espacios de articulación o mismo en los momentos más difíciles en que el Estado uso de las formas más duras para reprimir la expresión y la participación de la población en las decisiones".

También el reconocimiento de la Seguridad Social por la Constitución Federal de 1988 como política que integrada a la Salud, a la Presidencia y la Asistencia Social fue una conquista de la ciudadanía y democracia en Brasil. Pero, a pesar, de la Constitución de 88 enunciar que la Salud es derecho social, una lucha significativa tuvo que ser emprendida por la Sociedad Civil para que el SUS fuese promulgado, reglamentando ese precepto constitucional (BRASIL, 2006).

Asi, para Cohn e Elias (1999, p. 70):

> Las exigencias para la adopción de criterios de la universalización, de la igualdad en el tratamiento asistencial, de la equidad y de la participación en la implementación del sistema único de salud subsisten apenas en el plano jurídico legal y en el caso brasileño so concesiones apenas retóricas, careciendo de efectividad. Esto es, no son adoptadas como derechos a nortear el cotidiano de las acciones y de prestación de servicios en la salud.

Es importante tener claro que de acuerdo con la Constitución, la organización del Estado marcada por la centralización de la gestión pública debe dar lugar a una estructura descentralizada en lo que se refiere a las acciones y decisiones, con la intención de fortalecer estados, municipios y la sociedad como un todo, en sentido de garantir el rescate da democracia. Y de que las alteraciones constitucionales trajeron visibilidad a las competencias de las diferentes esferas públicas creando un sistema descentralizado y participativo.

Por lo tanto, la Ley que reglamenta el SUS no es solamente un texto jurídico. Es también la expresión de conceptos, ideas y concepciones sobre derechos y deberes del ciudadano y del Estado respectivamente. Se trata de un texto legal que confiere a la Salud el carácter de política pública. Representa una substantiva conquista para una sociedad que se propone moderna.

Todavía, a pesar de pasarse casi dos décadas de la promulgación constitucional, se percibe que la Ley tiene sus imprecisiciones, debilidades y, sobretodo, un enorme desafío para se realizar. En esos términos, la salud pública en Brasil define que las políticas para el área serán fijadas por la Unión, Estados y Municipios y serán aprobadas por los Consejos: Nacional, Estaduales, del Distrito Federal y Municipales de Salud, instancias deliberativas del sistema descentralizado y participativo de Salud de composición paritaria entre el gobierno y la Sociedad Civil.

Definiendo también las competencias de la Unión, de los Estados, de los Municipios en lo que se refieren al apoyo técnico y financiero de los beneficios, servicios, programas y proyectos de enfrentamiento destinados a la salud de la población.

Analizando la trayectoria de la Salud en Brasil, aprendemos que esta viene definiéndose como

política pública en la dinámica histórica, con avanzo y retrocesos y esa definición viene dándose conforme las fuerzas sociales que se presentan en la sociedad brasileña.

Por lo tanto, la salud como garantía prevista en la Constitución de 1988 y reiterada en las Leyes 8.080 y 8.142, presenta la descentralización político-administrativa como una forma de envolvimiento de la Sociedad Civil en las decisiones de la esfera pública y, en ese aspecto, los Consejos Paritarios se transforman en importantes canales de participación y control social de la sociedad sobre todas las políticas públicas, no restringiéndose solamente a la política de la salud (BRASIL, 1990a,b; 2006).

Para la salud, sin embargo, esa condición implica en la posibilidad de se mantener e/o ampliar el carácter de la política pública, como derecho de ciudadanía y responsabilidad del Estado, evitando el clientelismo político, o asistencialismo emergencial y residual y el desvío de recursos.

Como ya mencionado, la Carta Magna de 1988 prevé la descentralización político-administrativa como exigencia decurrente del avanzo democrático de la sociedad brasileña, siendo que se puede entenderla sobre dos enfoques: no intragubernamental que comprende al desplazamiento de poder entre las esferas de gobierno, y, relacionada al desplazamiento del poder del Estado para la Sociedad Civil. Así, los principios fundamentales del proceso de descentralización comprenden: mayor flexibilidad, progresivo, transparencia y existencia de mecanismos de control social (BRASIL, 2006).

Y en ese aspecto Stein (1997), destaca que en contraposición al sentido dado por los neoliberales la descentralización, como una de las estrategias idealizadas para disminuir la acción estatal en el área de bienestar social, y con eso reducir los gastos públicos en ese sector.

Para ilustrar mejor esa aprehensión traemos Stein (1997, p. 93), cuando defiende:

> El proceso de descentralización que defendemos presupone la existencia de la democracia, de la autonomía y da participación, categorías entendidas como medidas políticas, que pasan por la redefinición de las relaciones de poder. Eso implica la existencia de un pluralismo, entendido como la acción compartir el Estado, el mercado y de la sociedad en la provisión de bienes y servicios que atiendan a las necesidades humanas básicas, donde el papel del Estado no sea minimizado en su deber de garantizar derechos a los ciudadanos.

En un contexto social dicho democrático, se impone la necesidad de que sean creadas nuevas formas de ejercicio de participación política, espacios públicos democráticos que consoliden y amplíen las prácticas de la representación y negociación y reactualicen la exigencia igualitaria para evitar que se reduzcan a meros ajustamientos corporativos de intereses, o entonces, que se resuelvan en el puro juego de fuerzas. Con eso, se exige un nuevo (re)ordenamiento institucional y nuevas formas de participación y control de la Sociedad Civil, entre ellos, los Consejos Nacionales, Estaduales y Municipales.

Para mejor comprender la afirmativa, trajimos Lajús (1997, p. 20), que entiende que sean los Consejos "importantes y decisivos canales institucionales de participación popular que posibilitan el pleno ejercicio de control social".

Es importante tener presente que los constituyentes de 88, asumiendo la idea de que la dignidad depende del acceso universal a la salud, la definieron como derecho de todo el ciudadano y deber del Estado Brasileño. Según el texto constitucional, las acciones y servicios de salud son de relevancia pública, lo que garantiza prioridad en relación a los demás servicios dirigidos por la administración.

Entre otras consecuencias visualizadas en la práctica, no es permitido al Estado-gestor alegar falta de recursos para el área de salud siempre que posea recursos para financiar otros servicios públicos menos relevantes. Y en ese sentido, siempre que el Estado-gestor no respete la relevancia pública de los servicios y acciones de salud, priorizando área menos importante, cumple a los mecanismos de control la debida actuación.

Historicamente, Bravo e Pereira (2001, p. 45):

> La categoría de control social fue entendida apenas como control del Estado o de empresariado sobre las masas. Es en esa acepción que casi siempre el control social es usado en la sociología, o sea, en su sentido coercitivo sobre la población. Entretanto, el sentido de control social inscrito en la Constitución y el de participación de la población en la elaboración, implementación y fiscalización de las políticas sociales. [...] esa última concepción de control social tiene como marcos el proceso de redemocratización de la sociedad brasileña con el aprofundamiento de debate referente a la à democracia y, en la salud, el movimiento de reforma sanitaria.

De modo general, control social presupone el control de las políticas públicas, o entonces, mecanismos de control do Estado por la sociedad civil. Donde el control social puede ser ejercido: 1) individualmente por los ciudadanos por medio del voto; 2) colectivamente, por la organización política de la sociedad civil; 3) por actuación de instituciones públicas representativas de los intereses sociales.

El Ministerio Público y los Consejos de Salud son ejemplos de instituciones públicas que ejercen cada cual en los límites de sus atribuciones, el control social de las políticas públicas de salud. Vale resaltar que, la actuación de estos mecanismos de control puede darse tanto en el ámbito político-administrativo como en el ámbito judicial.

Pero, los Consejos de Salud actúan específicamente en el control político-administrativo y el Ministerio Público, además de la actuación político-administrativa, sea en el acompañamiento de las políticas de salud, en la mediación de conflictos a través de términos de ajustamiento de conductas, o mismo en la fiscalización del sistema de salud, dispone todavía de mecanismos judiciales de actuación, tales como las acciones civiles públicas y las acciones de improbidad administrativa.

Reforzando, vale resaltar que, el derecho al control social reglamentado por la Ley nº 8.142, de 28 de noviembre de 1990, establece en su artículo 1º, parágrafos 1º e 2º, lo siguiente:

> Art. 1º O Sistema Único de Salud – SUS, de que trata a Ley nº 8.080, de 19 de setiembre de 1990, contará en cada esfera de gobierno, sin perjuicio de las funciones del Poder Legislativo, con las siguientes instancias colegiadas:
>
> I – la Conferencia de Salud; y
>
> II – El Consejo de Salud.
>
> § 1º La Conferencia de Salud se reunirá cada cuatro años con la representación de los varios segmentos sociales, para evaluar la situación de salud y proponer las directrices para la formulación de la política de salud en los niveles correspondientes, y es convocada por el Poder Ejecutivo o, extraordinariamente, por este o por el Consejo de Salud.
>
> § 2º El Consejo de Salud, en carácter permanente y deliberativo, es un órgano colegiado compuesto por representantes de gobierno, de los prestadores de servicio, profesionales de salud y usuarios y actúa en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la instancia correspondiente, inclusive en los aspectos económicos ye financieros, cuyas decisiones serán homologadas por el jefe del poder legalmente constituido en cada esfera de gobierno. (BRASIL, 1990).

Detallando, la misma Ley determino también que la representación de los usuarios en los Consejos de Salud y Conferencias será paritaria en relación al conjunto de los demás segmentos. Permitiendo al Consejo Nacional de Salud (CNS), aprobar la Resolución - nº 33 de 23 de diciembre de 1992, que reafirma que las vacantes de consejero de salud sean completadas de forma paritaria, quedando reservadas para los usuarios 50% de las vacantes y recomendando que los otros 50% sean distribuidas entre trabajadores de salud, gestores y prestadores de servicio público y privado (BRASIL, 1992).

Por lo tanto, los Consejos poseen condiciones que necesitan ser garantizadas por el principio de la paridad, con carácter deliberativo y autónomo. Siendo que, los Consejos de la Salud son órganos colegiados compuestos por representantes de gobierno, prestadores de servicio, profesionales de la salud y usuarios y actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de las políticas de salud en la instancia correspondiente, inclusive en los aspectos económicos y financieros, cuyas decisiones serán homologadas por el jefe del poder legalmente constituido en cada esfera de gobierno (BRASIL, 1990b, art. 1º, §2º).

Los Consejos son deliberativos, pues, son investidos legalmente de poderes para tomar decisiones y establecer prioridades. Autónomos por no caracterizarse como una entidad, pues, tiene representatividad de órganos gubernamentales y no gubernamentales.

También, son considerados paritarios, pues, son formados por número igual de representantes de órganos gubernamentales y entidades de la sociedad organizada. “Y así, una práctica que se construyó en el ámbito de las políticas públicas y de la sociedad civil, teniendo clareza que las acciones en aquel ámbito no pueden más centrarse en la voluntad del gobernante y de sus asesores”. (BATTINI, 1998, p. 50).

La garantía de la participación paritaria tiene la intención de articular conjuntamente a las acciones, no particularizándose determinados intereses, sirviendo así de peso y contrapeso de las deliberaciones. La idea de paridad no presupone armonía a todo el momento. Con la participación de los diferentes segmentos, los Consejos se caracterizan como más un espacio de legitimación de las reales prioridades.

Siendo así, los Consejos municipales pueden participar activamente del control social de la administración pública, pero es imprescindible el análisis de la legitimidad social. En ese aspecto, para Batini (1998, p. 49), “el carácter público y el no secreto, es lo representativo, y el modo de hacer presente, de tornar visible, transparente, que no es escondido y que no es prioridad de algunos”.

Otro aspecto a considerarse en el consejo y la posibilidad de sobrevivencia si ele no participar de las decisiones o de las discusiones que le dicen respecto, pues, caso contrario, tiende a ser absorbido por la burocracia y tiende a transformarse en órgano de encaminamiento de documentos, de discusión y de

interpretación, sin controlar las deliberaciones o avaluar las acciones y sus resultados.

Tal práctica, en el interior de los consejos, proporciona condiciones para el proceso de participación de la Sociedad Civil en la decisión sobre la política de atención pública, en igualdad de condiciones con el sector público. Pero, también impone a la Sociedad Civil la necesidad de organizarse para hacer uso de ese importante canal de ciudadanía, haciéndose responsable por la condición de interlocución activa, competente y consistente.

Sin embargo, existen desafíos para la consolidación de la salud como política pública, y de los consejos como espacios de construcción de ciudadanía y ejercicio pleno del control social, entre los desafíos se destaca, la alteración a las relaciones de poder local, en el sentido del (re)ordenamiento, en las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, envolviendo tanto el área gubernamental como de la Sociedad Civil y son apuntadas por Degenszajn (1998, p. 35), de la siguiente forma:

> En el campo gubernamental una de las principales dificultades se relaciona a las resistencias para que las definiciones de las políticas públicas sean abiertas a la participación y al control social, retirándolos de las manos de la burocracia estatal para permitir la penetración de la sociedad civil. En el caso de la sociedad civil, el reconocimiento de la heterogeneidad de los actores y de las concepciones, practicas y experiencias acumuladas generadoras de múltiplos intereses y demandas, ni siempre convergentes, desafía el establecimiento de la agenda común que debe orientar acciones y decisiones colectivas. En el campo de las relaciones entre representantes de la sociedad civil y representantes gubernamentales que integran los consejos, por fin, se impone el desafío de adoptar estrategias políticas que amplíen el arco de alianzas capaces de fortalecer un campo hegemónico progresista en la defensa de la política de asistencia como terreno de derechos.

Por medio de los Consejos Paritarios que se presentan como posibles instrumentos de participación política – el Consejo de Salud, sea el nacional, estadual o municipal – la Sociedad Civil garante su espacio para proponer políticas que vengan al encuentro de las reales necesidades de la población en el área de la Salud.

Reforzamos que los Consejos Paritarios son canales de participación legalmente constituidos para el ejercicio de la gestión democrática de políticas públicas y representan una posibilidad de establecer nuevas formas de relacionamiento entre el Estado y la Sociedad Civil, o sea, una posibilidad de efectiva partilla del poder entre el Estado y las colectividades locales.

Para fortalecer el abordaje, traemos Faleiros (1997, p. 60), cuando defiende que:

> La ciudadanía se fortalece en las relaciones Estado/Sociedad Civil, en las mediaciones concretas de las políticas sociales, que se tornan el campo de intervención de la accesibilidad, apoyo y acompañamiento de los usuarios. La ciudadanía constituyó en el ejercicio de los derechos civiles, políticos, sociales, ambientales, éticos, que fueron construidos históricamente, a través de las leyes, normas, costumbres, convenciones, que hacen con que los individuos sean reconocidos como miembros activos de una determinada sociedad, pudiendo exigir de sus derechos, al mismo tiempo que ella le exige determinados deberes comunes. Los deberes del Estado son, por su vez, derechos del ciudadano.

Se percibe los Consejos, como espacios de participación de la sociedad civil organizada y del poder público, visando la construcción de un proceso democrático en la elaboración, control y fiscalización de las políticas públicas**.**

Por fin, se resalta que a través de los Consejos Municipales es permitida la alteración en las relaciones de poder en nivel local, estableciendo una nueva relación entre Estado/ Sociedad Civil, pues son medios que posibilitan la participación popular, por ser considerados un canal de decisión y control de las políticas públicas de defensa de los derechos de los ciudadanos, siendo la participación presupuesto para la construcción de la ciudadanía en la conquista y defensa de los derechos sociales.

Según Degenszajn (1998 p. 130): “Los consejos, es evidente, no son el único conducto de control social no ámbito de las políticas sociales. Al contrario, su efectividad depende de asociación a otras formas y fuerzas políticas capaces de potenciar la acción”. Sin embargo, mismo no siendo objeto de este análisis, pero relevante asunto para ser discutido en otra oportunidad, es importante que hagamos referencia la efectivación de las políticas públicas, como posibilidades de adquisición de ciudadanía, a través de un conjunto de acciones de protección social.

Es notoria la existencia de desafíos para la consolidación de la Salud como política pública y de los Consejos como espacios de construcción de ciudadanía y ejercicio pleno del Control Social. Tales desafíos denotan la necesidad de alteración de las relaciones de poder local, en el sentido de (re)ordenamiento y las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, involucrando tanto el área gubernamental como la Sociedad Civil. Dándose la visibilidad principalmente de que los Consejos Municipales pueden participar

activamente del control social de la administración pública. Otro aspecto a considerarse en el Consejo y la posibilidad de sobrevivencia, pues si él no participa de las decisiones o de las ejecuciones que le dicen respecto, tiende a ser absorbido por la burocracia y a transformarse en órgano de encaminamiento de documentos, de discusión y de interpretación, sin controlar las deliberaciones o evaluar las acciones y sus resultados.

Finalizamos, reiterando que debido a complejidad que le es característica, cuanto más actores sociales o institucionales estén presentes en el curso político de Control Social, más amplio él mismo será, y la política pública de la salud podrá efectivamente ser el resultado de las relaciones establecidas entre esos diversos atores.

Referencias:

BATTINI, Odária. Participação popular e eleições municipais: o papel dos conselhos municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da (Org.). **Conselhos municipais e poder local**. Pelotas: EDUCAT/UCPEL, 1998, p. 43-58.

BRASIL. Senado Federal. ***Constituição da República Federativa do Brasil***: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/. Acesso em: 17 jan. 2007.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). ***Diário Oficial da União***. Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.055-59, Seção 1.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. ***Diário Oficial da União***. Brasília, 31 de dezembro de 1990, p. 25.694, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. ***Diário Oficial da União***; Poder Executivo, 1992.

BRAVO, Maria Ines Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). ***Política social e democracia***. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. 254p.

CETOLIN, Sirlei Fávero. ***O SUS como possibilidade de acesso social e construção da cidadania em municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde/SC.*** Itajaí, 2002. 129f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Mestrado em Gestão de Políticas Públicas, Itajaí, 2002.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. ***Saúde no Brasil***: políticas e organização de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 133p.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. ***Conselhos municipais como instrumento de construção de cidadania***. Relatório parcial do projeto de pesquisa de Mestrado. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas/RS, 1997.

_____. Reflexões sobre a sociedade brasileira, o processo de descentralização como reordenamento político institucional e os conselhos municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da. (Org.) **Conselhos municipais e poder local**. Pelotas: EDUCAT, 1998, p.17-42.

DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. 10 anos depois da Constituição Cidadã. *Revista Inscrita*. São Paulo, n. 3, nov. 1998.

STEIN, Rosa Helena. Descentralização e assistência social. ***Cadernos ABONG***, São Paulo, n. 20, Out. 1997. (Série Subsídios às Conferências de Assistência Social).

VIEIRA, Evaldo Amaro. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. **Serviço Social &**

Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 56, p. 9-22, mar. 1998.

Bibliografia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. Coleção Primeiros Passos, São Paulo (SP): Brasiliense, 1988.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Mundo Capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. **A Política Pública de Assistência Social Brasileira** – novas idéias, velhas práticas. (Dissertação) – Mestrado Universidade Católica de Pelotas/RS, 1999.

NEDER, Carlos. **Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação e Comunicação. Incentivos a participação popular e Controle Social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

3.3 El derecho sanitario en el contexto de las fronteras

Loris Baena Cunha Neto

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia adquirida (HIV) es suficientemente peligroso para justificar la privación de la libertad de un individuo? Cuando una enfermedad justifica la detención administrativa de un individuo? Cuando las medidas de salud pública entran en choque con el derecho a la libertad de locomoción de los individuos portadores de enfermedades contagiosas?

Esas preguntas motivan este estudio. Este trabajo examina la adopción de algunas medidas de la salud pública adoptadas para contener la propagación de enfermedades contagiosas. Dependiendo de la forma como esas medidas de salud pública son adoptadas, ellas violan la esfera de derechos de los ciudadanos.

En general, las legislaciones sanitarias prevén la imposición de medidas coercitivas para protección de la salud pública. Razón por la cual es relevante el debate sobre los límites de la aplicación de esas medidas. Se trata de un tema en boga en razón del surgimiento de nuevas enfermedades, como la gripe respiratoria aguda (SARS) y el resurgimiento de otras como serios problemas actuales de salud pública, la tuberculosis, por ejemplo (HARRIS; MARTIN, 2004).

Este estudio se concentra en dos tipos de medidas de salud pública: la cuarentena y la detención administrativa (o aislamiento). En general, es voluntaria la sujeción a las medidas de salud pública. El rechazo a la sujeción voluntaria ansia la adopción coercitiva de las medidas; en ese particular, la aplicación de esas medidas es objeto de cuestionamientos éticos y jurídicos.

La detención administrativa no se confunde con la reclusión decurrente de los crímenes contra la salud pública del Código Penal Brasileño (arts. 267 y siguientes). La detención administrativa, objeto de un caso a seguir expuesto, no constituye penalidad. Se trata de una medida en el ámbito de la actuación de la policía sanitaria.

La detención administrativa tampoco se confunde con la cuarentena. La cuarentena es usualmente utilizada para privar la libertad de personas saludables, que fueron expuestas a enfermedades contagiosas. La detención administrativa se refiere a la segregación ye restricción de locomoción del individuo infectado. La finalidad de ambas es prevenir la propagación del agente infeccioso mediante la restricción a la libertad de uno o más individuos.

La cuarentena es objeto de atención en el ítem 2, cuando este trabajo la menciona como una de las medidas de salud pública adoptada en el control de la gripe respiratoria aguda. No obstante la identificación de nuevas enfermedades contagiosas en el recurrir de los últimos años, la gripe respiratoria aguda fue la primera en el siglo XXI a constituir una amenaza global.

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) también motiva debates éticos y jurídicos al respecto de la adopción de medidas coercitivas de salud pública. La detención administrativa de un portador de virus HIV es abordada en el ítem 3. Por aproximadamente siete años, el Sr. Enhorn vivió meses en el hospital y otros meses forajido. Eso ocurrió en virtud de órdenes emanadas por un tribunal administrativo que determinaba el aislamiento compulsorio.

La privación de libertad del Sr. Enhorn no ocurrió en recurrencia de un delito criminal, pero en virtud de una infracción administrativa; esta consistió en el no respeto a las instrucciones de la policía sanitaria de su país. Esa detención administrativa respeto la garantía fundamental de libertad del Sr. Enhorn? Esa es una pregunta hecha a la Corte Europea de Derechos Humanos.

À luz de la decisión de la Corte Europea de Derechos Humanos y de las consideraciones pertinen-

tes a la adopción de la cuarentena alo combate de la gripe respiratoria aguda, la conclusión del trabajo sugiere algunas directrices útiles a la aplicación coercitiva de medidas de salud pública cuando restrictivas a la libertad de locomoción. La observación de esas directrices podría garantizar la preservación de los derechos del ciudadano en un escenario de crisis sanitaria, en Brasil.

Ese escenario parece no situarse en un futuro distante. Motivo por el cual pensar en la preservación de la ciudadanía es tan importante cuanto la manutención de la salud y vida de los individuos, en un ambiente afectado por una epidemia.

Cuarentena

En general, las enfermedades contagiosas de gran proporción han demostrado las deficiencias de los sistemas de salud pública de países desarrollados y en desarrollo (HEYMANN, 2002). En el caso de Canadá, eso quedó en evidencia por ocasión de la eclosión de la gripe respiratoria aguda, en 2003.

El surgimiento de esa gripe ocurrió en el sur de China en noviembre de 2002. En marzo de 2003, la enfermedad fue considerada una epidemia capaz de propagarse por el mundo. En el mes siguiente, la Organización Mundial de Salud (de aquí en adelante, OMS) lanzó un plano de acción para contener la epidemia.

En julio de 2003, la OMS comunico el control de la epidemia. Los datos divulgados en la época llaman la atención para la velocidad y la gravedad de la enfermedad: aproximadamente 800 muertes y 8000 casos de posible contacto con la enfermedad. Aproximadamente 29 países realizaron notificaciones a la OMS a respecto de la gripe respiratoria aguda (WHO, 2004). Las autoridades de esos países se enfrentaron con cuestiones éticas y legales en la aplicación de las medidas de salud pública.

Una de esas medidas fue la cuarentena, que represento una restricción a la libertad de locomoción de millares de personas. Nótese que, en Canadá, además de la cuarentena tradicional de restricción absoluta de locomoción, hubo también otras especies de cuarentena.

Uno de esos tipos de cuarentena exigía del individuo una ruta de trabajo-casa sin utilización de transporte público y sin la posibilidad de parar en cualquier otro lugar. Trabajadores del sistema de salud necesitaron aislarse de sus familiares. Inclusive, ellos tuvieron que utilizar máscaras por ocasión del contacto con otras personas dentro de sus residencias y visitas fueron prohibidas en sus casas (RIES, 2004, p. 3).

En la mayor parte de las veces, los ciudadanos canadienses voluntariamente se sujetaron a las medidas de cuarentena, dispensando, por lo tanto, la adopción de medidas coercitivas. En un número pequeño de casos, medidas coercitivas fueron necesarias (RIES, 2004, p. 3).

Ni por eso, la cuarentena en Canadá dejó de ser albo de críticas. Hubo quien critico las medidas de cuarentena aplicadas en el país por considerarlas excesivas. En ese sentido, el grado de intervención, proporcionado por la adopción de las medidas de cuarentena, fue desproporcional a la finalidad de las mismas (control y reducción del número de personas infectadas). En otras palabras, los medios no fueron adecuados al fin pretendido.

Un cuadro comparativo ayuda a comprender las críticas formuladas a las medidas de cuarentena aplicadas en Canadá. La cuarentena alcanzó un número aproximado de 30 mil personas en Toronto, como también en Beijing. Todavía, el número de personas efectivamente infectadas en Beijing fue diez veces superior al de Toronto. Esto es, en Toronto hubo una infección de cerca de 250 personas, en cuanto que en Beijing, o número de infectados alcanzo la cifra de 2500 personas (RIES, 2004, p. 5).

Las medidas adoptadas por Canadá fueron excesivas, en términos de número de personas atingidas por las medidas de cuarentena? O fue la China que adopto medidas por demás blandas en ese caso?

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos, alo analizar la adopción de la cuarentena en Beijing, identificaron que apenas un tercio de la población que fue objeto de esas medidas estuvo en el grupo de riesgo de contagio de la enfermedad. O sea, si el número de personas afectadas por las medidas de cuarentena fue excesivo en Beijing, el exceso aún mayor ocurrió en la adopción de la cuarentena en Toronto, según los especialistas (RIES, 2004, p. 5).

Aparte del uso excesivo de la cuarentena en términos de número de personas atingidas, otra crítica que se hace se refiere a los efectos adversos de la medida. Esto es, los psicológicos en las personas atingidas por la cuarentena no fueron consideradas previamente, de forma sistemática, cuando a medida fue adoptada.

Se verifico la asociación de un largo período de cuarentena con síntomas de estrés pos-traumático y de depresión. Para una parte de las personas atingidas por la cuarentena, la medida creo problemas emocionales, psicológicos y financieros (HAWRYLUCK et al., 2004).

Del total de las personas atingidas por la cuarentena que fueron entrevistadas: (i) 30 % de las personas afirmaron haber recibido información inadecuada acerca de la gripe respiratoria aguda; (ii) entre 40 y 50% de los entrevistados no recibieron instrucciones acerca del uso y de modo de desinfectar objetos personales, como escoba de dientes y talleres; (iii) 77% no recibió instrucciones sobre el uso y el modo de desinfectar el teléfono (HAWRYLUCK et al., 2004, p. 1208).

Esa es la razón por la cual se recomienda que los efectos adversos de la cuarentena (o mismo de otras medidas de salud pública) sean considerados en la formulación de las estrategias de control de las próximas epidemias.

Medidas de cuarentena para el combate a la gripe respiratoria aguda también fueron adoptadas en China, Hong Kong y Singapur, entre otros países. En esos países los métodos utilizados por las autoridades públicas poseen peculiaridades que ansían cuestionamientos éticos.

En Singapur, por ejemplo, las autoridades públicas utilizaron cámaras para monitorear los individuos con la finalidad de verificar el cumplimiento de la cuarentena (TWU et al., 2003). En China, la prisión y la ejecución son previstos para aquellos que no respeten las medidas de cuarentena (MITKA, 2003).

A respecto de los cuestionamientos éticos envolviendo determinadas modos de adoptar la cuarentena, cabe aún mencionar la medida aplicada por el gobierno cubano para evitar la propagación del virus HIV. En 1986, Cuba determinó el aislamiento de los portadores del virus HIV en sanatorios (HANCEN, 2003).

Se observa que los trabajos científicos denominan la medida aplicada por el gobierno cubano de cuarentena, aunque los individuos aislados compulsoriamente en sanatorios fuesen portadores del virus HIV.

En la época, surgieron aquellos que aplaudieron la medida por considerar un comprometimiento del gobierno en el control de la AIDS. Al mismo tiempo, hubo críticos que llamaron la atención para la violación a los derechos humanos provocado por esa política de salud pública (HANCEN, 2003, p. 2875).

La cuarentena fue suspensa oficialmente en 1994. De cualquier modo, mitad de los portadores del virus HIV aún permanecía residiendo en los sanitarios, en aquel año (HANCEN, 2003, p. 2875).

En el recorrer de la historia, se verificó que un de los grandes problemas en la aplicación de la a medida de cuarentena es la separación de determinados grupos sin una justificativa científica. Un ejemplo ocurrió en 1900 luego después la descubierta de una víctima de la peste bubónica en el barrio de Chinatown, en São Francisco, Estados Unidos. Un entendimiento equivocado de que los asiáticos eran más susceptibles a esa enfermedad contribuyó para que el Presidente de los Estados Unidos determinase la medida de cuarentena a todos chinos y japoneses residentes en la ciudad (EDELSON, 2003).

Cabe recordar que la cuarentena fue tema discutido en las primeras conferencias internacionales a respecto de la cooperación internacional en el área de la salud, en el siglo XIX. Políticas nacionales restrictivas de emigración y protección al comercio se valieron de la cuarentena para alcanzar fines no relacionados a la protección de la salud pública (FIDLER, 2003; MAGLEN, 2003).

La adopción de la cuarentena con objetivos diversos de la protección a la salud pública no se verifica en casos aislados en el recorrer de la historia del derecho sanitario. Por eso, la conclusión de este estudio se refiere a la proporcionalidad entre la medida aplicada y el fin deseado, cabiendo el gravamen de la prueba al Poder Público, como una directriz a ser seguida por políticas de salud pública.

Aparte de eso, se hace necesario una atención especial de los formuladores de las políticas de salude pública para el uso no-discriminatorio de las medidas restrictivas de derechos.

La adecuación entre la medida adoptada y la finalidad de protección a la salud pública constituye uno de los parámetros para evaluarse la legitimidad de la actuación del Poder Público, sea en un caso envolviendo la cuarentena o la detención administrativa. La Corte Europea de Derechos Humanos utilizo ese criterio en el juicio del caso a seguir expuesto.

Caso Enhorn

El Sr. Enhorn, nacido en 1947, de nacionalidad sueca, es homosexual y portador del virus HIV. En 1990, ele transmitió el virus a un joven de 19 años. Eso fue descubierto en 1994, cuando, entonces, el

departamento médico de su país determino al Sr. Enhorn una serie de conductas, conforme a la Ley de Enfermedades Infecciosas (1988) (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 8-9).

Incluso fue en ese año de 1994 que el Sr. Enhorn tomo conocimiento de que era portador del virus. No ha indicación de que el haya intencionalmente transmitido el virus al mencionado joven o mismo que hubiese actuado con evidente negligencia, lo que podría configurar un delito criminal (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 54).

Cumple citar algunos de esos requerimientos: informar su estado de salud a sus parejas sexuales, o uso de preservativos, la limitación de consumo alcohólico, consultar un médico regularmente, prohibición de donación de sangre y órganos. (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 9).

El Tribunal Administrativo competente para pronunciarse sobre el caso evaluó que el Sr. Enhorn no cumplió esos requerimientos. De ese modo, fue determinada la detención compulsoria del Sr. Enhorn en un hospital por un período mínimo de tres meses, en febrero de 1995. El Sr. Enhorn se escondió a fin de evitar la privación de su libertad, siendo detenido en el mes siguiente (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 13).

A partir de entonces, el proceso administrativo sigue para una fase de recursos em el cual se discute, entre otros temas, la extensión del período de privación de libertad del Sr. Enhorn, en cuanto este huye diversas veces del hospital. Concomitantemente a esas fugas y la fase de recursos de la decisión, el departamento médico solicito repetidamente la renovación del aislamiento compulsorio del paciente en el recorrer de los próximos siete años (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 14-15).

La suma de los períodos de detención del Sr. Enhorn en el hospital es de aproximadamente un año y medio. O sea, en el intervalo de esas detenciones, el vivió forajido (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 31-32).

En esa época, el laudo médico del Sr. Enhorn indicaba una personalidad paranoica, además del consumo inadecuado de alcohol, aunque no configurase un cuadro de dependencia. En ese sentido, el laudo indico una probabilidad alta del paciente infectar otras personas (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 19).

En 2000, el Sr. Enhorn impetro una acción en la Corte Europea de Derechos Humanos alegando violación del parágrafo 1º del artigo 5º de la Convención Europea de Derechos del Hombre y Libertades Fundamentales (de aquí en adelante, Convención). Este es el dispositivo de la Convención con base en el cual el impetrante fundamento sus argumentos (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 1, 30):

> **Artículo 5º:**
>
> 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes e de acuerdo con el procedimiento legal:
>
> (...)
>
> b) Se fuese preso o detenido legalmente, por desobediencia a una decisión tomada, en conformidad con la ley, por un tribunal, o para garantizar el cumplimiento de una obligación prescrita por la ley;
>
> e) Si se tratar de la detención legal de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un alienado mental, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo. (COUNCIL OF EUROPE, 1950).

Dos argumentos principales nortearon las alegaciones del impetrante: (i) violación material y procesal del derecho nacional; (ii) la detención no respecto el principio de la proporcionalidad inscrito en la línea “e” del parágrafo 1º del art. 5º de la Convención, siendo, por lo tanto, una medida no adecuada para evitarse la diseminación de la enfermedad contagiosa (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 31).

De acuerdo con la Corte, el principio general de la certeza jurídica necesita ser respetado en casos de privación de libertad. Esto es, el derecho nacional necesita ser claro en la definición de las condiciones por las cuales es posible detener un individuo. Por lo tanto, la aplicación de la ley necesita ser previsible y necesita en los casos de detención administrativa. (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

Para verificarse la conformidad de la detención con la ley, se utiliza el criterio de la ausencia de arbitrariedad. Así, la detención de un individuo se justifica apenas cuando otras menos severas hubiesen sido aplicadas y evaluadas como ineficaces la protección del interés individual y público (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

No basta que la detención este conforme a ley nacional. Es preciso que la detención este conforme al principio de la proporcionalidad (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 36).

La Corte considero que los términos “causa razonable” y “manifiesto de riesgo de diseminación de la infección” de la ley sueca eran por demás vagos para que la ley cumpliese el requisito de aplicación previsible y de precisión (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 37).

La Ley de Enfermedades Infecciosas confería un poder discrecionario al médico responsable en la aplicación de las instrucciones necesarias a la prevención de la diseminación de la enfermedad (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 38).

No obstante esa observación, la Corte reconoció que la detención del Sr. Enhorn respeto el derecho nacional. Esto es, la Corte confirmo la evaluación de los tribunales administrativos suecos de que el Sr. Enhorn no había cumplido voluntariamente las medidas necesarias para prevenir la diseminación del virus HIV y que era procedente a sospecha de que la libertad del individuo implicaría un riesgo de diseminación de la enfermedad (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 38-39).

Sin embargo, cuando la Corte pasó a examinar si la detención cumplió el criterio de proporcionalidad, la evaluación fue contraria a las autoridades suecas. Así, la Corte reconoció que la detención estaba conforme a ley sueca, todavía, ella no estaba de acuerdo con el principio de la proporcionalidad, que es elemento esencial a la privación de la libertad a la luz del artículo 5º de la Convención (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 41, 55).

