

A saúde na fronteira seca Brasil-Argentina



Organizadores:

Maria de Lourdes de Souza
Sirlei Fávero Cetolin
Ana Maria Martins Moser
Ademir José Zimmerman
Marisa Lucena Branco
Vanessa Murta Rezende

**A saúde na fronteira seca
Brasil-Argentina**

Maria de Lourdes de Souza
Sirlei Fávero Cetolin
Ana Maria Martins Moser
Ademir José Zimmerman
Marisa Lucena Branco
Vanessa Murta Rezende
(Organizadores)

A saúde na fronteira seca Brasil-Argentina

Editora Boiteux
Florianópolis, 2008

Ficha catalográfica

S27 A saúde na fronteira seca Brasil-Argentina. / Maria de Lourdes de Souza...
[et al.] (org.). - Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.
236 p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7840-006-4.

1. Fronteiras. 2. Política de saúde - aspectos sociais.
3. Globalização - aspectos sociais. 4. Saúde - aspectos legais.
I. Cetolin, Sirlei Fávero. II. Moser, Ana Maria Martins. III.
Zimmerman, Ademir José. IV. Branco, Marisa Lucena. V.
Rezende, Vanessa Murta. VI. Título.

CDU 614.79

Catálogo 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
Prof^a. Thais Luzia Colaço

Secretária Executiva: Meiri Regina Anderle

Projeto gráfico: Dr^a Maria de Lourdes de Souza
Revisão Português: Paulo Scarduelli, Jornalista
Revisão de bibliografia: Antonio Carlos Lopes
Diagramação: Carlos Alberto Leal da Costa
Capa: Dr^a Maria de Lourdes de Souza e Carlos Alberto Leal da Costa

Apoio: Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem



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

Nossa homenagem aos Municípios



Prefeitura Municipal
de Bandeirante



Prefeitura Municipal
de Belmonite



Prefeitura Municipal
de Dionísio Cerqueira



Prefeitura Municipal
de Guaraciaba



Prefeitura Municipal
de Itaipiranga



Prefeitura Municipal
de Paraisópolis



Prefeitura Municipal
de Princesa



Prefeitura Municipal
de Santa Helena



Prefeitura Municipal de
São José do Cedro



Prefeitura Municipal
de Tunápolis



Marco da fronteira Brasil- Argentina

SUMÁRIO

PARTE I

A FRONTEIRA NO MUNDO GLOBALIZADO.....21

- 1.1 Política de cooperação para o desenvolvimento.....22
- 1.2 As fronteiras e desigualdades.....35

PARTE II

FRONTEIRA, TRÁFICO DE SERES HUMANOS E HIV/AIDS.....49

- 2.1 Mulheres: migrações e desigualdades.....50
- 2.2 HIV/Aids - a realidade de fronteira.....74
- 2.3 Tráfico internacional de seres humanos.....84

PARTE III

A FRONTEIRA SECA BRASIL-ARGENTINA.....111

- 3.1 Histórias da fronteira seca no contexto do Mercosul.....112
- 3.2 Os laços de irmandade entre dois estados e duas nações.....125

PARTE IV

DIREITOS E PERSPECTIVAS.....147

- 4.1 O direito à saúde na Argentina e no Brasil.....148
- 4.2 A voz do cidadão na fronteira.....165
- 4.3 Os Conselhos Municipais de Saúde nos espaços de fronteira.....175

PARTE V

A BUSCA DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS NA FRONTEIRA SECA.....185

- 5.1 A liberdade de ir e vir e o acesso à saúde.....186
- 5.2 Rede Repensul e sua contribuição na fronteira.....221

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. Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especialização 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 do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL).

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 10^a. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina . Professor Titular no Curso de Serviço Social da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC.

Ana Maria Martins Moser

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Licenciatura Plena e Habilitação em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo (1985). Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira concursada da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNOESC-São Miguel. Tutora-pesquisadora da FIOCRUZ na área de Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde.

Ademir José Zimmerman

Graduado em Administração - Habilitação em Administração Empresarial pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC - São Miguel do Oeste/SC. (2003) Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - Itajaí/SC (2005). Professor e Coordenador do Curso de Administração da Faculdade da Fronteira - FAF - Barracão/PR. Professor dos Cursos de Graduação de Administração e Tecnologia em Informática. Secretário Municipal de Saúde de Guaraciaba/SC.

Marisa Lucena Branco

Graduada em Administração - Habilitação Administração Hospitalar pela União Educacional de Brasília (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).

Vanessa Murta Rezende

Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1997). 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.

DOS AUTORES

Ademir José Zimmerman

Graduado em Administração - Habilitação em Administração Empresarial pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC - São Miguel do Oeste/SC. (2003) Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - Itajaí/SC (2005). Professor e Coordenador do Curso de Administração da Faculdade da Fronteira - FAF - Barracão/PR. Professor dos Cursos de Graduação de Administração e Tecnologia em Informática. Secretário Municipal de Saúde de Guaraciaba/SC.

Alessandra Santos Araujo

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

Ana Maria Martins Moser

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Licenciatura Plena e Habilitação em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo (1985). Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira concursada da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNOESC-São Miguel. Tutora-pesquisadora da FIOCRUZ na área de Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde.

Antonia Lucivalda F. S. Wagner

Graduada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal do Amazonas, 1997. Participação no Projeto: Assistência Jurídica Gratuita do Núcleo Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Amazonas. Professora de Direito da UNIP - Universidade Paulistana, Estado do Amazonas. Atualmente: Professora de Língua Portuguesa no Instituto Primus - Linguístico - Alemanha.

Armin Wagner

Formação técnica em Meteorologia (1981), graduado em Tradução, Interpretação e Translatologia pela Universidade Ruprecht-Karl de Heidelberg/Alemanha (1994), Especialização em Direito Internacional, Formação pós-universitária em Gestão de Empresas sem fins lucrativos (non-profit) (1997), membro da diretoria da filial alemã da SOPREN (Sociedade de Preservação dos Recursos Naturais e Culturais da Amazônia/Belém do Pará) 1990-97, desde 1994 Tradutor e Intérprete freelancer, juramentado para a língua portuguesa; desde 1998 Coordenador de Projetos da Agência Federal de Desemprego em cooperação com a Associação Regional de Municípios da grande Sarrebruck/Alemanha, campo de atuação: integração de adolescentes no mercado regional de trabalho, Habilitação em Case Management.

Edgar Lopes da Costa Neto

Graduado em Direito pela Universidade São Francisco, São Paulo (2002), Pós-Graduado em Segurança Pública pela Universidade do Tocantins (UNITINS) / Academia Nacional de Polícia (2006). Agente Especial de Polícia Federal, atualmente compõe a equipe do Núcleo de Operações da Delegacia de Imigração em Santa Catarina.

Jefferson Luiz Traebert

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986). Mestrado em Public Dental Health pela University College London, University of London, Inglaterra (1991) com diploma validado no Brasil pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002) e Pós-doutorado pelo Community Dental Health Services Research Unit - Faculty of Dentistry, University of Toronto, Canadá (2008). Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Loris Baena Cunha Neto

Graduado em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002), Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005), e Master of Laws in International Law pela Universidade de Heidelberg - Alemanha (2005). Atualmente é Procurador Federal. Tem experiência na área do Direito Constitucional, Direito Internacional e Direito Administrativo, atuando principalmente nos seguintes temas: OMC, Direitos Humanos, Saúde Pública e Propriedade Intelectual.

Maria de Lourdes de Souza

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Manaus – 1968. Habilitação em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da UFRGS. Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especialização 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 do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL).

Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS (2002). Mestre em Serviço Social pela PUC/RS (1992). 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.

Marília de Fátima Vieira de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (1995). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Professor Assistente I da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade - Modalidade DINTER UFSC/UFGA/CAPES, desde 01/03/2007. Participante do Grupo de Pesquisa Educação, Política e Tecnologia em Enfermagem - EPOTENA/UFGA e do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando-C&C/PEN/UFSC.

Marisa Lucena Branco

Graduada em Administração - Habilitação Administração Hospitalar pela União Educacional de Brasília (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).

Orides Mezzaroba

Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1986). Especialização em Filosofia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1989). Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991). Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Pós- Doutor pela Universidade de Coimbra - Portugal (2008). Consultor da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes. Pesquisador de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico - CNPq. Professor Adjunto em Dedicção Exclusiva nos Programas de Graduação e Pós-Graduação em Direito (Mestrado e Doutorado) da Universidade Federal de Santa Catarina.

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.

Vanessa Murta Rezende

Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1997). 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.

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (1985), Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (1988). Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2001). Atualmente é Enfermeira da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Docente Assistente IV da Universidade Federal do Pará. Coordenadora de Ensino do Instituto de Ciências da Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade - Modalidade DINTER UFSC/UFGA/CAPES, desde 01/03/2007. Participante do Grupo de Pesquisa Educação, Política e Tecnologia em

Enfermagem - EPOTENA/UFPA e do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando-C&C/PEN/UFSC.

Vicente Volnei de Bonna Sartor

Graduado em Administração (1978) pela UFSC, Graduado em Língua e Literatura Italiana (1984), Graduado em Técnicas de Comércio e Serviços (1984), em Língua e Literatura Inglesa e Portuguesa (1992). Mestre em Administração (1996). Doutor em Ciências Humanas (2001). Gestor do Conselho Estadual de Educação (SC). Diretor de Ensino das Faculdades Borges de Mendonça. Membro do Conselho Editorial Científico da Revista Contabilidade Vista & Revista da UFMG e da Revista de Administração Alcance/UNIVALI. Avaliador do INEP/MEC.

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 do Desenvolvimento da Enfermagem (Repensul) – UFSC. O projeto resultou no convênio número 5.435-2004 Ministério da Saúde/Fundação Boiteux-UFSC.*

Duas são as finalidades principais deste livro: contribuir para a compreensão da saúde na fronteira como estratégia para a Nação no contexto da globalização; e dar visibilidade à fronteira seca Brasil-Argentina, integrada pelos Estados de Santa Catarina, Paraná e Província de Misiones (Argentina).

*O livro foi organizado em cinco partes, integrando a perspectiva teórica com a realidade local. A primeira parte, **A fronteira no mundo globalizado**, inclui os capítulos sobre Política de cooperação para o desenvolvimento, e Fronteiras e desigualdades. Na segunda, **Fronteiras, tráfico de seres humanos e HIV/Aids**, inclui os capítulos sobre Mulheres: migração e desigualdades, HIV/Aids - a realidade de fronteira, e Tráfico internacional de seres humanos. Na terceira parte, **A fronteira seca Brasil-Argentina**, inclui os capítulos sobre Histórias da fronteira seca no contexto do Mercosul, e Os laços de irmandade entre dois estados e duas nações. A quarta parte, **Direitos e perspectivas**, inclui os capítulos sobre A saúde na Constituição do Brasil e da Argentina, A voz do cidadão na fronteira, e Os Conselhos Municipais de Saúde nos espaços de fronteira. Na quinta parte, **A busca da saúde e estratégias na fronteira seca**, os capítulos referem-se à liberdade de ir e vir e o acesso à saúde, e Rede Repensul e sua contribuição na região de fronteira.*

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 outros profissionais, a oportunidade de conhecer A fronteira seca Brasil-Argentina, integrada pelos Municípios de Dionísio Cerqueira (estado de Santa Catarina - Brasil), Barracão (estado do Paraná – Brasil) e Município de Bernardo de Yrigöen (Província de Misiones – Argentina), por meio de recortes da realidade, conformada pelo imaginário dos conviventes com aquela realidade.