La línea "e" del parágrafo 1º del artigo 5º de la Convención, al prever la privación de la libertad de un individuo, no refleja una preocupación solamente con el interés público, más también con el interés individual de aquel que es detenido. O sea, el bienestar del individuo, su salud, o mejor, su interés personal necesita también ser considerado en casos como este en comento (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 43).

En el examen de la conformidad de la detención con la Convención, la Corte distinguió dos criterios: (i) si la enfermedad en análisis era suficientemente peligrosa para justificar la privación de la libertad; (ii) si medidas menos severas fueran aplicadas y evaluadas como insuficientes a la protección de la salud pública (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 44).

En el caso, el virus HIV fue considerado suficientemente peligroso a la salud pública de modo a justificar la esperanza de la libertad de un individuo (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 45).

El análisis del criterio pertinente a la aplicación de medidas menos severas por las autoridades suecas demando un examen pormenorizado de las circunstancias fáticas (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 46).

El Sr. Enhorn no cumplió rigurosamente las instrucciones que había recibido del departamento médico en septiembre de 1994. Aunque haya tenido tres consultas médicas entre septiembre de 1994 y noviembre del mismo año y dos consultas domiciliares posteriormente, el no compareció por cinco veces cuando convocado entre los meses de octubre y noviembre de 1994 (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 50).

Otra instrucción que cabía al Sr. Enhorn cumplir era comunicar a los médicos que era portador del virus HIV por ocasión del tratamiento odontológico y de cualquier intervención cirugía necesaria. En determinados momentos, el se declaro portador del virus HIV delante de una consulta médica, en otras no (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 51).

La Corte observo que el Sr. Enhorn no poseía intención de transmitir el virus para otras personas, o tampoco, el asunto le era indiferente. No obstante su ausencia prolongada del hospital (en los períodos en que se encontraba forajido), el no había infectado ningún otro pareja sexual (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 54).

Por fin, la Corte considero que las autoridades suecas no aplicaron medidas menos severas al Sr. Enhorn para detener la diseminación del virus HIV. Siendo así, ocurrió un desequilibrio entre la necesidad de prevenir la diseminación del virus HIV y el derecho a la libertad del individuo. Ese desequilibrio, por su vez, configuro una violación al parágrafo 1º del art. 5º de la Convención (COUNCIL OF EUROPE, 2005, par. 55).

La relevancia del caso Enhorn reside en el hecho de haber sido el primer juicio de la Corte Europea de Derechos Humanos el cual examina específicamente los límites de la detención administrativa para evitar la diseminación de una enfermedad contagiosa.[1]

Los casos anteriores en el ámbito de la Corte que versaban el corte de la esperanza de la libertad de un individuo en razón de la protección a la salud envolvieron individuos con problemas mentales, alcohólicos, toxicómanos (MOWBRAY, 2005a). El embate entre el derecho a la libertad y el derecho a la salud también está presente en esos casos, pero se diferencian del caso Enhorn por el impacto social proporcionado por una enfermedad contagiosa.

1 Sobre la relevancia del caso Enhorn, ver Mowbray (2005b).

Conclusión

Diariamente, los periódicos notician la propagación de la gripe aviaría (virus H5N1) por el mundo. En el medio científico, hay un recelo de que la pandemia de la gripe aviaría tenga un impacto mundial semejante a la gripe española ocurrida entre 1918 y 1919, que provoco la muerte de 40 millones de personas.

Hacen años investigadores científicos predicen el surgimiento de una pandemia de gripe. "Se cree que no es una cuestión se va a ocurrir la pandemia, pero cuando ella ocurrirá, y el H5N1 torna esa previsión particularmente perturbadora" (BARTLETT; HAYDEN, 2005, p. 461).

La situación enfrentada por los países delante de una enfermedad contagiosa de grave proporción puede servir de reflexión a los formuladores de las políticas públicas brasileñas. Se hace necesario reflexionar como Brasil adoptará medidas de salud pública necesarias a la preservación de la salud y vida de la población sin que haya violación de los derechos fundamentales.

En un ejercicio de reflexión sobre ese tema, fueron elaboradas algunas directrices pertinentes a la aplicación de medidas de salud pública restrictivas a la libertad de locomoción:

(i) ninguna medida de salud pública puede originarse en preconceptos acerca de cualquier minoría social. Esa directriz lleva en consideración el hecho de que las medidas abordadas en este estudio fueron comúnmente utilizadas contra minorías sociales, en virtud de preconceptos en el recorrer de la historia;

(ii) respeto al criterio de la proporcionalidad entre la medida aplicada y el objetivo a ser alcanzado;

(iii) la medida pertinente a la restricción de la libertad debe ser adoptada solamente cuando otras no produzcan comprobadamente el resultado anhelado;

(iv) Se debe considerar el impacto psico-social de la adopción de medidas privativas de la libertad del individuo. Los efectos de esas medidas en el bienestar de las personas y la reinserción social después del aislamiento constituyen elementos relevantes en la formulación de políticas públicas de control epidemiológico;

(v) los individuos alcanzados por la restricción a la libertad no pueden sufrir cualquier especie de preconcepto durante o después a la adopción de la medida. Para eso, se hace necesario que las autoridades públicas y los medios de comunicación sean extremamente cuidadosos en el lenguaje utilizado en la divulgación de noticias y en la propia adopción de las medidas;

(vi) derecho a la información debe ser respetado en ese tipo de situaciones. El individuo, que se encuentra en el grupo de riesgo y sufre la restricción a la libertad, debe tener acceso adecuado a las informaciones acerca de la enfermedad y de medidas de profilaxis;

(vii) cabe al Poder Público el gravamen de probar, o justificar, la necesidad de la restricción de la libertad del individuo, como también de demostrar que no existe medida menos restrictiva de la libertad que alcance el mismo objetivo.

El impacto de las enfermedades contagiosas en los países desarrollados y en desarrollo han llamado la atención a las deficiencias de los sistemas de salud pública. Perfeccionarlos es la única manera de evitar que determinadas enfermedades se transformen en epidemias, o agravamiento de las mismas.

En ese sentido, la revisión de la legislación sanitaria brasileña está a cargo de un grupo de trabajo coordenado por el Centro de Estudios y Pesquisa de Derecho Sanitario (CEPEDISA) de la Universidad de São Paulo. Entre las atribuciones de ese grupo, se encuentra la identificación de necesidad de reglamentación de una situación de pandemia. La cuarentena y el aislamiento son tópicos incluidos en el trabajo de ese grupo (BRASIL, 2005, p. 79).

Cumple observar que la participación de CEPEDISA en el trabajo antes mencionado garantiza la aplicación del concepto de abogacía en salud. Una vez que el concepto de abogacía en salud considera el ejercicio de la ciudadanía (DALLARI et al., 1996, p. 600), es posible presuponer que la legislación sanitaria brasileña está siendo revista sobre un sesgo de la democracia y otros valores que consideren el interés colectivo sin perder de vista los intereses individuales.

Referencias:

BARTLETT, John G.; HAYDEN, Frederick G. Influenza A (H5N 1): Will it be the next pandemic influenza? Are we ready? ***Annals of Internal Medicine***, Philadelphia, v. 143, n. 6, p. 460-2, 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ***Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza***. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 224p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_flu_final.pdf> Acesso em: 12 de mar. 2006.

COUNCIL OF EUROPE. *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais*: adotada em 4 de novembro de 1950. Disponível em:< http://www. gddc.pt/direitos-humanos>. Acesso em: 12 de mar. 2006.

COUNCIL OF EUROPE. European Court of Human Rights. *Case of Enhorn v. Sweden*. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2005. Disponível em: <http://www. www.echr.coe.int> Acesso em: 12 de mar. 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. ***Revista de Saúde Pública***. São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, dec. 1996.

EDELSON, Paul J. Quarantine and social inequity. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 21, p. 2874, dec. 2003.

FIDLER, David P. Emerging trends in international law concerning global infectious disease control. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 9, n. 3, p. 285-290, mar. 2003.

HANCEN, Helena; GROCE, Nora. Human immunodeficiency virus and quarantine in Cuba. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 21, p. 2875, dec. 2003.

HARRIS, A.; MARTIN, R. The exercise of public health powers in an era of human rights: the particular problems of tuberculosis. ***Public Health***. v. 118, n. 5, p. 313-22, jul. 2004.

HAWRYLUCK, Laura et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 10, n. 7, p. 1206-12, jul. 2004.

HEYMANN, David L. The microbial threat in fragile times: balancing known and unknown risks. ***Bulletin of the World Health Organization***. v. 80, n. 3, p. 179, mar. 2002.

MAGLEN, Krista. Politics of quarantine in the 19th century. ***Journal of the American Medical Association***. v. 290, n. 1, p. 2873, dec. 2003.

MITKA, Mike. SARS thrusts quarantine into the limelight. ***Journal of the American Medical Association***, Chicago, v. 290, n. 13, p. 1696-8, out. 2003.

MOWBRAY, Alastair. Compulsory detention to prevent the spreading of infectious diseases. ***Human Rights Law Review***. v. 5, n. 2, p. 387-391, 2005b.

MOWBRAY, Alastair. Institutional developments and recent Strasbourg cases. ***Human Rights Law Review***. v. 5, n. 1, p. 169-88, 2005a.

RIES, Nola M. Public health law and ethics: lessons from SARS and quarantine. ***Health Law Review***. v.13, n. 1, p. 3-6, p. 3, 2004.

TWU, Shiing-Jer et al. Control measures for severe acute respiratory syndrome (SARS) in Taiwan. ***Emerging Infectious Diseases***. v. 9, n. 6, p. 718-20, jun. 2003.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS): updated recommendations - october 2004. WHO/CDS/CSR/ARO/2004.1. Disponível em: < http://www.who.int/csr/resources/ publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1.pdf> Acesso em: 5 de mar. 2006.

CAPÍTULO

IV

LA SALUD COMO BIEN COLECTIVO Y LAS POLÍTICAS DE GOBIERNO

Salud: la concepción política y la perspectiva brasileña
José Saraiva Felipe

La salud en las fronteiras: “una propuesta de bienestar y desarrollo”
Antônio Horácio Toro Ocampo

4.1 Salud: la concepción política y la perspectiva brasileña

José Saraiva Felipe

Introdução

Los países de América Latina realizaron, en el inicio de la década de 80, una gran transición democrática. Hasta el final de los años 70, la gran mayoría de los latino-americanos vivía sobre regímenes autoritarios que impedían la libre manifestación de pensamiento y consecuentemente mudanzas en las concepciones de las políticas sociales vigentes.

Impulsionados por los saludables y oportunos aires traídos por la democracia, desde la Cordillera de los Andes, de las Pampas, de los pulmones de la Amazonia, de la brisa caliente del Caribe, los sectores sociales pasaron a exigir de los nuevos gobernantes una gran mudanza en las políticas sociales. El sector salud fue el que más se beneficio, principalmente por la ocurrencia de la Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata, realizada en 1979.

El lema "Salud Para Todos Hasta el Año 2000" hizo eco en todo el mundo, pero tuvo resonancia especial en América Latina. Los sanitaristas brasileños, especialmente los ligados a la academia, amplificaron este eco por todo Brasil. La palabra de orden era la descentralización y la municipalización de la salud, rescatando lo establecido en la 3ª Conferencia Nacional de Salud, ocurrida en 1963, en el último suspiro democrático que vivió Brasil antes de las tinieblas de la dictadura iniciada en 1964.

La redemocratización ocurrida en 1985 posibilito la realización de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986, sangría natural de un fuerte obstáculo que, por más de 20 años, contuvo el ideal de un sistema de salud universal, integral, justo, humanizado, del cual todos tuviesen derecho de participar. Fue un momento impar en la historia de la salud pública brasileña. Más de 4 mil delegados, electos en todo Brasil, comparecieron a Brasilia para opinar sobre el sistema público de salud que querían. Nació así la propuesta del Sistema Único de Salud – SUS.

Brasil vivía en el mismo período la Asamblea Nacional Constituyente. Muchas negociaciones ocurrieron y los demócratas de la salud consiguieron crear un nuevo concepto de Seguridad Social, incluyendo la salud en su capítulo. Cinco artículos de la Constitución Federal garantizaron la creación de un renovador sistema de salud. El seria grande lo suficiente para incluir toda la población brasileña y al mismo tiempo flexible lo bastante para se adaptar y acomodar todas las diversidades de un país continente, con territorios en la Zona Temperada y en la Zona Tórrida del Ecuador, de las Pampas a la Amazonia, del litoral hasta las faldas de los Andes.

Concebido su estatuto legal por la Constitución Federal y por la legislación infra-constitucional, el SUS empezó a ser implantado. Sus principios y directrices son la universalidad, la integridad, la equidad, la descentralización, la regionalización, la jerarquización, la municipalización, la participación de la comunidad, incluyendo el control social y la gestión única del sistema en cada esfera de gobierno. Han pasado 25 anos desde su aprobación y el SUS ya adquiere madurez, refrendado por otras cuatro Conferencias Nacionales (1992, 1996, 2000 e 2003). Se Transformo, en ese período, en el mayor programa de atención médico-social del mundo, garantizando acceso universalizado y gratuito a servicios de salud a los 180 millones de brasileños.

Las investigaciones realizadas demuestran claramente que la población aprueba el sistema. Los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud en 2002, en centenas de países, inclusive en Brasil, revelo que el grado de satisfacción del usuario del SUS es similar al de Italia, superior al de Portugal y de España y queda debajo de los Estados Unidos, países con sistemas más antiguos, más caros y más estabilizados que el brasileño. Más de 75% de la población brasileña tiene en el SUS su único

acceso a la salud. En algunas regiones, como el Norte y el Nordeste, este número se eleva a más de 90% de la población dependiente exclusivamente del Sistema Único de Salud.

Investigación realizada en agosto de 2005 por el Ibope (Instituto Brasileño de Opinión Pública y Estadística) apunta un dato revelador sobre el impacto del sector salud en la vida del ciudadano brasileño. Mismo llevándose en cuenta la enorme complejidad socioeconómica de Brasil, con problemas seculares en lo que dice respecto a las diferencias del desenvolvimiento regionales y mismo de infraestructura en varios de sus grandes aglomerados urbanos, se resalta la evaluación positiva de los brasileños en relación a los médicos, apuntados como la institución de mayor credibilidad del País, con 81% de la confianza de la población, bien a frente de la Iglesia Católica (71%), Fuerzas Armadas (69%) e Imprensa (63%).

Partiéndose del presupuesto de que 140 millones de brasileños forman el universo de usuarios del sistema, contra 40 millones que tienen acceso a planos de salud de privados, pero que también pueden, por garantía constitucional, beneficiarse a cualquier momento del sistema universal, puede deducirse que la gran aprobación de los médicos, 80% de ellos prestadores de servicio al SUS, dice respecto al sistema público de salud.

No es un sistema perfecto – y nunca será. Más es el mejor que ya tuvimos, lo más racional es lo más democrático que conseguimos alcanzar. Son enormes los desafios del sistema. Por el propio universo dentro del cual fue concebido, los números involucrados en el SUS son extraordinariamente impresionantes. El es constituido hoy por una red de 5.864 hospitales, 500 mil lechos y 60 mil unidades ambulatoria les, si consideramos los públicos y los privados contratados. El sistema realiza en media entre otros procedimientos de salud, 12,3 millones de internaciones, 1,4 billón de exámenes ambulatorial, 290 millones de exámenes de laboratorio, 23.400 transplantes y 8 millones de sesiones de hemodiálisis por año. De estas internaciones, aproximadamente 40% son realizadas en hospitales privados contratados, 30% en hospitales filantrópicos, 20 % en hospitales públicos y 10 % en hospitales universitarios.

Ese sistema responde aún por las ejecuciones de programas de salud internacionalmente reconocidos como el DST/Sida y el PNI (Programa Nacional de Inmunización), seguramente los mayores del mundo por su carácter universal y gratuito. E programa de combate al Sida fornece gratuitamente el cóctel de medicamentos de última generación a 163 mil pacientes portadores del virus HIV y es respetado por la comunidad internacional por su característica de exención fiscal cuanto a aspectos morales y religiosos. El PNI, por su lado, se transformo en el mayor esfuerzo de inmunización de la comunidad internacional en número de vacunas disponibilizadas y dosis aplicadas, en cuanto solamente con la atención primaria ya tenemos hoy en actuación 24 mil equipos en el Programa de Salud de Familia, o PSF, con cobertura de 88,6% de los municipios brasileños.

Se puede afirmar, con la seguridad de las estadísticas y de los números, que la salud en Brasil dio un gran salto cualitativo con el SUS, pero no llegaría al exagero de decir que el sistema es 100% eficaz, hasta mismo por la característica de la salud ser un trabajo inconcluso, una rueda que no para, una cierta maldición de Sísifo, el mitológico castigo que nos lleva a la cumbre de la montaña para luego en seguida retomar, de abajo, la tarea que nunca acaba. Un sistema público de salud es, siempre, un proceso en permanente construcción.

PRINCIPIOS:	**DIRECTRIZ:**
- Universalidad	- Descentralización
- Integralidad	- Regionalización
- Equidad	- Hierarquización
	- Municipalización
	- Gestión Única en cada esfera del gobierno
PRINCIPIO Y DIRECTRIZ:	
- Participación de la Comunidade (Control Social)	

Cuadro I – Principios y directriz del sistema brasileño

El sistema de salud antes de la reforma sanitária

Antes de la Constitución Federal de 1988, el Ministerio de la Salud dividía con el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdencia Social - INAMPS la responsabilidad de cuidar de la salud de los brasileños. El INAMPS llevaba nítida ventaja, pues detenía los recursos recaudados por la Previdencia Social, en cuanto el Ministerio de la Salud dependía del Presupuesto de la Unión, siempre limitado para el sector.

En el plano federal, el Ministerio de la Salud operaba una red de hospitales públicos en algunas capitales, principalmente en Río de Janeiro, capital del país hasta 1960. Era también federal la Fundación de los Servicios Especiales de Salud Pública (Fundación SESP), hoy Fundación Nacional de Salud (Funasa), que operaba una red de ambulatorios y hospitales en las regiones Norte y Nordeste, además de realizar acciones de salud pública, en especial el control de endemias. El Ministerio de la Educación administraba una red de hospitales universitarios federales, sin cualquier vinculación con el Ministerio de la Salud. El Ejército, la Marina y el Aeronáutica operan un sistema propio de hospitales y ambulatorios, exclusivos para las tropas, familiares y dependientes.

En resumen, mientras el Ministerio de la Salud trataba de las cuestiones de enfermedades endémicas y de eventuales epidemias, con campañas nacionales de erradicación de enfermedades y vacunas, el INAMPS cuidaba de la asistencia médica, hospitalaria y ambulatoria, de forma centralizada y vertical, con una gran red asistencial propia y privada contratada, exclusivamente para os trabajadores inseridos en el trabajo formal y sus dependientes legales. Estados y municipios no operaban la salud como prioridad. En la realidad, salvo algunas excepciones, pocos estados tenían redes asistenciales propias y los municipios, en su gran mayoría, no hacían inversiones en la salud.

Cuando funcionaban unidades de las tres esferas de gobierno en un municipio, sus acciones eran contradictorias o superpuestas, con actuación independiente, sin cualquier vinculación entre sí, aunque la población-albo fuese la misma.

La Constitución Federal estableció que "*la responsabilidad por la Asistencia Médica y la Promoción de la Salud es de los municipios, que para tal deben contar con la participación y contribución técnica y financiera de la Unión y de los Estados Federados. (C.F. artículo 30 inciso VII)*".

En el Sistema de Salud de Brasil, el Gestor Nacional es el Ministro de la Salud. Del sistema participan todos los estados y municipios, con sus respectivos servicios de atención a la salud, manteniendo la posibilidad de contratación de los servicios de prestadores privados y filantrópicos mediante tarifa nacional adaptada a las realidades locales. El INAMPS fue extinto y sus atribuciones asumidas por el Ministerio de la Salud.

El sistema de salud despues de la reforma sanitaria

La reforma en el sector salud exigió que se estableciese un proceso de transferencia de poder y de recursos de la instancia federal para las instancias estaduales y municipales. Entre tanto, en un país con las dimensiones y diferencias regionales de Brasil, diferentemente de otros países de América Latina, ese proceso exigió y aún exige mudanzas de varias ordenes, pues no bastan instrumentos y medidas legales para que la implementación se concretice. Las mudanzas pretendidas con el SUS implicaron no apenas en la transferencia de recursos y atribuciones, más también en la alteración de la cultura vigente y en el formato de la estructura. La exigencia de Consejos Municipales de Salud, de constitución paritaria, con 50% de la capacidad ocupadas por representantes de usuarios, garantiza la participación social en el control y en el acompañamiento de la gestión.

El Sistema de Salud brasileño es fruto de una Política de Estado y no de un gobierno. Es democrático, suprapartidario, redistribuye poder y recursos y redefine los papeles de los gestores públicos, de establecimiento de relaciones consensúales entre los gestores de diferentes instancias de gobierno, de reorganización institucional y de participación popular, a través de los Consejos de Salud en todas las instancias. Es un sistema flexible que permite la adhesión paulatina de los estados y municipios de acuerdo con las posibilidades financieras, recursos humanos, capacidad instalada y peculiaridades sociales y económicas locales y regionales, en que la negociación substituye la imposición vertical y el pacto divide responsabilidades. Responde hoy por 7,9% do PIB, genera 2 millones de empleos directos y ejerce fuerte influencia sobre el sector de tecnología, del cual es uno de los principales consumidores.

Brasil es una República Federativa y los municipios y los estados son entes federativos, y como tal no dependen de transferencias de competencias de la Unión para la gestión de los sistemas estaduales o

locales de salud. Sin embargo, depende de los recursos originarios de esos niveles de gobierno para ejercer sus funciones.

Los gobiernos federales estaduales, transfiriendo para los municipios sus redes ambulatoria les y gran parte de las hospital ares, fueron dejando a estos últimos el papel de prestadores de servicios, salvo en situaciones puntuales y estratégicas. De ahí la necesidad de una relectura del papel de las Secretarías Estaduales de Salud, que deben dejar la función de prestadoras de servicios asistenciales para que asuman el control de la gestión regional, planeando, articulando y reordenando los recursos de salud en el ámbito de su territorio. Esa función de las secretarías en el SUS no se restringe apenas a las actividades asistenciales, pero al conjunto de las acciones de promoción, que implican las vigilancias sanitarias, epidemiológicas y ambientales, donde crece la función de control de ámbito regional.

La transferencia de competencias es un proceso construido, tanto por parte de quien recibe cuanto de quien transfiere. Así, no apenas los municipios, pero también los estados tuvieron que adecuarse para asumir su nuevo papel, así como el propio Ministerio de Salud.

INSTANCIA FEDERAL

- Centralizada en el Gobierno Federal
- Dividida en tres Ministerios:
- Ministerio de Presidencia (INAMPS)
- Ministerio de Salud (Fundació n SESP / SUCAM)
- Ministerio de Educación (Ambulatorios y Hospitales Universitarios)

- Acciones verticales sin considerar las grandes diversidades regionales
- Ausencia de participación de los Estados y municipios
- Gastos con internación mayor de que los gastos con ambulatorio

INSTANCIAS ESTADUALES Y MUNICIPALES

- Absoluta falta de integración entre las Unidades de Salud de las instituciones federales en los territorios estaduales y municipales
- Absoluta falta de integración entre las Unidades de Salud estaduales y municipales entre si y con las federales
- Acciones enfocadas exclusivamente en la asistencia a la salud
- Cultura sedimentada de que salud era competencia federal
- Ausencia de control social

Cuadro II – El Sistema Antes de la Reforma

- Gestor nacional do sistema es el Ministerio de Salud
- Gestor único do sistema en cada Estado y municipio
- Integración de los sistemas con suma de los recursos
- Financiamiento compartido entre los entes federados
- Control social en todas las instancias del gobierno
- Sistema descentralizado, jerarquizado y municipalizado

Cuadro III – El sistema después de la reforma

Estructura, organización, control social y flujo del sistema

La Constitución Federal exige, para cada instancia de gobierno, un Consejo de Salud. Ellos son obligatoriamente de constitución paritaria, con participación de los diversos actores sociales relacionados a la salud: 50% de ellos representantes de los usuarios y los demás 50% divididos entre 25% de represen-

tantes del poder público, prestadores de servicios privados y filantrópicos y 25% por profesionales trabajadores del sector salud. Todos los estados federados y todos los municipios brasileños ya disponen de Consejos de Salud.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es constituido por 42 miembros y presidido por el Ministro de la Salud. Como los demás consejos, es un órgano deliberativo y sus decisiones deben ser homologadas por el gestor del respectivo nivel. O CNS es orientador de la Política Nacional de Salud y de las directrices para implementación de las políticas. De él participan entidades de representación nacional de trabajadores, sindicatos, asociaciones de moradores, portadores de patologías, representantes de entidades nacionales de médicos, enfermeros y demás trabajadores de salud, representación de hospitales públicos y privados, además de otros Ministerios del área social de gobierno.

Los Consejos de Salud ejercen el control social de la aplicación de los recursos públicos, pues participan no sólo del acompañamiento de los gastos pero son responsables por la aprobación de los Planos de Salud elaborados por los gestores en las tres esferas de gobierno, bien como de sus prestaciones de cuentas por medio de los Informes de Gestión. Fueron creadas, también, instancias de negociación y pacto: las Comisiones Intergestores Bipartitas, en ámbito de los estados (participación de representantes del estado y de los municipios de forma paritaria), y, en el ámbito federal, la Comisión Intergestores Tripartita, donde participan, habitualmente, cinco representantes de cada uno de los entes federativos Unión, estados y municipios). Estos también son foros de participación paritaria, siendo los representantes de los estados y municipios designados por sus pares. Obligatoriamente, los representantes de los Estados y municipios son electos uno para cada una de las cinco macro-regiones del país. Esta determinación busca contemplar las disparidades y diversidades regionales.

El objetivo de la tripartita y bipartitas es proponer y definir medidas de loso gobiernos, visando el perfeccionamiento del Sistema de Salud. Cuando envuelve la distribución de recursos, los pactos deben ser aprobados por los Consejos de Salud de la respectiva competencia.

MINISTERIO DE SALUD
Consejo Nacional de Salud
Comisión Intergestores Tripartita
⇑⇓

SECRETARIAS DE ESTADO DE LA SALUD
Consejos Estaduales de Salud
Comisiones Intergestores Bipartitas
⇑⇓

SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD
Consejos Municipales de Salud

Comisión Intergestores Tripartita -•CIT

05 Representantes del Ministerio de Salud
05 Representantes del CONASS (Consejo Nacional de los Secretarios Estaduales de Salud)
05 Representantes del CONASEMS (Consejo Nacional de los Secretarios Municipales de Salud)

Comisiones Intergestores Bipartitas - CIBs

- Representantes de las Secretarias del Estado de Salud
- Representantes das Secretarias Municipales de Salud

Obs.: constitución paritaria

Cuadro IV - Dinámica de los colegiados del sistema

Financiamiento de la salud

El sector salud en Brasil vivía una crónica deficiencia financiera, fruto de la falta de vinculación de un porcentual garantizado para ser aplicado, tanto del presupuesto federal como de los estados y de los municipios. En cuanto el sector de educación garantizó en la Constitución Federal de 1988 un porcentual mínimo del Presupuesto a ser aplicado en educación, por cada instancia del gobierno, el área de salud no tenía esta garantía.

1 – Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social – Cofins
2 – Contribución sobre el Lucro Líquido de las Empresas – CSLL
3 – Contribución sobre a Movimiento Financiera – CPMF
4 – Parte del Lucro Líquido de Concursos de Pronósticos
5 - Contribución sobre o Lucro das Personas Jurídicas – CLPJ
6 - Tesoro de la Unión, Estados e Municipios.

Cuadro V - Fuentes de financiamiento del Sistema de Salud – instancia federal

En el cuadro que se sigue puede ser evidenciado que mismo habiendo un incremento en los valores nominales de los ingresos presupuestarios para o Ministerio de la Salud, a su participación en el porcentual del PIB permaneció prácticamente constante.

Em R$ Milhões Nominais

	PIB	Variação do PIB	Despesa Total	Despesa EC 29 em % do PIB
1995	646.192	-	14.937	1,9%
1996	778.887	20,5%	14.377	1,6%
1997	870.743	11,8%	18.804	1,8%
1998	914.188	5,0%	19.324	1,7%
1999	973.846	6,5%	20.338	1,9%
2000	1.101.255	13,1%	22.699	1,8%
2001	1.198.736	8,9%	26.136	1,9%
2002	1.346.028	12,3%	28.293	1,8%
2003	1.556.182	15,6%	30.226	1,7%
2004	1.769.202	13,7%	36.538	1,8%

Fonte; IBGE; SIOPS/SCTIE/MS

Cuadro VI - La evolución del PIB y de las gastos del Ministerio de Salud, 1995 a 2004

En 2000, fue aprobada la Enmienda Constitucional 29, que garantizó un porcentual mínimo de los respectivos presupuestos a ser aplicado en salud, por cada ente federado, como en el cuadro abajo:

Cuadro VII

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA	RECURSOS DE SALUD
UNIÓN	Presupuesto del año anterior + % Variación del **PIB** en relación al año anterior *
ESTADOS	**12%**
MUNICIPIOS	**15%**

* A partir de 2006 una Ley Complementar establecerá o % mínimo da Unión – PRECONIZA-SE 10% DO ORÇAMENTO

Los objetivos de la vinculación de los ingresos para las acciones y servicios de salud son:

- Comprometer las tres esferas de gobierno con el financiamiento de la salud;
- Establecer fuentes estables de financiamiento, previniendo crisis o situaciones de insolvencia:
- Propiciar planeamiento necesario a la sustentabilidad del SUS;
- Garantizar la continuidad del sistema basado en el financiamiento público y cobertura universal.

El cuadro VIII muestra, en valores nominales, las inversiones y inversiones financieras acorridas en los años de 2003 a 2005, constantes en la ley presupuestaria anual y su ejecución. Se pode verificar el aumento continuo del porcentaje de ejecución presupuestaria, que pasa de 65,41% en 2003 para 81,11% en 2005. Hube un aumento de 126,47% de inversiones ejecutados pelo Ministerio da Salud, lo que significo R$ 1,183 billón a mas en 2005 en relación al recurso aplicado en 2003. Importante destacar que la participación de las inversiones en el presupuesto total disponible para o Ministerio da Salud creció en este período.

Para desencadenar la descentralización de la salud o Ministerio estableció, en el final de 1994, los Techos Financieros para los Estados (TFE), basado inicialmente en serie histórica de gastos federales en cada estado de la Federación. Estos valores fueron aprobados en la Comisión Intergestores Tripartita. Internamente, en los estados, este techo es dividido entre los municipios, estableciéndose el Techo Financiero de los Municipios (TFM) inicialmente por la serie histórica de gastos federales en cada municipio, siendo posteriormente actualizados mediante pactuación en las bipartitas (Cuadro IX).

	2003			2004			2005		
	LEI	EXEC	%	LEI	EXEC	%	LEI	EXEC	%
UNIDADES	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)
FUND. OSWALDO CRUZ	57.251.200	56.186.509	98,14	101.646.000	94.336.321	92,81	75.323.317	68.015.831	90,3
HOSP. CRISTO REDENTOR	1.695.000	1.398.053	82,48	820.000	799.999	97,56	1.812.526	1.812.526	100
HOSPITAL FEMINA S/A	667.000	467.655	70,11	669.493	589.116	87,99	759.363	758.527	99,89
HOSP. N. SENHORA DA CONCEIÇÃO	2.440.000	2.343.632	96,05	3.560.000	3.291.710	92,46	8.847.278	8.710.767	98,46
FUND. NACIONAL DE SAÚDE	556.778.566	304.116.186	54,62	889.038.763	591.999.060	66,59	901.141.915	763.426.272	84,72
AG. NAC. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	10.293.000	9.291.511	90,27	12.044.103	6.107.706	50,71	11.620.000	11.033.757	94,95
AG. NAC. SAÚDE SUPLEMENTAR	4.100.000	2.900.973	70,76	10.305.000	8.550.042	82,97	6.405.000	6.001.264	93,7
FUNDO NACIONAL DE SAUDE	796.739.977	558.635.052	70,12	1.502.708.602	1.173.016.904	78,06	1.605.585.590	1.258.543.221	78,39
TOTAL	**1.429.964.743**	**935.339.571**	**65,41**	**2.520.791.961**	**1.878.690.858**	**74,53**	**2.611.494.989**	**2.118.302.165**	**81,11**

Fonte: SIAFI

Cuadro VIII - Investimentos y inversiones financieras*.
Valores nominais. Ejecución presupuestaria 2003 – 2005

* Concepto de inversiones financieras, conforme Art. 12, § 5 º de la Ley 4.320 de 17/03/1964:

"§ 5º - Se clasifican como Inversiones Financieras las dotaciones destinadas a:

I - adquisición de inmuebles, o de bienes de capital ya en utilización;

II – adquisición de títulos representativos del capital de empresas o entidades de cualquier especie, ya constituidas, cuando la operación no importe aumento de capital;

III - constitución o aumento del capital de entidades o empresas que visen los objetivos comerciales o financieros, inclusive operaciones bancarias o de seguros."

"§ 6º - Son Transferencias de Capital las dotaciones para investimentos o inversiones financieras que otras personas de derecho público o privado deban realizar, independiente de contraprestación directa en bienes o servicios, constituido esas transferencias auxilios o contribuciones, segundo deriven directamente de la Ley de Presupuesto o de ley especialmente anterior, bien como as dotaciones para amortización de la deuda pública."

MINISTERIO DE SALUD
Fondo Nacional de Salud
⇑⇓

SECRETARIAS DE ESTADO DE SALUD
Fondos Estaduales de Salud
⇑⇓

SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD
Fondos Municipales de Salud

Cuadro IX - Dinamica del financiamiento del sistema

A partir de 1998, además de los recursos repasados en los techos financieros, los municipios pasaron a recibir per capita del Ministerio de Salud por una serie de actividades, conforme definido en el cuadro abajo:

1- Del Tesoro Municipal (EC 29 - 15% del Presupuesto)
2 - Del Tesoro Estadual (EC 29)
3 - Donaciones de Personas Físicas o Jurídicas al FNS
4 - Convenios con los Gobiernos Federal y Estadual
5 - Repases Automáticos Fondo-a-Fondo, Directo del Fondo Nacional de Salud a los Fondos Municipales de Salud
  5.1 - Techo Financiero del Municipio – serie histórica
  5.2 – Piso de Atención Básica -PAB - *per capita*
  5.3 – Media y Alta Complejidad Ambulatoria – por procedimiento
  5.4 – Interacciones Hospitalarias – por diagnóstico
  5.5 – Atenciones de Referencia de la Región/Micro-región - pactado
  5.6 – Agentes Comunitarios de Salud - *per capita*
  5.7 - Programa de Salud de la Familia - por equipe implantada
  5.8 – Vigilancia Epidemiológica – *per capita*
  5.9 – Vigilancia Sanitaria – *per capita*

Cuadro X - Recursos que componen los fondos municipais de salud

Una constante preocupación del Ministerio da Salud, desde la implementación de la Reforma Sanitaria, fue la de corregir la injusta distribución de los recursos financieros que prevalecía en el tiempo del INAMPS. En realidad, cuanto más desarrollado el estado, más recursos recibía, pues tenía una mayor capacidad instalada y el pago de las acciones y servicios eran realizados exclusivamente por producción.

Esta distorsión del financiamiento de la salud por parte del Gobierno Federal generaba una perversa realidad: cuanto más pobre el estado o región menor era la oferta de procedimientos y menor la incorporación tecnológica, con el consecuente menor repase de recursos. Estos estados o regiones nunca podrían aumentar su capacidad instalada e incorporación tecnológica por falta de producción y de financiamiento. Un permanente círculo vicioso. El repase fundo a fundo, per capita da población, como forma de financiamiento de la Atención Básica, empezó a mudar esta realidad.

O Piso de Atención Básica (PAB) permitió que más de 1500 municipios, que no tenían cualquier procedimiento de salud pago pelo Gobierno Federal, pasasen a recibir el PAB fijo en el valor mínimo de R$ 13,00 (5,4 US$/ Enero /2006) per capita/año, directamente en los fondos de salud. El cuadro XI presenta una serie histórica de los recursos ejecutados por el Ministerio de Salud en el período de 2000 a 2004 y la previsión para 2005, bien como los gastos de los estados y municipios.

Se observa que realmente hubo un incremento de recursos, pero este no acompañaron el crecimiento poblacional del país. Es necesario, aún, considerar el hecho de que fue a partir de 1988 que la Constitución Federal garantizó a todos os brasileños el derecho a la salud, antes sólo asegurado a los contribuyentes de la Previdencia Social. Esta mudanza abrió las puertas del sistema para aproximadamente 30% da

población que no tenían acceso a todos los servicios ofrecidos por el sistema.

AÑO	Presupuesto Ejecutado por Unión en Acciones y Servicios Públicos de Salud (R$)	Per capita año União (US$)	Presupuesto Ejecutado por Estados en Acciones y Servicios Públicos de Salud (R$)	Per capita año Estados (US$)	Presupuesto Ejecutado por Municipios en Acciones y Servicios Públicos de Salud (R$))	Per capita ano Municipios (US$)	Total Brasil U+E+M (R$)	Per capita año total Brasil U+E+M (US$)
2000	20.351.5	65,52	6.313.4	20,32	7.403.6	23,83	34.068.6	109,67
2001	22.474.1	55,42	8.269.8	20,39	9.268.9	22,86	40.012.8	98,67
2002	24.736.8	48,37	10.078.5	19,71	11.759.0	22,99	46.574.3	91,07
2003	27.181.2	50,09	12.224.30	22,50	14.218.5	26,17	53.632.9	98,68
2004	32.703.5	62,39	15.104.00	28,81	16.141.0	30,79	63.948.5	121,99
2005	36.474.6	77,47	17.633.00	37,45	17.920.00	38,06	72.030.9	152,97

Cuadro XI - Gastos totales de servicios públicos de Salud en Brasil en millones de Reais y per capita en Dólares Unión/Estados/Municipios – 2000/2005.

ANO	**UNIÓN**	ESTADOS	MUNICIPIOS	**ESTADOS + MUNICIPIOS**
2000	**59,7**	18,5	21,8	**40,3**
2001	**56,2**	20,6	23,2	**43,8**
2002	**53,1**	21,7	25,2	**46,9**
2003	**50,6**	22,4	27,0	**49,4**
2004	**49,6**	24,8	25,6	**50,4**

Cuadro XII - Porcentual de participación en los gastos de salud: Unión-Estados y Municipios

Denominación	**Grupo de Gasto**	**Valor Ejecutado**			
		2002	**2003**	**2004**	**2005**
Otros Gastos Corrientes	03	20.947.179.244	22.910.168.685	27.344.105.818	31.228.698.456
Investimientos	04	1.508.831.117	933.587.921	1.858.103.998	2.096.652.699
Total en Real (R$)		22.456.010.361	23.843.756.606	29.202.209.816	33.325.351.155
Otros Gastos Corrientes	03	5.929.845.504	7.931.785.308	10.304.531.888	13.346.167.980
Investimientos	04	427.128.412	323.219.748	700.220.078	896.043.719
Total en Dólar Americano (US$) (1)		6.356.973.917	8.255.005.057	11.004.751.966	14.242.211.699

(1) Fuente: Tasa de Cambio – Banco de Brasil: utilizado para conversión tasa de compra del último día útil del año en referencia.
En 2002: R$/US$ 3,5325; 2003: 2,8884; 2004: 2,6536; 2005: 2,3399

Cuadro XIII - Investimientos y manutención del ministerio de salud – 2002 a 2005

El Cuadro XIV, abajo, demuestra la evolución de los gastos del Ministerio de la Salud, de 2003 para 2004, con sus principales líneas de acción, evidenciando la mudanza del enfoque asistencial, que pasó a conferir mayor prioridad a la atención básica. Esto puede ser comprobado en la comparación de los gastos donde, por la primera vez, los recursos para la atención básica acompañan los destinados a la alta y media complejidad.

Apenas a título de comparación son presentados a seguir dos gráficos elaborados por la Organización Mundial de Salud sobre gasto total y público con salud, en porcentual del PIB, en países seleccionados de América del Sur y Central, y gasto total y público con salud, en porcentual del PIB, en 2002, en países del G-8 y Brasil.

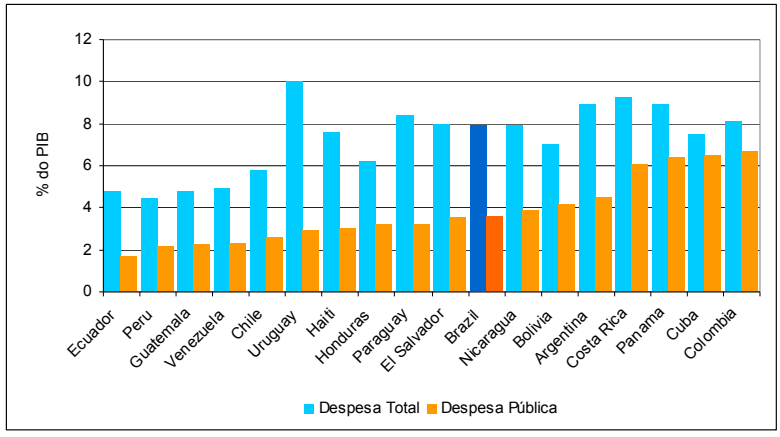


Gráfico I – Gastos Total y Público con Salud en % del PIB, 2002.
Países Seleccionados de América del Sur y Central

Ítems	Realizado		Variación	
	2003	2004	En R$	En %
(1) Otros Gastos de Costos y Capital	23.845,5	28.893,5	5.048,0	21%
Media y Alta Complejidad - MAC	13.253,6	14.981,0	1.727,4	13%
PAB Fijo	1.891,5	2.089,7	198,2	10%
PAB Salud de la Familia	1.624,1	2.161,9	537,8	33%
PAB Enfermedades Transmisibles	615,0	640,5	25,5	4%
PAB Vigilancia Sanitaria	86,2	82,8	3,3	-4%
Medicamentos DST/AIDS	551,0	564,0	13,0	2%
Medicamentos Excepcionales	516,0	825,6	309,6	60%
Medicamentos Estratégicos	634,0	853,7	219,7	35%
Farmacia Básica	176,6	186,0	9,3	5%
Vacunas y Vacunación	409,6	501,5	91,9	22%
Pioneras Sociales	245,0	324,0	79,0	32%
Hospitales Propios	206,9	261,6	54,7	26%
Becas de Alimentación	360,0	818,8	458,8	127%
Saneamiento Básico	100,8	470,8	370,0	367%
Enmiendas Parlamentares	508,6	752,9	244,3	48%
Demás Acciones	2.666,5	3.378,7	712,2	27%
(2) Personal Activo	3.335,7	3.810,0	474,4	14%
(3) Acciones y Servicios Públicos de Salud	27.181,2	32.703,5	5.522,3	20%
(4) Personal Inactivo	2.624,1	3.019,4	395,2	15%
(5) Servicio y Encargos de la Deuda	421,0	485,8	64,8	15%
Total = (1+2+4+5)	30.226,3	36.208,7	5.982,4	20%

Cuadro XIV - Evolución del presupuesto del Ministerio de la Salud:2003 Y 2004

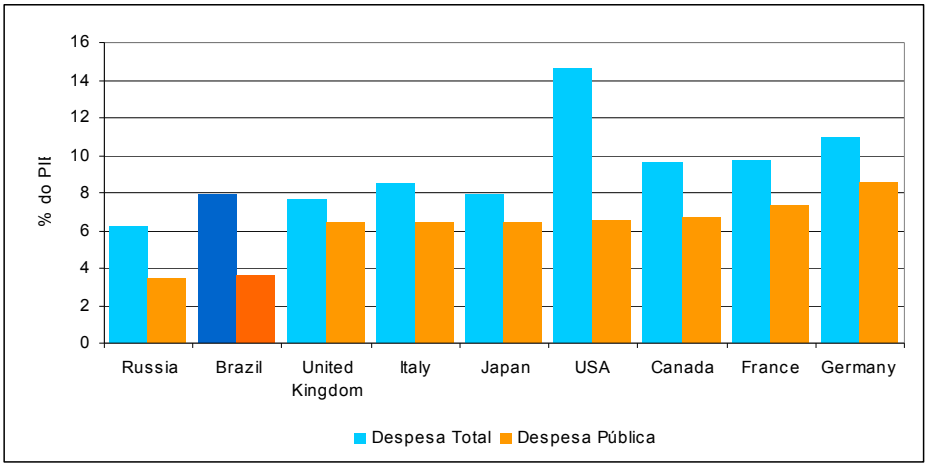


Gráfico II - Gastos Total y Público con Salud en % del PIB, 2002 - Países del G-8 y Brasil

El relacionamento con el Congresso Nacional

El Sistema Único de Salud, por su naturaleza, es un sistema en construcción permanente. Esto lleva los órganos que operan el sistema a mantener una fuerte movilización parlamentar, que por la propia organización política brasileña, debe tener un carácter suprapartidario, pues los estados y municipios son gobernados por partidos diversos, que prácticamente cubren toda la matriz político-partidaria e ideológica brasileña.

Esa movilización se organiza nos espacios de las Comisiones de Seguridad Social y Familia de la Cámara de los Diputados, en la Comisión de Asuntos Sociales del Senado Federal y en organismos no institucionales, como la Frente Parlamentar de Salud, integrada por cerca de 150 de los 513 diputados federales. Además de la vigilancia sobre las acciones del Ejecutivo, esas instancias tienen un papel fundamental para asegurar la expansión de los recursos presupuestario federales para la salud. Las ramificaciones de ese movimiento envuelven el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), los Consejo de Salud, las entidades de los profesionales y trabajadores de la salud y los segmentos prestadores de servicios al SUS, tanto los públicos como los privados.

Existe la convicción generalizada de que solamente con esta unión de esfuerzos será posible la superación de las deficiencias, tanto las de subfinanciamiento como las de administración y control en las tres esferas de gestión do SUS — una conquista del pueblo brasileño que precisa ser preservada e mejorada.

Regulacion de la Vigilancia Sanitaria, alimentos, fármacos, medicamentos, equipamientos médicos y saneantes

Una agencia reguladora, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), fue creada con la responsabilidad de fiscalizar y regular todo el sector de alimentos industrializados, producción de fármacos, medicamentos, inmunobiológicos, equipamientos médicos y domos-sanitários.

Todo y cualquier producto para uso médico sanitario a ser fabricado o comercializado en el país necesita de previo registro y autorización de la agencia, que también fiscaliza hospitales, consultorios, laboratorios clínicos y farmacéuticos, bien como el uso de sangre y hemoderivados. La actuación de la Anvisa también se realiza de forma descentralizada por los Estados y municipios, que también disponen de órganos propios para realización de vigilancia sanitaria, financiados por la Anvisa a través de valor per capita de la población.

Enseñanza, investigación y producción de inmunobiológicos y fármacos

El Ministerio de la Salud tiene sobre su vinculación la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), localizada en la ciudad de Rio de Janeiro, uno de los más antiguos y tradicionales centros de enseñanza y pesquisa del Hemisferio Sur. La Fiocruz tiene sobre su dirección la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), la Escuela Técnica de Salud Joaquim Venancio, la Farmanguinhos y la Biomanguinhos, centros de enseñanza, investigación y producción de vacunas, fármacos y medicamentos, inclusive los más importantes del coctel anti-sida.

El Ministerio de Salud desarrollo, en los últimos años, varias acciones de capacitación de recursos humanos para el SUS. Se destacan, entre ellas, el PROFAE y el PROESF.

O PROFAE - Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería- fue implementado, en el año 2000, con el objetivo de capacitar a los trabajadores ya inseridos en los servicios de salud que realizan acciones propias de la enfermería, pero sin la habilitación técnica profesional necesaria para el ejercicio de estas acciones. Se acrescente a eso, que muchos de esos trabajadores no poseen escolaridad básica y sus bajos rendimientos impiden o dificultan el acceso a los cursos de formación profesional ofrecidos por el mercado educativo.

El costo total del Proyecto fue estimado en US$ 370 millones, financiados medio a medio por el gobierno brasileño y el Banco Interamericano de Desarrollo – BID. El plazo previsto para su ejecución se extiende hasta septiembre de 2006.

La estructura oque organiza el Proyecto ha contemplado una gestión centralizada en el Ministerio de Salud y ejecución descentralizada en estados y municipios, utilizando la mayoría de las escuelas técnicas públicas y privadas del país, las instituciones de enseñanza superior con capacidad de apoyar a los docentes de educación técnica y las secretarias estaduales de Educación y de Salud, entre otros.

Los resultados obtenidos, después de 63 meses de operacionalización, indican que 300.946 alumnos fueron atendidos como Auxiliares y Técnicos en Enfermería y 20.243 trabajadores concluyeron la Enseñanza Fundamental.

El desafío de calificar trabajadores que actuaban en la enfermería sin cualificación formal específica y con déficit de escolaridad básica implicó en la formación pedagógica de docentes con perfil bastante amplio, habiendo necesidad, entonces, de instituir un Curso de Formación Pedagógica, pós-graduación lato sensu, que viene siendo implementado en ámbito nacional, atendiendo profesionales ya graduados y/o licenciados en Enfermería para actuar en la Educación Profesional. Es ofrecido en la modalidad de Educación a la Distancia, coordenado por la Escuela Nacional de Salud Pública, de la Fundación Oswaldo Cruz, con momentos presenciales en los Núcleos de Apoyo Docente implantados en 49 instituciones de enseñanza superior, contemplando todas las Unidades de la Federación.

Hasta el momento fueron titulados 10.743 enfermeros docentes y otros 2.546 están en curso. Fueron realizadas Oficinas para Formación Inicial de 482 tutores y el Proyecto SEIVA – Formación Continuada de Tutores – es una de las estrategias de garantizar la educación permanente de coordinadores y tutores del curso, atendiendo a 350 tutores.

La política de educación profesional del Ministerio de la Salud es ejecutada de manera a fortalecer toda la red pública de formación técnica en salud con la creación de nuevas escuelas y el apoyo al desarrollo institucional de las escuelas existentes.

De entre los principales resultados obtenidos, se destacan: a) el aumento en 12% de nuevos cursos ofertados por las escuelas técnicas del SUS ya existentes, contemplando otras reales necesidades de formación de personal técnico para además del área de enfermería; b) de los 11 estados sin ETSUS (Escuelas Técnicas de Salud del SUS), nueve crearon escuelas; c) 100% de las escuelas existentes fueron contempladas con la obtención de equipamientos de laboratorio de enseñanza e informática, recursos tecnológicos de información y comunicación, recursos de tecnología didáctica y vehículos.

La certificación de competencias/PROFAE se torno un instrumento que confiere visibilidad social a los aprendizajes y al trabajo de auxiliar de enfermería.

El PROESF – Programa de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia — fue creado en la perspectiva de consolidar la estrategia de Salud de la Familia en grandes centros urbanos, ya que la expansión del programa ocurrió, en primer lugar en, municipios de pequeño y medio porte. Se estructuró sobre tres pilares básicos, o componentes: 1) la adecuación de la red propiamente dicha; 2) la capacitación de los equipos; e 3) la evaluación e monitoramiento.

Están siendo capacitados 89.312 profesionales en las siguientes modalidades:
- Formación THD (Técnico en Higiene Dental) y ACD (Auxiliar de Consultorio Dentario)
- Residencia Multiprofesional y Médica
- Especialización en Salud de la Familia
- Especialización en Enfermería Obstétrica
- Formación ACS (Agente Comunitario de Salud)

Una de las estrategias para potencializar la formación en recursos humanos en Especialización en Salud de la Familia es estimular la creación de una Red Multicentrica de Apoyo a la Especialización en Salud de la Familia en Regiones Metropolitanas - Red MAES -, de forma a posibilitar procesos de cooperación entre diferentes instituciones de enseñanza y secretarias municipales de salud envueltas en la capacitación y en la especialización de trabajadores para la estrategia de Salud de la Familia en grandes centros urbanos.

La estrategia del Programa de Salud de la Familia

La reforma sanitaria desencadenó una serie de mudanzas en la Política de Salud, priorizando la Atención Básica. El Programa de Salud de la Familia (PSF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) están implementando estrategias para mejorar y expandir la oferta, además de mejorar el acceso y la cualidad y humanizar la atención a la salud, revertiendo el modelo anterior, centrado en la no atención hospitalaria y en la tecnología de salud.

Al llevar a "puerta de entrada del sistema de salud" a la "puerta de la residencia del ciudadano", por medio del PSF y del PACS, o SUS busca la equidad, ofreciendo prioritariamente las acciones y los servicios de salud a las camadas menos favorecidas y, por lo tanto, menos informadas de la población. El PSF tiene un carácter estructurante del Sistema de Salud, organizando a referencia para los procedimientos de mayor complejidad y más alto costo, dentro de la filosofía de jerarquía.

El equipo del PSF es constituida por un médico, un enfermero, dos auxiliares de enfermería y de cuatro a seis agentes comunitarios de salud. Estos últimos son reclutados en la propia comunidad donde deben actuar. Cada equipo acompaña en media 3.450 personas, con las cuales establecen un vínculo, y cuenta también con una Equipo de Salud Bucal (ESB), compuesta de un dentista y un auxiliar o técnico en odontología.

1 Médico
ESF 1 Enfermero
2 Auxiliares de Enfermería
4 a 6 Agentes Comunitarios de Salud
ESB 1 Odontólogo
1 Auxiliar o Técnico en Higiene Dental

Cuadro XV- Composición de los equipos de salud de la familia (ESF) y de salud bucal (ESB)

TOTAL DE MUNICIPIOS BRASILEIÑOS: 5.560
Con Programa de Salud da Familia (PSF) = 4.926 (88,6 %)
Con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) = 5.215 (93,8 %)
Con Equipes de Salud Bucal (ESB) = 3.736 (67,2 %)
Competencia: septiembre /2005

Cuadro XVI – Presencia de los equipos em los municipios brasileños

POBLACIÓN BRASILEÑA ACOMPAÑADA POR EL PROGRAMA
Acompañada por las ESF= 76.040.405 (42,9%)
Acompañada por las ACS= 102.254.894 (57,7 %)
Acompañada por las ESB= 58.473.521 (33,0 %)
TOTAL DE EQUIPOS DEL PSF EN BRASIL
ESF = 23.664
ESB = 11.751
ACS = 203.923

Cuadro XVII – Población acompañada y total de equipos del PSF.
Brasil – septiembre de 2005

• Conocer a realidad de las familias
• Identificar los problemas de salud
• Elaborar con a comunidad un plano de trabajo
• Ejecutar procedimientos de vigilancia a la salud
Valorizar a relación con los usuarios
• Realizar visitas domiciliares
• Garantir acceso a la continuidad del tratamiento
• Prestar asistencia integral a las familias
• Promover acciones intersectoriales (medio ambiente)
• Catastrar los moradores en la Tarjeta Nacional SUS

Cuadro XVIII - Acciones desarrolladas por los equipos del PSF

Acciones de control de enfermedades transmisibles

Brasil es referencia mundial en el control y en el tratamiento del Sida, que es ministrado gratuitamente a todos los portadores del HIV. Su Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST/Sida) es reconocido internacionalmente por su carácter universal, gratuito, horizontal y totalmente libre de preconcepto de raza, color y religión. Merecen aún destaque las investigaciones relativas a Enfermedad de Chagas, Malaria, Tuberculosis y otras endemias.

DST/Aids

El Programa Nacional de DST/Aids registró avanzos significativos en el período 2003/2005, destacándose la estabilización del número de nuevos casos anuales de la enfermedad, la estabilización de la mortalidad y el aumento de la cobertura e identificación de los casos de transmisión vertical del HIV y de la Sífilis Congénita. Aún durante el período, fue garantizado el tratamiento con anti-retrovirales para 100% de las personas que viven con HIV/sida (170 mil) y fechado acuerdo con el laboratorio productor del anti-retroviral Kaletra, reduciendo en casi un tercio el precio de medicamento, integrante estratégico del cóctel contra el Sida.

Hubo reducción del número de internaciones por sida, en el período 2003/2004, considerando el número de internaciones estimado para el período (147.908 e 167.211 respectivamente), con economía de R$ 428 millones en 2003 y de R$ 147 millones en 2004. La epidemia de sida en Brasil está perdiendo fuerza en tres grupos diferentes: adultos jóvenes, usuarios de drogas inyectables y niños abajo de cinco años (transmisión vertical de madre para hijo). Pero aún crece entre las mujeres en estados del Norte de Brasil.

Esas tendencias, observadas a lo largo de los últimos años, fueron reveladas por el Boletín Epidemiológico Sida DST 2005, divulgado en noviembre de 2005. De 1980, cuando fue diagnosticado el

primer caso en el país, a junio de 2005, fueron registrados 371.827 casos de sida en Brasil. De un modo general, la tasa de incidencia de la enfermedad (casos por 100 mil habitantes) se mantiene estable, pero en niveles elevados. La epidemia aún avanza en algunas regiones, con excepción del Sudeste, que presenta una baja significativa de 15,6% en la tasa de incidencia de la enfermedad entre 1998 y 2004. Después la expresiva queda observada luego después la introducción de la terapia anti-retroviral, la mortalidad se mantiene estable en 6,4 óbitos por 100 mil habitantes desde 1999, cayendo para 6,1 en 2004.

Enfermedad de Chagas

El control de la enfermedad ha ejercido de forma más sistematizada en ámbito nacional, a partir de mediados de la década del 70, fue desencadenado con la realización de dos extensos investigaciones nacionales. En aquel momento se identificó un área con riesgo de transmisión vectorial que correspondía a aproximadamente 2.000 municipios (según la división política de entonces), distribuidos en 18 unidades de la federación. A rigor, apenas la Amazonía y el estado de Santa Catarina eran considerados indenes para la enfermedad de Chagas. La más importante especie de vector, o Triatoma infestans, se encontraba en 711 municipios en 13 estados y a soroprevalencia de la infección em la población rural brasileña era en media de 4,2%.

El escenario actual es bastante promisor. Un nuevo inquiérito nacional de soroprevalencia viene siendo realizado en el país con recursos del Ministerio de la Salud y ejecutado con la participación de estados y municipios. Este inquíerito, dirigido al grupo de edad de menores de cinco años, ya cuenta con casi 100 mil muestras procesadas, originarias de diferentes estados. Hasta el presente momento, en solamente cinco de las muestras reactivas no se pudo alejar la posibilidad de que haya habido transmisión vectorial, o sea, caso este ocurriendo es esporádica o accidental.

Con la regular y rigorosa selección de donadores en bancos de sangre, implementada desde la década de 80, la transmisión transfusional es cada vez más reducida. Los resultados iniciales obtenidos con el control de la enfermedad de Chagas en el país fueron determinantes para que, en 1991, los ministros de Salud de los países del Cono Sur, en reunión realizada en Brasilia, propusiesen una iniciativa regional de trabajo compartido, teniendo como meta la eliminación del T. infestans, lo que implicaría en importante impacto en la transmisión vectorial de la infección chagásica.

Entre tanto, es necesario dejar claro que la enfermedad, que es primitivamente una enzootia, no acabo y no acabará y que casos humanos, mismo que de forma accidental, podrán seguir ocurriendo Otro aspecto que determina una prioridad de atención es un antiguo legado: la existencia de un contingente de millones de portadores de la forma crónica de la enfermedad, lo que requiere una mejor organización de la asistencia a estos pacientes para que les pueda ser ofrecida una mejor calidad de vida y para que sea obtenida una mayor reducción de la mortalidad por esta enfermedad.

Malária

En el período de 1999 a 2005, hubo expansión de 146% de la red de diagnóstico de la malaria, pasando de 1.180 laboratorios para 2.906. En 2004 se registró una reducción de 27% en la incidencia general de la malaria, 11,9% en la incidencia de la malaria por P. falciparum y de 58,8% en la mortalidad, en comparación al año de 1999. Con relación la proporción de malaria por P. falciparum hubo, en el mismo período, aumento de 23,4% en relación al total de casos.

En 2005 fueron registrados 593.077 casos de Malaria en la región de la Amazonia Legal. De estos, 151.666 (25,6%) casos de falciparum. El total de internaciones por malasia en 2005 fue de 11.618. Fueron registrados 93 óbitos, con una letalidad de 0,02%.

En 1999, ocurrieron 635,6 mil casos de Malaria en el país. Este número cayó para casi la mitad en 2002, cuando fueron registradas 348,2 mil ocurrencias. A partir de ahí, los casos aumentaron, llegando a 591,2 mil casos en 2005. El número de óbitos también siguió la misma tendencia, aunque en intensidad menor. Las muertes por malaria cayeron de 193, en 1999, para 77 en2002, volviendo a subir para 90, en 2004. El incremento en los números reflejan las dificultades en sustentación de las estrategias utilizadas hasta entonces para el control de la enfermedad.

Para la consecución de los objetivos propuestos, la estrategia principal está basada en el diagnostico precoz y en el tratamiento inmediato de los casos de malaria, en las intervenciones selectivas para el control vectorial, en la detección inmediata de epidemia y en el mayor envolvimiento del nivel municipal en la ejecución de las medidas de control, inclusive la evaluación regular del comportamiento de la malaria

en su territorio. Entre esas, se destacan:

- reducir el tiempo para diagnóstico y tratamiento de la Malaria;
- perfeccionar y agilizar el sistema de información de la Malaria;
- fortalecer las estructuras de vigilancia epidemiológica y ambiental en los estados y municipios;
- definir y desarrollar estrategias de información, educación y comunicación;
- capacitar profesionales del SUS en las acciones de diagnóstico y tratamiento de la malaria;
- inserir las acciones de control de la malaria en los Programas de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y de Salud de la Familia (PSF);
- monitorear la resistencia a las drogas e insecticidas;
- articularse con áreas responsables del Ministerio del Medio Ambiente, Ministerio de la Reforma Agraria, Ministerio de las Minas y Energía y Ministerio de los Transportes para evaluación de riesgos y adopción de medidas preventivas de control de la malaria;
- promover obras de drenaje y manejo ambiental en áreas endémicas urbanas;
- evaluar de forma continuada el programa descentralizado;
- fornecer insumos estratégicos, medicamentos e insecticidas.

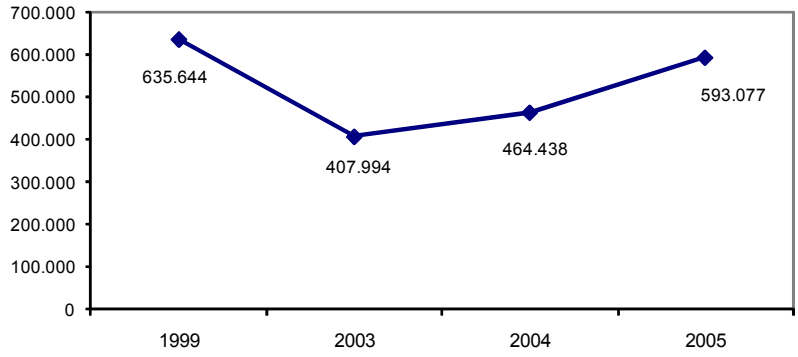


Gráfico III - Casos de Malaria AMAZONIA LEGAL (1999, 2003, 204 y 2005)

Dengue

Las acciones para el control de la dengue implementadas después de la epidemia de 2002 promovieron la reducción del número de casos de 794,2 mil en aquel año para 203,7 mil en 2005. El número de casos de fiebre hemorrágica de Dengue (FHD) también cayó, de 2.714 casos, en 2002, para 433, en 2005, así como el total de óbitos disminuyó de 150 para 43. Entre tanto, en relación a 2004 hobo aumento en los números. Fueron117,5 mil casos de dengue clásica, 103 de FHD y 38 muertes en aquel año. Las probables causas de ese aumento están relacionadas a la circulación del suero tipo DEN 3 en otros estados, antes indenes, y la discontinuidad de las actividades de control en virtud del proceso electoral en los municipios en 2004.

En 2004 fue realizado el primer Levantamiento Rápido de Índice de Infestación por Aedes aegypti (LIRAa), una metodología que permite el mapeamiento de áreas de mayor riesgo de proliferación del mosquito transmisor de la dengue en los municipios prioritarios. En octubre de 2005 fue realizado el segundo LIRAa en 170 municipios. Este levantamiento permite la identificación de esas áreas, con tiempo hábil para que los ayuntamientos adopten medidas capaces de reducir la población del mosquito antes del período más crítico.

Tuberculosis

La incidencia de la Tuberculosis (TB) se mantiene estable a lo largo de los últimos años. En 2003, el Ministerio de la Salud inició la aplicación de R$ 119,5 millones en el Plano Nacional de Control de la Tuberculosis - PNCT. Este aporte representó aumento de 50% en relación al último investimento aplicado en el control de la enfermedad. Entre las acciones del PNCT se destaca, en 2004, el lanzamiento de la Aparcería Brasileña Contra la Tuberculosis (movimiento apoyado por la OPAS/OMS), que tiene la misión

de ampliar la divulgación de informaciones y acciones de control de la tuberculosis. Integran la Aparcería comunidades, iglesias, sindicatos, ONG's y sectores privados, entre otros.

En 2004 fueron notificados 91.855 casos de TB, siendo 80.960 casos nuevos, representando una tasa de incidencia de 45,2 casos por cada 100 mil habitantes. La proporción de casos pulmonares con baciloscopia positiva fue de 62,5%. El porcentual de cura de casos alcanzados por pacientes que iniciaron tratamiento en 2004 fue de 73,1% y hubo expansión del tratamiento súpervisionado, por medio del PSF y ACS. Ese esfuerzo fue reconocido en el inicio de 2006 por la Misión de Alto Nivel Stop TB Partnership, que aprobó el programa brasileño. Para este año, tendremos el mayor presupuesto ya reservado para el combate a la enfermedad: cerca de R$ 119 millones, ya colocados, que se van a juntarse a los US$ 27 millones repasados por el Fondo Global. En todo el mundo, cerca de 9 millones de personas sufren de la enfermedad. Aproximadamente 80% de los casos están restrictos a 22 países. Brasil ocupa el 16 lugar en esa lista. Por eso, aún hay mucho que hacer en el combate a la enfermedad.

Hanseníase

Datos recientes confirman que Brasil está muy próximo de la eliminación de la Hanseníase. Desde 2002, Brasil ocupaba el primer lugar en tasa de incidencia de Hanseníase y el segundo en número de casos diagnosticados y tratados en el mundo. Hoy, el país cayó para la sexta posición entre los nueve países donde la Hanseníase aún es un problema de salude pública, o sea, donde los niveles endémicos son superiores a 1 caso /10.000 habitantes.

O coeficiente de incidencia de Brasil, a partir del cálculo de la OMS a final de 2004, fue de 1,71 casos por 10 mil habitantes. En todo el año de 2004 fueron registrados 49.384 casos nuevos de hanseníase. Eso representa una tasa de detección de 2,76 casos a cada 10 mil habitantes. En 2005 fueron registrados 18.506 casos, representando un coeficiente de detección de 2,09 (por cada 10 mil habitantes) y una incidencia de 1,48 (por 10 mil habitantes).

Los estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Alagoas y el Distrito Federal ya presentan tasas de incidencia para 2005 inferiores a 1 caso por 10 mil habitantes. En 2005, hubo aumento de la cobertura de las unidades de salud con atención para Hanseníase del orden de 40,65%, con destaque para los estados de Pará, Amapá, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso y Goiás. El aumento de cobertura fue superior a 50%. El presupuesto del PNEH fue ampliado de R$ 5,1 millones, en el año 2000, para más de R$ 13 millones en 2005.

Programa nacional de vacunación

Vacunación contra Rota virus

Marzo de 2006 marca la introducción, en el calendario oficial de vacunación del país, da vacuna contra Rota virus para niños menores de seis meses de edad, administradas en dos dosis – en el 2º e 4º mes de edad. El impacto esperado con eficacia de cobertura de 80% es reducir en cerca de 1 mil los óbitos por esas causas evitables en niños menores de cinco años y reducir en 70.000 a 73.000 el número de internaciones. Están siendo adquiridas 8.670.000 dosis.

Vacunación Contra la Poliomielite

En 1994 Brasil recibió el certificado de interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus selvagem. La Campaña Nacional Contra la Poliomielite en 2005 alcanzó el resultado de 94,6% de cobertura en la primera etapa y de 95,4% en la segunda etapa.

Vacunación de Adulto Mayor contra Influenza

Viene siendo realizada la Campaña Nacional de Vacunación del Adulto Mayor, con la aplicación media anual de 12 millones de dosis de la vacuna contra el virus de la influenza. La cobertura de la vacunación en los últimos años ha sido superior a 80% (meta de 70%).

Vacunación de Rutina

Continúan altos los porcentajes de cobertura, visando llegar a la meta prevista de alcanzar cobertura de vacunación adecuada de 95% en 60% de los municipios. En 2005, los datos preliminares del

primer trimestre, habitualmente un período con actividades más reducidas, son mostrados en el cuadro abajo:

Inmunobiológico	Porcentual de alcance de la meta prevista en el período de enero a marzo de 2005
Contra Pólio	68,42% da meta prevista
Contra hepatite B	64,77% da meta prevista
Tetravalente	67,97% da meta prevista
Tríplice Viral	59,63% da meta prevista
BCG	65,18% da meta prevista

Quadro XIX - porcentual de alcance de la meta de cobertura de vacunación prevista en el período de Enero a marzo de 2005

Programas estratégicos

En función de necesidades especiales de la población brasileña y de carencias específicas detectadas en pesquisas, algunos programas estratégicos de masificación de la atención a la salud implantadas en el gobierno del presidente Luiz Inácio Lula da Silva merecen referencia por sus características innovadoras.

Salud Bucal

Las acciones especializadas en salud bucal están siendo expandidas a través de tres acciones: la continuación de la fluoretación del agua en los sistemas públicos de abastecimiento, la implementación de Equipos de Salud Bucal en Estrategia del PSF – Programa de Salud de la Familia — y la implantación de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Los CEOs ofrecen tratamiento de canal, atención a pacientes especiales, tratamiento de enfermedades de las encías, además de otros procedimientos que serán definidos localmente. Fueron implantados en el país, de julio a diciembre de 2005, 220 CEOs y realizados más de 2,93 millones de procedimientos especializados. Otros 230 municipios ya recibieron anticipación del recurso para implantación del CEO.

En 2002 fueron investidos por el Gobierno Federal R$ 56,5 millones en salud bucal. En 2003, fueron R$ 84,5 millones e en 2004, R$ 184 millones. En 2005, o investimento total llegó a R$ 400 millones. Específicamente de julio a diciembre de 2005, o Ministerio de la Salud investió cerca de R$ 250 millones en el programa.

De julio a diciembre de 2005, fueron implantados 1.975 nuevos Equipos de Salud Bucal en la Estrategia de Salud de la Familia, llegando a un total de 12.602 equipos actuando en 3.896 municipios (70,1% do total). Hubo, en este período (de julio a diciembre de 2005), un aumento en la cobertura poblacional de las ESB de más de 35,5 millones de personas, totalizando más de 61,8 millones de personas cubiertas por estos equipos (34,9% de toda a población brasileña). Las metas para 2006 son alcanzar 15.500 equipes en la Estrategia Salud de Familia, implantar 500 sistemas de fluoretación de aguas de abastecimiento público y llegar a 475 CEOs.

Farmacia Popular

O Programa Farmacia Popular fue instituido por el gobierno Lula, em 2004, como un servicio complementar de asistencia a la salud de todos os brasileños, independientemente del poder adquisitivo del usuario, pero con el objetivo de ampliar a asistencia farmacéutica para la población de baja renta y, así, ofrece la población brasileña pero una opción de acceso a los medicamentos. Este programa tiene presupuesto propio y es implementado sin perjuicio a las acciones de auxilio gratuito ya previstos y garantizados por el Sistema Único de Salud (SUS).