*Apresentar esta fronteira também é parte da finalidade do **Projeto SIS Fronteira-Ministério da Saúde**, que retrata a realidade de fronteira por meio de diagnóstico de saúde e apóia os municípios no processo de implantação de suas metas e da construção de uma nova realidade de saúde.*

Este livro é só um recorte da vida de quem faz a liberdade de ir e vir acontecer num cruzamento de uma rua, em busca da saúde com histórias para justificar suas escolhas de oportunidades.

Dra Maria de Lourdes de Souza

PARTE

I

A FRONTEIRA NO MUNDO GLOBALIZADO

Política de cooperação para o
desenvolvimento

Ademir José Zimmerman

Fronteiras e desigualdades

Armin Wagner

1.1 Política de cooperação para o desenvolvimento

Ademir José Zimmerman

A abordagem inicial deste trabalho apresenta aspectos que foram contextualizados por ocasião da realização do II Seminário Internacional: A Inclusão Social nas Fronteiras, realizado entre os dias 19 e 21 de outubro de 2008, no município de Dionísio Cerqueira/SC. A análise se volta para a questão das fronteiras no contexto de um mundo globalizado, vislumbrando o envolvimento das diferentes políticas públicas. Com destaque, a política pública da saúde, na cooperação para um desenvolvimento que dê conta de superar as fragilidades próprias de municípios fronteiriços, como: barreiras legais, culturais, políticas, sócio-ambientais, entre outras. Na contemporaneidade, a sociedade global tem sido alvo de estudos e de diferentes interpretações, como abordagens que versam sobre aspectos históricos, políticos, econômicos, culturais, geográficos, demográficos, geopolíticos, ecológicos, religiosos, lingüísticos, artísticos e filosóficos. Além das indicações e intuições que freqüentemente aparecem nos estudos sobre a sociedade nacional, multiplicam-se as reflexões sobre as configurações e os movimentos da sociedade global. Já são muitos os que pensam a sociedade em âmbito transnacional, mundial ou propriamente global, mesmo quando não estão utilizando esta noção, mesmo quando continuam a pensar a nação. É óbvio que a globalização envolve o problema da diversidade. Praticamente todos os estudos e interpretações sobre a sociedade global colocam esse problema. A reflexão sobre a diversidade não pode estar ausente,

já que implica aspectos empíricos, metodológicos, teóricos e propriamente epistemológicos (IANNI, 1994). Portanto, para falar sobre a sociedade global é importante reconhecer a realidade local/regional de municípios fronteiriços, uma vez que a globalização atinge as coisas, as gentes e as idéias, bem como as sociedades e as nações, as culturas e as civilizações existentes em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas.

Política de cooperação para o desenvolvimento

A conjuntura atual de políticas neoliberais implementadas¹ em países como Argentina e Brasil e a conseqüente crise na área das políticas públicas, dentre elas, a política da saúde, permite que se dê vazão a possibilidades que envolvam políticas comuns de cooperação para o desenvolvimento, em países da América Latina, principalmente em países que compõem o Mercosul. Tratam-se de compromissos que necessitam ser formalizados e assumidos por governos, a fim de assegurar a garantia de direitos sociais que foram conquistados a partir da superação da ditadura, instalada a partir dos anos 1980 em alguns países da América Latina, dentre estes a Argentina e o Brasil, foco de nossas reflexões neste momento.

Algumas pessoas diziam que o modo pelo qual as ditaduras caíam exercia impacto muito grande sobre a democracia que se constituía. Analisava-se se haviam acabado por colapso, como na Argentina; por uma transição pelo alto, como no Brasil; e de que forma essas diferentes modalidades de transição afetariam a democracia que se erguia. Pode-se, contudo, pensar a transição como movimento, como momento provisório, não planejado. Por isso não haveria modelos comparativos daquilo que efetivamente não existe

1 A partir das reformas neoliberais, as questões centrais envolvendo as relações entre a sociedade e os Estados nacionais têm a ver com a capacidade desses futuros Estados de assumir eficientemente seu novo papel indutor normativo-regulador, ao mesmo tempo em que um original pacto social consiga definir como lidar com a tendência de crescente exclusão social decorrente do atual modelo econômico global (DUPAS, 1998).

conceitualmente como fenômeno político acabado. (D'ARAÚJO; CASTRO, 2000, p. 217-8).

Contudo, considerando que um dos requisitos mais relevantes da democracia é a existência de um grau bastante avançado de igualdade social – e que esta democracia não consegue sustentar-se sobre sociedades marcadas pela desigualdade e pela exclusão – é possível compreendermos como o processo de reconcentração de renda e de geração de pobreza, tão acentuado como o que caracteriza a reestruturação neoliberal latino-americana, acarretou numa extrema debilidade no funcionamento dos regimes democráticos na região (BARBOZA; FREIRE, 2006).

A extrema debilidade dos componentes liberais, republicanos e até mesmo democráticos das “novas democracias” latino-americanas resulta, também, tanto de processos históricos complexos e de longa duração, quanto da natureza e do alcance das experiências ditatoriais ou autoritárias anteriores, sem contar a influência das principais vias percorridas pelos processos de democratização política na região nas duas últimas décadas (GÓMEZ, 2000).

A experiência brasileira vem demonstrando, desde meados da década de 1980, um movimento em direção à descentralização das políticas públicas, na perspectiva de reverter o modelo anterior centralizado, seguindo uma tendência mundial visível (LUBAMBO, 2001).

Os países pelo mundo afora têm iniciado reformas dirigidas à integração de suas economias ao mercado global e à evolução do poder descentralizado aos governos locais [...]. Os exemplos diferem, tanto porque o tipo e a extensão das reformas que cada país variam largamente, quanto porque cada conjunto de reformas tem sido implementado em contextos econômicos e políticos variados. (BANCO MUNDIAL, 1999, p. 157).

As afirmações aqui mencionadas são decorrentes de

nossa experiência como Gestor Municipal da Saúde, de um dos dez municípios fronteiriços do Brasil/Argentina no Estado de Santa Catarina, Guaraciaba. Quando também foi possível constatar que as deficiências na integração de ações entre os municípios de fronteira são manifestadas através de pensamentos ainda muito individualistas e que se contrapõem ao desenvolvimento de ações isoladas, dificultando dessa maneira a interação conjunta e coletiva das políticas de Estado/Nações.

Contudo, essa não é uma realidade exclusiva da região. A sociedade global se constituiu desde o início como uma totalidade problemática, complexa e contraditória, aberta em movimento. O significado de “*global*”, 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).

O termo global, relacionado à sociedade, está impregnado e atravessado por totalidades também notáveis, às vezes também decisivas, ainda que subsumidas formal ou realmente pela totalidade mais ampla, abrangente, global: estado-nação, bloco geopolítico, sistema econômico regional, grande potência, empresa transnacional, ONU, FMI, Banco Mundial, indústria cultural e outras; também tribo, nação, nacionalidade, etnia, religião, língua, cultura e outras realidades também fundamentais.

A dinâmica do todo não se distribui similarmente pelas partes. As partes, enquanto distintas totalidades também notáveis, consistentes, tanto produzem e reproduzem seus próprios dinamismos como assimilam diferencialmente os dinamismos provenientes da sociedade global, enquanto totalidade mais abrangente. É no nível do desenvolvimento desigual, combinado e contraditório, que se expressam diversidades, localismos, singularidades, particularismos ou identidades (VALLA, 1999).

A globalização hoje apresenta uma nova face, mas sua dinâmica foi estudada já no século XIX e no XX, principalmen-

te por autores marxistas preocupados em explicar os mecanismos da acumulação do capital e da expansão dos monopólios imperialistas². A referência a fenômenos históricos anteriores não significa, porém, desconhecer a emergência de novas realidades e conceituações, pois, como bem assinala Alain Lipietz: *“é muito possível que o marxismo enquanto teoria social (convenientemente reelaborada) se mostre mais útil do que se imagina hoje”* (LIPIETZ, 1991, p. 236).

Admitindo-se a irreversibilidade da globalização, com seus efeitos e impactos positivos e negativos em nível das comunidades e nações, simultaneamente integradores e desestruturadores, permanece a tarefa de como conduzir e orientar esse processo sem cometer falácias e confundir as conseqüências da acumulação centralizadora de capital (crise social, desemprego, erosão e aniquilação de culturas e valores tradicionais) com as oportunidades efetivas de integração, aproximação e cooperação em nível mundial, proporcionadas pela globalização.

Para pensadores como Rattner (1995), primeiro a globalização surge como a condição objetiva fundamental das transformações estruturais em direção a um mundo solidário, pacífico e de cooperação de todos os povos para superar os antagonismos e conflitos decorrentes da competição entre economias *nacionais*. Segundo, a degradação ambiental em conseqüência da externalização dos custos pelas empresas tem causado problemas de saneamento, saúde e marginalização sócio-cultural, cuja superação exige não somente tecnologias apropriadas e recursos financeiros nacionais e internacionais, mas também a formação de uma consciência social e de um poder político global. Em terceiro lugar, tendo emergido como produto de processos materiais e espirituais, um retrocesso da globalização causaria danos econômicos e ecológicos, levaria à regressão a regimes políticos burocráticos e autoritários e ao isolamento fundamentalista, com a conseqüente perda das vantagens proporcionadas pela

2 Consultar as obras de Hilferding (1963), Lenin (1970) e Bukharin (1971).

tecnologia e pelas formas de organização mais flexíveis que apelam mais à motivação do que à compulsão, mais à participação do que à obediência cega a normas e instruções.

Aliada à globalização, a onda de democratização atravessa os continentes, desde os confins do sudeste asiático até a América Latina, passando também pela África. Assinala que as populações não mais aceitam silenciosamente os regimes de opressão, exploração e corrupção ainda prevalentes na maioria dos países.

A busca de opções e alternativas, dentro do contexto e dos rumos da globalização, enfrenta o dilema de como superar a contradição fundamental inerente ao sistema social que acirra constantemente o espírito competitivo, enquanto condições objetivas exigem cada vez mais a cooperação em todos os níveis, como condição *sine qua non* para a emancipação de todos os povos, inclusive dos *condenados da terra* (RATTNER, 1995).

A verdade que se apresenta é cada vez mais a constatação de que para a satisfação das necessidades básicas da população será preciso construir um modelo alternativo de sociedade, no qual formas igualitárias e solidárias possam sobrepor-se aos interesses particulares do capital.

Para Santos (2001), é preciso reconhecer que a exclusão social só poderá ser enfrentada através de mecanismos políticos, se o objetivo prioritário for construir uma sociedade mais justa. “Governar a globalização” passa, portanto, por decisões políticas que questionem o modelo vigente e levem à construção de um projeto alternativo de estrutura social: equitativo, sustentável, plural e democrático.

Assim, a reflexão que fazemos direcionada para a firmação de políticas de cooperação para o desenvolvimento local/regional, necessita obrigatoriamente voltar-se para a condição de que, tanto na Argentina quanto no Brasil, vivemos em uma sociedade capitalista, onde o termo capitalismo está associado ao sistema econômico baseado em relações de

produção com emprego de trabalho assalariado e regulado pelo mecanismo de mercado.

Marx definiu duas características singulares do sistema capitalista. Primeiro, o fato de estar voltado à busca do valor em sua forma abstrata, da riqueza por si mesma, cuja relação com as necessidades ou a subsistência da sociedade é assessoria; o objetivo do sistema é produzir valores de troca para os quais os valores de uso são mera contingência. A segunda característica é que a produção desses valores se dá por iniciativas autônomas de seus participantes, cuja coerência para o sistema resulta da vigência da lei do valor que dirige a concorrência entre os diversos agentes e coordena o funcionamento do mecanismo de mercado auto-regulável (TAUILE, 2005).