La lista de productos disponibles en las farmacias populares, que llegan, en algunos casos, a costar 10% del precio practicado en la red privada, está de acuerdo con la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (Rename). Ella lleva en consideración a las prioridades nacionales de salud y también la seguridad, eficacia terapéutica, cualidad y disponibilidad de los medicamentos.

El criterio principal para elección de las ciudades beneficiadas es que tengan mas de 70 mil habitantes. Los principales aparceros del Ministerio de la Salud en esa campaña son la Fundación Oswaldo Cruz, que es la responsable por la adquisición de los medicamentos y abastecimiento del mobiliario para instalación de las Farmacias Populares, los gobiernos estaduales, las alcaldías municipales – que mantienen unidades — y las entidades filantrópicas.

Los investimentos en 2005 fueron de la orden de R$ 72 millones. La contrapartida del gobierno federal es la transferencia de R$ 50 mil, en cuota única, para adaptación o reforma del espacio físico donde será instalada la farmacia popular, y R$ 10 mil mensuales para manutención (pago de costo y personal). Ya fueron repasados cerca de 10 millones de presentaciones (unidades) de medicamentos en casi 18 meses de funcionamiento del programa. Fueron inaugurados, hasta el inicio de febrero de 2006, 100 de esos servicios en 72 ciudades brasileñas. Otras 265 unidades ya estaban acreditadas y en fase de implementación. Hasta el fin del gobierno, en diciembre de 2006, el Ministerio de Salud cumplirá su meta de alcanzar 500 Farmacias Populares en pleno funcionamiento e en implementación.

Fueron caracterizadas como principales usuarias las personas con dificultad financiera para hacer el tratamiento de la enfermedad en virtud de los precios del medicamento practicados en el mercado. Entre los 10 medicamentos más procurados, ocho son indicados para pacientes que sufren de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y problemas gástricos. El acceso a los medicamentos es bastante simple, bastando al interesado dirigirse a la farmacia popular muñido de la receta médica u odontológica. No hay necesidad de registro del usuario ni de pasar por cualquier otro procedimiento burocrático.

El programa ha recibido por parte de la población una evaluación bastante positiva: 91% aprueban el programa y 97%, la atención prestada.

SAMU – Servicio de atencion médica de urgencia

La Política Nacional de Atención a las Urgencias fue creada en 2003 con la finalidad de proteger la vida de las personas y garantizar la calidad de la atención en el Sistema Único de Salud (SUS), teniendo como foco cinco grandes acciones: organizar la atención de urgencia en los pronto-socorros, unidades básicas de salud y en los equipos del Programa Salud de la Familia; estructurar la atención pre-hospitalaria móvil (Samu/192); reorganizar las grandes urgencias y los pronto-socorros en hospitales; crear la retaguardia hospitalaria para los atendidos en las urgencias; y estructurar la atención pos-hospitalaria.

El SAMU - Servicio de Atención Móvil de Urgencia — es un programa que tiene como finalidad prestar el socorro médico a la población en casos de emergencia, reduciendo el número de óbitos, el tiempo de internación en hospitales y las secuelas recurrentes de la falta de socorro precoz. El servicio atiende a las urgencias de naturaleza traumática, clínica, pediátrica, cirurgia, gineco-obstétrica e salud mental de la población. La atención es hecha por equipos de profesionales de salud (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y socorristas) que reciben las llamadas, gratuitas, hechas a través del teléfono 192. Los pedidos son atendidos en las centrales de regulación por un médico, presente 24 horas por día, que define el tipo de ambulancia a ser enviado a casa del paciente (unidad-padrón o semi-UTI) y garantiza lugar en la red hospitalaria. Con esa filosofía de atención y garantía de hospitalización, el Ministerio de la Salud pone un fin la peregrinación a que era sometido el portador de necesidad de atención de emergencia, que muchas veces era removido sin cualquier garantía de vacante en la red hospitalaria.

El Samu está presente en 23 estados y cubre una población de 73,9 millones de habitantes, en 467 municipios, a través de 85 servicios. Hasta diciembre de 2006, la meta del Ministerio da Salud es doblar el número de Samus, llegando a 197 servicios y llevando atención de emergencia a la casi totalidad de la población brasileña. Solamente en este 2006, estamos haciendo una inversión en la adquisición de más 1.070 ambulancias-padrón y semi UTIs para ampliar el sistema.

Región	Municipios atendidos	Población Cubierta
Norte	32	3.535.131
Nordeste	82	16.613.834
Centro-Oeste	56	5.924.045
Sudeste	118	36.305.840
Sur	179	11.561.669
TOTAL	**467**	**73.940.519**

* Datos de Enero de 2006

Cuadro XX - Distribución regionalizada del SAMU*

Transplantes y donacion de órganos

Brasil posee el mayor sistema público de transplantes del mundo y el gobierno espera aumentar significativamente o número de donadores de órganos. Las metas del Ministerio de la Salud son, hasta 2007, cerrar la fila de espera por una córnea y reducir mitad de las filas por medula ósea y órganos sólidos (riñon, corazón, pulmón, páncreas e hígado). Actualmente, cerca de 63 mil personas aguardan por un órgano en la lista de espera del Sistema Nacional de Transplantes (SNT) del Ministerio.

En 2005, fueron realizados 16.795 transplantes de órganos sólidos, córnea, médula, huesos, valva y piel en todo Brasil, 71% de ellos a través del Sistema Único de Salud. Esos procedimientos representan un significativo crecimiento en relación a 2002, superior a 40% en el período. En el caso específico de transplantes de órganos sólidos (riñón, hígado, pulmón, páncreas y corazón), los más caros por la complejidad de cirugía y tiempo de internación, el financiamiento por el SUS alcanza a impresionantes 99%. De las 4.343 intervenciones en 2005, 4.304 fueron realizadas por el SUS y apenas 40 fueron pagas con recursos privados o por planos de salud. Brasil dispone hoy de 548 establecimientos de salud y 1.397 equipos médicos autorizados a realizar transplantes. O SNT está presente, por medio de las Centrales Estaduales de Transplantes (CNCDO's), en 22 estados de la federación. Además de las centrales estaduales, existen ocho unidades regionales localizadas en Paraná y Minas Gerais. El estado de São Paulo delegó las tareas relativas a la captación de órganos a diez hospitales públicos universitarios, a través del sistema de Organización de Procura de Órganos (OPO's). Más tres estados están en fase de adecuación para integrar el sistema.

Actualmente, 494 comisiones intra-hospitalarias trabajan para organizar y ampliar la captación de órganos en todo el país. La actuación de esos profesionales permite la mejor identificación de potenciales donadores, adecuada abordaje de sus familiares es mejor articulación del hospital con la respectiva central estadual de transplantes.

El crecimiento del número de donaciones y transplantes es consecuencia de la concientización de la población brasileña, de la actuación de equipos e instituciones autorizadas por el SNT y de acciones del Ministerio de la Salud, como la realización de campañas publicitarias anuales para incentivar la donación, además de la formación, entre 2002 y 2005, de 1.641 coordinadores intra-hospitalarios de donación de órganos y tejidos para transplantes en 24 cursos ministrados.

Atención a la poblacion indígena y comunidades isoladas

La red de atención básico de la salud indígena, sobre responsabilidad de la Fundación Nacional de Salud (Funasa), órgano vinculado al Ministerio de la Salud, cuenta hoy con 717 puestos de salud, 367 hospitales de referencia, 323 polos-base y 55 Casas de Salud Indígena (Casai). La política de atención de salud a la población indígena y estratégica y merece cuidados especiales dadas las especifidades históricas, etnográficas y sociales del pueblo fundador de la cultura brasileña. Vale registrar que la población indígena aldeada brasileña está en torno de 450 mil indios. De ese total, 44% viven en la región Norte del País, 27% en el Nordeste, 19% en la región Centro-Oeste, 7% en el Sur e 3% no Sudeste. En 2005, el investimento en la salud indígena sumó R$ 219.361.966,23 – cerca de R$ 90 millones utilizados para pagos de convenios con Organizaciones No-Gubernamentales y universidades.

En 2005, la red de atención a la salud de los indios brasileños realizó 1.245.549 consultas y 880.078

visitas domiciliares, trabajo ejecutado por 14.696 equipos multidisciplinares de salud indígena (las Emsi), formadas por médicos, dentistas, enfermeros, auxiliares de enfermería, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) y Agentes Indígenas de Saneamiento (Aisan). Registramos un avanzo importante en un año, prácticamente doblando el número de Emsi, que eran 7.350 en julio de 2004. El resultado más inmediato de ese avanzo fue la reducción del coeficiente de mortalidad infantil indígena en menores de un año, que fue de 46,9 en 2005, contra 55,7 en 2002.

El saneamiento básico mereció cuidados especiales. En 2005, a Funasa invistió R$ 18 millones en obras y servicios de saneamiento en las áreas indígenas, beneficiando 35 mil indios de 322 aldeas. De ese valor, R$ 15,6 millones fueron investidos en obras de sistemas de abastecimiento de agua. Para construcción de Mejorías Sanitarias Domiciliares (MSD), el repase totalizó R$ 2,4 millones. Las obras de tratamiento de alcantarillado en las aldeas indígenas costaron R$ 1,3 millón.

El Ministerio de la Salud, aún a través de la Funasa, actúa de forma directa en la atención y mejoría de las condiciones de salud de comunidades aisladas. En julio de 2004, fue instituida la Portaría 1434, que define pago diferenciado para los equipos de Salud de la Familia que actúan en las comunidades quilombolas, agrupamientos remanescentes dos quilombos formados por ex-esclavos y esclavos forajidos del régimen de la esclavatura en Brasil, que vivían en comunidades aisladas.

Actualmente, el Ministerio de la Salud paga, mensualmente, de R$ 2.800,00 a R$ 5.400 para cada equipo de Salud de la Familia – y el doble para los equipos que atienden a las comunidades quilombolas. Hoy, están registrados 39 equipos de Salud de la Familia y 27 de Salud Bucal que atienden comunidades remanescentes de quilombos en 33 municipios brasileños.

Preparación brasileña para una pandemia de gripe

El presidente Luiz Inácio Lula da Silva bajó decreto el 24 de octubre de 2005 creando el Grupo Ejecutivo Interministerial, coordenado por el Ministerio de la Salud, que tiene como objetivo ejecutar una acción integrada del Plano Brasileño de Preparación para la Pandemia de Gripe.

El 16 de noviembre, el Ministerio de la Salud lanzó, durante el Seminario Internacional de Gripe, en Rio de Janeiro, el Plano de Preparación para la Pandemia de Influenza. El encuentro sirvió para divulgar las estrategias brasileñas y promover el cambio de experiencias sobre la prevención de pandemias de gripe. Participaron del evento los mayores especialistas de la Organización Mundial de Salud (OMS) y de la Organización Mundial de Salud Animal (OIE), además de autoridades de los Estados Unidos, Canadá y Chile.

Entre las principales acciones del plano ya implementadas por el Ministerio de la Salud están el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para el adecuado monitoriamiento de la enfermedad y de la red de laboratorios para la detección del virus que causa la gripe. Otra medida es adecuar las instalaciones del Instituto Butantan, en São Paulo, para la producción de una vacuna nacional.

Ya se encuentran en implantación las siguientes medidas:

- fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, inclusive con la ampliación de la capacidad laboratorial para el diagnóstico rápido de enfermedad en situaciones de surto e identificación de las cepas circulantes. El Sistema de Vigilancia de Influenza en Brasil actualmente está implantando en 21 Unidades Federadas, contando con una red de 46 Unidades Centinelas. Esa red atendió cerca de 210 mil casos de síndrome gripal, en 2004, teniendo colectado 2.269 muestras para identificación de virus;
- constitución de un estoque estratégico del antiviral Oseltamivir (Tamiflu) para ser utilizado en situaciones especiales durante una posible pandemia. El Ministerio de la Salud acertó con el laboratorio productor la compra de 9 millones de tratamientos;
- preparación del Instituto Butantan para la producción de la vacuna contra la cepa pandémica. El Ministerio de la Salud repasó recursos para acelerar la preparación de una instalación de emergencia, una vez que la nueva fábrica de vacunas que está siendo construida con recursos del Ministerio y del Gobierno del Estado de São Paulo sólo quedará pronta en el final de 2006. El Instituto Butantan ya recibió muestras de la cepa H5N1, el virus de la gripe aviaria, para fabricar un estoque de emergencia.

También ya fueron tomadas diversas medidas en el ámbito da comunicación social. En coordinación con la Secretaria de Prensa y con la Subsecretaría de Comunicación Institucional de la Presidencia da

República, el Ministerio de la Salud lideró la articulación con todos os ministerios para la formulación de un Plano de Comunicación de Gobierno para la Pandemia de Gripe, presentado al Grupo Ejecutivo Interministerial al final de Enero.

En aparcería con la Subsecretaría de Comunicación Institucional de la Presidencia de la República, fueron realizados dos *mídia trainings* para capacitación, junto a la prensa, de 32 portavoces de todos los ministerios y órganos federales que están o pueden venir a ser envueltos en el asunto y tratar del asunto. Participaron representantes de los Ministerios de la Salud; Desarrollo, Industria y Comercio Exterior; Agricultura; Defensa; Relaciones Exteriores; Gabinete de Seguridad Institucional de la Presidencia de la República, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), Defensa Civil y Empresa Brasileña de Pesquisa Agropecuária (Embrapa).

La Asesoría de Comunicación del Ministerio de la Salud, por intermedio de las áreas de relaciones con la prensa y producción gráfica, elaboró un kit press sobre la pandemia de gripe con informaciones básicas. Este material fue enviado por correo postal para un mailing de 400 editores de periódicos de todo el interior del país y, por e-mail, para todos los vehículos brasileños, con el objetivo de fornecer material que los auxilie en la elaboración de pautas y en la redacción y edición de textos para sus publicaciones. O kit press es compuesto por un texto explicativo y una infografia con datos sobre la ocurrencia de casos de gripe aviaria en humanos, un cuadro epidemiológico mundial y las acciones de Brasil para el combate a esa amenaza.

Participación del sector privado en el sistema

La Constitución Federal garantiza al sector privado la participación, de forma complementar, en el sistema público de salud. Por lo tanto, un gran número de hospitales particulares lucrativos o filantrópicos es contratado por el Sistema Único de Salud para ofrecer asistencia médica, tanto hospitalaria como ambulatoria, a los usuarios del sistema público, además de la atención a los usuarios que pagan.

El sistema permite todavía la oferta de servicios por medio de Planos Privados de Salud, Cooperativas Médicas, Planos de Salud de Autogestión de órganos del gobierno federal, de empresas públicas, autarquías y de seguros de salud administrados por bancos y aseguradoras, estos últimos adquiridos por personas físicas o empresas privadas que los ofrecen como beneficios sociales a sus funcionarios. El Ministerio de la Salud creo una agencia reguladora, la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), a ella subordinada, que fiscaliza la oferta de servicios de salud por parte de estas empresas privadas a los ciudadanos que las contratan.

De acuerdo con el World Health Report 2005, Brasil gastó, en 2002, 7,9% del PIB con atención a la salud, siendo que 4,3% se refirieron a gastos privados y el restante (3,6%), a gasto público. Del total del gasto privado, 2,74% fueron referentes a desembolsos realizados directamente por la población para la compra de medicamentos y pagos de consultas, internaciones y exámenes y, el restante (1,56%), en pagos las mensualidades de aseguradoras y planos privados de salud. Se estima que estas empresas giran en torno de R$ 25 billones/año para la asistencia médica a sus 39 millones de contribuyentes y dependientes. E cuadro abajo presenta un resumen de la situación actual del sector.

Número de Usuarios = 38.995.877
Hospitales habilitados = **7.393**
3.376 = públicos
4.017 = privados
Total de Operadoras = 1792
279 = Autogestión
315 = Cooperativas médicas
593 = Medicina de grupo
332 = Odontología de grupo
14 = Seguradores
105 = Filantropía

Datos de 2004

Cuadro XXI - Planos privados de salud

Mismo considerando que los usuarios de la medicina privada también están dentro del universo de la población de Brasil y, por lo tanto, considerados en per capita del SUS, queda evidente la dificultad del sistema en ofrecer medicina de buena calidad a toda la población con los recursos disponibles. Eso ocurre principalmente porque algunos planos de seguros-salud privados no cubren la totalidad de las enfermedades crónicas y algunos procedimientos de alta complejidad y alto costo como transplantes, órtesis/prótesis y diarias de UTI, cirugías cardíacas etc, que generalmente son realizados por el sistema público.

Teniendo todos esos conocimientos como paño de fondo, fue abierto un espacio de diálogo con el sector suplementar visando a verificar los puntos de sinergia, ampliando la base de acciones que pueden ser desarrolladas en forma complementar, como vacunaciones y acciones de educación en salud, además de disminuir eventuales superposiciones de actividades.

Ouvidoria-general del sistema de salud

El Ministerio de la Salud dispone desde 2003 de una Ouvidoria General del SUS con el objetivo de proponer, coordinar e implementar una Política Nacional de Ouvidoria en Salud, buscando integrar y estimular prácticas que amplíen el acceso de los usuarios al proceso de evaluación de las acciones y servicios públicos de salud. El Departamento de Ouvidoria General de Salud (DOGES), subordinado a la Secretaria de Gestión Participativa, funciona en el Ministerio de la Salud en Brasilia y recibe en media 700 Mil llamadas por mes por medio de 120 operadores do “call center”, en el horario de 7h a las 19h en días útiles.

A Ouvidoria en Salud es un instrumento de la gestión pública y de la participación y control social para el perfeccionamiento de la cualidad y de la eficacia de las acciones y servicios prestados por el Sistema Único de Salud. De esa forma, por medio del fortalecimiento de la gestión participativa con la escucha a os usuarios y a los profesionales vinculados al sistema, la Ouvidoria podrá identificar os puntos-problema, bien como captar as reales necesidades de la sociedad.

En la medida que los ciudadanos se manifiestan a través de solicitaciones, reclamaciones, sugestiones, elogios y denuncias, posibilitan la elaboración de informes gerenciales conteniendo la real situación de la salud en su municipio o región, con el levantamiento de problemas y fallas en la aplicación de los principios de la integridad, de la equidad y de la universalidad de la atención a la salud. Por lo tanto, la Ouvidoria tiene papel relevante en la identificación de las necesidades y demandas sociales, tanto en la dimensión colectiva cuanto en la individual, transformándolas en soporte estratégico a la tomada de decisiones en el campo de la gestión.

Los resultados referentes a la realidad de una determinada región deben ser seguidos de informaciones que contextualizen las condiciones sóciopolíticas y culturales de esos recortes geográficos para que tales informes subsidien acciones que visen la atención de forma ecuánime, respetando las especificidades de cada región. É importante resaltar que cabe a la Ouvidoria en Salud presentar esos informes a los representantes de la población por medio de los Consejos Municipales y Estaduales de Salud, con el objetivo de estimular la participación social.

Las principales funciones de la Ouvidoria General de la Salud consisten en analizar las manifestaciones relacionadas al Sistema de Salud, encaminando a los responsables por su resolución y acompañando los resultados para saber si el usuario fue realmente atendido en su demanda. Además de eso, es necesario un equipo con la función de analizar las informaciones recibidas, produciendo los informes gerenciales y realizando estudios que den soporte a la tomada de decisiones por parte de los gestores en salud y que auxilien la participación y el control social.

Sistema integrado de salud em las fronteras (Inserción de Brasil en el contexto de la salud en el Mercosur)

Los municipios de frontera de Brasil tienen gran dificultad en proveer sus municipios de la atención integral a la salud preconizada por la Constitución Federal y por la Ley Orgánica de la Salud. La falta de recursos humanos especializados, la insuficiencia o inexistencia de equipamientos para realización de procedimientos de media y alta complejidad, a distancia de los municipios a las capitales de los respectivos estados o a los centros de referencia son las principales justificativas presentadas.

Las mismas dificultades son observadas en los países fronterizos con Brasil, generando un

movimiento de las poblaciones allí residentes en flujos en uno o en otro sentido, dependiendo de la región de frontera, en la busca de mejor oferta de acciones y servicios de salud. Esta movilización ha generado grandes dificultades para los alcaldes y gestores de salud y de los municipios brasileños, bien como para las autoridades de salud de los países vecinos, aparte de previsibles problemas diplomáticos y de salud pública.

Gestantes brasileñas de algunos municipios de frontera van a tener sus hijos a países vecinos, donde los registran con las nacionalidades de donde nacieron. Retornando a Brasil hacen un nuevo registro de los hijos, que pasan a poseer dupla nacionalidad, sin elo conocimiento oficial de las autoridades de emigración de los dos países. Lo mismo ocurre con gestantes de otros países del Mercosur y en otros puntos de frontera en relación a Brasil ua otro país: emigran para el país donde la asistencia a la maternidad es más accesible. Este comportamiento no es exclusivo de las gestantes, como también de pacientes de todas las clínicas que buscan el recurso médico donde es más accesible y de mejor cualidad.

Además del factor facilidad del acceso a os servicios, otro factor inductor de la transposición de frontera es la forma como es financiado el sistema de salud de cada país. Entre tanto en Brasil la Constitución Federal garantiza el acceso a la salud a todos los ciudadanos, de los demás países del MERCOSUR el acceso es limitado a los que contribuyen de alguna forma a los sistemas de previdencia o de salud. Esta diferencia de derechos de los usuarios de los sistemas de salud en los países genera muchas veces sobrecarga en los servicios de salud en municipios de frontera, que acaban atendiendo a quien, por la legislación vigente, no tendría derecho a la atención, sin la debida compensación financiera.

Se ha buscado hace mucho tiempo, sin éxito resolver estos problemas principalmente en función de obstáculos jurídicos y operacionales. Como un país puede, como rutina, remunerar oficialmente un servicio prestado en otro país y que moneda sería utilizada?

Un ejemplo crítico es la existencia de diez pacientes residentes en el municipio de Quaraí (RS), dependientes de hemodiálisis para vivir, que viajan 120 Km hasta Santana de Livramento (RS), tres veces por semana, para tratamiento. Además del malestar físico que este procedimiento genera para el paciente, el ciudadano sometido a esta rutina se ve imposibilitado de trabajar y participar del proceso sociocultural de su comunidad. En Artigas, municipio de Uruguay limítrofe con Quaraí, un servicio de hemodiálisis está disponible y aceptaría los valores remuneratorios de la tarifa de procedimientos del SUS. Seria bien más racional que estos pacientes atravesasen el puente que interliga las dos ciudades. Lo mismo ocurre en relación al municipio de Rivera, en Uruguay, y Santana do Livramento, solo que en el sentido inverso, o sea, Uruguay/Brasil. En este caso, basta atravesar la calle para estar en Brasil.

Muchas tentativas de mudar esta realidad vienen siendo emprendidas por los sucesivos gobiernos. La realidad, entretanto, es incuestionable: a despecho de la creación de comités intermunicipales de salud, validados por los Ministerios de Relaciones Exteriores de los países, la situación permanece la misma.

Las poblaciones de frontera podrían tener la libertad de atención en el país en que el acceso con cualidad fuese más fácil, más racional, más confortable para el usuario y más económico para los gestores públicos de salud de todos los países, en función de la optimización de los recursos humanos y tecnológicos. Entre tanto, para que esto ocurra hay que superar barreras legales y o jurídico-operacionales que imposibilitan que un país compre servicios de otro.

Falta una herramienta de gestión que sea eficaz en el tratamiento de las cuestiones políticas, burocráticas y jurídicas para que la atención a la salud en estos municipios pueda reflejar mejorías en la cualidad de vida de estas poblaciones y también en un movimiento de inclusión social en los cuatro países-miembros (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), además de Bolivia y Chile. La implementación de un Sistema Integrado de Salud en las Fronteras – SIS Frontera —, entre los países-miembros y asociados del Mercosur sería una herramienta que posibilitaría instrumentalizar una solución para esta serie de problemas políticos y sociales.

La propuesta es investir donde haya ausencia de recursos y planear la atención, racionalizándola dentro de espacio geográfico que permita integridad y resolutilidad de la atención. Este sistema integrado funcionaría, por lo tanto, como un instrumento capaz de administrar la situación peculiar de los municipios de estos países.

El aparato de Estado tiene gran similitud con el aparato circulatorio del hombre. Cuando en situación de anemia, el organismo, sabiamente, reduce el flujo sanguíneo para los miembros periféricos, desviando todo su potencial para proteger el cerebro, órgano noble que mantiene la vida. Los aparatos de Estado de los países en desarrollo viven una crónica anemia financiera. Sistematicamente reducen el flujo financiero de las periferias, regiones fronterizas, que se localizan lejos del cerebro (capitales), donde se concentran

los mayores gastos que tienen mayor visibilidad e impacto político.

No es solamente el sector salud en las fronteras que sufre con la anemia financiera. Estudios demuestran que las regiones de fronteras son carentes de investimientos en todas las áreas de la administración pública, por lo tanto son las más pobres en todos los países. No habiendo investimentos no existe empleo, no hay generación de renta y, no habiendo renta, no hay desarrollo. Entre tanto, hasta como estrategia de política de seguridad nacional deberían ser las regiones con una mayor presencia del Estado, con los consecuentes investimentos.

Vale recordar que el sector salud moviliza un mercado de servicios, medicamentos, productos e insumos de gran valor financiero, haciendo circular recursos, sin hablar en los más importantes, que son la salud de la población y el derecho a la felicidad y a la vida. El gobierno brasileño, por medio de su Ministerio de la Salud, está firmemente empeñado en colaborar para implementación de los SIS-Frontera, sistema de integración en salud que podrá ser modelo internacional.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). ***Diário Oficial da União***. Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.055-59, Seção 1.

_____. Assessoria de Comunicação Social. ***Descentralização das Ações e Serviços de Saúde***: a ousadia de cumprir a lei. Norma Operacional Básica 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. ***Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde***. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Brasília (DF), Diário Oficial da União. Seção I, p. 22932, Col. 2, 1996.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. ***Regionalização da assistência à saúde***: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. ***Boletim Epidemiológico - Aids e DST***. Brasília, Ano II, nº 1, 1ª a 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas, jan./ jun. 2005.

_____. Senado Federal. ***Constituição da República Federativa do Brasil***: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/. Acesso em: 17 jan. 2007.

CARVALHO, G. C. M. ***Artigos vários publicados no Jornal do CONASEMS***. CONASEMS. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Search>.

CORDEIRO, Hésio. ***Sistema Único de Saúde***. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda. 1991.

CORRÊA, Olympio Távora; CNS. Conselho Nacional de Saúde. ***Subsídios para a elaboração de diretrizes de planos de saúde no SUS***. Ata da 90ª Reunião Ordinária do CNS. Set. 1999. 6 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ tas/1999/Ata90.doc.

4.2 La salud en las fronteras: "una propuesta de bien-estar y desarrollo"

Antônio Horácio Toro Ocampo

Para nosotros referirnos a la salud de las fronteras, es necesario rescatar, inicialmente, el propio concepto de salud como "*el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades"*. Eso nos lleva a considerar, además de la promoción de la salud, de la prevención de las enfermedades y su tratamiento, otros aspectos del bienestar que tiene a ver con la cualidad de salud y de vida.

De igual manera y para entender el desarrollo de iniciativas de salud en las fronteras, se debe dejar claro que "*frontera*" es un espacio territorial, sociológico y económico, de relaciones de interdependencia, de diversas manifestaciones de vida en sociedad y que es compartido, promovido y ejecutada por grupos de poblaciones que se establecen de un y otro lado del límite externo de los países y que pasan a constituir un mismo ambiente de interacción en el cual crean una cultura propia de vida, a veces diferente de cada una de sus naciones de origen.

Al nos referirnos a la *"frontera de salud"*, debemos dejar claramente establecido que los territorios nacionales, con el objetivo de trabajar iniciativas de salud en las fronteras, deben diferenciar dos aspectos fundamentales: a faja fronteriza de salud y la región fronteriza de salud.

La primera, faja fronteriza de salud, incluye todos los municipios, provincias o ciudades que se encuentran dentro del territorio comprendido entre a línea divisoria internacional y la línea paralela orientada a una distancia que cada país define para el interior de su territorio. En el caso de Brasil, esta distancia es de 100 a 150 kilómetros. Ya la región fronteriza de salud se refiere al número de municipios, provincias o ciudades limítrofes entre dos o mas países en que se aplican acciones comunes de salud, en busca del desarrollo de un solo sistema de salud, con servicios compartidos, sean de atención primaria, de referencia e/o de especialidad, incluyendo la aplicación de todas las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades o de atención y asistencia al tratamiento y rehabilitación de la salud.

Con esta visión de salud, de territorio de frontera y de iniciativa de salud, podemos afirmar que "salud en la frontera" es una estrategia política e técnica de desarrollo integral que busca contribuir para el completo bienestar físico, mental y social de las personas que pueblan las fronteras. Objetiva también prevenir enfermedades mas comunes que se presentan de forma endémica y epidémica, incluyendo su control y atención, dado que los vectores de esas enfermedades no reconocen limites naturales, políticos o burocráticos, haciendo de la frontera un punto de especial fragilidad y riesgo. Es así que las iniciativas de salud en las fronteras constituyen una iniciativa de esfuerzo común para la utilización de sistemas solidarios y servicios de salud compartida.

Para fines de desarrollo de acciones de salud en las fronteras, debemos diferenciar lo que significa la dinámica de la frontera, ya que la frontera activa puede ser identificada como el local en que reconocemos la existencia de lazos de solidariedad natural entre las comunidades vecinas de un y otro lado da línea divisoria, pertenecientes a diferentes jurisdicciones nacionales en el límite de los Estados, y que posee una base demográfica establecida pela sumatoria de cada una de las poblaciones de la frontera.

Todavía, en el territorio fronterizo, podemos identificar otro espacio en los límites del Estado y que, en general, no está ocupado ni cuenta con la mínima infraestructura, constituyéndose en espacios vacíos y, por tanto, no incorporados al desarrollo económico ni al social.

Importancia de la frontera

Durante las últimas dos a tres décadas, periodo en que las iniciativas de integración regional y sub-regional acontecieron mas intensamente, el espacio fronterizo fue considerado como territorio donde pudimos y debemos desenvolver acciones conjuntas entre países y consolidar acuerdos de cooperación bilateral o multilateral, de manera a permitir una abertura para la integración política y de forma planeada de este espacio, llamado frontera. Eso estaría dando crédito al valor de la frontera, dejando de ser el último de los lugares para ser el punto de encuentro entre países y la puerta del investimento en la integración.

Este fenómeno se da con vistas al superar los desequilibrios regionales y sub-regionales, por haber sido las fronteras, tradicionalmente, espacios marginales, periféricos y carentes de integración socioeconómica, como resultado de la concentración del poder y el desarrollo en el centro de los países, lo que constituye la formación de corrientes centralistas.

Con este cambio, la iniciativa de desarrollo de fronteras entre países permite crear un espacio de confianza en los procesos de cooperación y integración socioeconómica, generando capacidades administrativas, operativas y una armonización de la gestión en el nivel local periférico.

Las fronteras desarrolladas y trabajadas con visión de integración permiten a los países una verdadera articulación dentro de iniciativas de contexto internacional en que la participación bilateral o multilateral genera espacios compartidos con programas u proyectos de verdadera integración y posibilidades de desarrollo integral.

El desarrollo fronterizo es, sin duda alguna, un proceso necesario e inaplazable de incorporación de territorios de frontera al patrimonio activo de cada país, contribuyendo de manera conjunta al desarrollo de un espacio común bi o multinacional denominado frontera, con iniciativas que responden al desarrollo integrado y sustentable. En caso de la salud y de la lucha contra la pobreza, no podemos dejar de lado el territorio fronterizo para el avanzo de compromisos, objetivos y metas del milenio, establecidas hasta el año 2015.

El desarrollo de las fronteras debe ser visto como un objetivo y una estrategia política y de desarrollo económico y social para dar respuestas y soluciones al desequilibrio interno del país entre los territorios centrales y periféricos; a dar soluciones y disminuir lagunas de desarrollo y bienestar en las fronteras, donde las desigualdades y las iniquidades de bienestar y salud aun son evidentes, siendo territorios con grande injusticia social y económica.

El desarrollo sustentable de las fronteras solo será posible si son generadas iniciativas entre países limítrofes, como estrategia fundamental, en acción conjunta con el Estado, como un todo, y con territorios locales periféricos. Eso permitirá generar un proceso único y compartido de integración y cooperación entre regiones fronterizas, en aspectos de desarrollo social y económico, especialmente en salud, educación, ambiente, habitación y ocio.

En este contexto, asegurar los procesos de cooperación y integración entre fronteras depende de la construcción de espacios de desarrollo social y económico capaces de generar y producir bienes y servicios, con incorporación efectiva de instituciones y individuos, constituyendo una fuerza periférica, reconocida como "equipes de frontera".

Este intercambio debe incorporar los conocimientos de un y otro país; debe respetar las realidades culturales, económicas y sociales de cada un, buscando equilibrio en las condiciones de bienestar, salud y desarrollo de ambas las poblaciones de frontera, con un amplio respeto a la soberanía de los países, no obstante de constituir un solo territorio de interacción.

La verdadera integración se da cuando los equipos de frontera puedan facilitar la preservación de la frontera, con medidas administrativas que beneficien a ambos los lados y busquen armonizar los procesos y estructuras para compartimiento como bien propio y común.

No habrá desarrollo de salud en las fronteras si antes no se consolidan procesos de desarrollo fronterizo integral, entendiéndose este como el componente principal de la dinámica relación entre pueblos y grupos humanos próximos geográficamente, mas pertenecientes a dos o mas Estados. La incorporación de la frontera al verdadero patrimonio nacional solo se dará si los objetivos son claros y estrategias específicas de punta para conseguir el desarrollo integral y sustentable, con incorporación de iniciativas públicas y privadas en el campo de la infraestructura social, económica, productiva, de servicios básicos y, especialmente, de infraestructura sanitaria.

Integración fronteriza en salud

Debemos entender que la integración fronteriza en salud será posible si son desencadenados procesos convenidos entre dos o más países en sus territorios contiguos de frontera, por medio de acuerdos y tratados con objetivos comunes y aprovechamiento conjunto de sus instituciones, servicios, recursos, a favor de sus poblaciones. Eso debe incorporar la utilización de bienes y servicios como salud, educación, así como la complementación de acciones con base en objetivos y metas mutuamente identificados.

Con eso, los acuerdos fronterizos en salud pueden ser parte da respuesta a la agenda nacional de desarrollo de las fronteras y del bienestar de sus poblaciones con acuerdos de salud que busquen fomentar y generar una cultura sanitaria y de salud basada en la solidariedad entre comunidades e instituciones de salud ya existentes o a ser desarrolladas.

En los territorios de frontera, encontramos poblaciones que históricamente fueran excluidas del desarrollo y, en lo que concierne a la salud, muchas de ellas son consideradas como poblaciones más vulnerables por ser más pobres, por tener una infraestructura insuficiente y dificultades de acceso a servicios y tecnologías de salud. Estas poblaciones pueden presentar condiciones preocupantes en relación a algunas enfermedades, las cuales pueden ser traducidas en indicadores de condiciones de salud muchas veces peores que la media nacional. Debido al proceso de globalización y de las corrientes de integración, vemos una situación de cambio en las fronteras, al se incrementar a movilización de personas y de intercambios de bienes y servicios.

Las ciudades fronterizas, de alguna manera, se integran de forma natural y crean una especie de tercero espacio, en el cual se genera una nueva sociedad, con valores y trazos culturales, étnicos, lenguajes peculiares y propios de esa localidad, presentando una identidad diferente do restante do país.

Estos espacios fronterizos se convierten en una oportunidad para que las autoridades nacionales y, especialmente, las locales puedan desarrollar espacios saludables y generar programas de salud de forma integrada y transfronteriza, convirtiendo la salud como un pilar de la solidariedad entre naciones, atrayendo recursos puntuales a las realidades y necesidades fronterizas, favoreciendo el bienestar familiar y comunitario.

En el nivel de las fronteras, es fácil identificar condiciones de salud similares que afectan las poblaciones de ambos los lados, aspecto que nos obligan a pensar en respuestas integradas y a ofrecer servicios con una visión unificada. Una otra situación que pode ser observada es aquella en la cual existen fronteras en que la condición de un lado es mejor que la de otro, debido, especialmente, al hecho de un país poseer mejores condiciones política, de planeamiento, programas y servicios. Estos aspectos deben ser reconocidos e aprovechados por el lado menos desarrollado.

"La salud será el motor del desarrollo y de bienestar en las fronteras" cuando tenga un desarrollo y una visión que no solo buscar generar buenos niveles de salud, mas también que se integre para generar una dinámica de bienestar y cualidad de vida de los pueblos fronterizos, incentivando, generando, creando espacios y ciudades solidarias en relación a la salud, especialmente en las fronteras mas críticas, y actuando directamente en las fajas fronterizas de salud, donde las desigualdades y el atraso en salud son evidentes y donde as iniquidades da patología social sea reconocida como un factor predisposición que impacta en la salud, tales como: el uso de drogas, el alcohol, la prostitución, el tráfico ilegal. Actuar en este campo significa intervenir decididamente en la busca del bienestar y cualidad de vida con salud y por medio de la salud. Solo así, la salud puede ser considerada el motor y la fuerza dinámica que permite cambios en el territorio local periférico, denominado frontera.

La cooperación fronteriza en salud es vista como un conjunto de iniciativas compartidas entre países limítrofes en sus territorios contiguos como base para desarrollo futuro de eses espacios demográficos y poblacionales, buscando aprovechamiento de todas y cada una de las estructuras y potencialidades sanitarias y de salud existentes o a ser requeridas en favor de la población.

El trabajo armonizado en salud en las fronteras generará, sin duda, un impacto em el desarrollo de las fronteras y específicamente en el campo de la salud, aumento la afluencia de la población a los servicios de salud tradicionalmente subutilizados o mal utilizados, como servicios de salud y servicios sociales de frontera. En este sentido, habrá un aumento de la demanda de bienes y servicios sociales de frontera, que deberán responder a esa demanda; el intercambio generará desplazamientos humanos de y para nuevos servicios; se enfrentaran cambios de procesos y padrones de asistencia y atención en salud, llevando a un cambio de culturas de los servicios, con aparecimiento de presiones y demandas no tradicionales y con la consecuente aparición de nuevas patologías y demandas de servicios.

Para que ocurra este proceso de intercambio y planeamiento conjunto entre países debe haber un encuentro de políticos, técnicos, especialistas y ciudadanos, que sean los porta-voces de los otros niveles geopolíticos de cada país. Para eso, es necesario un ordenamiento en "Comisiones de Salud de Frontera", como encargados de traer y llevar la palabra de los niveles políticos y de la propia comunidad.

Estas comisiones deben objetivar la generación de una instancia político-técnica y de oportunidades para promover bienestar, un alto nivel de cualidad de vida y de salud y de programar el desarrollo de servicios de salud con equivalencia y reconocimiento bi o multinacional, considerando la conservación y desarrollo del medio ambiente fronterizo.

De esa forma, las Comisiones de Frontera tienen como misión coordinar, organizar, facilitar y establecer líneas de acción para aplicación de políticas nacionales, estaduales, departamentales, provinciales y municipales por medio de aplicación de proceso de planeamiento, ejecución y seguimiento de asuntos de salud y ambiente, como parte del desarrollo integral y sustentable de la región fronteriza y su población.

El trabajo en salud en las fronteras tiene como propósito final generar procesos que permitan coordinar las relaciones municipales – locales de frontera- y entre los sistemas de salud existentes y generar un proceso de respuesta basada en la asistencia y atención a la salud de la faja fronteriza, asegurando servicios y recursos humanos de salud altamente capacitados y que puedan constituir un verdadero "Sistema de Salud de Frontera".

Las comisiones de fronteras inter países deberán, preliminarmente al inicio de cualquier trabajo de integración, elaborar un diagnóstico de estructura funcional da rede de servicios existentes en la área de frontera y valorizar la capacidad potencial da producción de servicios en todas las unidades de salud, desde la atención primaria hasta la atención de mayor complejidad, incluyendo los centros hospitalarios. Con base en esta análisis, la Comisión deberá establecer propuestas de reorganización de la red y generar un programa de cooperación transfronteriza estableciendo la distribución de los recursos actuales, proponiendo la complementariedad con aquellos que, en el nivel fronterizo, sean indispensables. Además de eso, debe evaluar la capacidad de los servicios de salud, levantando informaciones sobre recursos humanos que deben dejar de pertenecer al sistema de un país y pasar a constituir un equipo de frontera en salud.

Recordemos que, en este espacio de territorio, los países deben desencadenar un modelo de asistencia y atención trans fronteriza en que la armonía de políticas, normas, leyes y reglas deben ser llevadas en consideración cuando la organización de la atención, como un proceso específico para la salud, que debe ser sumado a los procesos que, paralelamente, apoyan la estructuración y desarrollo de la integración global de frontera.

Por otro lado, la tarea de las Comisiones de Frontera es identificar y regular los procesos que están aconteciendo en la práctica cotidiana de los servicios de salud de las fajas fronterizas de salud y proponer el desarrollo de una estructura interpaíses que de respuesta alas necesidades, problemas de salud y aspiraciones sociales de bienestar y salud de los ciudadanos fronterizos, de manera homogénea y sin ningún tipo de discriminación.

Las comisiones de salud de las fronteras deben iniciar el trabajo teniendo como base las condiciones e as realidades que están afectando la salud y, para eso, deben buscar mecanismos que permitan tener un conocimiento actualizado de los indicadores de desarrollo humano y de salud, especialmente de aquellos relacionados con los objetivos y metas del milenio. Eso permitirá mejorar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos de las fronteras y crear canales de diseminación sistemática de la información, buscando desarrollar un espacio de información para la tomada de decisión local. Podrá, todavía, se constituir en una sala de situación de frontera, favoreciendo el sistema de vigilancia de salud y sanitaria en las fronteras.

Este esfuerzo del equipo de frontera debe identificar, especialmente, las iniquidades y desigualdades en salud; debe adaptar los lineamientos, instrumentos y regulaciones nacionales las realidades locales, en que la interacción con las autoridades políticas, militares y de seguridad son necesarias; debe conseguir, dentro del espacio de diálogo, la efectiva participación y compromiso de la comunidad fronteriza, considerando las diversidades de raza, etnia, de manera que sea parte activa del proceso de integración y sea el actor principal del modelo de gestión sanitaria; el trabajo de los equipos de salud de frontera debe considerar una visión de desarrollo integral y global con una visión multisectorial que incluya el fortalecimiento de las capacidades de frontera como un todo, sin dejar de considerar las prioridades políticas y técnicas específicas de cada un dos países.

La articulación y armonización de redes de servicios en las regiones fronterizas impulsionarão la

mejoría de las coberturas y acceso de forma mas eficiente, oportuna y especialmente con equidad, posibilitando las poblaciones de los extremos del país tener acceso a servicios de punta, con el mismo nivel de aquellos que se encuentran en las grandes ciudades o en regiones centrales del país. Esos esfuerzos de armonización y articulación en el nivel de las fronteras son tan necesarios como acciones operativas en nivel local de los servicios de salud, que ofrecen soluciones a problemas concretos de frontera, muchas veces diferentes de los que se presentan en otras partes del país. Tal diferencia ocurre debido al hecho de que a región de las fronteras tiene una grande circulación de personas, de movilidades, de comercio, elevando o riesgo a la salud.

Para la Organización Pan-Americana de la Salud, el trabajo en fronteras significa priorizar y desarrollar acciones de salud y sanitarias en los territorios fronterizos y, especialmente, generar capacidades para dar respuestas eficientes en las ciudades gemelas. El objetivo de tales acciones es disminuir las iniquidades en salud, sensibilizando autoridades políticas locales, buscando la interacción y el consenso entre las redes nacionales de salud y el desarrollo de la información en salud, garantiendo el acceso a servicios y asegurando la cualidad de la atención, reforzando acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria, especialmente de las enfermedades transmisibles (como Tuberculosis y VIH/SIDA), desarrollando esfuerzos para armonización sanitaria, en la legislación, tratamientos médicos y facilidades del uso transnacional de los servicios de salud.

Toda esta interacción debe considerar puntos comunes de interese en problemas, debe buscar el desarrollo de consensos, el planeamiento y ejecución de acciones en la identificación de recursos a ser compartidos, de tal manera que se pueda generar iniciativas afines y únicas para ambas las poblaciones fronterizas.

En la actualidad, la OPAS/OMS tienen creado diversas iniciativas, como parte de sus compromisos, las cuales han permitido el desarrollo de procesos integrados entre países, como es el caso de la trifrontera entre Guatemala, Honduras y El Salvador; la frontera norte de la América Central, Guatemala, Belice y México; en la frontera de Nicaragua, Honduras y El Salvador; la Tríplice Frontera entre Argentina, Paraguay y Brasil; Brasil, Colombia y Perú; o binacionales, como Haití y República Dominicana; Nicaragua y Costa Rica. Entretanto, consideramos que, para la OPAS, la experiencia más importante en ese campo de salud en la frontera se da con las acciones en la frontera entre Estados Unidos y México. Esta experiencia exigió que la OPAS abrir una oficina de cooperación en El Paso, para atender a estas poblaciones, como una iniciativa binacional muy importante, principalmente por el volumen de personas atendidas.

Con las iniciativas sub-regionales que se intensifican en el MERCOSUR, en COMUNIDAD DE NACIONES ANDINAS, EN AMAZONIA, están concretizándose verdaderos Sistemas Integrados de Saluda de Frontera (SIS-Frontera) como es el caso de Brasil con Argentina, Brasil con Paraguay, Brasil con Uruguay e Brasil con Bolivia.

Acciones de salud en las fronteras

El trabajo de salud en las fronteras debe iniciarse con una aproximación de las autoridades políticas y sanitarias de los países para abordar el problema de fronteras asociado a la salud. Inicialmente, deben tomarse medidas y decisiones políticas multisectoriales, ya que el abordaje del tema salud requerirá la intervención de otras áreas que tiene influencia directa en la integración fronteriza y en la tomada de decisión para la salud.

Se debe al constituir equipos de frontera transnacionales ye consolidar compromisos político y técnico, firmando un acuerdo ínter fronterizo en el cual se incluya la conformación de la Comisión de Salud Ínter países.

Las acciones propiamente dichas en salud deberían ser:

- Desarrollo de un Sistema de Análisis de Información de Salud de Frontera;
- Desarrollo de un Sistema y Servicios Integrados de Salud en las Fronteras;
- Desarrollo de un modelo entre países de Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria de Frontera;
- Asistencia en Servicios de Salud Reproductiva y de las diferentes etapas de continuo da vida (infancia, adolescencia y juventud, adulto y adulto mayor);
- Plano de Acción en prevención, ejecución y respuesta a riesgos de salud y desastres naturales en la frontera;
- Integración de fronteras, ejecución del reglamento Sanitario Internacional;

- Desarrollo de una propuesta de trabajo interfronteriza en Saneamiento Ambiental, Tratamiento de Aguas y tratamiento final de aguas utilizadas;
- Desarrollo de ambientes, espacios y ciudades saludables para generar fronteras saludables

Bibliografia:

OLIVEROS, Luis Alberto. El Concepto de frontera en el contexto y en la perspectiva de la integración andina. Febrero de 2002. *Comunidad Andina de Naciones,* Documentos informativos SG/DI 439, 31 Jul. 2002. Disponível em: <http://www.comunidadandina.org/documentos/docIA/IA13-2-02.htm>. Acesso em: 10 abr. 2006.

HIRSCH, Joachim. Die neue weltordnung: internationalisierung des states. In: ATZERT, Thomas; MÜLLER, Jost (Hg.). *Kritik der weltordnung*. globalisierung, imperialismus, empire. Berlin. 2003. S. 31-46.

SUAREZ, Julio; GÜEMES, Armando; OPS/OMS. Salud en el MERCOSUR. Florianópolis (Brasil)**:** OPS/OMS, 2005. 13 slides, color. Disponible em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque1020.ppt>. Acesso em: 10 abr. 2006.

CAPÍTULO

V

DE LOS IDEALES A LA EXPERIENCIA PRÁCTICA EN EL CONTEXTO DE LAS FRONTERAS

Proyecto SIS Frontera
Vanessa Murta Rezende
Marisa Lucena Branco
Alessandra Santos Araujo

Caracterización de los municipios y sus sistemas locales de salud en la región fronteriza de Paraná

Denise Siqueira de Carvalho
Marilene da Cruz Magalhães Buffon
Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Rogério Andrade Mulinari
Laura Christina Macedo
Cristhiane Aparecida Mariot
Rafael Gomes Ditterich
Magda Eline Guerrart Portugal
Ângela Silvano
Giovana Daniela Pecharki
Luciana Schneider

El Proyecto SIS Fronteras en el Estado de Mato Grosso do Sul
Edson Mamoru Tamaki
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Maria Elizabeth Ajalla
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

5.1 Proyecto SIS-Frontera

Vanessa Murta Rezende
Alessandra Santos Araujo
Marisa Lucena Branco

Introducción

El Sistema Integrado de Salud de las Fronteras – SIS-Frontera es un Proyecto del Ministerio de la Salud dirigido para los municipios fronterizos, de norte al sur del país. Contemplado en Mais Saúde, el Proyecto tiene como meta fortalecer y mejorar los sistemas locales de salud en los 121 municipios fronterizos brasileños.

Los municipios fronterizos se caracterizan por estar localizados hasta 10 Km. de la línea de frontera, a lo largo de los 15.719 Km. de frontera brasileña. Esa área incluye 11 estados y 121 municipios, reúne aproximadamente tres millones de habitantes y hace frontera con diez países de América del Sur: Guyana Francesa, Suriname, Guyana, Venezuela, Colombia, Perú, Bolivia, Paraguay, Argentina y Uruguay.

En el escenario actual, la dificultad de acceso a servicios asistenciales y la ausencia de control de las acciones de salud pública han sido observadas en Brasil y en los demás países en América Latina, llevando a un aumento del flujo de circulación de las poblaciones residentes en la frontera, a veces en un sentido otras veces en otro, en la búsqueda de una mejor oferta de servicios de salud. Esa movilidad viene ocasionando dificultades para los gestores municipales en región fronteriza, bien como para las autoridades de los países limítrofes con Brasil.

Se hizo necesario un diagnóstico de toda la región fronteriza, a fin de subsidiar la construcción de una política diferenciada para esa región, de forma a minimizar los problemas enfrentados por los gestores locales y favorecer la implantación de un sistema de salud pública ecuánime, integral y universal.

Para alcanzar ese objetivo, en cada municipio fronterizo, por medio del Diagnóstico Local, fueron mensuradas cuantitativa y cualitativamente: las demandas existentes, la capacidad instalada, los flujos de asistencia y el perfil epidemiológico, sanitario y ambiental. Fueron hechos análisis de impacto de las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria desarrolladas, bien como de la cobertura y de la cualidad asistencial, integrando los recursos físicos y financieros.

Basados en sus respectivos Diagnósticos Locales, los gestores municipales construyeron su Plano Operacional, herramienta de planeamiento y gestión, donde fueron indicadas las estrategias para proveer los puntos críticos de sus respectivos municipios.

De esta forma, la puesta en práctica del Proyecto SIS-Frontera es un paso inicial para el fortalecimiento y la organización de los sistemas locales de salud de los municipios fronterizos brasileños, pues consiste en una oportunidad del gestor local realizar un planeamiento detallado de las acciones de salud en su región, priorizando las áreas que necesitan de mayores incentivos.

El proyecto

Instituido por la Portaría GM/MS nº. 1.120, de 06 de julio de 2005, alterada por la Portaría GM/MS 1.188, de 05 de junio de 2006, el Proyecto SIS-Frontera fue lanzado en Uruguaiana/RS el 10 de noviembre de 2005.

El Proyecto tiene por objetivo contribuir para la organización y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud en los 121 municipios fronterizos brasileños, bien como promover la integración de acciones y servicios de salud en la región de frontera.

Etapas

Después de la identificación del público alvo, se adoptó como estrategia de implantación del SIS-Frontera una división de Proyecto en dos etapas, considerando aspectos geográficos y momentos temporarios distintos (Figura).

Fuente: SIS-Frontera/CGEP/DP/SE/MS

Etapa I - 69 municipios en los estados de la Región Sur (PR, RS, SC) y MS.

Etapa II - 52 municipios en los estados de la Región Norte (AC, AM, AP, PA, RO,RR) y MT.

Adhesión

Como pré-condición para implantación del Proyecto en los municipios fronterizos, se definió que, después de la manifestación de interés al Proyecto por parte de los gestores municipales y estaduales, sería encaminado el *Término de Adhesión al Proyecto SIS-Frontera* a todos los estados y municipios fronterizos.

La firma del Término de Adhesión, conforme portaría GM/MS nº. 1.189, de 05 de junio de 2006, garantizó el repaso de incentivos financieros y pactó la ejecución de las fases del Proyecto en el municipio.

Considerando la necesidad de definir compromisos y responsabilidades de las partes involucradas en el SIS-Frontera (esferas Municipal, Estadual y Federal), fue aprobado el Término Aditivo al Término de Adhesión, conforme a Portaría GM 3.301, de 22 de diciembre de 2006.

Los municipios son:

Etapa I

Mato Grosso do Sul – MS (12 municípios)
Antônio João
Aral Moreira
Bela Vista
Caracol
Coronel Sapucaia
Corumbá
Japorã
Mundo Novo
Paranhos
Ponta Porã
Porto Murtinho
Sete Quedas

Paraná – PR (18 municípios)
Barracão
Capanema
Entre Rios do Oeste
Foz do Iguaçu
Guaíra
Itaipulândia
Marechal Cândido Rondon
Mercedes
Missal
Pato Bragado
Pérola d'Oeste
Planalto
Pranchita
Santa Helena
Santa Terezinha de Itaipu
Santo Antônio do Sudoeste
São Miguel do Iguaçu
Serranópolis do Iguaçu

Rio Grande do Sul – RS (29 municípios)
Aceguá
Alecrim
Bagé
Barra do Quaraí
Chuí
Crissiumal
Derrubadas
Dom Pedrito
Doutor Maurício Cardoso
Esperança do Sul
Garruchos
Herval
Itaqui
Jaguarão
Novo Machado
Pedras Altas
Pirapó
Porto Lucena
Porto Mauá
Porto Vera Cruz
Porto Xavier
Quaraí
Roque Gonzales
Santa Vitória do Palmar
Santana do Livramento
São Borja
São Nicolau
Tiradentes do Sul
Uruguaiana

Santa Catarina – SC (10 municípios)
Bandeirante
Belmonte
Dionísio Cerqueira
Guaraciaba
Itapiranga
Paraíso
Princesa
Santa Helena
São José do Cedro
Tunápolis

Etapa II

Acre – AC (17 municípios)
Acrelândia
Assis Brasil
Brasiléia
Capixaba
Cruzeiro do Sul
Epitaciolândia
Feijó
Jordão
Mâncio Lima
Manoel Urbano
Marechal Thaumaturgo
Plácido de Castro
Porto Walter
Rodrigues Alves
Santa Rosa do Purus
Sena Madureira
Xapuri

Amazonas – AM (8 municípios)
Atalaia do Norte
Barcelos
Benjamin Constant
Japurá
Santa Isabel do Rio Negro
Santo Antônio do Içá
São Gabriel da Cachoeira
Tabatinga

Etapa II (Continuación)

Amapá – AP (2 municípios)
Laranjal do Jari
Oiapoque

Mato Grosso – MT (4 municípios)
Cáceres
Comodoro
Porto Esperidião
Vila Bela da Santíssima Trindade

Pará – PA (3 municípios)
Almeirim
Óbidos
Oriximiná

Rondônia – RO (9 municípios)
Alta Floresta D'Oeste
Alto Alegre dos Parecis
Cabixi
Costa Marques
Guajará-Mirim
Nova Mamoré
Pimenteiras do Oeste
Porto Velho

São Francisco do Guaporé

Roraima – RR (9 municípios)
Alto Alegre
Amajari
Bonfim
Caracaraí
Caroebe
Iracema
Normandia
Pacaraima
Uiramutã

FASES

El Proyecto comprende tres fases de ejecución, para ser realizadas en cada municipio fronterizo:

Fase I – Realización del Diagnóstico Local de Salud cuali-cuantitativo y elaboración del Plano Operacional.

Acciones:

√ Harmonización de los parámetros mínimos y metodología para la realización del Diagnóstico Local de los municipios fronterizos;

√ Repaso del recurso financiero a los municipios y a las Universidades Federales;

√ Elaboración del Diagnóstico Local del municipio;

Realizado después la definición de la metodología de pesquisa definida en Oficina realizada en Brasilia, con la participación de todas las universidades federales asociadas y el Proyecto SIS-Frontera (población-alvo, plan de colecta, análisis de datos de las pesquisas cuantitativa y cualitativa, y cronograma de las actividades).

√ Elaboración del Plan Operacional del municipio.

Señala las necesidades de cada municipio, atendiendo a los puntos críticos identificados en el Diagnóstico Local.

La elaboración del Diagnóstico Local cuali-cuantitativo por el municipio, con el apoyo de la universidad, involucra: identificación de la población a ser contemplada en los servicios de salud; las demandas existentes, a capacidad instalada; los flujos de asistencia; el perfil epidemiológico, sanitario y ambiental en salud.

El Plan Operacional deberá ser integrante del Plan Municipal de Salud, validado por el Consejo Municipal de Salud (CMS) y por la Comisión Intergestores Bipartita (CIB) estadual.

El municipio solamente será considerado apto para la Fase II después de la validación de los productos de la Fase I (Diagnóstico Local y Plan Operacional) por CIB, cuyo extracto será encaminado a la Coordinación del SIS-Frontera, para homologación.

Fase II – Cualificación de la Gestión, de servicios y las acciones, y la puesta en práctica de la Rede de Salud en los municipios fronterizos.

Acciones:

√ Ejecución de las metas y acciones previstas en el Plan Operacional.

√ Cualificación de las capacidades básicas en gestión de salud.

Fase III – Implantación de servicios y acciones en los municipios fronterizos, conforme Diagnóstico Local definido en Plan Operacional.

Acciones:

√ Ejecución de las metas y acciones previstas en el Plan Operacional.

√ Implantación de nuevos servicios y fortalecimiento de la gestión.

Incentivos financieros y repaso de recursos

Municipios

El incentivo financiero específico para las acciones de salud en la región, denominado Incentivo a la Implantación del Sistema Integrado de Salud de las Fronteras, fue establecido de acuerdo con el cálculo de 40% sobre el Piso de Atención Básica - PAB. El criterio adoptado para repaso de ese recurso está basado en la ejecución de las fases del Proyecto, de acuerdo con la Portaría GM/MS nº. 1.189, de 05 de junio de 2006.

Los recursos destinados a Fase I del Proyecto son de costo, e las Fases II y III de costo y capital, repasados Fundo a Fundo, en la categoría económica que esté prevista en el Plan Operacional presentado pelo municipio.

Los recursos financieros de la I Fase, fueron repasados en cuota única, después firma y publicación del Término de Adhesión. En esta Fase, hubo liberación de 30% del valor total de recursos alocados en el Proyecto.

Los recursos financieros de las Fases II y III serán repasados, en momentos temporarios distintos, con la liberación de 35% del valor del recurso, respectivamente, basado en el diagnóstico realizado y de acuerdo con el Plan Operacional presentado.

Plazos

Los plazos para la ejecución del Proyecto fueron redefinidos en el PAC SAÚDE, para el cuadrienio 2008-2011.

Sociedad con las universidades

El proyecto SIS Frontera provee un diagnóstico que aborda aspectos epidemiológicos, sanitarios, ambientales y asistenciales. Para tanto, el SIS- Frontera, juntamente con el Comité Permanente y Cámara Técnica de Asesoramiento al Sistema Integrado de Salud de las Fronteras, elaboró una relación de parámetros mínimos a ser abordados en cada documento.

Teniendo en vista la realidad de los municipios fronterizos brasileños y preocupados con la capacidad técnica de desarrollo de metodologías de investigación, aparte de la necesidad de tenerse un equipo multidisciplinar para identificar todos los aspectos abordados en los parámetros presentados, la Directoria del Programa, juntamente con la Coordinación del SIS-Frontera, identificó la necesidad de establecerse un convenio con las universidades federales de cada Estado fronterizo de forma a apoyar los municipios en la ejecución de la Fase I del Proyecto, que comprende la realización de los Diagnósticos Locales de Salud y elaboración de los Planes Operacionales.

Siendo así, el Ministerio de la Salud firmó convenio con la Universidad Federal de cada estado fronterizo (11 Universidades) para apoyar los municipios durante la ejecución de la Fase I.

De esa forma, esta sociedad tuvo como objetivo el asesoramiento de las universidades a los municipios fronterizos en la ejecución de la Fase I, de forma de garantizar la cualidad del Diagnóstico Local, una vez que poseen capacidad técnica para la aplicación de metodología científica en la colecta, validación y análisis de los datos, bien como en la elaboración del Plan Operacional.

Se detectó, aún, la necesidad de equipar los municipios para la utilización de sistemas informatizados

para realización del Diagnóstico Local, pues la investigación fue desarrollada con datos primarios y secundarios, y el Plan Operacional. Para eso, fueron previstos recursos de costeo y de inversiones, necesarios al desarrollo del Proyecto, bien como la adquisición de kits de informática que fueron cedidos a los municipios, por medio del «*Término de Cesión de Uso*» durante la ejecución de la Fase I y que, posteriormente, serán donados a los municipios, por medio del «*Término de Donación de Equipamientos*».

Fue firmado convenio con las Universidades de Mato Grosso do Sul, Santa Catarina y Paraná, por medio de sus respectivas Fundaciones de Apoyo; y, por orientación del Fondo Nacional de Salud, fue hecha una descentralización directa de recursos para las Universidades Federales de Río Grande do Sul, Amazonas, Amapá, Acre, Pará, Mato Grosso, Rondônia e Roraima, y no fue por medio de convenio.

Comité Permanente de Implementación y Acompañamiento de las Acciones Relativas al SIS-Frontera y Cámara Técnica de Asesoramiento

El SIS-Frontera cuenta con un Comité Permanente de Implementación y Acompañamiento de las Acciones del SIS-Frontera es una Cámara Técnica de asesoramiento al Comité, instituidos por la Portaría GM/MS nº. 2.107, de 1º de noviembre de 2005, alterada por la Portaría GM/MS nº. 488, de 2 de marzo de 2007, cuyo coordinador y demás integrantes son designados por Portaría.

El Comité Permanente de Implementación y Acompañamiento de las Acciones relativas al Sistema de Salud de las Fronteras – SIS-Frontera es constituido por representantes de la Secretaria Ejecutiva (SE), Secretaria de Atención a la Salud (SAS), Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (SGTES), Secretaria de Vigilancia en Salud (SVS), Secretaria de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestión Participativa (SGP), Coordinación Nacional de la Salud en el MERCOSUR, Asesoría de Asuntos Internacionales en Salud (AISA/GM), Consultoría Jurídica (CONJUR), Consejo Nacional de los Secretarios de Salud (CONASS), Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y la Cámara Técnica es constituida por representantes de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), Fundación Nacional de Saúde (FUNASA) y Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Articulaciones y Sociedades

El SIS-Frontera ha establecido articulaciones y sociedades con otras áreas del Ministerio de Salud y demás Ministerios, integrando diversos programas del Gobierno Federal. Estas acciones están siendo ejecutadas simultáneamente a la ejecución de las Fases del Proyecto, de forma a establecer políticas transversales que fortalezcan la región de frontera.

Comentários finales

El SIS-Frontera se constituye en una herramienta de gestión, que posibilita la identificación de la situación de la salud local y de las necesidades de cada municipio fronterizo, de forma descentralizada, horizontal, basado en el control social, con la participación de los Consejos Municipales de Salud CIB´s de cada estado fronterizo, en una acción complementar de las tres esferas de gobierno.

Destacase la importancia de sumar esfuerzos, no solo de gobierno federal, sino también de gobiernos estadual y municipal, bien como de los diversos ministerios, para la realización del SIS-Frontera.

El Proyecto es estratégico para la salud, priorizando un área que necesita de incentivos específicos con vistas a alcanzarse los principios del SUS que son: integralidad, jerarquía, universalidad, equidad, descentralización, control social y regionalización, reconociendo la importancia de espacio territorial de frontera.

Muchas veces las fronteras geopolíticas no coinciden con las fronteras sanitarias y epidemiológicas, lo que determina la necesidad de una visión diferente a la región, inclusive para acciones de vigilancia en salud.

Además de esto son muy fuertes las presiones que inciden sobre los sistemas de salud de los municipios fronterizos, del punto de vista de la asistencia, del acceso y derecho a la salud.

En las ciudades gemelas, es evidente la necesidad de tener un diagnóstico de la situación de salud para más allá de los limites de la frontera geopolítica brasileña, estimulando el planeamiento y la coordinación de acciones y acuerdos bilaterales o multilaterales entre los países que comparten fronteras entre sí.

La implantación del SIS-Frontera abre posibilidades para organizar la integración en el sector salud, en principio, de los diversos sistemas locales de salud de la región. Sin embargo, es fundamental reconocer que su sustentabilidad necesitará de mayor aporte financiero en el fortalecimiento de esta estrategia. Así la búsqueda de estrategias multilaterales se hace presente en un futuro próximo.

Bibliografia:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.120, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 7 de jul. 2005; Seção 1, n.129, p.47.

_____. Portaria n.º 2.107, de 1º de novembro de 2005. Institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 14 de nov. 2005; Seção 1, n.218, p.30.

_____. Portaria n.º 1.188, de 5 de junho de 2006. Dá nova redação à Portaria n.º 1.120/GM, que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 6 de jun. 2006; Seção 1, n.107, p.36.

_____. Portaria n.º 1.189, de 5 de junho de 2006. Aprova o Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 8 de jun. 2006; Seção 1, n.109, p.40.

_____. Portaria n.º 3.301, de 22 de dezembro de 2006. Aprova o Aditivo ao Termo de Adesão do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 26 de dez. 2006; Seção 1, n.246, p.253.

_____. Portaria n.º 448, de 2 de março de 2007. Altera a Portaria n.º 2.107/GM, de 1º de novembro de 2005, que institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 5 de mar. 2007; Seção 1, n.43, p.29.

5.2 Caracterización de los municipios y de seus sistemas locales de salud en la región de frontera de Paraná

Denise Siqueira de Carvalho
Marilene da Cruz Magalhães Buffon
Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Rogério Andrade Mulinari
Laura Christina Macedo
Cristhiane Aparecida Mariot
Rafael Gomes Ditterich
Magda Eline Guerrart Portugal
Ângela Silvano
Giovana Daniela Pecharki
Luciana Schneider

Introducción

La territorialidad de fronteras presenta heterogeneidad consecuentes a interacciones culturales, políticas y económicas entre países. En su cotidiano, además de la intensificación de flujos de productos, servicios y personas, conviven sistemas políticos, monetarios, de seguridad y de protección social diferentes, decurrentes de esas interacciones (BOLIS, 1999). Siendo así, "en el contexto actual la región fronteriza pasa por profundas modificaciones, dejando de ser asociada a la idea de límite político y geográfico separando dos naciones, para representar un territorio de integración regional" (MISOCZKY; BORDIN, 2004).

En este contexto, la atención a la salud de los municipalistas sufre influencia del flujo de extranjeros o de brasileños no residentes del territorio brasileño. Eso ocurre porque la constitución brasileña reza que "todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizándose a los brasileños y a los extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad [...] (BRASIL, 1988). Sin embargo hay brasileños y extranjeros que residen en el exterior, pero que tienen acceso a los servicios de salud porque presentan documentos falsos para comprobar que residen en el país.

Actualmente no hay legislación brasileña con referencia al:

> [...] acceso a la atención a la salud, quedando como garantía de este derecho dependiente del poder discrecional de la autoridad local, aún que sea permitido a los extranjeros fronterizos ejercer función remunerada, frecuentar escuelas y obtener Documentos de Trabajo y de Previdencia Social brasileñas. (GIOVANELLA et al, 2007).

Además, en consecuencia del principio de la universalidad del Sistema Único de Salud (SUS) previsto en la Constitución Federal de 1988 (BRASIL, 1988), el Sistema de Salud debe atender a todos, sin distinciones o restricciones, ofreciendo la atención a la salud necesaria, sin cualquier costo, para el individuo. Consecuentemente, los municipios fronterizos brasileños tienen dificultades en proveer a sus municipalistas la atención integral a la salud, debido a la población fluctuante de extranjeros y brasileños residentes en el exterior que buscan atendimiento en el SUS y, principalmente, debido a la inexistencia de una política de atención para esta población y a la indefinición de financiamiento de las acciones de salud en la región de frontera, que sea: federal, estadual o municipal.

En vista de las consideraciones mencionadas, estudios han evidenciado que en los sistemas municipales de salud en las regiones de frontera:

> [...] la falta de recursos humanos especializados, la insuficiencia de equipamientos para realización de procedimientos de media y alta complejidad y la distancia entre los municipios y los centros de referencia son las principales justificativas presentadas. (GADELHA; COSTA, 2007).

La Universidad Federal de Paraná, mientras compañera del Proyecto SIS-Fronteras, fue co-responsable por la elaboración do diagnóstico de 18 municipios paranaenses situados en áreas fronterizas con Paraguay y Argentina, juntamente con la Secretaria de Salud del Estado y Secretarias Municipales de Salud. Esos diagnósticos tuvieron como objetivo identificar y mensurar cuantitativa y cualitativamente las demandas existentes, la capacidad instalada de los municipios, los flujos de asistencia y el perfil epidemiológico, sanitario y ambiental.

El proceso participativo de elaboración de cada diagnóstico local se desarrolló por medio de pesquisa con dato secundario y pesquisa de campo con abordaje cualitativa y cuantitativa. Esos diagnósticos fueron imprescindibles para el levantamiento y análisis de puntos críticos a ser trabajados en los Planos Operacionales requeridos para el Proyecto SIS-Fronteras, a ser operacionalizados en cada uno de los municipios, a fin de mejorar los servicios de asistencia a la salud de su población y promover el desarrollo tecnológico y cualificación de la gestión en salud.

En este capítulo son presentadas características generales de los municipios fronterizos de cada regional de salud de Paraná, con el objetivo de evidenciar la heterogeneidad de su territorialidad, bien como las semejanzas entre ellas, en lo tocante a: (i) aspectos geográficos, tipo y acceso a las fronteras entre países, aspectos demográficos y socio-económicos; (ii) flujos, transito e aspectos relativos a la vigilancia en la región de frontera; (iii) estructura, acceso y demanda para servicios de los Sistemas Locales de Salud.

Características de los municipios

Los 18 municipios fronterizos paranaenses se distribuyen en tres Regionales de Salud (RS). En la 8ª RS se encuentran los municipios de: Barracão, Capanema, Pérola d'Oeste, Planalto, Pranchita, Santo Antônio do Sudoeste; en la 9ª RS, los municipios de: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Missal, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu, Serranópolis do Iguaçu; y en la 20ª RS los municípios de: Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Pato Bragado, Santa Helena (Figura 1).

Las características geográficas de cada una de las regionales pesquisadas determinan los tipos de accesos que ligan los municipios fronterizos de Paraná a los otros municipios, estados (Santa Catarina y Mato Grosso do Sul) y países vecinos (Paraguay y Argentina). El acceso puede ser realizado por vía terrestre, fluvial, lacustre y aérea, existiendo puntos de pasajes aduaneros, aparte de varios locales de pasajes sin barreras físicas, o que permite transito libre de pedestres, sin un control formal.