Em se tratando do contexto sócio-espacial em que nos encontramos inseridos, ou seja, municípios limítrofes de países latino americanos que compõem o Mercosul, é importante lembrar, mesmo que recorrente, que a cooperação voltada ao desenvolvimento de políticas sociais se encontra ainda em estágios embrionários.

O Mercosul não nasceu com uma agenda social dotada de autonomia, embora certas dimensões sociais da integração tenham estado presentes em suas preocupações originais. Com efeito, os temas sociais praticamente estiveram reduzidos, até há poucos anos, aos direitos laborais e, mais recentemente ainda, a alguns aspectos previdenciários e de saúde, debatidos e entendidos quase sempre, entretanto, enquanto componentes da agenda multilateral de comércio, considerados na verdade como elos dos acordos comerciais e dos processos facilitadores da circulação dos trabalhadores. E mesmo no seu desenvolvimento posterior, foi sob o signo da “cláusula social” que problemas como os da proibição do trabalho infantil, do trabalho escravo ou o da liberdade sindical foram prioritariamente tratados (DRAIBE, 2008).

No entanto, em decorrência de muitos fatores advindos do processo da globalização, a implementação de políticas

de cooperação e de desenvolvimento apresenta algumas variáveis que inibem a ascendência promissora desse processo na região de divisas entre a Argentina e o Brasil, mais especificamente, em municípios fronteiriços do Estado de Santa Catarina e Paraná com a Província de Misiones. E, apesar dos esforços iniciais, percebe-se que existem algumas resistências também por parte das populações fronteiriças/vizinhas, que se manifestam por atitudes que demonstram preconceitos, desvalorização cultural e social. Por conta disso, se expressam dificuldades no sentido do encaminhamento de políticas comuns, que possam fazer frente a algumas problemáticas pontuais e parecidas entre os dois países.

Em nível de Brasil, foram tomadas iniciativas importantes por parte do Governo Federal, a partir da criação do Mercosul, em relação à implementação de ações nas fronteiras, porém, as dificuldades de implementá-las existem, principalmente pelas diferenças existentes voltadas aos aspectos: cultural, social e econômico e pela incompatibilidade das legislações vigentes entre as duas nações.

Embora, segundo Draibe (2008), desde a metade dos anos 1990 tenham sido criadas, multiplicadas e fortalecidas no interior do sistema as instituições dedicadas às políticas de saúde e educação, no entanto, é sabido que pelo menos essas políticas integram o núcleo estratégico dos vários processos de integração regional, desde os primeiros momentos de mera unificação aduaneira, dada as suas especiais relações com as questões de circulação de mão-de-obra e de produtos.

Foram também importantes os avanços institucionais. Os analistas chamam mesmo a atenção para progressos na pauta negociadora, relativos ao campo dos sistemas de informações e comunicação; da vigilância e controle de infestação por *Aedes aegypti* e da transmissão do vírus do dengue; na luta contra a epidemia de HIV/AIDS; na gestão de riscos e redução de vulnerabilidades e em temas de saúde e desenvolvimento. E ainda no tocante às políticas integradas de saú-

de sexual e reprodutiva; controle do tabaco; saúde ambiental e saúde do trabalhador; medicamentos (inclusive o banco de preços); vigilância e controle de doenças transmissíveis (sarampo, cólera, dengue e febre amarela); e implementação do regulamento sanitário internacional (DRAIBE, 2008).

No entanto, o desenvolvimento das atividades cotidianas no espaço local/regional dos municípios fronteiriços impede para algumas reflexões, que impulsionam desafios para o enfrentamento da realidade vivenciada e, ao mesmo tempo, possibilitam “sonhos” direcionados à construção de uma sociedade em que os direitos e valores humanos possam prevalecer.

Para ilustrar o entendimento acerca da importância das reflexões que surgem a partir do cotidiano, reporta-se a Santos (1999, p. 258), quando afirma que:

[...] o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum.

Julga-se que no contexto dos municípios fronteiriços da Argentina/Brasil que compõem a região extremo-oeste de Santa Catarina, algumas prioridades devam ser estabelecidas, não sem antes destacar a necessidade de que para que sejam alcançadas, será preciso muita persistência e solidificação da consciência coletiva, destinada ao desenvolvimento de políticas integradas, que superem as iniciativas de cunho individualista.

Projetos macros e regionais, que envolvam políticas públicas voltadas diretamente ao desenvolvimento, são considerados fundamentais na região dos municípios fronteiriços e precisam ser priorizados, como por exemplo, a implantação de Campus de Extensão de Universidades Federais, com o oferecimento de cursos em níveis superiores e técnicos. Efetivar um plano coletivo público de educação a partir da realidade local, com certeza possibilita um incremento econô-

mico, político e social importante na região fronteira, visualizando a cooperação entre Países, Estados e Municípios. Em relação à saúde, garantir o funcionamento do Hospital Regional Público do extremo-oeste catarinense, com sede no município de São Miguel do Oeste/SC. Outras prioridades: valorização, fortalecimento e autonomia dos Conselhos Paritários Municipais e Regionais de Saúde; incremento das políticas conjuntas de prevenção e promoção da saúde; estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas no sentido de fortalecer a agricultura familiar, através de capacitações voltadas às demandas existentes.

Em relação à saúde das populações, é preciso lembrar que a rota do Mercosul aqui presente aumenta os riscos na proliferação das doenças, tornando ainda mais necessária a superação de desafios na implantação e implementação de ações conjuntas e integradas na faixa de fronteira.

Às vezes, os localismos, provincianismos ou nacionalismos podem exacerbar-se, precisamente devido aos desencontros, às potencialidades e dinâmicas próprias de cada um, cada parte e, também, devido às potenciações provenientes da dinâmica da sociedade global, das relações, processos e estruturas que movimentam o todo abrangente. Sob vários aspectos, a ressurgência de nacionalismos, regionalismos, provincianismos, etnicismos, fundamentalismos e identidades são fenômenos que se esclarecem melhor quando vistos nos horizontes dos rearranjos e tensões provocados pela emergência da sociedade global. Na medida em que esta debilita o estado-nação, reduz os espaços da soberania nacional, transforma a sociedade nacional em província da global. Nessa medida, reflorescem identidades pretéritas e presentes, novas e anacrônicas. Também por isto a globalização não significa nunca homogeneização, mas diferenciação em outros níveis, diversidades com outras potencialidades, desigualdades com outras forças. Nesse horizonte, a sociedade global pode ser vista como uma totalidade desde o início problemática – no sentido de complexa e

contraditória – atravessada pelo desenvolvimento desigual, combinado e contraditório, que se especificam no âmbito de indivíduos, grupos, classes, tribos, nações, sociedades, culturas, religiões, línguas e outras dimensões singulares ou particulares (VALLA, 1999).

É possível constatar que apesar da democratização ter representado um avanço político significativo na América Latina, em especial países como Argentina e Brasil, países estes, que até então possuíam pouca ou nenhuma tradição democrática prévia, passaram a reconhecer instituições e procedimentos (sufrágio universal, eleições regulares, livres e competitivas, razoável garantia de liberdade de expressão e associação) que permitiram a inclusão formal de milhões de cidadãos no processo de escolha das elites políticas encarregadas das decisões coletivas. Ela foi acompanhada, principalmente nas “novas democracias”, por eminentes paradoxos e por relevantes problemas, que os discursos triunfais de sua implantação e consolidação não conseguem ocultar (BARBOZA, 2006).

Por fim, existem desafios importantes presentes em nossa região. E, se conseguirmos avançar as integrações no aspecto da elaboração e efetivação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento local/regional, que indiquem progresso econômico e social, os resultados positivos poderão ser obtidos num prazo mais curto de tempo. O desenvolvimento econômico é fator condicionante para o desenvolvimento social. Na satisfação das necessidades básicas (alimentação, saúde, habitação) com vistas à superação da pobreza existente, derivando para a satisfação e o acesso do ser humano a outras necessidades como a educação, direitos e liberdades civis, bem como a participação política.

Referências:

BANCO MUNDIAL. **Más allá del centro**: la descentralización del Estado. Estudios del Banco Mundial sobre América

Latina y Caribe. Puentes de vista. Washington, D.C., 1999.

BARBOZA, Douglas Ribeiro; FREIRE, Silene de Moraes. O Serviço Social crítico no atual contexto de redemocratização da América Latina. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2006.

BUKHARIN, Nicolai I. **El imperialismo y la economía mundial**. Córdoba: Cuadernos de Pasado y Presente, 1971.

D'ARAÚJO, M. C.; CASTRO, C. **Democracia e Forças Armadas no Cone Sul**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

DUPAS, Gilberto. A lógica econômica global e a revisão do Welfare State: a urgência de um novo pacto. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 12, n. 33, 1998.

DRAIBE, Sônia Miriam. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008.

GÓMEZ, J. M. **Política e democracia em tempos de globalização**. Rio de Janeiro: Vozes; Buenos Aires: CLACSO; Rio de Janeiro: LPP, 2000.

HILFERDING, Rudolf. **El capital financiero**. Madrid: Editorial Tecnos S. A., 1963.

IANNI, Octavio. Globalização: novo paradigma das ciências sociais. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 8, n. 21, 1994.

LENIN, Vladimir Ilich. **El imperialismo, fase superior del capitalismo**. Moscú: Editorial Progreso, 1970.

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.

LIPIETZ, Alain. **Audácia**: uma alternativa para o século 21. São Paulo: Nobel, 1991.

LUBAMBO, Catia Wanderley. A descentralização do Estado no Brasil. In: LIMA, Marcos Costa (Org). **O Lugar da América do Sul na Nova Ordem Mundial**. São Paulo: Cortez, 2001.

RATTNER, Henrique. Globalização: em direção a um mundo só?. **Estud. Av.** , São Paulo, v. 9, n. 25, 1995.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo. Razão e emoção. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, Tania Steren dos. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 6, 2001.

TAUJLE, José Ricardo; FARIA, Luiz Augusto E. Mudança em tempos de globalização: o capitalismo não é mais progressista?. **Rev. Econ. Polit.**, July/Sept. 2005, v. 25, n. 3, p.233-53.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Suppl. 2, 1999.

1.2 As fronteiras e desigualdades

Armin Wagner

Contexto histórico

Na maioria dos casos, fronteiras são conseqüências de guerras. E guerras causam ondas de migração.

Um bom exemplo é o próprio Estado Federado, onde mora o autor: o Crê. Um dos resultados da Guerra de 1870/71 entre a Alemanha e a França foi que a Alemanha perdeu parte do seu território (a Alsácia e a Lorena que fazem fronteira com o Sarre).

Depois da 1ª Guerra Mundial o Sarre ficou sob a tutela da Sociedade (Liga) das Nações¹. Só em 1935 com base em um plebiscito, este Estado Federado foi incorporado no território do 3º Reich.

A Alemanha perdeu vastos territórios em conseqüência do fim da 2ª Guerra Mundial. O Sarre passou a ser parte da França, só com constituição, governo regional e moeda próprios. Em 1958, novamente depois de um plebiscito, o Sarre virou Estado Federado da República Federal da Alemanha.

Hoje a Alemanha faz fronteira com nove outros países da Europa. No contexto da unificação européia e da globalização, a Alemanha tem todos os motivos para se abrir aos imigrantes. A Alemanha nunca se considerou como um país clássico de imigração. A Ditadura Nazista negou tudo além do ariano e germânico. Na época pós-guerra, forças armadas

¹ Em 1946, a Sociedade das Nações passou as responsabilidades à Organização das Nações Unidas, a ONU.

dos Aliados instalaram-se no país. A população alemã tinha ficado dizimada, faltaram principalmente pessoas do sexo masculino.