Los municipios pesquisados que componen la 8ª RS poseen como principales vías de acceso: terrestre y fluvial. Con relación a este último, pueden destacarse los municipios de Pérola D´Oeste y Pranchita, cuya puerta de entrada de la población extranjera y residente en la República Argentina se da por medio del Rio Santo Antônio.

En este contexto, entretanto, hay una particularidad que incluye el municipio paranaense de Barracão que hace divisa con Dionísio Cerqueira, localizado en el Estado de Santa Catarina y con la Provincia de Missiones, situada en el extremo oriente de Argentina, formando las ciudades trigemelas separadas por líneas imaginarias.

Los municipios pesquisados integrantes de la 9ª RS permiten acceso terrestre, fluvial, lacustre y aéreo junto a Paraguay y Argentina. Conviene resaltar que los municipios de Foz do Iguaçu y São Miguel do Iguaçu se limitan con los dos países.

Del mismo modo que la 9ª RS, los municipios de la 20ª RS permiten acceso terrestre, fluvial, lacustre y aéreo. Pato Bragado y Mercedes tienen acceso rodoviario con Paraguay, Marechal Cândido Rondon, por medio del lago artificial de Itaipu, así como Santa Helena, que posee fácil acceso rodoviario.

El puente fluvial de Guaíra es considerado el mayor puente fluvial de Brasil e interliga Paraná a Mato Grosso do Sul. El municipio tiene el Rio Paraná como divisor territorial con Paraguay, y los accesos ocurren en su gran mayoría por medio rodoviario, fluvial y aéreo.

En la 8ª RS los municipios mas populosos son Capanema y Santo Antônio do Sudoeste, ambos con población aproximada de 17.000 habitantes (IBGE, 2000). Los municipios de Pranchita, Barracão, Capanema y Santo Antônio do Sudoeste tienen sus poblaciones principalmente en el área urbana.

El municipio más populoso de la 9ª RS é Foz do Iguaçu con una población estimada de 301.409 habitantes, seguido por el municipio de Santa Terezinha de Itaipu con población estimada de 21.489 habitantes (IBGE, 2000). Los municipios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Santa Terezinha de Itaipu y São Miguel do Iguaçu tienen sus poblaciones principalmente en el área urbana.

Ya en la 20ª RS, el municipio más populoso es Marechal Cândido Rondon con 45.372 habitantes, seguido por Guaíra con 28.659 y Santa Helena con 20.491 habitantes (IBGE, 2000). Los municipios de Guaíra, Entre Rios do Oeste y Pato Bragado tienen poblaciones predominantemente urbanas (IBGE, 2000).

Los municipios de Pranchita (8ª RS), Itaipulândia, Missal, Serranópolis do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu (9ª RS) y Entre Rios do Oeste, Mercedes y Pato Bragado (20ª RS) fueron creados a partir de la década del 80.

La distribución da población por sexo es relativamente homogénea en las tres RS. Con relación a la edad, esta se presenta en semejante proporción en la 8ª e 20ª RS. Entretanto, Capanema y Santo Antônio do Sudoeste (8ª RS), juntamente con la 9ª Regional concentran una población compuesta en su mayoría por jóvenes y adultos, entre 20 a 50 años.

La tasa de crecimiento geométrico anual de 2000 a 2007 en las tres RS tuvo una variación de -1,7% en Pranchita a 4,3% en Itaipulândia, con media de 0,8% y mediana de 1,0% (BRASIL, 2007). Observase solamente en la 8ª RS una predominancia de municipios con tasa de crecimiento anual negativa. Esa tendencia de bajo crecimiento populacional puede ser explicada por el aumento del éxodo rural debido a la pequeña inserción en la economía local, haciendo con que la población joven busque otros medios de sobrevivencia y trabajo en ciudades mayores.

Con relación a la tasa bruta de natalidad, se verificó en los últimos cinco años una reducción en los municipios pesquisados. Según datos disponibles por el DATASUS en el año de 2005, esta tasa tuvo variación de 7,2 nacidos vivos por 1000 habitantes en Serranópolis do Iguaçu a 19,2 en Guaíra, siendo la media y mediana en el valor de 14,6. En el estado de Paraná la tasa media fue de 15,6 en el mismo año (BRASIL, 2007).

Los municipios de la 8ª, 9ª y 20ª RS de Paraná presentan expectativa de vida al nacer entre 66,1 en el municipio de Santo Antônio do Sudoeste y 77,4 años en Santa Helena, con media de 71,7 y mediana de 71,8 años (IPARDES, 2007). Para el estado de Paraná la expectativa de vida en el año 2000 fue de 71,9 años (IBGE, 2000) y la estimativa para 2004, 73,2 años (BRASIL, 2007).

En lo que se refiere a los aspectos socioeconómicos de los municipios fronterizos pesquisados, algunos indicadores municipales de cualidad de vida fueron resaltados de acuerdo con las peculiaridades existentes.

El Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDH-M) varia de 0,715 en el municipio de Santo Antônio do Sudoeste a 0,847 en el municipio de Entre Rios do Oeste, con media 0,790 y mediana de 0,789 (IPARDES, 2007). El estado do Paraná posee IDH-M de 0,814 (PNUD, 2000).

Los municipios evaluados pertenecientes a la 8ª, 9ª e 20ª RS presentan economía predominantemente relacionada al sector agropecuario. Ya algunos municipios, como por ejemplo Foz do Iguaçu y Guaíra, tienen actividades económicas diversificadas, envolviendo desde el sector primario (agropecuaria), turismo, comercio, prestación de servicios hasta el sector industrial.

La tasa de analfabetismo varia de 4,0% en el municipio de Marechal Cândido Rondon, integrante de la 20ª RS, a 19,5% en Planalto (8ª RS). Informaciones colectadas a partir de datos oficiales (IPARDES, 2007) revelan que la proporción de pobres y miserables varia considerablemente, de 2,1% (Capanema) a 31,4% (São Miguel do Iguaçu).

Flujos, transitos y vigilancias

La dinámica de la población fluctuante en la región de frontera en Paraná está ajustada a las condiciones turísticas, sociales económicas características de cada región. Es grande el flujo de brasileños que transitan en la Tríplice Frontera entre Brasil, Paraguay y Argentina. Los municipios de la 8ª RS, en general, hacen frontera con Argentina; los de la 9ª RS, con Paraguay (con excepción de Foz do Iguaçu y São Miguel do Iguaçu - que son vecinos también de Argentina - y de Serranópolis do Iguaçu - que hace frontera apenas con Argentina); y los de la 20ª RS, con Paraguay. Durante los períodos de plantío (agosto e septiembre) y cosecha (enero y febrero) muchas personas buscan los municipios fronterizos brasileños en busca de trabajo temporario y de asentamientos rurales. También es grande el flujo de camioneros.

Aunque las acciones básicas de Vigilancia Sanitaria de los municipios estudiados sean realizadas de acuerdo con la legislación en vigor y con las normas de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) (BRASIL, 2007), en la mayoría de las veces se restringen a cuestiones puntuales. Los pequeños municipios se quejan de la carencia de profesionales y dificultades de establecerse una política eficaz en el área de la Vigilancia Sanitaria. Un punto crítico y la falta de integración de las acciones en esta área entre los países vecinos que están sometidos a legislaciones diferentes. Mismo las diferencias de las legislaciones entre las unidades federativas brasileñas, de control sanitario de alimentos y control animal, son factores que dificultan esa actuación.

Además de eso, hay una peculiaridad socio-política: brasileños residentes en Paraguay, conocidos como brasiguayos. En el año de 1967, el gobierno paraguayo abolió la ley que prohibía la compra por extranjeros de tierras en la faja de 150 Km. de sus fronteras (SPRANDEL, 2006). A partir de 1970 empezó la inmigración maciza de brasileños, principalmente del estado de Paraná. Los agricultores tuvieron sus propiedades invadidas por el espejo d'agua de la represa del río Paraná y recibieron indemnizaciones insuficientes para la compra de nuevas tierras en Brasil. Aparte de eso, la creciente mecanización de la producción de soja en Paraná resultó en la concentración de extensas áreas de plantío de pose de grandes empresas. En consecuencia de eso, los pequeños agricultores brasileños necesitaron adquirir las tierras del otro lado de la frontera.

En 1985, volvieron aproximadamente mil familias de arrendatarios y pequeños agricultores, que delante de las adversidades ligadas a la sobrevivencia se organizaron con el apoyo de la Comisión Pastoral de la Tierra y volvieron para Brasil, instalándose en Mundo Novo-MS, frontera seca con Paraguay (CORTÊZ, 1994).

Existe una significativa preocupación delante del impase ético e humanitario en la atención de brasileños residentes en el exterior, basada en la pesquisa cualitativa del proyecto SIS-Fronteras no Paraná:

> [..] difícil es usted colocar una línea de separación, porque en la realidad un morador de Paraguay cuando se depara con un problema, agravatorio o cualquier otro problema de salud el viene para acá, y el municipio aquí más próximo, que tiene una condición aún mejor,es el nuestro, entonces el acaba viniendo para acá... (7GRT).
>
> Entonces falta resolver un problema de salud de frontera [...] definir con esa población esa falta de límite que no debe existir mismo [...] porque yo creo que se considera aquí hoy una gran región sanitaria no como la región de limites entre los países, y si una gran región sanitaria que debe ser encarada por el Ministerio de la Salud con una estrategia común, pero para eso falta reglamentación. (7FZT) .

La propia estructura de media y alta complejidad del Sistema Único de Salud (SUS) de algunos municipios fronterizos paranaenses atrae a población residente en los países vecinos. La utilización de los servicios por parte de poblaciones extranjeras genera subregistros y dificultad de planeamiento de acciones:

> La línea limítrofe [...] esta casi no existe, porque nosotros no podemos impedir la ambulancia en el puente, la Policía Federal no puede impedir la ambulancia en el puente. Y que hacer? Ellos socorren, un inconsciente, un caso grave en Paraguay y lo dejan en nuestra puerta, entonces que vamos hacer? (7FZQ1).

Hay dificultades en cuantificar la demanda de extranjeros y brasileños residentes en el exterior, pues según los 18 municipios estudiados no hay sistema de información de registro de esta clientela, que se mueve en flujo en la busca de mejor oferta de acciones y servicios de salud. Ciertamente, esa movilidad genera impacto para la gestión y acciones de la vigilancia en salud de los municipios brasileños:

> Es solo una línea imaginaria , porque ella no existe en el sentido real. La gente atiende pacientes de allá. Nosotros, no... no he visto brasileños que vayan para allá, ahora, vienen muchos de allá para acá. Tanto los brasileños que viven allá del otro lado de la frontera, como mismo argentinos nos han buscado. (7PEP1).
>
> [...] físicamente ella es muy fácil de ser transpuesta, verdad? Del lado argentino la atención de salud es bastante precaria. Si ellos quieren una cosa así más especializada, por ejemplo, una cirugía, un parto, (...) la ciudad que puede ofrecer para ellos queda a 160 Km. Atención!, ellos tienen que tener comprobante de naturalidad, verdad?. Claro! La atención de salud de allá no es universal. Tienen que tener o un contrato, o la asistencia social, pero el no es universal (MH1).

Acciones básicas de epidemiología, de control de enfermedades y de ocurrencias mórbidas han sido desarrolladas satisfactoriamente por el equipo de los municipios, aunque existan dificultades referentes a la estructura física, recursos humanos, sobrecarga de funciones, falta de equipamientos de informática y deficiencias en el acceso y en el uso de los Sistemas de Información en Salud para monitorización de las condiciones de salud.

> Prevención en términos de no dejar pasar una gestante sin prenatal, no dejar pasar un niño sin vacuna. (...) trabajando con las agentes comunitarias de salud en el área de la dengue (..) estamos tentando tirar todos los animales de dentro del municipio, que causan enfermedades, y, que causan contaminación, por ejemplo. (25PES).

La Vigilancia Epidemiológica, para ser efectiva, necesita contemplar datos de la población incluyendo flujos migratorios transfronterizos, además de fortalecer el sistema de información en salud y el registro de la cobertura e calendario de vacunas.

La Vigilancia Ambiental se configura como el área que también requiere inversiones de los municipios fronterizos, pues en la mayoría de los municipios no hay un equipo específico, y cuando hay, esta es desvinculada de la Secretaria de Salud. El diagnóstico y monitorización de las condiciones ambientales permiten la anticipación de la identificación de posibles daños a la salud y posibilidades de acciones preventivas.

En Foz do Iguaçu, entre las metas propuestas por el Plano de Gestión del Municipio para 2005-2008,[1] constan: implantar, implementar y monitorizar la vigilancia del agua para el consumo humano, las acciones de vigilancia de la cualidad del aire y las acciones de vigilancia del suelo; realizar convenio con instituciones reconocidas por el poder público para monitorizar la cualidad del agua, aire y suelo; realizar el mapa de los pontos críticos de la ciudad relatório completo y posteriormente buscar soluciones; realizar diagnóstico del destino de los residuos sólidos urbanos; bien como fiscalizar y buscar soluciones, estructurar un equipo para las acciones de Vigilancia Ambiental.

Por ser área de frontera, se torna imprescindible la discusión de una política más abrangente e intermediada por las instancias federales de los países limítrofes para el desarrollo de una política ambiental volcada a la región, dando soporte a la estructuración de equipos de trabajo y su adecuado funcionamiento.

Sistemas locales de salud: estructura, acceso y demanda

La estructura de servicios de atención a la salud de los Sistemas Locales de los 18 municipios fronterizos está basada en la atención básica en Unidades Básicas de Salud (UBS). Con excepción del municipio de Marechal Cândido Rondon, en los demás la atención básica está organizada en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Para facilitar la visualización de la estructura de los servicios de salud de los sistemas municipales, se presentan en el Cuadro 1 los principales problemas de los Sistemas de Salud Locales, de acuerdo con las regionales.

En la mayoría de esos municipios no existe servicio propio de media y alta complejidad ni de apoyo diagnóstico suficientes para la demanda. Hay centros de salud, que aunque sean así llamados, presentan estructura de UBS.

En los pequeños municipios existen hospitales de pequeño porte y baja complejidad (casi siempre con convenios) y, en tres de esos no hay hospitales en funcionamiento. Los municipios relatan dificultades con Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (SADT), principalmente porque faltan cotas para realización de mamografías y ultrasonografías. La mayoría de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico es contratado mediante convenio. También son unánimes las dificultades en realizar encaminamientos para internación en servicios de mayor complejidad, siendo los municipios pesquisados de Foz do Iguaçu y Marechal Cândido Rondon referencia para atención terciaria y cuaternaria.

La cantidad de consultorios odontológicos en los servicios municipales de salud es suficiente, pero son subutilizados por falta de profesionales. En lo que se refiere a los sistemas de vigilancia, todos los municipios presentan las Vigilancias Epidemiológica y Sanitaria instaladas, pero la actuación es fragmentada e incipiente. En la mayoría de los municipios no ha servicio de Vigilancia Ambiental, y en aquellos que presentan, está vinculado a la Secretaria de Medio Ambiente. Ya Foz do Iguaçu posee un sistema muy rico de registro y una buena organización de las vigilancias, siendo referencia para otros municipios fronterizos.

La pesquisa cualitativa con los informantes-claves reveló la actuación incipiente de los Consejos Municipales de Salud (CMS), con excepción del municipio de Foz do Iguaçu, que presenta fortalecimiento del control social y de la da participación popular.

Teniendo en vista que el o municipio de Foz do Iguaçu presenta más una mayor complejidad y es referencia para los demás, son realizadas algunas consideraciones sobre la estructura de sus servicios.

1 Foz do Iguaçu. Plano Municipal de Saúde, 2005-2008 [mimio].

El Sistema de Salud de Foz do Iguaçu tiene una estructura de rede de atención básica organizada sobre la lógica de Distritos Sanitarios aún deficitaria, aunque en transformación, pues varias unidades han sido reformadas o construidas.

Todavía, la estructura de la red de atención de media y alta complejidad en el municipio de Foz do Iguaçu es deficitaria, en el tocante al número de lechos hospitalarios. La época de la elaboración del Plano Municipal de Salud (PMS) de 2005-2008,[2] Foz do Iguaçu contaba con 3 hospitales con convenios con el SUS, con una oferta de 358 lechos registrados, a la población del municipio y región (una vez que Foz do Iguaçu es referencia de atención terciaria y cuaternaria para los 9 municipios que integran la 9ª RS). Esto representaba 1,18 lechos por 1000 habitantes, lo que ya estaba aquén del preconizado por el Ministerio de la SaLud (1,86 lechos por 1000 hab.). Según el referido plano, en 2005 el municipio tenía 276 Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIHs) al mes, pactadas con otros municipios, principalmente de la 9ª Regional de Salud. Aunque las unidades hospitalarias del municipio de Foz do Iguaçu, por ser de media y baja complejidad, y debido a la distancia, no fueron resolutivas cuanto al problema de falta de lechos en las ciudades13. Esa situación se agravó con la desactivación de lechos de la Santa Casa en 2005, y en consecuencia de eso fue planeada la construcción del actual hospital municipal.

El mayor porcentual de mortalidad en el municipio (27,73%) es debido a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios, muertes violentas en geral) seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio (22,4%). Considerando solamente esas dos causas de muerte, se justifica la necesidad; una cobertura; expresiva de servicios de internación, de urgencia y emergencia y de alta complejidad. La red de media y alta complejidad es predominantemente privada contratada.

Las informaciones sobre acceso y demanda de brasileños y extranjeros en el período de la pesquisa de campo del Proyecto SIS-Fronteras están expuestas en las Tablas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Para todos los atendimientos registrados, fue caracterizada la nacionalidad del usuario, priorizando as informaciones sobre nacionalidad: brasileña, paraguaya y argentina. Ha de considerarse que en la nacionalidad brasileña están contabilizados tanto los brasileños residentes en el exterior cuanto en otros municipios del país. Es necesario destacar que ha posibilidades de que existan personas con dupla ciudadanía (documentación tanto brasileña cuanto extranjera) y que en aquel momento se presentaron como brasileños. De la misma forma, fue registrado el país de residencia de los usuarios atendidos en los servicios de salud que buscaron atendimiento en el período de la pesquisa, priorizando las informaciones sobre residencia en el territorio brasileño, paraguayo y argentino. Entretanto, por medio de entrevistas con los profesionales de salud, fueron citadas situaciones de compra de comprobantes de residencia que proporcionan el atendimiento en el sistema municipal de salud de algunos municipios. La línea “otro local de residencia” numera la cantidad de personas residentes en otros municipios en Brasil.

Las principales demandas de los usuarios junto a los servicios de salud, en todas las regionales fueron: procura por consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); busca de medicamentos y atendimiento odontológico; además de vacunación. Eso refuerza la idea del atendimiento centrado en el modelo de asistencia biomédico.

Los principales motivos de procura por el atendimiento en los servicios de salud de los municipios pesquisados, tanto para los residentes cuanto para los no residentes pertenecientes a la 8ª RS, en orden decreciente, fueron: las consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); busca de medicamentos y vacunación.

En relación a las personas residentes en los municipios de la 9ª RS, se verificó que los procedimientos más realizados en los servicios de salud, en orden decreciente, fueron: consultas médicas (clínica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, especialidades); atendimiento de enfermería; y consultas odontológicas. Ya la población extranjera procuró los servicios de vacunación, consulta clínica y distribución de medicamentos, en mayor intensidad. Los argentinos fueron los que más buscaron la atención de urgencia.

Debido al acceso fácil a Brasil por medio del Ponte da Amizade, el municipio de Foz do Iguaçu presenta el problema de atención a extranjeros agravado. En Foz do Iguaçu los principales motivos de procura y procedimientos en los servicios de salud fueron: busca de medicamentos y consultas en las áreas de clínica médica, pediátrica, ginecológica, obstétrica y otras especialidades. Ya la población extranjera y de brasileños residentes en el exterior busca mas medicación y consultas médicas.

También ocurre aumento de la demanda decurrente de asentamientos ilegales de trabajadores rurales en el municipio de Missal, cuyos moradores buscan solución para sus problemas en la unidad mas

2 Foz do Iguaçu. Plano Municipal de Saúde, 2005-2008 [mimio].

próxima.

En las ciudades evaluadas de la 20ª RS los principales procedimientos identificados en los servicios de salud, en orden decreciente, fueron: consultas (de clínica médica, de pediatría, de ginecología, de otras especialidades y de obstetricia); consultas odontológicas; y busca de medicamentos. Los motivos de la procura por atendimiento de extranjeros y brasileños residentes en el exterior fueron: vacunación; consultas (principalmente clínica médica y especialidades); consulta odontológica; distribución de medicamentos; exámenes complementares.

Con excepción de Pato Bragado y Foz do Iguaçu, en los demás municipios el atendimiento a extranjeros en los servicios municipales de salud no llega a representar 2% de la demanda. Esa información es relevante, considerando la complejidad del atendimiento a extranjeros. La pesquisa cualitativa reveló la preocupación con esa clientela que generalmente llega en situación de riesgo, tal como: desnutrición; último trimestre de gestación sin acompañamiento médico; complicaciones de enfermedades crónicas; e infecto-contagiosas.

Cuanto al acceso, se observa que en los municipios evaluados de la 8ª RS, en media, 82,2% (77,8 a 96%) de las situaciones, el atendimiento ocurrió en el propio servicio y en el mismo día en que la procura fue realizada. En los municipios de la 9ª RS, en media, 89,2% (83 a 95%) de las situaciones, el atendimiento fue en el propio servicio y en el mismo día. Siendo que, en Foz do Iguaçu, en media, 90% el atendimiento fue en el propio servicio y en el mismo día. En los municipios da 20ª RS, en media, 91,3% (86 a 95%) de las situaciones, el atendimiento también fue en el propio servicio y en el mismo día.

En los resultados de los municipios participantes del Proyecto SIS-Fronteras do Paraná se constató un alto índice de respuesta a las necesidades de la población por parte de los profesionales de salud en el mismo día de busca al servicio. Entretanto, seria necesario evaluar la cantidad de retornos a los servicios para que sea posible el análisis de su resolutividad.

Los resultados de la pesquisa cualitativa con informantes-clave de los municipios fronterizos paranaenses confrontados con las informaciones obtenidas con datos secundarios permitieron un levantamiento de los principales problemas de sus respectivos Sistemas Locales de Salud. Los problemas fueron caracterizados en atención, vigilancia y gestión a la salud y los municipios según su regional de salud (Cuadro 1).

En relación a la asistencia a la salud, en la mayoría de los municipios se observa que el modelo asistencial prioriza acciones curativas en detrimento de la prevención y promoción de la salud. No hay acciones intersectoriales para la resolución de problemas de salud. Existe demanda reprimida para servicios de media y alta complejidad, agravada por la demanda ampliada por extranjeros y brasileños residentes en el exterior. Ha necesidad de mejorar la cualidad de la asistencia mediante la ampliación del número y cualificación de profesionales.

Sobre la Vigilancia en Salud, problemas puntuales en los municipios fronterizos son identificados de acuerdo con sus especificidades locales. En relación a la gestión, la mayoría de los municipios sufre con el financiamiento de acciones de salud incompatible con la realidad de salud de su población. Destaca-se que los municipios de Itaipulândia, Foz do Iguaçu, Santa Helena y Guaíra presentan dificultades en el planeamiento de las acciones de salud en recurrencia de la imprecisión de la población fluctuante en el municipio.

Consideraciones finales

En este capítulo se presentó una síntesis global de los diagnósticos de salud de municipios fronterizos del estado de Paraná, realizados en el desarrollo del proyecto SIS-Fronteras, como requisito para la realización de los Planos Operacionales que fundamenten la necesidad de recursos previstos en este proyecto.

Fue posible describir algunas características socio-económicas, sanitarias, epidemiológicas y ambientales que definen las situaciones de vida y condiciones de salud de las poblaciones de esos municipios fronterizos y sus reflejos en los Sistemas Locales de Salud.

Los municipios fronterizos paranaenses presentan un flujo de extranjeros que utilizan Sistema Local de Salud, los cuales tienen principalmente por medio de los servicios de urgencia y emergencia. Notoriamente, los paraguayos utilizan el sistema debido a la carencia de servicios de salud en su país.

Los recursos del SIS-Fronteras se destinan a la cualificación de la asistencia a la salud y al fortalecimiento del Sistema de Salud de municipios fronterizos. Acciones pueden ser realizadas en el

municipio para cualificar y fortalecer o Sistema Local de Salud, pero para eso el municipio depende de recursos financieros federales, principalmente en lo tocante a la ampliación y manutención de la capacidad instalada en la atención básica, de media y de alta complejidad; a la capacitación de sus recursos humanos, a la informatización de la red, a la integración de las acciones de vigilancia en salud.

Sin embargo, el problema de salud en la frontera requiere acciones que huyen al ámbito municipal. Requiere reglamentación sobre el atendimiento a extranjeros y a brasileños residentes en el exterior en los Sistemas Locales de Salud de municipios fronterizos, bien como elucidación y previsión de recursos financieros para tal.

Aunque, a pesar del esfuerzo del proyecto SIS-Fronteras en cualificar la asistencia y fortalecer los Sistemas Locales de Salud, sin la reglamentación referida, aún habrá demanda de brasileños residentes en Paraguay y de extranjeros por servicios de salud en esos municipios fronterizos que, consecuentemente, no tendrán capacidad de mantener el costeo de esa demanda. Esa situación podrá reverter en precariedad del atendimiento a las necesidades de salud de sus municipalistas.

Figura 1 - Mapa de los 18 municipios fronterizos de Paraná.

Figura 2 - Mapa detallado de los 18 municipios fronterizos de Paraná.

	PROBLEMA	MUNICÍPIO																	
		8ª REGIONAL DE SALUD						9ª REGIONAL DE SALUD						20ª REGIONAL DE SALUD					
		Barracão	Capanema	Pranchita	Planalto	Pérola D'Oeste	Santo Antônio	Itaipulândia	Foz do Iguaçu	Missal	Santa Terezinha	São Miguel	Serranópolis	Guaíra	Pato Bragado	Entre Rios	Marechal	Santa Helena	Mercedes
Asistencia	Necesidad de ampliación y cualificación de profesionales	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■			■	■		■
	Ausencia de intersectorialidad	■	■	■		■	■	■		■	■	■		■		■	■		■
	Modelo basado en acciones curativas	■		■		■	■	■	■	■	■	■		■	■		■	■	■
	Demanda ampliada por extranjeros y brasileños residentes en el exterior	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■		■	■	
	Demanda reprimida para servicios de media y alta complejidad	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■		■	■	■		■
	Ausencia de sistema informatizado	■	■	■		■	■		■	■		■	■			■	■		■
Vigilancia	Dengue								■	■			■						
	Hanseníasis														■				
	Enfermedades infecciosas								■						■				
	Enfermedades parasitarias														■				
	Enfermedades crónicas no-transmisibles		■												■				
	Saneamiento básico										■	■							
	Agrotóxicos								■				■						
	Accidentes de trabajo											■							
	Acciones inconsistentes										■		■						
	Dificultad de monitorización de las acciones de Vigilancia en Salud								■			■						■	
	Falta de datos consolidados y vinculados entre las vigilancias										■			■					
	Ausencia alimentación periódica de los bancos de datos en salud								■					■					
Gestión	Financiamiento aquén de las necesidades	■	■	■		■	■	■	■	■						■	■		■
	Presupuesto extremamente dependiente de la transferencia de recursos													■					
	Dificultad de planeamiento con relación a la población fluctuante							■	■					■				■	
	Estructura de red de atención básica deficitaria								■										
	Estructura de la red de atención de media y alta complejidad deficitaria								■										
	Indefinición de la responsabilidad por el financiamiento del sistema de salud en la frontera								■										
	Ausencia de reglamentación de una política específica para el atendimiento a extranjeros y brasileños residentes en el exterior								■										

Fuente: Diagnósticos Locales de Salud de 18 municipios do projeto SIS-Frontera-Paraná, 2007.

Cuadro 1 - Principales problemas de los sistemas de salud de los 18 municipios fronterizos de Paraná

Tabla 1 - Descripción de Sistemas Locales de Salud de 18 municipios del Proyecto SIS-Fronteras do Paraná.

8ª Regional	Descrição dos Sistemas Locais de Saúde							
	DS	US	ESF (cobertura%)	ESB	CS	PA	Hospital	CEO
Barracão	-	06	03 (85.1%)	-	01	-	01	-
Capanema	-	10	05 (90.0%)	05	01	-	01	-
Pérola D'Oeste	-	03	02 (106.3%)	03	01	01	-	-
Planalto	-	05	04 (86.8%)	01	01	01	01	-
Pranchita	-	02	02 (100.0%)	02	01	-	02	-
Santo Antônio	-	07	02 (90.0%)	01	-	-	01	-
9ª Regional	**DS**	**US**	**ESF (cobertura%)**	**ESB**	**CS**	**PA**	**Hospital**	**CEO**
Foz do Iguaçu	05	42	29 (70.0%)	17	-	02	07	-
Missal	-	03	02 (76.5%)	03	01	-	01	-
São Miguel	-	06	06 (68.1%)	06	-	01	01	-
Santa Terezinha	-	03	03 (60.4%)	-	01	01	-	01
Itaipulândia	-	03	03 (124.0%)	-	01	-	01	-
Serranópolis	-	01	01 (88.3%)	-	-	-	-	-
20ª Regional	**DS**	**US**	**ESF (cobertura%)**	**ESB**	**CS**	**PA**	**Hospital**	**CEO**
Entre Rios	-	01	01 (100.0%)	-	-	-	01	-
Guaira	-	11	04 (59.1%)	03	-	17	02	-
Marechal	-	15	-	-	-	01	-	-
Mercedes	-	02	02 (100.0%)	02	-	-	-	-
Pato Bragado	-	01	01 (100.0%)	-	01	-	01	-
Santa Helena	-	08	(139.7%)	-	01	01	04	-

Fuente: Diagnósticos Locales de Salud de 18 municipios del Proyecto SIS-Fronteras-Paraná, 2007.

Nota: DS-Distrito Sanitario; US-Unidad de Salud; ESF-Estrategias Salud de la Familia, ESB-Equipo de Salud Bucal; CS-Centro de Saúde; PA-Pronto-Atendimiento; CEO-Centro de Especialidades Odontológicas.

Tabla 2 - Nacionalidad (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronterizos de la 8ª Regional de Salud de Paraná

Nacionalidad	Pérola D'oeste	Pranchita	Barracão	Capanema	Santo Antonio do Sudoeste	Planalto
Brasileña	98.4%	99.6%	99.5%	99.6%	99.5%	98.2%
Paraguaya	0.5%	0.2%	0.05%	0.2%	0.1%	0.4%
Argentina	1.1%	0.2%	0.4%	0.2%	0.3%	1.3%
Otra	0.0%	0.0%	0.05%	0.0%	0.0%	0.1%

Tabla 3 – Nacionalidad (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronterizos de la 9ª Regional de Salud de Paraná.

Nacionalidad	Itaipulândia	Missal	Serranópolis do Iguaçu	Santa Terezinha do Itaipu	São Miguel do Iguaçu	Foz do Iguaçu
Brasileña	97.6%	97.6%	97.5%	98.0%	99.1%	97,7%
Paraguaya	1.5%	1.8%	0.8%	1.8%	0.7%	1,5%
Argentina	0.0%	4.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0,2
Otra	0.9%	0.0%	1.7%	0.1%	0.0%	0.6%

Tabla 4 – Nacionalidad (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronterizos de la 20ª Regional de Salud de Paraná

Nacionalidad	Guaíra	Mercedes	Marechal C. Rondon	Pato Bragado	Entre Rios do Oeste	Santa Helena
Brasileña	98.9%	98.8%	99.5%	95.0%	99.2%	98.1%
Paraguaya	0.9%	1.2 %	0.5%	5.0%	0.6%	1.7%
Argentina	0.1%	0.1 %	0.0%	0.0%	0.2%	0.02%
Otra	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.12%

Tabla 5 – Local de residencia (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronterizos de la 8ª Regional de Salud de Paraná

Local de residencia	Pérola D'oeste	Pranchita	Barracão	Capanema	Santo Antonio do Sudoeste	Planalto
En el municipio	98.9%	91.2%	99.5%	97.1%	98.9%	97.2%
Paraguay	0.5%	0.0%	0.05%	0.0%	0.1%	0.1%
Argentina	0.6%	0.1%	0.4%	0.1%	0.3%	2.0%
Otra localidad	0.0%	8.7%	0.05%	2.8%	0.7%	0.8%

Tabla 6 – Local de residencia (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronterizos de la 9ª Regional de Salud de Paraná

Local de residencia	Itaipulândia	Missal	Serranópolis do Iguaçu	Santa Terezinha do Itaipu	São Miguel do Iguaçu	Foz do Iguaçu
En el municipio	99.3%	98.7%	98.7%	98.0%	99.0%	98,7%
Paraguay	0.1%	0.1%	0.1%	1.2%	0.2%	1,1%
Argentina	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0,0
Otra localidad	0.6%	1.2%	1.2%	0.7%	0.6%	0.1%

Tabla 7 – Local de residencia (%) de los usuarios que procuraron atendimiento en los servicios de salud en el período de 14/08 a 08/09/2006 nos municípios fronteiriços da 20ª Regional de Salud de Paraná

Local de residencia	Guaíra	Mercedes	Marechal C. Rondon	Pato Bragado	Entre Rios do Oeste	Santa Helena
En el municipio	95.5%	81.0%	96.0%	92.1%	97.6%	96.5%
Paraguay	1.9%	14.3%	3.2%	7.1%	0.7%	1.2%
Otra localidad	2.7%	4.8%	0.8%	0.8%	1.7%	2.2%

Referencias:

BOLIS, M. **Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC**. Washington DC: OPS, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Legislação**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Legis/index.htm>. Acesso em: 07 Abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

CORTÊZ, C. **Brasiguaios**: os refugiados desconhecidos. s. l. Brasil Agora, 1994.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Sup 2, p. S 214-26, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, Suppl 2, p S251-66, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas do ano 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **BDE – Bases de Dados do Estado nos anos de 2000, 2006**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 236 p.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Bases de Dados do ano de 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 25 Jan. 2007.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estudos Avançados** [periódico na Internet] v. 20, n. 57, p. 137-56, Mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Abr. 2007.

Bibliografia:

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Barracão**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Capanema**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Entre Rios do Oeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Foz do Iguaçu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Guaíra**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Itaipulândia**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Marechal Cândido Rondon**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Mercedes**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Missal**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pato Bragado**. Curitiba; 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pérola D´Oeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Planalto**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Pranchita**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santa Helena**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santa Terezinha de Itaipu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Santo Antônio do Sudoeste**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de São Miguel do Iguaçu**. Curitiba, 2007.

_____. Projeto SIS Fronteiras no Paraná. **Diagnóstico Local do Município de Serranópolis**. Curitiba, 2007.

5.3 El proyecto SIS-Fronteras en el Estado de Mato Grosso do Sul

Edson Mamoru Tamaki
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Maria Elizabeth Ajalla
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Introducción

La Universidad Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, a través del proyecto SIS FRONTERAS implementado, por la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de la salud, ejecutó un proyecto cuyo foco principal fue la realización de un diagnostico de salud en los municipios de Frontera de Mato Grosso do Sul, visando contemplar las particularidades y las necesidades reales de salud de la población fronteriza del país.

Considerando que la 1era etapa de ese proyecto involucraría los estados de Río Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná y Mato Grosso do Sul, teniendo cada uno como socio la respectiva Universidad Federal, fueron promovidas por la coordinación del Sistema Integrado de Salud de las Fronteras – SIS FRONTERAS, reuniones entre esas universidades para establecer abordajes y estrategias para el desarrollo del proyecto en cada estado. Se estableció que se buscarían bases comunes para la metodología de la elaboración del diagnostico local de salud, y que se criarían instrumentos apropiados para su puesta en práctica en cada estado. Se definió también como estrategia, asesoramiento a los municipios para la elaboración del diagnostico de forma que ellos se apropiasen de una capacidad de planeamiento y de la programación en salud.

En la Constitución de Brasil de 1980, la definición oficial de "faja de frontera" fue establecida en el área comprendida dentro de los 150 Km., perpendiculares a la línea limitante (cap.II, Art. 20, a línea XI, párrafo II) del territorio brasileño. Esta delimitación tuvo como fundamento la defensa del territorio nacional, determinando una reglamentación propia respecto a su utilización y ocupación.

El área de la frontera del estado de Mato Grosso do Sul presenta características propias y que deben ser tomadas en consideración una vez que ellas adhieren al sector salud una mayor complejidad que de otras regiones fronterizas del país.

El estado hace divisa con dos (02) países, siendo once (11) municipios con Paraguay y apenas uno (01) con Bolivia, conforme puede ser visualizado en el figura 1.

La mayor parte de los municipios es de pequeño porte. Apenas Ponta Porã y Corumbá, poseen un mayor contingente poblacional conforme puede ser observado en el cuadro 1.

Una de las características de la frontera del MS es que la mayoría de los municipios posee área urbana próxima o contigua a la sede del municipio brasileño (Cuadro 2), facilitando el tránsito de la gente, animales, comercializa, y también, en la búsqueda de los servicios disponibles diversos en su red de la salud.

El conocimiento de las especificidades y particularidades de los municipios de frontera del país aún es incipiente, particularmente de Mato Grosso del Sul que posee facilidades de transposición de la frontera y con áreas urbanas o exactamente conurbanas con el país vecino. Esos factores ciertamente para la creación apropiada del sistema integrado de la salud de las fronteras –SIS FRONTERAS (Portaría Ministerial nº 1188 de 05/06/06).

Figura 1 - Estado de Mato Grosso do Sul con destaque para los municipios de frontera con Bolivia y Paraguay

Município Brasileño	Población	País fronterizo
Caracol	5.079	Paraguay
Japorã	7.339	Paraguay
Sete Quedas	7.937	Paraguay
Antonio João	7.978	Paraguay
Aral Moreira	8.052	Paraguay
Coronel de Sapucaia	13.696	Paraguay
Porto Murtinho	13.692	Paraguay
Mundo Novo	13.772	Paraguay
Paranhos	10.756	Paraguay
Bela Vista	23.707	Paraguay
Ponta Porã	68.317	Paraguai
Corumbá	101.089	Bolívia

Fuente: IBGE –Contaje poblacional, 2006.

Cuadro 1 - Municipios brasileños según la población y país fronterizo en Mato Grosso do sul - 2008

1. Proximidad con área urbana (6 municipios)	Frontera seca		Coronel de Sapucaia
			Paranhos
			Ponta Porã
			Sete Quedas
	Frontera con Rio	Con puente	Bela Vista
		Sin puente	Porto Murtinho
2. Proximidad del área urbana (3municipios)	Frontera seca		Corumbá
			Mundo Novo
	Frontera con Rio	Sin puente	Caracol
3. Sin área urbana siguiente (3municipios)			Antônio João
			Aral Moreira
			Japorã

Cuadro 2 - Características geográficas de los municípios fronterizos de Mato Grosso do Sul

En los encuentros realizados con los Secretarios Municipales de Salud de los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, los gestores señalaban que el principal el problema de esa región también consistía en la atención a la población extranjera, que sobrecargaba los servicios y el presupuesto municipal de salud, trayendo perjuicios inclusive para la propia población del municipio.

Fue observado por algunos de los municipios que los problemas de la alta demanda de los servicios médicos no eran provocados exclusivamente por los extranjeros, sino que ellos también eran fuertemente afectados por la población de brasileños residentes en el país vecino. Fue añadido aún que el SUS no repasa recursos para la atención de esa población pues los cálculos son hechos com base en la población residente en el municipio, refinada por el IBGE, y no en la que tiene derecho para utilizar los servicios públicos del país.

Los servicios de salud de los municipios de la frontera atienden toda la población residente del municipio a través de la Estrategia de la Salud de la Familia - ESF y del Programa de los Agentes Comunitarios de la Salud - PACS. Independientemente de la nacionalidad y de la situación legal, la población residente en el municipio es contabilizada en los levantamientos y estadísticas del IBGE, siendo, por lo tanto contemplada en las cuotas de repaso con base poblacional transferida por el SUS.

A pesar de ser asegurado la atención de la población extranjera en el municipio, la atención en los servicios de referencia no es asegurada por el SUS, a los extranjeros no legalizados. En el momento donde un servicio de salud atiende un usuario el se torna responsable de dar una solución al caso. Cuando surge la necesidad de enviar el caso a una unidad de referencia de una complejidad más grande, una situación extremamente crítica se crea pues no es más posible al municipio huir de esa responsabilidad. El costo de esa atención acaba recayendo sobre el propio municipio o, conforme relatos hechos en los encuentros con los representantes de los municipios de frontera, los necesitados siempre encuentran formas ni siempre licitas para que sean atendidos en los servicios de salud del país.

Aunque no poseen estimativas sobre su magnitud, los secretarios de la salud municipales también habían señalado la atención de extranjeros en los programas de salud como un problema grave. Tratándose de programas especializados con alto costo y con limitada capacidad de atención, el atendimiento de esa población estaría ocupando el lugar de los brasileños que necesitan esos servicios.

Para la realización del diagnostico de la salud de los municipios de frontera dos preguntas habían sido establecida que orientaran el desarrollo de la investigación: 1) Definir quién tiene derecho a usufructuar de los servicios de la salud del país; y 2) dimensionar la población de extranjeros atendidos por los servicios de la salud de los municipios de frontera de MS.

Metodología

Para alcanzar los objetivos establecidos para el proyecto fue realizada una investigación de datos primarios, utilizándose de entrevistas e investigación de campo, y de datos secundarios usando los sistemas de información en salud y los registros de los servicios de salud del municipio.

Para identificar a la población extranjera y a la población brasileña no residente en el país, considerados puntos críticos de la atención a la salud en los municipios de frontera, la actual investigación fue estructurada de forma a dar tratamiento particular a ese problema, dimensionando la importancia de esa atención en los servicios de salud del municipio.

En función del carácter desconocido y de la amplitud de FRONTERAS del proyecto SIS FRONTERAS, no había un conocimiento acumulado capaz de subvencionar la construcción del proceso de la investigación a ser desarrollada. que se convertirá. En este sentido, fueron realizados pre-pruebas de instrumentos y metodologías en el municipio de Porto Murtinho-MS con el objetivo de ajustar y perfeccionar los instrumentos de la investigación que se utilizarán.

Investigación de Datos Secundarios

Para el examen de la situación de la salud de los municipios de frontera de MS, fue utilizado como base las informaciones accesibles en los sistemas de informaciones de salud disponibles por el Ministerio de Salud por el gobierno de Estado de MS y en los registros de los servicios de salud del municipio.

Para describir la situación de la salud del municipio fue establecido como punto de partida el conjunto de indicadores elaborado por el Ministerio de Salud denominado "Parámetros para el diagnostico local" (Anexo 1). Los parámetros abordaban, además de los datos generales del municipio, aspectos: geográficos, demográficos, socioeconómicos, de organización y gerenciales, epidemiológicos, sanitarios, ambientales y asistenciales. Esta investigación, después de una oferta inicial para cubrir un período de 10 años, en faz de la fragilidad de los registros y de los sistemas de información existente, fue acordado que se debería buscar la obtención de una serie histórica de por lo menos 5 años.

Ese conjunto de indicadores fue revisto por la UFMS, por los municipios de frontera de MS e, inclusive por el Ministerio de salud, de forma de adecuarse a las particularidades de la región. De ese trabajo resultó en la incorporación de indicadores nuevos, como por ejemplo, los que contemplan la población aborigen y las varias modalidades de situación legal del extranjero en el país.

Fue programado que el levantamiento de datos secundarios sería de responsabilidad de las autoridades municipales, sin embargo, en faz de las fragilidades y de las deficiencias encontradas en los municipios, la estrategia de la reunión de datos fue modificada de forma que la UFMS tomaría la iniciativa de levantar los datos disponibles en las bases de datos existentes y los enviaría para que los municipios, las analizaran, complementasen y validaran las informaciones obtenidas...

Al municipio cabría la tarea de levantar los demás datos, como también algunos que son de su dominio exclusivo (decisiones del consejo municipal de salud, de los acuerdos entre el municipio y el municipio o país vecino entre otros), así como datos de infraestructura, recursos humanos y producción de servicios que fuesen mas de confianza o más actualizados del que los existentes en las bases de datos oficiales.

En vista de la amplitud de las informaciones solicitadas, se previo, que ese proceso sería largo, o que perjudicaría el curso de las demás actividades del proyecto. Para acelerar ese proceso, fue elaborado un "check List" (apéndice 01) con informaciones consideradas básicas para conseguir un conocimiento mínimo de la situación de la salud del municipio y que permita un avanzo en la ejecución del proyecto.

La petición de envío de las informaciones del "Check List" era una actividad crítica del proyecto, por lo tanto era el momento que el Proyecto SIS FRONTERAS fue efectivado en Mato Grosso do Sul. Hasta este momento, en función de las dificultades que los propios municipios estaban encontrando para conseguir las aprobaciones necesarias de las instancias municipales y a disponibilizar los recursos para ejecutar el proyecto, las acciones estaban prácticamente detenidas, así como a la espera de orientaciones provenientes de la Universidad.

En el mes de mayo de 2006, una visita a las ciudades para uno de los consultores del UFMS con los objetivos fue hecha de: a contactar las autoridades de la salud del sector; para identificar o definir a interlocutores del proyecto en la esfera municipal; para dar a las clarificaciones en las FRONTERAS del proyecto SIS por lo tanto todavía muchas dudas persistieron el respecto; para tomar el conocimiento de la situación de la ciudad; para presentar la "lista de cheque"; e para establecer los mecanismos de la comunicación.

El trabajo de la reunión de datos, iniciado en mayo de 2006 fue concluido solamente en enero de 2007.

Investigación de Datos Primarios

El atendimientos de extranjeros y de brasileños no residentes en el país, aunque conocido no disponía hasta entonces de datos que permitiesen dimensionar la magnitud del problema. Con este propósito, la investigación de datos primarios fue desarrollada a través de la utilización de cuatro procedimientos diferentes y complementarios: 1) Levantamiento de los usuarios de áreas cubiertas por el Programa de Agentes Comunitarios de la Salud (PACS) y por la estrategia Salud de la Familia (ESF); 2) Levantamiento de los usuarios registrados en programas de salud seleccionados; 3) Levantamiento del origen de los usuarios y de los servicios demandados por la población atendida en los servicios de salud del municipio; 4) realización de entrevistas con los informantes - clave de cada municipio.

Para contemplar la diversidad de las situaciones que caracterizan el derecho de utilización de los servicios de la salud en el país fue necesario detallar otras categorías de información que, convenidas, configuran las varias posibilidades de uso de los servicios de salud del país. Fue necesario combinar la nacionalidad, la situación legal en el país y el domicilio para contemplar todas las posibilidades existentes.

En relación a la nacionalidad y situación legal fue posible identificar situaciones diversas basadas en informaciones proporcionadas por la Policía Federal: 1) Brasileño (nato o naturalizado); 2) Extranjero con residencia permanente (con la renovación a cada 9 años); 3) Extranjero temporario(turista, estudiante, misionario, religioso, etc. con protocolo aún válido); y 4) Extranjero irregular (sin documento de identidad brasileña o con el protocolo vencido.

A esa clasificación que todavía ha la necesidad de identificar la situación de residencia, o sea: 1) Residente en Brasil permanentemente; 2) Residente en Brasil temporalmente; 3) No residente en Brasil.

Levantamiento de la población extranjera residente en el área cubierta por los Agentes Comunitarios de salud

Para dimensionar la magnitud de la población extranjera residente en las áreas cubiertas por el PACs y por la ESF fue hecho por los agentes comunitarios de salud el levantamiento de los usuarios de las áreas cubiertas por esos dos programas. Fue utilizada como base el área de funcionamiento de cada ACS una vez que las micro áreas donde ellos actúan son debidamente delimitadas y dimensionadas de forma que pueden conocer a todos los individuos de su población.

Este trabajo fue realizado bajo supervisión del representante local de SIS- FRONTERAS y enviado a la UFMS. El registro ya existente de las familias fue conferido y actualizado a fin de generar los datos solicitados en el instrumento de investigación "identificación a través de mapeamiento" (apéndice 02), especialmente en relación a la nacionalidad, conforme clasificación anteriormente descrita.

Levantamiento de la población registrada en Programas de Salud

Tratándose de servicios especializados con repercusiones en los costos de salud del municipio, fue desarrollado un instrumento específico para programas de salud (apéndice 03) de forma a caracterizar objetivamente a los usuarios de esos programas. Fueron seleccionados como objeto de este levantamiento los programas de Hipertensión Diabetes, DST/SIDA, Tuberculosis y Mal de Hansen. El levantamiento debería cubrir el período de enero el junio de 2006.

Considerando que la investigación de la demanda de los servicios de salud también proveería informaciones sobre esa población, aunque de forma menos, precisa ese levantamiento fue instituido como siendo opcional, o sea, siendo realizado solamente por lo municipios interesados en obtener informaciones más detalladas sobre esos programas. Solamente los municipios de Paranhos y Sete Quedas habían completado esos formularios.

Levantamiento de la Demanda de los Servicios de Salud

Para dimensionar la población atendida en los servicios de salud del municipio, en sus varios niveles de complejidad, fue concebida la realización de una investigación con todos los usuarios de los servicios de salud del municipio durante el período de 30 días. Ese corte transversal de un mes en la demanda de los servicios de salud permitió establecer la proporción del uso de los servicios de salud del municipio por extranjeros y brasileños no residentes en el país.

Para la realización del levantamiento fue llenado 01 formulario específico para cada usuario que utilizo un servicio en la Unidad de Salud, no importando si el usuario frecuentó la misma Unidad varias veces, pues no fueron contadas personas, pero si los atendimientos realizados...

Los investigadores habían llenado las formas específicas para cada tipo de unidad, a saber: Unidad Básica de Salud de la Familia (apéndice 04); Unidad Básica de Salud (apéndice 05); Unidad Hospitalaria (apéndice 06); y Laboratorio (apéndice 07). Los datos fueron obtenidos a través de observación indirecta, en un trabajo en conjunto con la recepción del servicio.

En el caso de dudas con respecto a la nacionalidad y la residencia de los usuarios, se efectuaba la búsqueda activa de esos pacientes y llenado el formulario de Búsqueda Activa (Apéndice 08) por un investigador contratado y entrenado especialmente para realizar esa actividad. Primero el investigador tendría que buscar algún informante (agente comunitario, agente de salud pública, representante de barrio en fin alguien que conociese bien a las personas residentes en el domicilio procurado) para obtener la información necesaria. En caso de que él no tuviera éxito, entonces tendría ir directamente a la dirección del usuario.

Con el objetivo de validarse los instrumentos de la investigación de campo y adecuarlos a los posibles problemas locales, se opto por iniciar esta investigación con la calificación de los investigadores en un municipio piloto, siendo seleccionado el municipio de Porto Murtinho. Después de la realización de este test piloto en el período de 28 al 31 de julio/2006, equipo de la UFMS realizo los ajustes en los instrumentos y elaboraron el Manual de Orientación a los Investigadores del Proyecto SIS- FRONTERAS (apéndice 09) y el Manual de Orientación a los Coordinadores Locales del Proyecto SIS FRONTERAS (apéndice 10). También, quedo de acuerdo que la calificación de los investigadores sería realizada en cada municipio, lo qué favoreció mucho la suficiencia de la metodología en función de las realidades locales.

El equipo de investigadores fue seleccionado y contratado por el municipio y entrenado por el equipo técnico de la UFMS en agosto de 2006, con la excepción del municipio Mundo Novo, donde el entrenamiento fue realizado en junio de 2007. El entrenamiento consistió en la exposición teórica sobre conceptos generales del Proyecto; comunicación de la metodología para el trabajo en terreno; ejercicio práctico en las unidades de salud; discusión de las facilidades/dificultades encontradas; elucidación de dudas; organización de la investigación (definición de las puertas de entrada del sistema de salud, de la capacidad para los investigadores, turnos de servicio y otros aspectos operacionales de la investigación).

La colecta de informaciones de los usuarios de las unidades de salud fue realizada en todas las Unidades de Salud del municipio por el período de un mes. Hubo contratación de una persona para cada puerta de entrada del servicio. En las unidades básicas de salud y de salud de la familia, el investigador cumplió 40 h semanales (turnos matutino y vespertino). En las unidades de hospitalarias fue contratada una cantidad suficiente de investigadores para acompañar cada funcionario en los varios turnos de servicio de forma de no dejar ningún atendimiento la descubierto.

Entrevistas con Informantes-clave

Basado en la premisa de que quien mejor conoce los problemas y particularidades del municipio son aquellos que vivencian esos problemas, fueron realizadas entrevistas con informantes clave IC con el objetivo de aprehender los problemas del sector salud en la perspectiva de los habitantes del municipio.

La investigación con Informantes-clave fue realizada a través de entrevista se mi-estructurada levantando las siguientes informaciones: perfil de los entrevistados (tiempo en la función, formación); especificidades de la asistencia a salud de un municipio de frontera; atención a la población extranjera (servicios utilizados, costos, identificación de estos usuarios, vacunación, programas, alta complejidad, vigilancia sanitaria, convenios, funcionamiento del Consejo Municipal de Salud).

Fueron elaborados instrumentos específicos para cada uno de los entrevistados teniendo en consideración Informante-clave: el Encargado Municipal/Secretario de Salud (apéndice 11); Gerente de la Unidad Básica de Salud (apéndice 12);Gerente de la Unidad Básica de la Salud de la Familia (apéndice 12); Director responsable/para la Unidad hospitalaria (apéndice 13); Representante del Consejo Municipal de salud -Usuario (apéndice 14); Representante del Consejo de Municipal de salud – Trabajador (apéndice 15). Las entrevistas fueron gravadas por ocasión de la visita para el entrenamiento de los investigadores en el municipio.

Tratamiento y análisis de los datos

Los datos secundarios levantados por la UFMS fueron enviados al municipio para que fuesen analizados, complementados y validados con informaciones solamente disponibles en el municipio. La

expectativa era que en el momento en que esas informaciones retornasen ellas ya estuviesen completas de forma de permitir su análisis y realización del diagnostico de la situación de salud del municipio.

Ese proceso se reveló extremamente arduo en función de la demora en la obtención del retorno de las informaciones del municipio y eso lo agravado por la carencia y mismo ausencia de informaciones necesarias para la realización del diagnostico. Las lagunas de informaciones habían sido constantes durante todo ese proceso de forma que acabó exigiendo un intenso esfuerzo, tenso y desgastante tanto de parte de la UFMS como de los municipios.

El proceso de investigación de datos secundarios se prolongó hasta que el conjunto de datos obtenidos hubiese atendido a las solicitaciones hechas o que se tuviese alcanzado el límite de informaciones que el municipio podría proveer. Esa etapa de la investigación solamente fue concluida en el mes de febrero de 2007.

Los datos levantados en la investigación de datos secundarios fueron organizados cuadros, tablas o las descripciones textuales de acuerdo al tipo de contenido de las informaciones y respetando, en la medida de lo posible el "Rotero de la elaboración del Diagnostico Local", convenida en la Oficina realizada en el Ministerio de Salud en noviembre de 2006.

Para la digitación de los datos primarios fue creado por la UFMS un programa usando Epi-Info para organizar y facilitar la entrada de datos de la investigación. Como la digitación de los datos sería hecha por digitadores contratados por el municipio, fue realizado en Campo Grande, el día 24 de agosto, una capacitación para los digitadores municipales. En ese momento se entrego una copia del software Epi-Info, debidamente programado para realizar la entrada de datos de la investigación. También fue elaborado y fornecido a los digitadores un Manual Explicativo de la Utilización del Sistema (apéndice 17).

Para la elaboración del diagnostico local de salud del municipio, fue analizada, la situación de algunas categorías de información solicitadas en los datos secundarios e, en seguida, correlacionados con parámetros definidos por el Ministerio de Salud, con los datos obtenidos en la investigación de datos primarios y con los problemas suscitados en las entrevistas con los informantes-clave. El producto de ese conjunto de análisis fue la verificación de los principales problemas de salud, considerados como puntos críticos por los municipios.

Resultados y Discusión

Los diagnósticos de salud de los 12 municipios de frontera de MS muestran 22 puntos críticos de entre los cuales la falta de definición del derecho y del financiamiento de la atención a la salud de la población no residente en el país fue señalado por todos ellos, seguido por el uso de los servicios de salud por extranjeros. Los demás puntos críticos y el número de municipios que los citaron en sus diagnósticos son presentados en el apéndice 16.

El uso de servicios de salud de parte de la población extranjera se presento como un problema crucial en los testimonios de los informantes-clave, justificando elevados gastos de los cofres públicos con la atención de salud a usuarios extranjeros, como puede ser observado en los siguientes relatos:

> [...] Creo que por lo menos el 40% del presupuesto es ocupado con personas extranjeras.
>
> [...] el más grande problema mismo son los extranjeros, que por el hecho de ser una frontera seca que no existe ninguna ayuda para dislocarse; entonces ellos recurren a nosotros.

Aunque los Informantes-clave señalan esa problemática durante la investigación de la colecta de informaciones de los usuarios en todas las Unidades de Salud de los municipios, los datos no confirman esa situación. Al contrario pocos fueron los municipios que presentaron números significativos. Solo se destacaron los municipios de Mundo Novo, Paranhos y Coronel Sapucaia.

En Mundo Novo 13.10% (237/1.811) de los atendimientos en las Unidades Básicas de Salud fueron proporcionados a extranjeros no residentes en el país, y en un segundo lugar se situaron los municipios de Paranhos con 4.97% (31/624) y l Coronel de Sapucaia con 4.87% (35/718) de atendimientos (apéndice 17).

En lo referente a los extranjeros no residentes en el país atendidos en las Unidades Hospitalarias se destacaron tres municipios: Mundo Novo con 4.00% (50/1238) de internaciones de extranjeros en lo referente a un promedio de 1.56% obtenido por el conjunto de municipios de frontera de MS. Los otros dos municipios fueron Caracol con 3.68% (21/570) y Paranhos con 3.57% (57/1596) de las internaciones (apéndice 17).

Aparte de usuarios extranjeros no residentes, pudo constatarse que brasileños no residentes en Brasil, constituyen un problema mucho más grande para los municipios fronterizos, principalmente para aquellos que poseen frontera seca lo que facilita el libre tránsito de la población no residente.

Se destacan los municipios de Coronel Sapucaia, Paranhos y Sete Quedas que por poseer áreas urbanas próximas a un área urbana Paraguaya, presentaron porcentajes significativos de atendimientos a ese tipo de usuario.

Para los Informantes-clave esa realidad ya era conocida de acuerdo a los testimonios a seguir:

> [...] Tengo brasileños que viven en Paraguay que son un número muy alto y tengo muchos de los Paraguayos que también tienen niños brasileños, también entonces son esas dos clientelas que acabamos atendiendo por aquí.
>
> [...] el problema más grande de los municipios es con respecto a la población, porque la suma de dinero que es repasada es proporcional al número de habitantes y esas personas que residen en territorio Paraguayo no entran en el censo, esas personas aunque no siendo extranjeras no están registradas, no están computadas [.].

En las Unidades de Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Coronel Sapucaia, de un total de 1.476 atendimientos, 11.45% (169 atendimientos) fueron a brasileños no residentes en el municipio, seguido por Ponta Porã y Paranhos representados por 3.50% (326/9.303) y 3.34% (78/2.335) de los atendimientos, respectivamente (apéndice 17).

DISCRIMINACIÓN	HOSPITAL		UBS	
% de atendimientos de los extranjeros no residentes	1,66%	30,13%	3,21%	27,72%
% de atendimientos de los brasileños no residentes	3,86%	70,05%	8,37%	72,28%
Total	5,51%	100,00%	11,58%	100,00%

Cuadro 3 - Porcentaje de atendimientos de extranjeros y de brasileños no residentes en Brasil por los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007.

Lo mismo se verifica en las Unidades Básicas de Salud: en Sete Quedas de 548 atendimientos los brasileños, 40.69% (223 atendimientos) fueron para brasileños residentes en el país vecino, seguido por Coronel Sapucaia con 18.66% (134/718) y Paranhos con 13.94% (87/624) atendimientos (apéndice 17).

El municipio de Coronel Sapucaia fue el municipio que presentó el mayor porcentaje de internaciones de brasileños residentes en Paraguay. De un total de 1.472 internaciones, 11.9% (276) fueron de brasileños residentes en Capitán Bado, seguido de Sete Quedas con 5.08% (168/3.304), Paranhos con 4.39% (70/1596) y Mundo Novo con 5.09% (63/1.238) de internaciones (apéndice 17).

La sobrecarga de los servicios médicos constituye uno de los problemas principales presentados por los gestores municipales pues los atendimientos de no residente no son considerados en los cálculos de demanda y en la dimensión de la red de servicios de salud (cuadro 4) y, en particular, en la red de complejidad media.

Fue posible observar que esa situación es decurrente de las limitaciones de los recursos del sector salud agravado por una demanda de servicios de la población no residente en el país (tanto extranjeros cuanto brasileños) no beneficiados con recursos del SUS y, en algunos municipios, por un aumento de la población decurrente de asentamientos y campamentos de brasileños del propio país así como de los brasileños que trabajaron en el país vecino y que están retornando a Brasil.

La política de la salud brasileña es inequívoca cuando elige la atención básica como la base del sistema de salud, sin embargo, esa política no puede ser implementada para los brasileños que no tienen residencia en el país pues los servicios de salud no pueden llegar hasta ellos.

Sin una atención básica eficiente, la búsqueda de los servicios de salud ocurre principalmente para casos más graves que exigen acciones de media y alta complejidad y de un costo más alto para el municipio.

La deficiencia en la estructura de la red de complejidad media también fue identificada como un problema para ocho municipios fronterizos (cuadro 4), principalmente en lo que se refiere a los

equipamientos de apoyo diagnostico y terapéutico. En el municipio de Aral Moreira, su laboratorio de análisis clínicas no posee equipamientos específicos para algunos exámenes como: aparato de bioquímica, contador de células, semiautomáticos entre otros, lo que genera perjuicios en los atendimientos a su población.

N.º	PUNTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Estructura de la red de la complejidad media deficitaria.	8
02	Estructura de la red de servicios de la salud del déficitaria.	2
03	Estructura de la red de atención basica déficitaria.	2
04	Sobrecarga de atendimentos en el pronto socorro municipal.	1

Cuadro 4 - Número de la citaciones de puntos críticos sobre la red de servicios de salud de los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007.

A pesar que el municipio de Mundo Novo posee un Aparato de RX, el mismo se encuentra instalado en el Hospital Evangélico, haciendo difícil el acceso y la disponibilidad para la realización de los exámenes solicitados. Siendo así a través del plan operacional elaborado por la Coordinación Municipal del proyecto, fue solicitada la adquisición de un Aparato de RX que se instalará en la Unidad Básica de Salud Central.

Además de equipamientos, también fueron identificados problemas con respecto a la estructura física, como el presentado en el diagnostico por el municipio de Paranhos, que solicitó la ampliación de su Unidad Hospitalaria.

Otro punto crítico importante identificado en los diagnósticos fue con respecto a la gran demanda de atendimientos de atención básica en la red hospitalaria. Para el Municipio de Aral Moreira tal situación se justifica, pues no posee implantadas las Unidades de la Estrategia de Salud de la Familia, por otra parte, en municipios como Porto Murtinho, Paranhos y Caracol, que por poseer altas coberturas de población de Unidades de la ESF, no se justifica.

Sin embargo, hay que considerar que en municipios de pequeño porte esa situación se debe al hecho de no poseer Unidades Básicas con servicios de 24 h y que profesionales médicos son sobrecargados tanto en servicios de la red hospitalaria cuanto de la atención básica.

La limitación de la acción de los servicios de salud no se restringe a la atención básica sino también en las acciones de vigilancia epidemiológica donde el control de las enfermedades por parte de los servicios de salud brasileños no puede alcanzar el país vecino, perjudicando así la búsqueda de casos faltosos, aunque sea referente a cualquiera de los programas de salud implantados, aumentando el riesgo de transmisión para la población brasileña.

Tal situación fue mencionada por el IC de Sete Quedas:

> [...] Tenemos dos extranjeros registrados en el programa de Mal de Hansen, ya tuvo casos de TB y DSTs [...] lo que es difícil es hacer la búsqueda activa porque en otro país no tenemos el mismo acceso que tienen aquí, allá tienen siempre los policiales, que generalmente ellos dificultan nuestra entrada.

El atendimiento de la población de extranjeros y de los brasileños no residentes en el país crea un diagonal en los indicadores con la base de la población pues esa es contabilizada como numero de casos sin embargo, no es contabilizada en la población susceptible que se basa en la población residente. Esa particularidad hace con que esos indicadores superestimen o subestimen los problemas de salud dificultando el conocimiento hasta mismo falseando la situación de salud del municipio. Si ese conocimiento no es adecuado, todo el proceso de planeamiento y programación de las acciones de la salud serán seriamente perjudicadas.

Un caso característico de ese problema consiste en las campañas de vacunación. Aunque dos municipios citaron la baja cobertura de vacunación (Cuadro 5) la gran mayoría de los municipios de frontera de MS ultrapasan mucho la cobertura prevista, variando de 100 a 190%. Estos números anormales

divulgan una deficiencia importante en el conocimiento de la población a ser cubierta por los servicios de salud lo cual es imprescindible para alcanzar el nivel de la protección contra las enfermedades que pueden ser evitadas a través de vacunación recomendada por el SUS (Cuadro 5).

Nº	PUNTO CRÍTICO	Nº de Citaciones
01	Deficiencia en las acciones de atención basica que se reflejan en los indicadores de salud	8
02	Baja cobertura de vacunas en la rutina y en campañas nacionales de multivacunación.	2
03	Baja cobertura de vacunas en el municipio, a pesar de ser inmunizados tanto brasileños como extranjeros	1
04	El programa ampliado de inmunización no permite el registro de dosis de los inmunobiologicos aplicados en la población extranjera	1

Cuadro 5 - Número de citaciones de puntos críticos sobre el programa nacional de la inmunización en los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007.

Fue citado por algunos municipios que ese problema podría ser reducido si en el Sistema de Informaciones del Programa Nacional de Inmunización fuese posible registrar la nacionalidad y el local de domicilio de los niños vacunados. Con esa discriminación podría ser calculada cobertura efectiva de la población residente en el municipio.

La atención dada al extranjero y al brasileño no residente en el país tiene una repercusión directa en los gastos en salud del municipio una vez que esos usuarios no son llevados en consideración en los repasos hechos por el SUS, basado en la población residente en el municipio apurado pelo IBGE, citado por siete municipios de la región (cuadro 6).

Todos los municipios, con excepción de Sete Quedas, respetan el límite mínimo del uso de recursos en el sector salud previsto en la Enmienda Constitucional 29, sin embargo, aún aplican 14.72% menos que el promedio del Estado (Cuadro 7).

Nº	PUNTO CRÍTICO	Nº de Citações
01	Ausencia de recursos financieros para atendimiento de usuarios extranjeros residentes en el exterior.	7
10	Bajo porcentaje de transferencias del sus para el financiamiento de las acciones de salud.	3

Cuadro 6 - Número de citaciones de puntos críticos sobre los recursos del SUS hechos por los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007

Gasto	Promedio de MS	Municípios de Frontera	
		Promedio	Variación
Gasto Total (per capita R$)	252,61	177,33	-29,80%
Gasto con los recursos propios (R$ per capita)	130,20	109,25	-16,09%
Transferencias SUS (per capita R$)	129,35	71,86	-44,45%
EC 29 (% de los gastos en salud)	19,56	16,68	-14,72%

Cuadro 7 - Gastos per capita en salud y cumplimiento de la Enmienda Constitucional 29 por los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007

Para agravar esa situación, los municipios de frontera del estado no aprovechan todas las posibilidades de obtención de recursos del SUS, particularmente de los programas y acciones que cuentan con incentivos adicionales para su puesta en práctica. Los municipios de frontera reciben 44.45% a menos de transferencias del SUS que es el promedio del Estado.

De los 12 municipios de frontera de MS encontramos dos municipios que reciben menos de R$ 50.00 per capital del SUS y tres más de R$ 100.00 (cuadro 8), entre los cuales, Paranhos alcanza o valor medio de transferencias recibidas por el Estado (R$ 129.35).

R$ 50,00 per capita	De R$ 50.00 a R$ 100,00 per capita	`+ R$100,00 per capita
Aral Moreira	Mundo Novo	Antônio João
Corumbá	Bela Vista	Paranhos
	Sete Quedas	Porto Murtinho
	Japorã	
	Ponta Porã	
	Caracol	
	Coronel.Sapucaia	

Cuadro 8 – Repasos del SUS para los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007

En esas condiciones se espera que además de acciones específicas que tienen como objetivo la atención de brasileños y de extranjeros, los municipios inviertan en el planeamiento y la organización de servicios de forma de ajustar sus acciones a las particularidades de la región fronteriza, a dimensionar su capacidad y ofertas de servicios de salud a las características de la población cubierta y para desarrollar acciones que favorezcan el aumento de los recursos provenientes del SUS.

Conclusión

El diagnostico de salud revela que los municipios de frontera de MS presentan deficiencias en lo que concierne al proceso de planeamiento en gestión de los servicios de salud, sin embargo, cabe resaltar que ese es un problema que afecta de una manera general a los municipios de menor porte de este país.

Lo que diferencia los problemas de los municipios de frontera de los demás municipios es el atendimientos de extranjeros y de brasileños no residentes en el país y que no son tomados en consideración en las estadísticas de salud y ni en los repasos de recursos del SUS.

Esa particularidad en el estado de Mato Grosso do Sul asume importantes dimensiones por la existencia de fronteras secas, con áreas urbanas contiguas o próximas entre los dos países y con una asimetría en la calidad y el financiamiento de la atención a la salud: el sistema de salud brasileño es gratuito y de una mejor cualidad que el sistema de salud de Paraguay y de Bolivia.

El origen de los problemas de la salud de los municipios de frontera, señalados por todos los municipios de la región (cuadro 9) consiste en la carencia de la definición del derecho y del financiamiento a lo atendimiento a la salud de la población no residente en el país.

Si en el caso de los brasileños no residentes en el país que no ha dudas con respecto a su derecho, pues la Constitución le garantiza el derecho de ser atendido en el país, lo mismo no ocurre con el con el financiamiento de ese derecho...se basan en la población residente en el país. Ése es un problema que las autoridades de salud del país deben llevar en consideración pues al no contemplar los municipios que presentan esa situación, los recursos que deberían beneficiar la población residente, debe ser repartida con la población no residente reflejándose, evidentemente en la cualidad del servicio prestado a todos...

Con respecto a la población extranjera no residente o aquélla en situación no legalizada en Brasil, exceptuado los casos de urgencia o de emergencia, él no tiene derecho a la ayuda a la salud en el país,

sin embargo, como puede ser evidenciado en el diagnostico realizado, la atención de esta población con mayor o menor grado de dificultad ocurre en las municipios de frontera de Mato Grosso del Sul.

N.º	PUNTO CRÍTICO	Nº de Citaciones
01	Carencia de la definición del derecho y del financiamiento al atendimiento a la salud de la poblacion no residente en el pais.	12
02	Dificultades en referenciar pacientes extranjeros para servicios de mayor complejidad.	5
03	Desconocimiento de los profesionales de salud como encaminar usuarios extranjeros para servicios de media y alta complejidad.	1

Cuadro 9 - Número de la citación de puntos críticos sobre la atención de extranjeros por el SUS hechos por los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul, 2007

Ese atendimiento se da por las más variadas razones sean ellas humanitarias, de derechos humanos, de solidaridad con los países hermanos, por imperfecciones en los mecanismos de control de la población extranjera en el país, por falsedad ideológica, en fin, por una infinidad de situaciones que son creadas por aquellos que necesitan y vislumbran en Brasil una posibilidad de ser atendido y ser curado o salvo por los servicios de la salud del país.