A parte oriental da Alemanha ficou dominada pela então União Soviética. Este fato deu início a uma modesta imigração de cidadãos (na maioria dos casos fugidos) de países socialistas (Polônia, Tchecoslováquia, Hungria, Vietnã do Norte, Cuba, Chile e outros).

No lado ocidental instalou-se também uma imigração devido à intervenção economicamente construtiva dos EUA, da Inglaterra e da França. Nos anos 50 foi fundada a Comunidade Européia. Cada vez mais países aderiram. Uma das características da Comunidade (mais tarde da União) Européia é a livre circulação de pessoas.

No início dos anos 60, a Alemanha Ocidental abriu-se a um grande número de migrantes de origem italiana, iugoslava e turca. Pois o Milagre Econômico exigiu mão-de-obra em grande escala. A Crise do Petróleo em 1973 provocou um aumento significativo da taxa de desemprego e o governo parou os programas de incentivo à imigração de mão-de-obra, mas reforçou as atividades de reagrupamento familiar (por motivos sociais e humanitários).

A queda do muro de Berlim no fim dos anos 80 abriu as fronteiras para outros grupos populacionais: cidadãos dos países da ex-União Soviética, com raízes alemãs (4 milhões).

O novo milênio começou com a entrada de um número crescente de “vítimas” dos efeitos negativos da globalização: africanos, refugiados políticos de países árabes.

Imigração sem integração provoca desigualdade

Migração é um problema mundial. E integração é mais do que só migração. A conscientização, felizmente, passou a ser um processo também mundial com atividades e resulta-

dos nem sempre satisfatórios. Aqui um breve resumo das medidas e necessidades políticas para evitar ou lidar com migração:

Contexto mundial:

- Fortalecer os direitos humanos;
- Fomentar a paz internacional;
- Evitar guerras;
- Reconhecer e fortalecer o papel da ONU;
- 27-30 de outubro de 2008: realização do “Fórum Global sobre Migrações”. Tema: “Dar mais poder aos migrantes no desenvolvimento”.

Contexto europeu:

- 2008: Pacto Europeu sobre Imigração e Asilo;²
- Este Pacto, aliás, vive bastante criticado por países fora da União. Diz-se que será reforçada uma imigração seletiva, que a UE se transformaria em uma fortaleza.

Migrantes na Alemanha

A situação dos migrantes na Alemanha em números:

- 2008: 7,3 milhões ↔ 9% da população alemã;
- Grupos maiores: turcos, italianos e poloneses.

Entre os alunos que terminam a escola sem diploma, a taxa dos migrantes é elevada. A causa principal para isso é a falta de conhecimentos suficientes da língua alemã. Assim, a integração no mercado da formação profissional e mais tarde no mercado de trabalho encara maiores dificuldades.

A taxa de migrantes nas escolas primárias é de 19,2 %, nas escolas secundárias 7,7%. Completam o 2º grau 4,3 % dos filhos de imigrantes. Enquanto 57 % dos adolescentes

² Nicolas Sarkozy: “A União Europeia se dá uma verdadeira política de imigração.”

alemães passam por uma formação técnica profissional, a taxa dos migrantes é somente 23 %.

O total de pessoas com raízes estrangeiras são cerca de 15 milhões, 18,4 %, e são 27 % da população na faixa etária de 0 a 25 anos. Estatisticamente, os estrangeiros recebem mais verba pública do que pagam impostos. Isto por causa da qualificação e integração mal realizadas.

Os imigrantes russos com direito à nacionalidade alemã são outro grupo grande. Boa parte deles foi alfabetizado em alemão já no exterior, especialmente as pessoas idosas que ainda aprenderem a língua alemã com os parentes delas, e são legítimos descendentes de alemão.

Em 2008 o índice de imigração está decrescendo. Especialmente estrangeiros com boa qualificação profissional decidem imigrar para outros países que oferecem condições melhores que a Alemanha. Ao mesmo tempo, a taxa de emigrantes alemães bem qualificados cresceu (rumo à Suíça e à Escandinávia).

Sabendo que a população alemã está decrescendo fica evidente que, dentro das próximas décadas, terá tremenda falta de mão-de-obra bem formada em nosso país. Por isso é necessário fomentar e facilitar o acesso de migrantes a cursos de alemão, à formação escolar, profissional e universitária.

O grande desafio será a realização da *igualdade das chances*. Por isso, tem que se lançar programas de educação já nas escolinhas e nas escolas primárias. A formação de educadores e professores, por outro lado, tem que reconhecer a diversidade cultural dos alunos. Há de ser substituída a idéia da escola monocultural. A palavra mágica é “multicultura”. Devem-se ver mais as chances e recursos da diversidade cultural do que as desvantagens dela. Já houve propostas como a implementação do ensino do islã (em alemão), oferecido por professores formados em faculdades alemãs.

As vantagens da migração

Um dos fatos que favoreceu a instalação do 3º Reich foi a vasta uniformidade sócio-cultural da Alemanha daquela época. Uma diversificação cultural, porém, pode evitar seleção e marginalização culturais. Aumenta-se a oferta de mercadorias, comidas, eventos culturais. Facilita-se a co-existência de religiões diferentes e modos de vida.

Além disso, existe uma pura necessidade demográfica. A taxa de fertilidades dos alemães é tão baixa que a população está decrescendo. Os sistemas sociais têm que ser fortalecidos com a ajuda de mão-de-obra estrangeira.

Medidas políticas de integração de migrantes

Durante muitas décadas, a Alemanha não tomou iniciativas para controlar os movimentos migratórios e não desenvolveu estratégias de como integrar os cidadãos estrangeiros. Hoje, na Alemanha tem unanimidade entre políticos e sociólogos perante a questão dos migrantes: foram perdidas muitas chances e oportunidades. A palavra “migração”, hoje em dia, vem junto com uma série de conotações negativas: sociedades paralelas, guetos, desigualdades das chances, criminalidade, fracasso da integração sócio-cultural.

Observação:

O alemão tem maiores dificuldades de aceitar o fato de ele ser alemão mesmo. O trauma da guerra perdida manifesta-se na hora de demonstrar orgulho nacional pela pátria. Assim, continua sendo difícil definir e oferecer - senão impor - uma chamada cultura dominante alemã (“Leitkultur”) aos estrangeiros que pretendem conviver com os alemães.

A Alemanha de hoje está encarando e tentando resolver um conglomerado de problemas oriundos da migração. Em 2005 o governo promulgou a Lei de Imigração e decretou obrigatória a participação dos imigrantes (sem conhecimentos da

língua alemã e sem passaporte alemão) em cursos de integração, pagos pelo próprio governo. Esta lei define grupos privilegiados de imigrantes: autônomos, pessoas com alta qualificação profissional, especialistas com experiência profissional, cidadãos da UE. Na contramão torna mais difícil a entrada de pessoas sem qualificação profissional.

Em 2008 foi lançado o Pacto Nacional de Integração. Este pacto dispõe de um orçamento de 750 milhões de Euros³ e abrange um grande número de atividades e objetivos. A integração de migrantes será realizada através das seguintes medidas:

- Verificar o nível dos conhecimentos do alemão;
- Ensino da língua e da cultura alemãs (cursos de integração);
- Formação escolar, universitária e profissional;
- Incentivos aos empresários estrangeiros contratarem migrantes;
- Incentivos específicos para migrantes femininos (combater casamentos forçados);
- Fomentar a participação nas mídias (formatos integrativos).⁴

Em 2008 foi fundado o Conselho de Peritos em Integração e Imigração, cujos membros são representantes de organizações não-governamentais.

A partir de 2008 pessoas querendo assumir a nacionalidade alemã têm que passar por um teste. Este teste exige conhecimento da língua, cultura e política alemãs.

No nível municipal também estão sendo aplicadas medidas de integração. A necessidade é inquestionável perante o fato de que existem cidades com uma percentagem de migrantes de até 30 %. Importante é a formação de redes de agentes locais como escolas, autoridades públicas, partidos

3 Cerca de 2 bilhões de reais.

4 Este ano o tema central da Feira dos Livros em Frankfurt é a literatura turca.

políticos, fundações, entidades não-governamentais, mutirões, organizações dos vários grupos étnicos. Os funcionários públicos que terão que enfrentar problemas de migração precisam de formação em matéria sócio-cultural. Será preciso também formar migrantes para eles assumirem estes tipos de funções no futuro.

As medidas municipais prevêm a integração através da participação dos migrantes na vida pública, política, econômica e cultural do município. Sob certas condições, o migrante tem o direito de votar nas eleições municipais. Uma atividade interessante é a integração através de esporte. Especialmente na área do futebol feminino já tem bons resultados.

Estão sendo designados projetos de assistência social aos migrantes, projetos de conscientização contra xenofobia. Uma das fontes de verbas é o Fundo Europeu de Estrutura da UE. Por outro lado tem as questões de eliminar desigualdades. Este é um tema delicado, pois será inevitável, em nome de uma integração justa, o migrante se submeter em certa medida à cultura dominante alemã. Neste contexto, já foi proibido o uso do véu islâmico nas escolas e faculdades.

Durante um longo período não foram aplicadas medidas de integração. E essa migração sem integração provocou sintomas desagradáveis. Alguns grupos de estrangeiros reagiram com a criação de estruturas próprias e paralelas. Já tem escolas e faculdades turcas. Em cada cidade tem mesquitas que, em alguns casos, representam corporações fechadas e longe do controle pelas autoridades alemãs. As máfias russa, albanesa e de outros países atuam em grande parte sem serem incomodadas.

Enquanto uns sonham com a Alemanha se transformando em uma democracia multicultural, outros acham que a idéia de uma sociedade multicultural fracassou.

Migração no dia-a-dia do autor

Há 10 anos trabalho na coordenação de um projeto da Agência Federal de Desemprego em cooperação com a Associação Regional de Municípios da grande SARREBRUCK (capital do Estado Federado Sarre). Este projeto busca a integração de adolescentes (15 a 25 anos) no mercado regional de trabalho. Vivo em uma região fronteira (onde a Alemanha faz fronteira com a França e com Luxemburgo). Cuido especialmente de pessoas jovens sem qualificações escolares e profissionais.

Constata-se que a taxa de desemprego entre os jovens migrantes está nitidamente elevada.

As causas são:

- Falta de conhecimentos da língua alemã;
- Analfabetismo na língua materna;
- Socialização cultural diferente;
- Sociedades paralelas fechadas, especialmente entre os imigrantes vindos de países da ex-União Soviética, da Turquia, de países dos Balcãs.

Os descendentes de imigrantes, agora já na 3ª geração, enfrentam portas fechadas que dariam entrada ao mercado de trabalho, à sociedade alemã em geral. A má integração começa já nas escolinhas. Os professores não sabem lidar com problemas de migração. As crianças vivem em dois mundos diferentes: o lar delas onde é falada a língua estrangeira, onde é assistida a TV estrangeira, onde fazem compras em lojas de proprietários da cultura delas. Na escolinha, e mais tarde na escola, porém, têm que se adaptar à vida do modo alemão.

No outro lado, a migração trans-fronteiriça franco-alemã funciona sem dificuldade. Devido a um alto nível de preços de imóveis e impostos na Alemanha, muitos residentes do meu Estado Federado, o Sarre, resolvem morar no país vizinho, a

França, mas trabalham na Alemanha, e os filhos freqüentam escolas alemãs.

Apesar do fato da língua francesa ser ensinada em escolas alemãs e a língua alemã ser ensinada em escolas francesas desde décadas, acontece que a performance ativa do idioma do outro país continua sendo bem limitada.

O grupo que melhor aproveitou das chances da imigração são os italianos. Perceberam logo, que seria necessário aprender e dominar o idioma alemão e montar empresas e micro-empresas para não depender tanto do mercado de trabalho. No caso dos italianos deve-se levar em consideração que as diferenças sócio-culturais não representam obstáculos à integração tão grandes como em caso de outros grupos. Os turcos, por exemplo, trouxeram uma religião que não tinha raízes no “Velho Mundo”.

Além de migrantes cuida de outros integrantes de grupos marginalizados (também na faixa etária de 15-25 anos):

- Alcoólatras;
- Dependentes de drogas;
- Moradores de rua;
- Endividados.

O método que é aplicado no projeto é o *case management*. *Case management* foi desenvolvido nos Estados Unidos nos anos 70, usado especialmente no campo da assistência social e na saúde. A idéia é coordenar as atividades de várias entidades envolvidas para ajudar a uma determinada pessoa (manuseio do cliente). Desta maneira, a ajuda pode ser mais adequada, mais individual e mais abrangente. Além disso, a abordagem para a solução dos problemas do cliente é a responsabilização do próprio cliente na medida possível, com o objetivo dele poder utilizar e organizar seus próprios recursos (emocionais, intelectuais, motivação, contatos, experiências).

Brasileiros na Alemanha

Cerca de 60.000 brasileiros vivem na Alemanha, alguns já com passaporte alemão. Existe um grande número de entidades teuto-brasileiros não-governamentais. Um das mais ativas foi fundada 20 anos atrás: Deutsch-Brasilianischer Kulturverein .e.V., DBKV, a Associação Cultural Teuto-Brasileira, sediada em Munique, com site na Internet e revista bilíngües. A revista chama-se InformAtivo e divulga informações sobre a vida de brasileiros na Alemanha e de alemães no Brasil.

O Curso de Integração é obrigatório só para brasileiros que imigraram depois de 1º de janeiro de 2005. Estão liberadas pessoas que se integram a custo próprio e brasileiros casados com alemães ou com cidadãos da União Européia.

O que é necessário para imigrar para e trabalhar na Alemanha

A Alemanha tem forte interesse na imigração de pessoas bem qualificadas e de autônomos.

Imigrantes de origem fora da União Européia precisam de um visto que conceda explicitamente o direito de exercer atividade econômica na Alemanha.

Já em 1973, o governo alemão parou de convidar mão-de-obra estrangeira⁵.

Hoje, antes de um migrante poder ocupar um posto de trabalho, as Agências de Desemprego têm que tentar colocar neste posto uma pessoa de nacionalidade alemã ou uma pessoa privilegiada pela nova Lei de Imigração:⁶

- cidadãos de países-membros da UE;
- pessoas altamente qualificadas (cientistas, professores catedráticos);
- outros especialistas com experiência profissional procurada.

5 Consequência da primeira crise do petróleo.

6 promulgada em 01-01-05 e emendada em 28-08-07.

7 cerca de 180.000 reais.

Um dos parâmetros decisivos da expedição de vistos é o nível salarial dos interessados nos países de origem deles: são atualmente no mínimo 60.000 €⁷ por ano. Os familiares também receberão vistos.

Estudantes que concluíram o 3º grau na Alemanha têm direito a mais um ano de permanência para que eles procurem emprego no país. Continua tendo vigência o direito de imigração por motivos humanitários e políticos.

Atuação autônoma de imigrantes na Alemanha

Tem várias formas da atividade econômica de estrangeiros na Alemanha:

- representação comercial;
- escritório de contatos;
- criação de uma filial;
- criação de uma empresa.

Com respeito à montagem de empresas por imigrantes, valem as seguintes preliminares:

- Encaixamento do negócio no contexto econômico regional;
- Efeito positivo à economia;
- Financiamento independente: no mínimo um investimento de 500.000 € e a criação de pelo menos 5 vagas.⁸

Pessoas estrangeiras que pretendem montar um negócio na Alemanha, sendo eles gerentes de empresas estrangeiras, procuradores devidamente nomeados por empresas estrangeiras ou diretores de sociedades anônimas, precisam de um visto permanente. Uma autorização de trabalho não é necessária.

⁸ Recolher informações mais detalhadas na Embaixada e nos Consulados da Alemanha no Brasil.

A atividade econômica na Alemanha está submetida a uma série de impostos:

- Imposto sobre importação;
- Imposto sobre o lucro bruto da empresa;
- Imposto sobre serviço;
- Imposto de pessoa jurídica (varia conforme município de 6 a 30%).

Parcerias empresariais entre o Brasil e a Alemanha

A *Câmara Brasil Alemanha* (AHK/São Paulo) desenvolveu a *Plataforma de Entrada no Mercado Alemão*, cujos objetivos são:

- intercâmbio comercial e tecnológico e;
- acesso de empresas brasileiras ao mercado alemão.

A AHK organiza um evento anual que se chama Encontro Econômico. Este evento oferece oportunidades a empresas dos dois países a iniciarem ou ampliarem relações comerciais.

Outra organização que fomenta a cooperação teuto-brasileira é a InWEnt, cujos sócios são os governos federal e estaduais da Alemanha. Os campos de atuação da InWEnt são o intercâmbio internacional de experiências e o fomento ao desenvolvimento sustentável e à competência intercultural.

Em nível não-governamental atua a KoBra, uma entidade alemã que promove:

- As relações econômicas e políticas justas entre o Brasil e a Alemanha;
- Outros.

Links

- www.migration-online.de
- www.de.wikipedia.org/wiki/Einwanderung
- www.auswaertiges-www.amt.de/diplo/de/Infoservice/FAQ/ArbeitLeben/Deutschland/...
- www.ahkbrasil.com
- www.ahkpoa.com.br
- www.sao-paulo.diplo.de
- www.inwent.org
- www.kooperation-brasilien.org
- www.dbkv.de
- www.dw-world.dw
- www.brazine.de
- Case Management Society of America

Endereços

- Câmara de Comércio e Indústria Brasil-Alemanha Blumenau
Rua Hermann Hering, 1
Blumenau-SC
89010-600
ahkblumenau@ahkbrasil.com
Publicação: Revista Brasil Alemanha online

Outras Fontes

Arbeitskammer des Saarlandes: Bericht an die Regierung des Saarlandes, Sarrebruck 2008.

PARTE



FRONTEIRA, TRÁFICO DE SERES HUMANOS E HIV/AIDS

Mulheres: migrações e desigualdades
Antonia Lucivalda F. S. Wagner

HIV/Aids, a realidade de fronteira
Ana Maria Martins Moser
Jefferson Luiz Traebert
Maria de Lourdes de Souza

Tráfico internacional de seres
humanos
Edgar Lopes da Costa Neto

2.1 Mulheres: migrações e desigualdades

Antonia Lucivalda F. S. Wagner

Migração

Migração: movimento de entrada de pessoas em um país estrangeiro com o ânimo de estabelecer-se definitivamente neste país, juntando-se a essa vontade a busca de trabalho e residência fixa.

O migrante pode ser também o colono que se desloca de uma região, regra geral, pouco povoada em seu país para se fixar e trabalhar em outra região ou território dominado por este, com o intuito de fixar residência e produzir.

A imigração não pode ser confundida com movimentos pendulares como os de turistas que entram em um país com o intuito de conhecê-lo, tampouco com os deslocamentos nômades que se caracterizam pela entrada e saída de uma região ou país sem a fixação de residência.

Fluxo migratório

Brasil, um país com múltiplas fronteiras e, tradicionalmente acolhedor de um grande contingente de imigrantes, oriundo, tanto dos países fronteiriços quanto de países asiáticos e europeus em sua grande maioria, a partir das últimas décadas do século XX, transformou-se num país em que se pôde, claramente, detectar um grande fluxo no sentido inverso; de grande receptor de imigrantes passa à condição de país de emigração, segundo classificação atribuída em 2004

ao Brasil, pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2004). Mas, foi somente a partir da década de 80 que factualmente o país passou a essa condição, quando ocorreu a intensificação do fluxo de saída de brasileiros com o intuito de fixar residência em outro país.

No período compreendido entre os anos 50 e 80, dados demográficos apresentavam a população brasileira como uma população fechada. Essa classificação derivava do resultado da diferença entre nascimentos e óbitos ocorridos nesse período. Além disso, quantitativamente, o número de estrangeiros residentes no Brasil e de brasileiros imigrantes, não constituía dado significativo capaz de movimentar essa população fechada (MARINUCCI; MILESI, 2008).

A partir da década de 80, o fluxo migratório brasileiro adquire um contorno mais expressivo, e não pôde mais ser observado sob o ponto de vista de um movimento esporádico, mas, sobretudo, um fenômeno abrangente e significativo: a emigração; momento em que o número de brasileiros que moram no exterior passa a suplantam o de estrangeiros que entraram no país e fixam residência. A partir de então, o Brasil, de receptor passa à condição de emissor de imigrantes.

Nessa década, a imigração brasileira foi tipicamente limítrofe ou fronteira, caracterizada pela saída de brasileiros para países vizinhos na América do Sul, principalmente para o Paraguai, devido à emigração agrícola e, mais tarde para a América do Norte, sendo os Estados Unidos o principal país acolhedor de brasileiros e, de forma tímida, para países da Europa e Ásia (MARINUCCI; MILESI, 2008).

A emigração brasileira nessa década criou comunidades em quase todas as regiões do mundo, momento em que se verifica que o número de brasileiros vivendo fora do país começa a superar o de estrangeiros residentes no Brasil. Esse fato despertou nas autoridades maior interesse no sentido de vê-las como comunidades que merecem uma atenção diferenciada além do atendimento clássico Consular. Nesse sen-

tido, desenvolvem políticas específicas para acompanhar o fenômeno migratório, bem como a criação de instrumentos para defesa e utilização política, cultural e econômica de nacionais emigrados. Assim, surgem estudos e estatísticas mais elaboradas em torno do êxodo de brasileiros que imigraram para outros países com a finalidade de fixarem residência nesses países.

Essas comunidades têm expressivo significado para a política externa brasileira, tanto que motivou o Governo Federal a criar em 2006 a Subsecretaria-Geral das Comunidades Brasileiras no Exterior através do Decreto número 5.979, com o escopo de expandir o atendimento governamental a esses brasileiros, atendê-los melhor e dar suporte e apoio às comunidades de brasileiras no exterior no âmbito do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2006).

De modo geral, é prática dos governos de países com um significativo contingente de emigrantes, criar e desenvolver políticas próprias com objetivo de estimular a migração, monitorar e administrar o êxodo de seus nacionais, bem como instrumentos para defesa e utilização política, cultural e econômica de nacionais emigrados. Tais políticas permitem o diálogo entre o país emissor e o receptor de imigrantes dentro dos limites de suas competências territoriais e convencionais.

O México, com 20 milhões de emigrados é um exemplo da aplicação de política de interferência governamental dirigida a seus imigrantes. Essa política é voltada ao atendimento destes e conta com o envolvimento dos governos regionais em programas de emigração e retorno, e também convênios com organizações internacionais como a Organização Internacional do Trabalho. Filipinas, Índia, Turquia e Itália. Da mesma forma, praticam políticas de incentivo à migração e valorização dos seus emigrados (GRADILONE, 2008).

O fluxo migratório brasileiro, apesar de já bastante expressivo, foi, a partir da década de 90, que passou a ser observado como um fenômeno social e como tal, fonte de estu-

dos e estatísticas acerca do êxodo de brasileiros para se fixarem em outros países (MARINUCCI; MILESI, 2008).