Los municipios han prestado y financiado ayuda a estos extranjeros, sin embargo, en el momento que el caso exige una atención de una complejidad más grande aparece un problema que todavía no tiene solución, las unidades de referencia no aceptan esa atención en el alcance del SUS pues ellos no son cubiertos por el sistema que crea un serio problema para todos los que en él están implicados.

En ese momento no es solamente el municipio que responde por la vida de ese paciente sino el propio país: su sistema está rechazando la atención de un extranjero que puede estar corriendo riesgo de muerte, independientemente de la regularidad o legalidad con que el fue atendido al llegar al país.

Esa situación es extremadamente compleja, eso implica cuestiones de derechos humanos, derecho a la salud, relaciones internacionales, integración regional, y financiamiento de la salud, entre otros. Los problemas de salud en los municipios de frontera solamente podrán encontrar encamino técnico, de manera, legal y consistente para su solución si estas preguntas fueran colocadas y debidamente ecuacionadas por todas las autoridades competentes y esferas del gobierno de los países involucrados, como fue muy bien señalado por todos los municipios de frontera de Mato Grosso do Sul.

APÉNDICE 01

SIS-FRONTERAS – MATO GROSSO DO SUL
Visita a los Municipios - Período 08 el 24/05/06
Investigador Antonio Flavio Ferraz
Check List

1. ndicación de la persona del municipio que deberá centralizar las informaciones y contactos del SIS-FRONTERAS.
2. dentificación de las poblaciones vulnerables;
   - Poblaciones indígenas (aldeas, población, equipos de salud, nº de profesionales, cobertura etc.);
   - sentados (población, servicios de salud, cobertura, etc.);
   - campados (población, servicios de salud, cobertura, etc.).
3. Identificar las unidades de salud (UBS, CS, hospitales) que sirven de puertas de entrada para extranjeros y brasileños no residentes en el país.
4. Levantar el nº de usuarios de los servicios de salud del municipio en el año de 2005, especial, de las unidades identificadas en el ítem 3 encima (nº de usuarios, nº de consultas, nº de internaciones)
5. Levantar los mecanismos de control y las informaciones ya existentes en el municipio sobre el atendimiento a la población no residente en el país (extranjeros y brasileños).
6. PSF: Informes (SSA –A y PMA-2) por equipo durante el año 2005.
7. Estructura física y operacional de la sede y de las unidades de salud (localización, equipo, área física, servicios, equipo, etc. dados)
8. Levantamiento y condiciones de la diagnostico: laboratorios de exámenes, RX, etc.…
9. Legislación Municipal para la Salud. Ordenanzas para la salud
10. Acta de las reuniones del consejo municipal de salud
11. Sistema de la informatización: tipos de informes exhibidos.
12. Informe de transferencias de los pacientes para otras ciudades: tipo de transporte, de razón, de etc.
13. Descripción y cuantificación de los programas de la salud desarrollados por la secretaria y la localización física de su puesta en práctica
14. Registro de los enfermos crónicos
15. Informe de la gerencia - 2005
16. Plan Plurianual de Salud - 2.006 a 2.009
17. Programación plan anual de salud.

DIRECCIÓN PARA ENVIAR
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA DE ALIMENTOS E SAÚDE PÚBLICA
Professor. EDSON MAMORU TAMAKI
CAIXA POSTAL 549 - CEP 79070-900 - CAMPO GRANDE / MS

FAVOR AVISAR VIA FONE O AL E-MAIL
CUANDO ENVIAR: 67 334-5403 o sisfront.ufms@yahoo.com.br

APÉNDICE 02

Instrumento de identificación a través do mareamiento

Municipio: _____
Micro área o área: _____
Información colectada por: ( ) ACS ( ) ASP
Nombre del Agente:_____
Número de famílias:

Número de habitantes según nacionalidad:

SITUACIÓN	**Número**
Brasileño nato (nacido en Brasil) o naturalizado	
Extranjero permanente (con renovación a cada 9 años)	
Extranjero temporario (con protocolo válido, turista, estudiante, misionario, religioso, etc.)	
Extranjero (sin la documentación brasileña o con el protocolo con fecha vencida	

APÉNDICE 03

Instrumento de Registro de Programas
Municipio:_____
Nombre del Programa:_____
(Hipertensión, diabetes, DST/SIDA, tuberculosis, Mal de Hansen)
Información proporcionada por_____

N[[o]].	N[[o]]. del Prontuário	Sexo	Fecha de nacimiento	Nacionalidad[(1)]	Residencia[(2)]
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Nacionalidad [(1)]	código
Brasileño nato (nacido en Brasil) o naturalizado	BN
Extranjero residente (con renovación a cada 9 años)	EP
Extranjero temporario (con protocolo aún válido, turista, estudiante, misionario, religioso, etc.)	ET
Extranjero (sin el documento de la identidad brasileña o con el protocolo vencido)	E

Residencia [(2)]	código
Permanente en Brasil	PB
Temporária en Brasil	TB
Fuera de Brasil	FB

APÉNDICE 04

Información del usuario - USF **Fecha _____/_____/2006**

Unidad:_____

Investigador: _____turno: _____
Número del Prontuario: _____Compareció: ( ) sí ( ) no
Fecha de nacimiento : _____/_____/_____ Sexo: ( ) F ( ) M

1 - Situación de la residencia:
( ) Residente en Brasil permanentemente
( ) Residente en Brasil temporario
( ) No residente en Brasil

2 - Municipio de residencia:
_____

3 - Nacionalidad
( ) Brasileño Nato (nacido en Brasil) o naturalizado
( ) Extranjero residente (con renovación a cada 9 años)
( ) Extranjero Temporario (con protocolo aún válido, turista, estudiante, misionario, religioso, etc.).
( ) Extranjero (sin el documento de identidad brasileña o con el protocolo más vencido)

4 - Indígena ( ) Sí ( ) No/

5 - Servicio usado:
( ) Consulta médica
( ) Odontología (tratamiento, RX y otros)
( ) Enfermería (aplicación de inyección/curación /inhalación/retirada de puntos/verificación de PA/glicemia capilar/atendimiento de enfermería./consulta de enfermería/ otros).
( ) Visita domiciliaria (solicitada por el usuario)
( ) Preventivo de cáncer de Cuello de útero
( ) Cauterización
( ) Prenatal
( ) Vacunación
( ) Dispensa de tratamiento de medicamentos
( ) Dispensa de uso de preservativos
( ) Fisioterapia
( ) Test de la orejita
( ) Fonoaudiología (otros procedimientos, excepto el Test de la Orejita)
( ) Test del pie
( ) Otros_____

_____

APENDICE 05

Información del usuario - UBS **Fecha _____/_____/2006**

_____

Unidad: _____

Investigador: _____turno:

Número del Prontuario: _____compareció ( ) sí ( ) no

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo: ( ) F ( ) M

1 - Situación de Residencia:

( ) Residente en Brasil permanentemente

( ) Residente en Brasil temporario

( ) No residente en Brasil

2- Municipio de Residencia:- _____

3 - Nacionalidad

( ) Brasileño Nato (nacido en Brasil) o naturalizado

( ) Extranjero residente (con renovación a cada 9 años)

( ) Extranjero Temporario (con el protocolo aún válido, turista, estudiante, Misionario, religioso, etc.).

( ) Extranjero (sin el documento de identidad brasileña o con el protocolo vencido)

4 - Indígena ( ) Sí ( ) No

5 - Servicio usado:

( ) Clínica General

( ) Ginecología

( ) Pediatría

( ) Odontología (tratamiento, RX y otros)

( ) Enfermería (aplicación de inyección/curaciones/inhalación, retirada de puntos /verificación de PA/glicemia/atendimientos de enfermería/ otros)

( ) Preventivo de cáncer de cuello del útero

( ) Cauterización

( ) Prenatal

( ) Vacunación

( ) Dispensación de medicamentos

( ) Dispensación de preservativos

( ) Fisioterapia

( ) Fonoaudiología (otros procedimientos, excepto la prueba de la Orejita)

( ) Test de la Orejita

( ) Test del Pie

( ) Otros _____

APÉNDICE 06

Información del usuario - HOSP **Fecha _____/_____/2006**
Unidad: _____
Investigador: _____turno: .-_____1-
Nombre: _____Sexo: ( ) F ( ) M
Número del Prontuario:_____Fecha de nacimiento ____/_____/_____

2 - Situación de la residencia:
( ) Residente en Brasil permanentemente
( ) Residente en Brasil temporario
( ) No residente en Brasil

3-Dirección: _____
Municipio de la residencia: _____
Busca Activa: ( ) Sí ( ) No

4 - Nacionalidad
( ) Brasileño Nato (nacido en Brasil) o Naturalizado
( ) Extranjero Permanente (con renovación a cada 9 años)
( ) Extranjero Temporario (con el protocolo válido, turista, estudiante, Misionario, religioso, etc.).
( ) Extranjero (sin el documento de identidad brasileña o con el protocolo vencido)

5 - Indígena ( ) Sí ( ) No

6 – Atendimiento por:
( ) Ambulatorio (atendimiento general)
( ) Pronto Socorro
( ) Internación
( ) Otros: _____

7 – Servicio utilizado:
( ) Clínica Médica
( ) Pediatría
( ) Obstetricia
( ) Ginecología
( ) Cirugía
( ) Tomografía
( ) Ultra-sonografía
( ) Radiología
( ) Banco de sangre (transfusión)
( ) Hemodiálisis
( ) Examenes Laboratoriales
( ) Dispensación de medicamentos
( ) Test del Pie
( ) Test de Orejita
( ) Enfermería (aplicación de inyección/curaciones/retirada de puntos / verificación de PA glicemia capilar / atendimiento de enfermería/consulta de enfermería / otros)
( ) Otros: _____

APÉNDICE 07

Informaciones del usuario - Laboratorio **Fecha _____/_____/2006**
Unidad: _____
Investigador: _____turno: _____
Número del Prontuario: _____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo: ( ) F ( ) M

1.-Situación de residencia:
( ) Residente en Brasil permanentemente
( ) Residente en Brasil Temporario
( ) No residente en Brasil

2.- Municipio de residencia: _____

3.-Nacionalidad
( ) Brasileño Nato (nacido en Brasil) o Naturalizado
( ) Extranjero Permanente (con renovación a cada 9 anos)
( ) Extranjero Temporario No residente en Brasil

4 - Indígena ( ) Sí ( ) No

5 - Servicio usado:
( ) Bioquímico
( ) Hematología
( ) Virología
( ) Bacilos copia
( ) Parasitología
( ) Urianálise
( ) Inmunologia
( ) Microbiología
( ) Otros:_____

APÉNDICE 08

Instrumento de la búsqueda activa del usuario

Fecha de la búsqueda: ____/____/2006
Hospital/Unidad:_____
Responsable por la búsqueda activa:_____
Tipo de Atendimiento:_____
Fecha de la atención del paciente: _____/_____/2006

1 Nombre: _____

2 - Dirección: _____
Número del Prontuario:_____

3.- Nacionalidad:_____
( ) Brasileño nato (nacido en Brasil) o naturalizado
( ) Extranjero residente (con renovación a cada 9 años)
( ) Extranjero Temporario (con el protocolo válido, turista, estudiante, misionario, religioso, etc.)
( ) Extranjero (sin el documento de identidad brasileña o con el protocolo vencido)

4 - Indígena ( ) Sí ( ) No
5 - Situación de la residencia
( ) Residente en Brasil permanentemente
( ) Residente en Brasil temporario
( ) No residente en Brasil
Fuente de las Informaciones:
( ) ACS
( ) ASP
( ) Investigación directa: búsqueda activa
( ) Otros: _____
Nombre del informante: _____
Capacidad: _____

APÉNDICE 09

MANUAL DE ORIENTACIÓN A LOS INVESTIGADORES DEL PROYECTO SIS-FRONTERA

Equipo técnico:
Edson Mamoru Tamaki (Coordinador)
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Apoio administrativo:
Clodir Silva dos Santos

Campo Grande
2006

MANUAL DE ORIENTACIÓN A LOS INVESTIGADORES DEL PROYECTO SIS-FRONTERA

Este manual tiene por objetivo orientar a los investigadores cuanto al satisfacer correcto de los instrumentos, ser utilizado para la investigación de campo.

Los datos que se refieren al título - fecha, unidad, investigador y turno deberán previamente ser llenada por el investigador.

Las informaciones sobre el número del prontuario, sexo y fecha de nacimiento del usuario deberán ser obtenidas por el (la) investigador (a) en el momento que el (la) asistente (a) este atendiendo al usuario, puesto que estas informaciones estarán disponibles en la computadora o en el prontuario de la Unidad.

Pregunta 1 - Situación de la residencia

El investigador deberá buscar la información - *situación de la residencia* - con el (la) asistente, (a) ya que en el prontuario consta la dirección del (la) usuario (a). Cuando el (la) investigador (a) o el asistente tenga dudas respecto a la situación de residencia él deberá solicitar esclarecimientos al (la) usuario (a).

Ejemplo: La señora Daiane es brasileña, y vive con su familia en el municipio de Capitán, en Paraguay hacen 10 años. Por la facilidad de acceso y cualidad de los servicios de salud en Brasil, regularmente, utiliza los servicios (consulta médica, consulta de enfermera, dispensación de medicamentos, entre otros) de la Unidad de Salud de la Familia, del municipio de Alagoinha. En este caso se anota el ítem **no reside en Brasil**.

Ejemplo: El señor Jamil es extranjero y vive en el municipio de San Joaquín, Paraguay, está con problemas de salud y decidió buscar atención médica en el municipio de São Pedro Brasil. Durante este período estará en la casa de su hermano, que vive en São Pedro, para el acompañamiento médico. En este caso se anota el ítem **no reside en Brasil.**

Ejemplo: La señora María es extranjera, y vino hacer una cierta actividad religiosa por 6 meses, y está viviendo en Brasil, en este período. En este caso se anota **residente en Brasil temporario.**

Pregunta 2 – Municipio de residencia

El investigador deberá anotar el municipio donde el usuario vive actualmente. Para los usuarios extranjeros registra el nombre del municipio y el país en el caso de usuarios aborígenes se registra el l nombre de la aldea, del municipio y país.

Ejemplo: El señor Jamil es extranjero, actualmente, vive en el municipio Capitán en Paraguay. Frecuentemente utiliza los servicios de salud del municipio de Alagoinha, Brasil. En este caso se anota **municipio y país** donde el señor Jamil **reside.**

Pregunta 3 - Nacionalidad

El investigador deberá buscar esta información con el (la) asistente (a) y confirmar con el (la) usuario (a), esto es, cuando el (ella) usuario (a) llegue a la recepción de la Unidad debe demostrar su documento de identidad, en este momento el investigador verifica el documento. En caso de que el documento de identidad sea de extranjero, el investigador debe pedir y solicitar (al) la) usuario (a) el registro de extranjero permanente o el protocolo (aún válido) de extranjero temporario. Los ítems **extranjero permanente** e **extranjero temporario** tendrán que ser anotados **cuando el (la) usuario (a) muestre el documento o cuando se tenga certeza de la información**, caso contrario marque el ítem **extranjero (sin documentación de identidad brasileña o con el protocolo vencido).**

Ejemplo: La señora Flora Da Silva compareció al centro de salud del municipio de Alagoinha, para acompañamiento prenatal. En la recepción la señora Flora mostró su documento de identidad extranjera para el (la) asistente (a) del centro de salud. El (la) investigador (a) solicitó el documento y preguntó a la señora Flora si tenía el documento de extranjero residente o el protocolo del extranjero temporario. La señora Flora, que vive en el municipio de Alagoinha hace 30 años, aún no tiene el documento de extranjero residente, sino que ella dijo que ella tiene un protocolo que ella hizo hace más de 20 años pero que siempre lo deja en casa. En este caso se debe marcar el ítem **extranjero (sin documento de identidad brasileña o con protocolo vencido...**)

Pregunta 4 - Indígena:

El investigador tendrá anotar si el usuario es indígena.

Pregunta 5 - servicio utilizado:

En el lugar de la investigación donde los agendamientos de consulta médica y odontológica son

realizados en el período anterior a la consulta, el (la) investigador (a) deberá tomar las informaciones del (la) usuario (a) en aquel período y confirmar si (el) (la) usuario compareció a la consulta médica, esto deberá ser hecho a través del boletín diario de la atención del profesional y del odontólogo y anotarlo en el ítem compareció (sí o no).

Ejemplo: El día 29 de julio, en el periodo vespertino el señor Jose Da Silva compareció a la Unidad de Salud de la Familia, en el municipio de Alagoinha, para marcar consulta médica para el próximo período (día) 30 de julio. El investigador tendrá que llenar el formulario de entrevista del señor José el día 29, siendo que el día 30 deberá confirmar su presencia a través del boletín diario llenado por el médico al final del período.

Cuando (el) (la) usuario (a) comparece a la Unidad de Salud de la Familia para la consulta médica, el (la) investigador (a) debe marcar los ítems consulta médica y enfermera), puesto que antes de que la consulta el (la) enfermera o el (la) asistente (a) de la enfermera verifique la presión arterial, la temperatura y el peso del (la) usuario (a).

Cuando el (la) usuario (a) comparece a la Unidad de Salud de la Familia para el control de dispensación de preservativo, aunque en la recepción no sea generado un registro el (la) investigador (a) tendrá que llenar un formulario de la entrevista para este usuario.

En el caso de dispensación de medicamentos, en la Unidad de la salud de la Familia, el (la) investigador (a) tendrá, diariamente que procurar por el (la) asistente (a) de la farmacia **para completar** el instrumento de la entrevista de los usuarios atendidos por el médico que necesitaron de medicamentos o **para llenar** un instrumento para el (la) usuario (a) que comparecer a USF apenas para la dispensación de medicamentos.

Ejemplo: La señora María compareció a la Unidad de Salud de la Familia apenas para retirar los medicamentos de control de diabetes. En este caso el (la) investigado (a), próximo al cierre de las actividades del día, deberá procurar el (la) asistente (a) de la farmacia y llenar el instrumento de la entrevista de la señora María.

En los hospitales que tenga solamente un profesional médico para atender todos los usuarios. En el caso del médico atender un niño. El (la) investigador tendrá que anotar en el **ítem pediatría**. Ya en los casos donde el médico realiza un parto deberá ser anotado **el ítem obstetricia.**

Ejemplo: Dona Amanda trajo a su hijo de 3 años al Pronto Socorro. El niño sufrió un accidente doméstico, fue alcanzado por el agua caliente. El (la) investigador (a) tendrá que anotar el ítem **pediatría,** aunque la especialidad del médico sea cirugía.

APÉNDICE 10

MANUAL DE ORIENTACIÓN A LOS COORDINADORES LOCALES DEL PROYECTO SIS-FRONTERA

Equipo técnico:
Edson Mamoru Tamaki (Coordinador)
Antônio Flávio Ferraz
Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Renata Palópoli Pícoli
Thatiana Regina Favaro

Apoio administrativo:
Clodir Silva dos Santos

Campo Grande
2006

MANUAL DE ORIENTACIÓN A LOS COORDINADORES LOCALES DEL PROYECTO SIS-FRONTERA

Este manual tiene por objetivo orientar a los coordinadores locales con respecto a los procedimientos de colecta y sistematización de los datos primarios a ser realizados por los investigadores en sus respectivos lugares de investigación.

Investigadores

Con respecto a la frecuencia al entrenamiento y al lugar de la investigación.

Entrenamiento - todos los investigadores seleccionados deben comparecer al entrenamiento.

La falta de comparecimiento del investigador al entrenamiento implicará en su desconexión de los trabajos.

Lugar de la investigación - los investigadores deben estar concientes de que en el período de la investigación, las eventuales ausencias deberán ser debidamente justificadas y las respuestas en el horario del otro investigador que lo substituyó.

Con respecto a la identificación de los investigadores.

Los investigadores deberán, durante el período de la investigación, utilizar la tarjeta de identificación y si posible, la secretaría de salud deberá disponibilizar/uniforme para los funcionarios de los locales de investigación.

Con respecto al lugar de investigación y horario de trabajo del investigador.

El lugar del entrevistador será definido por el coordinador y discutido en el entrenamiento.

El investigador tendrá que ajustar su horario de trabajo al horario del funcionamiento del local de la investigación, para no modificar la rutina de atendimiento.

Con respecto a la comunicación del coordinador con el investigador.

Tendrán que estar disponibles para el investigador, teléfonos para el contacto con la coordinación local, a fin de que las eventuales dudas sean clarificadas en el transcurso del trabajo.

INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN - FORMULARIOS

Con respecto a la impresión de los formularios

El coordinador debe hacer una estimación del número de formularios que se utilizará durante la investigación

Se recomienda que toda la impresión del material sea realizada al inicio de los trabajos a fin de evitar posibles contratiempos.

En hipótesis alguna el formulario puede ser alterado por el coordinador local.

Con respecto al reemplazo del material para los investigadores

Se recomienda que sea organizada una escala semanal de devolución de formularios llenados y reposición de los formularios “en blanco”.

Se recomienda que los formularios no queden en poder de los investigadores fuera de los locales de investigación.

Se recomienda que en el lugar de la investigación sea definido un lugar apropiado para el almacenaje de formularios, hasta que los mismos sean recogidos por el Coordinador local.

Con respecto al almacenaje de los formularios llenados.

Los formularios llenados se deben almacenar en archivos, en la sala destinada a las fronteras de SIS. Toda semana tendrán que ser enviados para Campo Grande, vía SEDEX.

LUGARES DE LA INVESTIGACIÓN

Los demás funcionarios de los lugares en donde los investigadores realizarán la colecta de datos, deben ser informados con respecto a los objetivos de la investigación y a los procedimientos de recogidas de datos.

Especialmente los (las) asistentes deben ser dirigidos (as) para colaborar con los entrevistadores en el logro de los datos.

En el primer día de la actividad los investigadores deben presentar al encargado del lugar de la investigación, de modo que iguales que el asistente se comunica en la permanencia del investigador en la recepción, porque del registro de todos los atendimientos llevado a través en el lugar de la investigación durante el período de la recogida de datos.

DURACIÓN DE LA COLECTA DE DATOS

La colecta de de datos tendrá que ser llevada a través de treinta días corridos. Si el coordinador lo juzgar necesario, puede dejar el primer día como entrenamiento, contando a partir del segundo día, en este caso, los formularios llenados en el día del entrenamiento deberán ser desechado.

COORDINADOR

El coordinador local tendrá que seguir, clarificar dudas y motivar a los entrevistadores durante el proceso de la recogida de datos, programando por lo menos una visita semanal para cada investigador.

El coordinador tendrá a disponibilizar los materiales siguientes, para **"cada"** investigador:

· 1 tabla plana.

· 1 bolígrafo azul.

· 1 lápiz, 1 goma y 1 sacapuntas de lápiz.

· 1 tarjeta de identificación de la puerta.

· 2 Carpetas escolares de 35cm. Con elástico, identificada con el nombre de la unidad y del investigador.

· 1 archivo de caja (cartulina) identificado con el nombre de la unidad y del investigador.

· Uniforme (camiseta o guardapolvo) igual al usado para los funcionarios de salud, o camiseta blanca - 2 unidades.

APÉNDICE 11

Instrumento para el Gestor municipal/ Secretario Municipal de salud

1. - Perfil del encargado:

1.1. ¿- Cuál es su formación?

1.2. ¿- Cuánto tiempo hace que es responsable por la S.M.S?

2. – Atendimiento a la población extranjera:

2.1. ¿- Los extranjeros buscan los servicios de salud disponibles en el municipio? ¿(Extranjeros con domicilio en Brasil y fuera)? ¿(Brasileños que viven fuera de Brasil)?

2.2. – Los Srs ¿tendrían como decirnos (decir) cuáles son los servicios (Hosp., U.B.S) más solicitados por esos extranjeros? ¿Y cuáles son los principales tipos de atendimiento?

2.3. – Posee algún instrumento o algún trabajo que pueda identificar al extranjero (en todos los sentidos).

2.4. ¿- Cuál sería el costo que representa para el municipio el atendimiento de estos usuarios extranjeros? (R$/mes).?

2.5. ¿- El municipio tiene en su planeamiento tiene algún valor direccionado al atendimiento para extranjeros?

2.6. - En el caso de ser un servicio de una complejidad más grande, donde su municipio no dispone del servicio. ¿Cómo el Sr. resuelve este atendimiento?

2.7. – El Sr. ¿posee algún convenio para referenciar a los usuarios extranjeros para los municipios con los servicios de una complejidad más grande?

2.8. ¿-La S.M.S posee algún acuerdo, convenio, con el municipio fronterizo para atendimiento a los usuarios extranjeros?

2.9. ¿- Durante las campañas de la vacunación, las vacunas aplicadas en la población extranjera son registradas? ¿De qué forma?

2.10 - En su opinión, cuál sería la mejor forma de realizar el atendimiento para ¿estos usuarios extranjeros?

2.11 - ¿Existe algún programa de salud en que están inscritos los usuarios extranjeros? Programas de salud (DST/SIDA, Tb, Mh). ¿Qué facilidades y dificultades son identificadas?

APÉNDICE 12

Instrumento para el encargado de la unidad básica de la salud

1. - Perfil del (la) encargado(a):

1.1. ¿-Cuál es su formación?

1.2. ¿- Ha cuanto tiempo ocupa esta función?

2. - Atendimiento a la población extranjera:

2.1. ¿- Su Unidad presta asistencia para extranjeros? ¿(Extranjeros con domicilio en Brasil y Fuera)? ¿(Brasileños que viven fuera de Brasil)?

2.2. – El (la) Sr. (a) ¿tendría como decirnos (decir) cuáles son los atendimientos más buscados por esos extranjeros?

2.3. ¿- Existe algún programa de salud donde estén inscritos los usuarios extranjeros? Programas de salud (DST/SIDA, TB, Mh, Hipertensión, diabetes, entre otras). ¿Qué dificultades y/o facilidades son identificadas?

2.4. ¿- La Unidad posee alguna rutina de servicio que identifica los extranjeros atendidos, y que estos sean registrados separadamente?

2.5. ¿- Cuál sería el costo que representa para el municipio el atendimiento de estos usuarios extranjeros (R$/mes)?

2.6. ¿- Durante las campañas de vacunación, las vacunas aplicadas en la población extranjera son registradas? ¿De qué forma?

2.7. ¿- En su opinión cuál es la mejor forma de realizarse los atendimientos para esos usuarios extranjeros? ¿De que forma?

2.8. ¿- Cuándo el usuario extranjero necesita una atendimiento de mayor complejidad, cómo y para dónde él es referenciado?

APÉNDICE 13

Instrumento para el Director responsable por la unidad de hospital

1. – Perfil del (la) Director (a) Responsable:

1.1. ¿- Formación del Director Responsable?

1.2. ¿- Ha cuanto tempo desempeña esta función?

2. – Atendimiento a la población extranjera

2.1. ¿- Este hospital presta asistencia para extranjero? ¿(Extranjero con domicilio en el Brasil y fuera)? ¿(Brasileños que viven fuera de Brasil)?

2.2. – El (la) Sr. (a) ¿tendría como en decirnos (decir) cuáles son los atendimiento mas buscado por los extranjeros?

2.3. ¿- El hospital posee alguna rutina de servicio que identifique los extranjeros atendidos y que estos sean registrados separadamente extranjeros, y que se colocan éstos por separado?

2.4. ¿- Cuál sería el costo que representa para el hospital, los atendimientos de estos usuarios extranjeros (R$/mes)?

2.5. ¿- Cuándo el usuario extranjero necesita de un atendimiento/ Examenes de mayor complejidad, como es y para donde el es referido. relacionado?

2.6. ¿- En su opinión, cual es la mejor de realizarse el atendimiento para ésos usuarios extranjeros? ¿De qué forma?

APÉNDICE 14

Instrumento para los representantes del Consejo Municipal de Salud/Usuario

1. - Perfil del (la) consejero (a):

1.1. ¿- Ha cuanto tiempo es Consejero (a)

1.2. ¿- El (la) Sr. (a) representa cuál instancia?

2. – Atendimiento a la población extranjera:

2.1. ¿- Durante las reuniones del CMS, son presentados problemas relacionados al atendimiento de usuarios extranjeros?

2.2. ¿- En el plan municipal de salud, son abordados los atendimientos a los usuarios extranjeros?

2.3. ¿- Existe algún recurso financiero destinado al atendimiento prestado a los usuarios extranjeros?

2.4. ¿- Ustedes autorizan el pagamento para los extranjeros que necesitan de atendimiento de mayor complejidad?

2.5. ¿- Ustedes saben cuanto gasta el municipio con la atención dada a usuarios extranjeros?

APÉNDICE 15

Instrumento para los representantes del Consejo Municipal de Salud/Trabajador

1. - Perfil del consejero (a):

1.1. ¿- Ha cuanto tiempo es Consejero (a)?

1.2. ¿- El (la) Sr. (a) representa cuál instancia?

2. – Atendimiento a la población extranjera:

2.1. ¿- Durante las reuniones del CMS, son presentados problemas relacionados al atendimiento de usuarios extranjeros?

2.2. ¿- En el plan municipal de la salud, son abordados los atendimientos a los usuarios extranjeros?

2.3. ¿- Existe algún recurso financiero destinado al atendimiento de los extranjeros?

2.4. ¿- Ustedes autoriza el pagamento para los extranjeros que necesitan de atendimiento de mayor complejidad?

2.5. ¿- Ustedes saben cuánto gasta el municipio con la atención dada a usuarios extranjeros?

2.6. ¿- Cuáles son los servicios que más son solicitados por los extranjeros al S.M.S.?

APÉNDICE 16

PUNTOS CRÍTICOS CITADOS POR LOS MUNICIPIOS DE FRONTERA DE MATO GROSSO DO SUL EN SUS DIAGNOSTICOS LOCALES DE SALUD, 2007

Nº de Orden	PUNTO CRÍTICO	Nº de Citaciones
1	FALTA DE DEFINICION DEL DERECHO Y DEL FINANCIAMIENTO AL ATENDIMIENTO A LA SALUD DE LA POBLACION RESIDENTEO NO EN EL PAIS.	12
2	EXTRANJEROS QUE UTILIZAN EL SERVICIO DE SALUD DEL MUNICIPIO.	11
3	ESTRUCTURA DE LA RED DE MEDIA COMPLEJIDAD MEDIA DÉFICITARIA.	8
4	DEFICIENCIA EN LAS ACCIONES DE ATENCIÓN BASICA REFLITIENDOEN LOS INDICADORES DE LA SALUD	8
5	AUSENCIA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA ATENDIMIENTODE USUARIOS EXTRANJEROS RESIDENTES EN EL EXTERIOR.	7
6	BRASILEÑOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR UTILIZAN EL SERVICIO DE LA SALUD DEL MUNICIPIO.	6
7	DIFICULTADES EN REFERENCIAR PACIENTES EXTRANJEROS PARA LOS SERVICIOS DE UNA MAYOR COMPLEJIDAD.	5
8	GRAN DEMANDA DE ATENDIMIENTO DE ATENCIÓN BASICA EN LA RED DEL HOSPITAL	5
9	DEFICIENCIA EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIONES EN SALUD.	4
10	BAJO PORCENTAJE DE TRANSFERENCIAS DEL S.U.S. PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA SALUD.	3
11	EL PROGRAMA DE LA TUBERCULOSIS HA PRESENTADO DEFICIENCIAS COMO ABANDONOS Y/O MUERTES.	2
12	BAJA COBERTURA DE VACUNA EN LA RUTINA Y EN LAS CAMPAÑAS NACIONALES DE MULTIVACUNACIÓN	2
13	ESTRUCTURA DE LA RED DE SERVICIOS DE LA SALUD DEFICITARIAS.	2
14	ESTRUCTURA DE LA RED DE LA ATENCIÓN BASICA DÉFICITARIA.	2
15	ALTO NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIALES EN LA UNIDAD DE HOSPITAL	1
16	BAJA COBERTURA DE VACUNAS EN EL MUNICIPIO, A PESAR DE SER INMUNIZADOS TANTO BRASILEÑOS COMO EXTRANJEROS.	1
17	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE CÓMO ENCAMINAR USUARIOS EXTRANJEROS PARA SERVICIOS DE MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD	1
18	SOBRECARGA DE ATENDIMENTOS EN EL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.	1
19	AUMENTO DE LA DEMANDA DE ATENDIMENTOS PROVENIENTES DEL MUNICIPIO DE LADÁRIO.	1
20	EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN NO PERMITE EL REGISTRO DE DOSIS DE LOS INMUNOBIOLOGICOS IMUNOBIOLÓGICOS APLICADOS EN LA POBLACIÓN EXTRANJERA	1
21	POBLACIÓN DEL MUNICIPIO ESTA SUB-ESTIMADA DEBIDO A LA IMPLANTACIÓN DE ASENTAMIENTOS Y ACAMPAMENTOS.	1
22	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS Y DE INTERNACIONES ARRIBA DE LA PRODUCCIÓN PRECONIZADA.	1

Apéndice 17 - RESULTADOS DEL LEVANTAMIENTO DE DATOS PARA EL DIAGNOSTICO EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS DE FRONTERA DE MATO GROSSO DO SUL, 2007

DISCRIMINACIÓN			Antônio João	Aral Moreira	Japorã	Coronel de Sapucaia	Corumbá	Mundo Novo	Paranhos	Ponta Porã	Sete Quedas	Bela Vista	Porto Murtinho	Caracol	Total Promedio
Población (2005)			7.890	8.054	7.157	13.562	100.268	14.272	10.677	67.191	10.084	23.415	13.633	5.007	281.210
Tipo de Frontera			Seca	Seca	Seca	Seca	Rio con Puente	Seca	Se seca	Se seca	Se seca	Rio con puente	Rio Sin puente	Rio Sin puente	-
Contiguidad con área urbana			No	No	No	Si	Proximidad	Proximidad	Si	Si	Si	Si	Si	Proximidad	-
Atendimiento de NO residentes en el l país (% de los atendimientos)	Hospital	Extranjero	0,00	0,60	-	1,70	0,76	4,00	3,57	0,39	0,91	0,07	1,46	3,68	1,56
		Brasileño	0,16	1,30	-	18,75	0,45	5,10	4,39	1,65	5,08	2,02	0,23	0,70	3,62
		Total	**0,16**	**1,90**	**-**	**20,45**	**1,21**	**9,10**	**7,96**	**2,04**	**5,99**	**2,09**	**1,69**	**4,38**	**5,18**
	UBS	Extranjero	0,00	0,89	0,59	4,87	3,66	13,10	4,97	2,22	4,01	0,57	-	0,39	3,21
		Brasileño	0,00	2,20	7,04	18,66	0,20	4,70	13,94	0,04	40,69	4,40	-	0,19	8,37
		Total	**0,00**	**3,09**	**7,63**	**23,53**	**3,86**	**17,80**	**18,91**	**2,26**	**44,70**	**4,97**	**-**	**0,58**	**11,58**
Extranjeros no legalizados en el PSF			**-**	**0,90**	**0,21**	**2,70**	**0,25**	**-**	**0,92**	**1,38**	**0,92**	**0,94**	**6,45**	**2,03**	**1,67**
Gasto total en la salud por habitante	MS média:	252,61	269.40	202.16	154.24	175.00	148.19	207.87	241.74	181.00	119.37	157.72	238.57	381.64	206,41
Gastos con los recursos propios por habitante	MS média:	130,20	147.02	167.00	113.43	92.80	101.20	156.12	129.48	91.54	45.65	89.85	161.92	292.06	132,34
Transferencias del SUS para el habitante	MS média:	129,35	122.38	43.00	7.02	94.87	44.99	51.70	128.62	90.38	73.72	67.87	114.64	91.68	83,41
% de los gastos con los recursos propios (EC29)	MS média:	19,56	19.15	16.85	15.78	17.72	15.10	21.47	17.32	17.90	8.45	16,66	15.94	24.15	17,21

Municípios de abrangência

Convênio 5435/2004
Ministério da Saúde - Fundação Boiteux/UFSC

REPENSUL

PEN-UFSC