Os dados demonstrativos do fenômeno migratório brasileiro, em geral, são fornecidos pelo Departamento de Assistência Consular do Ministério das Relações Exteriores (DAC/MRE), com base nas estimativas de posto (dados fornecidos pelos postos consulares). Existe dificuldade para a coleta de dados que expresse a realidade em termos numéricos do êxodo brasileiro, fato decorrente de diversos motivos: emigração irregular (deslocamentos administrativamente irregulares); medo da deportação; deslocamentos fronteiriços e limítrofes, sobretudo quando são temporários e irregulares; dupla nacionalidade; falta de documentação, entre outros. O Itamaraty estimou em 2002 que o contingente de emigrantes brasileiros atingiu cerca de 1,9 milhão e, em 2007, esse número chegou a três milhões. Um aumento de mais de um milhão de emigrantes num período de cinco anos, podendo este contingente se dilatar para cerca de 1,8 milhão de pessoas, o que ainda não espelha a totalidade do contingente do fenômeno, pois, nem todos os cidadãos brasileiros que estabelecem residência fora do país, efetuam sua matrícula nos Consulados brasileiros nos países acolhedores (MARINUCCI; MILESI, 2008).

Mesmo com todas as dificuldades já ventiladas para a coleta de dados, os números apresentados pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE) denotam que a emigração de brasileiros para fora do país, nos dias de hoje, continua num vértice crescente.

Causas da emigração

Em todo o mundo, as causas da emigração são invariavelmente as mesmas e decorrem de vários fatores: fuga à pobreza, busca por melhores condições de vida e de trabalho e independência financeira, situações intoleráveis, desemprego, fatores políticos, podendo-se elencar toda sorte de problemas causados pela situação política do país que expulsa seus

nacionais, as guerras, perseguições religiosas, fatores econômicos negativos como as altas e baixas das economias nacionais, fatores pessoais e demográficos.

Os motivos pessoais estão estreitamente ligados à vontade individual de migrar e a fatores afetivos tais como reagrupamento familiar, mudança de país em decorrência de laços matrimoniais quando um cônjuge decide deixar seu país para viver no país do outro cônjuge após o casamento.

Em questões demográficas, a migração é incentivada pelos países que queiram dilatar o tamanho e a qualificação de sua população, como é o caso do Canadá e Austrália que incentivam esse tipo de migração desde o século passado até os dias de hoje.

No Brasil, como exemplo da migração por questões demográficas incentivadas pelo governo, temos a colonização açoriana, promovida por Portugal com o propósito de povoar as regiões limítrofes do Brasil, então colônia portuguesa, em fins do século XVIII, nos atuais estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina.

Por fatores climáticos, embora não seja quantitativamente muito representativa, a emigração não pode ser ignorada dentro do contexto migratório. Geralmente ocorre entre a população mais velha que já está aposentada, principalmente da Européia, que emigram temporária ou definitivamente para regiões com climas mais amenos.

As perseguições religiosas também são uma das causas mais expressivas que dão origem ao processo migratório.

Nos séculos XIX e XX, as emigrações causaram um profundo impacto no mundo, quando a Europa e o Oriente Médio foram deixados para trás por milhões de famílias fugindo de perseguições políticas e religiosas e em busca de uma nova vida nos países das Américas e Austrália.

A partir do século XIX até as primeiras décadas do século XX, alguns povos ou grupos eram vítimas de discriminações e perseguições em seus países, como os judeus da

Europa Oriental. Essas perseguições forçaram esses grupos a emigrar fugindo dessa situação que lhes era imposta. Nos países anfitriões, muitos encontraram tolerância e liberdade religiosa como é o caso da emigração de povos árabes, sírios e libaneses principalmente, e de grupos religiosos como cristãos e muçulmanos, que foram acolhidos pelos países da América do Sul, tais como Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

A migração síria e libanesa cessou com o advento da Primeira Guerra Mundial e recomeçou, em grande escala, com o fim desta. Do mesmo modo, a migração com origem na Europa Ocidental para as Américas, principalmente a alemã e italiana, que estava envolvida nesta guerra, também foi reduzida durante o conflito.

Os conflitos políticos internos, que obrigam os nacionais a se retirarem de seus países, e as guerras representam causas relevantes e ao mesmo tempo cruéis motivadoras à imigração. A emigração advinda desses fatores ocorre quando o indivíduo abandona seu país, em decorrência de conflitos internos que podem ser de natureza política e as guerras, e fixa morada no país que lhe deu guarida. Aqui, a figura do imigrante refugiado de guerra, não pode ser confundida com o asilado político, embora ambos estejam fugindo de situações insustentáveis em seus países. Todavia, o indivíduo que deixa seu país por motivos de guerra e puder optar pela permanência no país que o acolheu ou estabelecer-se em outro, é tipificado como emigrante. Do contrário, o que carrega o escopo de retornar a seu país ou para lá deva ser deslocado logo que cesse o conflito, não pode ser considerado emigrante em termos estatísticos.

Pelos dados sobre refugiados divulgados pelo ANCUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados), pode-se ter idéia das proporções da imigração motivadas pelas guerras.

A ANCUR divulgou que, em 2001, registrou-se só na

União Européia 366.265 pedidos de asilo político e esse número não pára de crescer. A Alemanha recebeu 88.363, o que representa 71% dos pedidos de asilo político. A Grã-Bretanha recebeu 70.135, França 47.363, Holanda 32.579, Áustria 30.135, Bélgica 24.549, Suécia 23.513, Dinamarca 12.403, Irlanda 10.324, Itália 9.755, Espanha 9.219, Grécia 5.499, Finlândia 1.651, Luxemburgo 689 e Portugal 192. Esses dados dão uma idéia abrangente do impacto que as guerras e conflitos políticos internos causam no processo migratório (ONU/ACNUR, 2008).

Nos últimos três anos, o número de refugiados oriundos de países que se encontram em guerras internas e com regimes políticos opressores, cresceu de forma assustadora, revelando a cruel e vergonhosa desigualdade política existente entre as zonas ricas e pobres do mundo.

Segundo Trenkle (2004), ideologicamente a globalização parece algo atraente e abrangente, capaz de proporcionar equanimidade no mundo inteiro. Do ponto de vista econômico, valoriza o capital de forma generalizada e deixa o potencial produtivo de cada país livre para ultrapassar as fronteiras deste em busca de custos de produção mais baixos, o que se reflete diretamente na redução dos níveis salariais e sociais.

Quando uma empresa migra de um Estado economicamente estável para uma das zonas em desenvolvimento ou pobre, ela busca baixos custos de produção e, muito timidamente ou de forma nenhuma, cria mercado consumidor interno. Não eleva os padrões de vida e sociais do Estado em que se instala e não contribui para a despolarização das economias, tampouco inibe as causas internas da imigração. Não gera na sociedade, de forma abrangente, o acesso aos bens de consumo em decorrência dos baixos salários, não quebra a corrente que sustenta a pobreza.

A globalização no sentido capitalista não conhece benevolência. Poucos são os países que ganham com o deslocamento dos processos de produção, e isso, somente à custa

de uma dependência quase que total das exportações.

Nessas circunstâncias, o Estado, tanto o que é deixado pelas empresas migratórias quanto o que as acolhe, torna-se refém da barganha volátil capitalista e se obriga, cada vez mais, a fazer concessões às empresas instaladas e/ou que se instalam em seu território.

A globalização, portanto vem sendo acompanhada por uma crescente concentração de valorização do capital na assim chamada tríade Estados Unidos-Europa-Sudeste Asiático.

Neste contexto, a pobreza e a miséria social fazem com que as pessoas imigrem e procurem outras regiões em que a situação econômica representa maiores chances de melhores condições de vida, mas essas chances são cada vez mais escassas no mundo globalizado. Menos pessoas alcançam esse objetivo através do trabalho, principalmente nos países do chamado terceiro mundo. Desta feita, os deslocamentos dos processos de produção não conseguem frear a imigração, pelo contrário, as causas migratórias só crescem sob essa égide da globalização, pois esse processo estampa as grandes diferenças socioeconômicas entre as regiões do mundo globalizado.

Os fatores econômicos talvez sejam os mais preponderantes condutores do processo migratório.

Nos séculos XIX e XX, países como Itália, Alemanha e Espanha, que passavam por situações políticas e econômicas conturbadas, liberaram grandes contingentes de emigrantes. Em contrapartida, países das Américas como Estados Unidos, Brasil Argentina, Uruguai entre outros, que precisavam de mão-de-obra para tocar seus projetos de expansão econômica, passaram a absorver esse contingente migratório. O resultado foi um grande movimento de imigração oriunda da Europa para as Américas.

Nos dias atuais, as latentes, crônicas, polarizadas e díspares desigualdades, cada vez mais crescente no desen-

volvimento econômico mundial, se refletem no desenvolvimento interno de cada país. Esses fatores, compilados com um fraco desempenho econômico interno de cada Estado, corroboram para contínuos e intensos fluxos migratórios oriundos de zonas economicamente pobres em direção às zonas mais estáveis política e economicamente. As conseqüências dessas disparidades também impulsionam a escolha individual de emigrar.

Nesse sentido, os Estados Unidos e, atualmente, os países Europeus representam, no processo migratório, uma zona segura onde o indivíduo que opta por imigrar entrevê a almejada “melhores condições de vida” e estabilidade financeira possível de ser alcançada.

Para as economias internas, o êxodo significa que o migrante deixa vagos postos de trabalho que serão preenchidos pelos que ficam. Em 2008, em decorrência desse fato, foi criado no Brasil 1,8 milhão de postos de trabalho, segundo informações do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2008).

Outra vertente positiva para o país que é deixado é o repatriamento dos rendimentos de seus emigrantes. Essa fonte de renda representa uma das principais receitas em divisas.

No final dos anos 90, as remessas mandadas para o Sri-Lanka, só pelas mulheres emigrantes, por exemplo, representava 62% do repatriamento salarial. Cerca de dois milhões de dólares é a quantia que as mulheres das Filipinas remetem anualmente para suas famílias e negócios. As de Bangladesh que trabalham no Oriente Médio repatriam, em média, 3/4 de seus salários.

Em 2002, os emigrantes indianos remeteram para o seu país o equivalente a 11,5 milhões de euros, e as remessas enviadas em 2006 pelos emigrantes para a América Latina equivalem a 62,3 bilhões de dólares. Em suma, um negócio lucrativo e sem dispêndio para esses países.

Essas remessas são, em geral, investidas nas necessidades básicas de suas famílias tais como saúde, educação e até em negócios próprios. Uma parte dessa repatriação de salários também é aplicada em necessidades sanitárias e educativas e sociais das populações locais.

É expressivo o número de brasileiros que deixam o país e migram para o exterior em busca dessa vida melhor. Estão intrínsecas nessa expressão as dificuldades vividas pelo indivíduo dentro de seu país.

Paradoxalmente, a imigração embasada em fatores econômicos, embora signifique também sacrifício do imigrante, representa um bom negócio para o país de emigração, pois se traduz num dos fatores que impulsiona o desenvolvimento econômico interno. Todavia, não pode ser encarada como opção ou fonte de sobrevivência para os desempregados que ficam no país (JAHANGIRI, 2007).

Apesar de todas as nuances que permeiam a emigração, do ponto de vista econômico, se conclui que esse fenômeno traz grandes benefícios às economias dos países que são abandonados, além de se constituírem em um poderoso fio condutor de desenvolvimento social, cultural e econômico para a humanidade. Entretanto, é urgente a necessidade de desenvolvimento econômico e político equânime entre as zonas ricas e pobres do mundo para combater a emigração motivada por questões de sobrevivência.

Rotas de migração

Cento e noventa e um milhões, é o número estimado de emigrantes internacionais, quase 4% por cento da população mundial. Esse contingente se desloca e se instala em todas as regiões do mundo, sendo os principais destinos: Estados Unidos, países da ex-União Soviética, Alemanha e demais países da Europa Central, Arábia Saudita, Oriente Médio, Ásia e Austrália (IOM, 2006).

Dados da Comissão Econômica para a América Latina

e o Caribe - CEPAL apontam que 13% dos emigrantes de todo o mundo são originários da América Latina. Só o México conta com 43% desse total. Os países que recebem o maior número de emigrantes são os Estados Unidos, que contam com o maior contingente migratório mundial, os países da ex-União Soviética, Alemanha, Ucrânia, França, Índia, Canadá, Arábia Saudita e Austrália (CEPAL, 2008).

Só os países europeus, preferencialmente os da Europa Central, abrigam o maior número de emigrantes de todas as nacionalidades, seguidos pela Ásia e América do Norte.

A migração do tipo Sul-Sul, migração regional de longa distância, também é bastante expressiva na dinâmica da migração mundial e é ainda mais numerosa do que as do tipo Norte-Sul, principalmente nos países Asiáticos. Assim, dois milhões de asiáticos trabalham em países vizinhos aos seus. A migração africana obedece à mesma dinâmica. Os deslocamentos populacionais ocorrem, em geral, dentro dos limites de sua região (JAHANGIRI, 2007).

A migração brasileira desloca-se na mesma direção da migração mundial, ou seja, mesmas causas, mesmas rotas. Do total geral de emigrantes internacionais, os brasileiros representam um bom número. Os principais países onde os brasileiros se encontram são os Estados Unidos, seguido por países da Europa, Paraguai e Japão.

Em termos numéricos isso significa dizer que, dos quase três milhões de emigrantes brasileiros, segundo estimativa do Ministério das Relações Exteriores, 40% residem nos Estados Unidos. Nos países da Europa, somados Reino Unido, Portugal, Suíça, Espanha, Itália, Alemanha, França, Bélgica e Holanda, esse percentual é de 24%.

Na América, somados os países; Paraguai, México, Uruguai, Bolívia e Guiana Francesa, o número se traduz em 19,6%. O Japão abriga 10,1% dos emigrantes brasileiros. Dos países da América Latina onde se encontram as maiores comunidades de brasileiros, em primeiro lugar está o Paraguai,

seguido por Argentina, Guiana Francesa, Uruguai, Bolívia, Venezuela, Suriname, Chile, Peru, Guiana, Colômbia e Equador.

As comunidades brasileiras residentes fora do país têm maior representatividade nos Estados Unidos, Europa e América do Sul, sendo o Paraguai o principal destino nessa região. Só este país abriga 16,01% do total geral de emigrantes brasileiros que vivem na América Latina, o que representa o segundo lugar na preferência de destino dos brasileiros. O Japão figura em terceiro lugar com 10,18% do total. No Japão, essas comunidades representam a terceira e quarta geração de imigrantes japoneses que chegaram ao Brasil no início do século XX (BRASIL, 2008).

Não sei precisar os motivos que tornam os Estados Unidos o principal porto para os imigrantes do mundo e, em especial, para os brasileiros. Pode-se apenas fazer conjecturas acerca do que torna este país tão atrativo aos olhos da imigração mundial. Estas variam do famoso sonho americano, ao fato de que a sociedade americana possui uma cultura mais aberta e mais receptiva do que, por exemplo, os países de cultura oriental. Nos Estados Unidos também atraem: economia estável; facilidade no aprendizado do idioma, como também a proximidade geográfica. O fato é que os Estados Unidos representam para todos os imigrantes do mundo um país atrativo, o que o torna principal destino quando se opta pela emigração.

Perfil dos imigrantes brasileiros

O perfil dos emigrantes brasileiros é diversificado e varia da região em que estes se fixaram ao redor do mundo.

Nas principais rotas de imigração, Europa, Estados Unidos e Japão, os emigrantes são, em geral, oriundos da classe média. São profissionais liberais (advogados, médicos, engenheiros e arquitetos). Há outros com alguma especialidade, mas que trabalham como operários, garçons, taxistas, atendentes, na limpeza, enfermeiras e enfermeiros. Neste

caso, são pessoas oriundas da classe mais baixa da sociedade e com baixa escolaridade.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento – OCDE divulgou em 2008 que nessas três regiões onde se concentram a maioria dos emigrantes brasileiros, 66% estão empregados e possuem escolaridade distribuída entre o ensino fundamental (32%), ensino médio (40%) e superior (27%) (OCDE, 2007).

Entre os fatores que favorecem a emigração de pessoas qualificadas, sobressaem-se as condições de mercado de trabalho, pesquisa científica e tecnologia oferecida pelos países em desenvolvimento e desenvolvidos e também as melhores condições de qualificação de trabalho.

O país que abre mão de um contingente com boa escolaridade perde em crescimento intelectual, o que representa também a saída de capital humano expresso nos anos de estudo, pois tudo que foi investido em termos de educação neste indivíduo não é aproveitado internamente. A saída do país desses indivíduos com alta e média escolaridade representa um fenômeno denominado de fuga de cérebros e quem perde com isso é o país emissor.

Para o Paraguai se dirigem, na grande maioria, agricultores e empregados do comércio. No restante da América do Sul é predominante a presença de brasileiros que trabalham em posições subalternas, no garimpo e àqueles que se fixam como colonos.

Existe ainda no perfil do imigrante brasileiro um pequeno grupo que possui negócio próprio. São bem sucedidos e têm sucesso no mundo empresarial. São proprietários de lojas nos setores de moda e calçados, no setor gráfico e gastronômico, distribuidores de produtos nacionais, e, ainda, àqueles que alcançam destaque no mundo científico e acadêmico (doutores, sendo a grande maioria mulheres), os esportistas, como os jogadores de futebol, modelos e costureiros que se destacam no mundo da moda, atrizes e atores que

ganham fama internacional (GRADILONE, 2008).

A presença de brasileiros no exterior reflete as particularidades do povo brasileiro no que diz respeito ao modo de vida, cultura, pensar, idioma, costumes, diferenças regionais e sentimentais. A imagem do emigrante brasileiro, como ordeiro, trabalhador e alegre, prevalece sobre a projetada por estatísticas que mostram o brasileiro ligado a atividades irregulares ou criminosas e pela associação com insegurança e criminalidade no Brasil, a exemplo da valorização ocorrida com a emigração alemã, japonesa e italiana que foi e é vista de forma positiva no Brasil, o que facilitou para estes, a valorização da contribuição migratória, a acolhida e boa convivência entre os nacionais.

Por outro lado, essas mesmas características positivas dificultam a aproximação e inserção dos emigrantes brasileiros nas demais comunidades latinas. Essa dificuldade de se integrar em outras comunidades leva os emigrantes brasileiros a se agruparem em associações sócio-cultural-recreativas que atuam na organização de eventos que mostram nossa diversidade cultural e, também, como representantes das comunidades brasileiras junto aos governos locais.

Problemas de migração e emigração

A migração traz consigo problemas de toda ordem, que podem iniciar já na escolha do destino (dependendo do país onde o imigrante deseja fixar residência ou de onde parte esse imigrante). Há também problemas de ordem pessoal e dificuldades impostas pelos países potencialmente acolhedores de imigrantes. Mas o maior problema para os países acolhedores e para os próprios imigrantes é a ilegalidade. É com base neste fato que os países criam leis cada vez mais rigorosas no controle e combate à imigração clandestina, negando entradas e até expulsando os emigrantes clandestinos de seus territórios.

Uma das barreiras que dificultam a migração é a auto-

proteção desses Estados – principalmente os mais desenvolvidos –, que as exteriorizam com a implantação de regimes imigratórios cerceadores, baseados em supostas ameaças de geração de problemas que venham a se instalar internamente em decorrência do acolhimento de imigrantes, como os crimes transnacionais e o temor de que o emigrante possa ocupar as vagas de emprego doméstico, bem como preocupações com a segurança nacional, tentando evitar o aumento da criminalidade, da desordem, das pressões sobre os sistemas de saúde, educacional e de moradia.

Atualmente, o fluxo migratório com destino aos países do norte do mundo, especialmente os Estados Unidos, tem diminuído face ao endurecimento das políticas imigratórias. Neste país, os controles migratórios são mais rigorosos. Há maiores exigências para a concessão de vistos de entrada e permanência, mesmo que por um curto período de tempo, deportação de migrantes irregulares, detenções em aeroportos e até mesmo a construção de um muro na fronteira do México. Além disso, interferem na origem do processo migratório através de pressões sobre os países de emigração no sentido de que estes países desenvolvam e estabeleçam controle de saída de seus nacionais.

Alega-se, para tanto, razões de segurança, a contensão de crimes transnacionais como o tráfico de drogas e de seres humanos, contrabando e o terrorismo, sobretudo a partir dos atentados terroristas de 11 de setembro de 2001. Em decorrência do maior controle imigratório nos Estados Unidos, a imigração cresce em direção à União Européia, sendo a Espanha o principal destino, seguido do Reino Unido e Itália. Esse é o problema comum a todos que desejam para lá emigrar no momento.

A União Européia, com base no Acordo de Schengen, que regula a introdução da unidade monetária européia, dita a rejeição completa de refugiados e estabelece medidas rigorosas contra imigrantes clandestinos, vem se protegendo desse fluxo com a introdução de novas barreiras à imigração

traduzidas no sistema de “quotas”, na qual o imigrante tem de se submeter a uma prova de avaliação de seus conhecimentos sobre cultura e língua. Além disso, há uma tendência à criação de sistemas imigratórios que privilegiem a mão-de-obra qualificada. Propõe também o controle rígido a migrantes que venham de fora dos países-membro. Isso nada mais é do que uma seleção prévia de quem pode entrar e permanecer nos países deste bloco econômico (LUCAS, 1995).

A Alemanha, principal destino dentro da União Européia dos imigrantes internacionais, estabeleceu convênios com os países vizinhos, a fim de expulsar de seu território, imigrantes que tentem entrar ilegalmente. Essa é a tendência dos demais países que fazem parte da União Européia.

Em relação ao problema da ilegalidade, Gradilone (2008) diz que, no caso brasileiro, um dos problemas mais frequentes e também um dos mais graves entre os nacionais que se encontram no exterior, juntamente com a marginalidade em certos locais é o da irregularidade migratória.

A clandestinidade se reflete negativamente no processo imigratório, visto que marginaliza a figura do imigrante, pois o associa com a criminalidade e o expõe a todo tipo de abuso, como a chantagem migratória, quando agenciadores exploraram o imigrante e movimentam o tráfico ilegal de seres humanos e os expõem a posturas xenófobas.

O Ministério das Relações Exteriores estima que 1,6 milhões de brasileiros vivem de forma irregular nos países de acolhimento, o que supera o número de emigrantes que estão em situação regular. Grande parte desse contingente ilegal se encontra nos Estados Unidos, Paraguai e Reino Unido (BRASIL, 2008). A Organização Mundial das Migrações estima, em nível mundial, que existam cerca de 30 milhões de imigrantes em situação irregular e que esse número só cresce (IOM, 2006).

A ilegalidade contribui também para aumento de negócios ligados à prostituição e tráfico de entorpecentes. Além

disso, dificulta, em grau elevado, as negociações em torno de políticas de imigração que visem à legalização de imigrantes irregulares e de trabalho destes.

Do problema da ilegalidade, derivam-se outros como problemas de documentação, marginalização, constrangimentos e exploração de toda ordem. A ilegalidade é opção do próprio brasileiro para livrar-se de controles e taxações que reduziriam seus ganhos. Grande é o número de brasileiros que forjam a destruição ou perda de passaportes e buscam os consulados para solicitar novos para poderem dispor de documentos de identificação sem registro de entrada no país e, assim, dificultar a verificação de prazo de permanência por parte das autoridades migratórias.

Além desses problemas, elenca outros tantos como desconhecimento da língua local, falta de seguro médico e previdenciário, dificuldade de inserção social e de educação, de adaptação. Esses problemas levam à delinqüência, preconceitos, discriminação, estigmatização por causa de envolvimento em crimes, prostituição, poluição ambiental e outros tipos de fraude à lei.

Mesmo com o antagonismo derivado dessas situações, a imigração contribui incontestavelmente para o equilíbrio populacional de certos países, principalmente da Europa, que contam com um número elevadíssimo de pessoas velhas. Contribui para a reposição de mão-de-obra e para o equilíbrio do sistema social. Esses são os principais argumentos a favor do imigrante e da imigração.

Só no Reino Unido, no período de 2002 a 2006, a população cresceu em torno de 0,5% ao ano no período, o que se traduz, na prática, em certo equilíbrio populacional, posto que a taxa de natalidade nesse país é baixíssima.

Apesar do elevado e crescente número de imigrantes ilegais em todo o mundo, a imigração legal ainda se constitui no principal meio de imigração.

Outro problema sofrido pelos emigrados é a xenofobia.

O fato de pertencerem a certos grupos religiosos, virem de países em guerra ou onde existe pobreza extrema, ou ainda de países mundialmente exportadores de droga, tem menor probabilidade de conseguirem vistos de permanência nos países em que desejam residir.

Migração de mulheres

Fato expressivo, dentro do tema migração, se concentra no êxodo feminino. A “feminização” da imigração internacional ganhou mais destaque a partir dos anos 90. Muito contribuiu para esse quadro o fato de que as mulheres tenham se tornado chefes de família. A mulher imigra em busca de trabalho e melhores condições de vida e não mais para os reagrupamentos familiares ou casamentos. A escolha a migrar é pessoal, não depende mais de nenhum fator alheio a sua vontade (JAHANGIRI, 2007).

De acordo com o Banco Mundial, do total global de migrantes internacionais recenseados em 2005, as mulheres representam em todas as regiões do mundo a grande maioria, girando o percentual em torno de 95 milhões, ou seja, cerca de metade do total global do contingente de emigrantes. Entre 1960 e 2005, esse percentual se dilatou em quase três pontos percentuais, de 46,7% para 49,6%.

Dados da CEPAL (2008) mostram que 13% do total geral de emigrantes de todo o mundo se oriunda da América Latina e que as mulheres deste continente são as que mais emigram, chegando a superar o número de imigrantes homens. Em seguida, vêm as asiáticas. Em 2001, os números mostraram que 70% dos emigrantes brasileiros e dominicanos eram mulheres. Do total de imigrantes dos países da Ex-União Soviética, as mulheres representam a maioria. Nas demais regiões do mundo a imigração feminina tende a crescer. Na África passou de 42% para 47%, América Latina e Caribe de 45% para 50%, Oceania de 44% para 51% (IOM, 2006).

A migração forçada apresenta o mesmo panorama. As

mulheres representam a metade dos 12,7 milhões de refugiados do mundo. Os principais destinos da imigração feminina são a América do Norte, Europa, Oriente Médio, Oceania e países árabes.

O fluxo migratório também ocorre para países vizinhos, ou seja, migração do tipo Sul-Sul, onde o imigrante fixa-se em país próximo ao seu. Neste tipo de migração, os países do golfo, por exemplo, representam o principal destino para as mulheres asiáticas. No entanto, o destino principal das emigrantes do mundo são Estados Unidos e Espanha no caso das Latinas; Estados Unidos e os países da União Européia, particularmente Alemanha e Espanha, nos demais casos.

Perfil de mulheres migrantes

A mulher que decide emigrar por razões próprias tem um perfil particularizado das que são levadas a situação de emigrante, seja por motivos familiares ou forçadas. Essas mulheres encontram-se numa faixa etária de 20 a 50 anos de idade. Em geral são mulheres com boa formação escolar, com nível superior e médio ou com formação técnica e já não dependem exclusivamente de seus maridos ou de terceiros.

A boa formação escolar favorece a emigração feminina. Atualmente as emigrantes possuem nível superior e médio, o que facilita quando se parte em busca de emprego e até para a concessão de vistos e relaxamento das barreiras migratórias, pois muitos países que restringem a emigração têm tendências benevolentes quando se defrontam com esse perfil. As mulheres em situação economicamente ativa são as que mais emigram na América Latina.

Entre as migrantes com educação superior em seus países de origem e que trabalham nos Estados Unidos, as mulheres da Irlanda, Austrália e Reino Unido são as que ganham melhor. Se a comparação for entre as mulheres procedentes de países em desenvolvimento, as do Sul da África, Jamaica e Índia recebem os maiores salários, enquanto as

emigrantes colombianas, dominicanas e cubanas recebem menos. O que coloca em relevo o domínio do idioma como parte do sucesso dessas mulheres.

As mulheres oriundas do Caribe, Ásia Oriental e Europa que trabalham nos Estados Unidos têm maior participação na força de trabalho que as procedentes da Ásia Meridional.

Apesar de cada vez mais mulheres com boa formação escolar se deslocarem em busca de trabalho e independência financeira, a grande maioria das emigrantes são mulheres com pouca ou nenhuma instrução. Essas são, em geral, as grandes vítimas de exploração trabalhista e sexual.

Problemas das mulheres emigrantes

As mulheres emigrantes têm o dobro de problema em relação aos emigrantes homens quando saem em busca de trabalho: por serem mulheres e emigrantes. Essa desvantagem é reforçada pelo contexto do país de origem que, por serem países em via de desenvolvimento, por regra, limitam às mulheres acesso à instrução e formação profissional. Os empregos a elas estão limitados a segmentos pouco considerados e mal pagos. Em geral, essas mulheres não têm acesso à saúde, moradia, bens, lazer, boas condições de trabalho e educação.

A maioria das mulheres emigrantes trabalha em setores pouco valorizados e nas profissões menos remuneradas e com níveis de ganhos mais baixos. Trabalham em limpeza, como domésticas, empregos formais que deixam a mulher sem proteção social e em profissões ligadas ao ramo da saúde.

A migração forçada e o tráfico de mulheres para atividades do comércio do sexo é outro problema que envolve uma grande parte das mulheres emigrantes. Somente na União Européia entram anualmente cerca de 120 mil mulheres vítimas do tráfico. Este ilícito encontra condições favoráveis em países pobres. Essas mulheres são atraídas por redes de aliadores internacionais e são, na maioria dos casos, destina-

das à exploração sexual. Regra geral, nos países de destino seus documentos são confiscados pelo traficante, o que as deixa na ilegalidade. Isso faz com que essas mulheres tenham em procurar ajuda. Além disso, são vítimas de escravidão, sofrem com a violência física e sexual que as traumatizam, e também sofrem abusos da clientela e são excluídas da sociedade.

A ilegalidade representa um dos problemas graves que atinge a emigração de modo geral e, particularmente, as mulheres. Muitas mulheres para fugir da ilegalidade se submetem a casamentos por conveniência, sem uma base emocional que o sustente, com o único e exclusivo objetivo de regularizar a situação de emigrante. Nesses casamentos, não raro, sofrem abusos de todo gênero, como rejeição da família do cônjuge, maus tratos, violência física e sexual. Nasce filhos que representam a oportunidade de naturalização, mais que muitas vezes agravam a situação já instalada.

Diretamente relacionado à clandestinidade está o tráfico de mulheres destinadas ao comércio sexual, que representa a terceira fonte mundial de rendimentos ilícitos. Nesse negócio, as mulheres também representam a grande maioria: 80%.

A maior parte de mulheres que vive em situação de emigrante clandestina é do Sul e Sudeste asiático, dos países da ex-União Soviética (Ucrânia, Rússia e Maldivas) e da Europa Central.

A grande maioria dessas mulheres são enviadas a países vizinhos ao seu, sendo a Turquia a maior cliente para as mulheres da Europa Oriental. Os principais destinos são Estados Unidos, Europa Ocidental e o Oriente Médio.

Dentro da União Européia, mesmo com as barreiras de controle rígidas, a imigração clandestina cresceu. Significa que um grande contingente de pessoas e, especialmente mulheres, estão expostas a toda sorte de problemas derivados da clandestinidade.

Conclusão

É inerente ao ser humano o desejo de mudanças, e as mudanças são necessárias para o desenvolvimento da humanidade, das sociedades e até da vida. É assim, e sempre será, que um pensamento quando toma forma e se concretiza em ação, rompe barreiras e transforma épocas, espaços sociais e territoriais. Todavia, todas as mudanças se deparam com barreiras de resistência arraigadas em contextos anteriores.

A imigração como fenômeno modificador de fronteiras territoriais e sociais também encontra barreiras de resistência a sua dinâmica. Em determinadas épocas, esses deslocamentos de seres humanos atendem necessidades estatais, em outras épocas tendem a ser rejeitadas e controladas, dependendo da necessidade de cada país.

Nesse sentido, urge que países potencialmente receptores de imigrantes em parceria com os de emigração cheguem à mesa de diálogos, a fim de estabelecerem regras e políticas que atendam às necessidades da tríade: países de emigração-acolhedor-imigrante.

É necessário que regras de regulamentação à dinâmica de migração sejam claras e equânimes para as três partes e que não sejam usadas como carta de barganha. Essas naturalmente devem atender de forma respeitosa e equânime as partes desse processo sem se sobrepor a soberania e as características de cada sociedade; e que permitam ao indivíduo se deslocar sem embaraço através das fronteiras.

Os dados mundiais acerca da imigração, apesar dos problemas advindos desse processo, revelam que os deslocamentos de seres humanos para além das fronteiras de seus estados são necessários para o desenvolvimento e equilíbrio das sociedades acolhedoras, bem como das que são deixadas.

Exemplos históricos estampam que a imigração se constitui um incontestável meio de desenvolvimento para todas as sociedades do mundo, tanto no sentido econômico como so-

cial e cultural; e tem o poder impar de transformar.

Antes de ser um mal, é um bem.

Referências:

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Políticas externas. [página da internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2008.

BRASIL. Poder Executivo. **Decreto nº 5.979**, de 06 de dezembro 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e da outras providencias. Brasília (DF): Diário Oficial da União, de 07 de dezembro de 2006, DOFC PUB, n. 000005, S. 2.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. [página da internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.cepal.org/brasil/>>. Acesso em: 10 out. 2008.

GRADILONE, Eduardo. Uma política governamental para as Comunidades Brasileiras no Exterior. In: I CONFERÊNCIA SOBRE AS COMUNIDADES BRASILEIRAS NO EXTERIOR: “Brasileiros no Mundo”. Rio de Janeiro, 17 e 18 de julho de 2008. Disponível em: www.abe.mre.gov.br/mundo/america-do-sul/republica-federativa-do-brasil/subsecretaria.../1politcomunidconfbrasext.doc. Acesso em: 10 out. 2008.

IOM. International Organization for Migration. ASEAN and Trafficking in Persons: using data as a tool to combat trafficking in persons. Geneve: IOM, 2006. Disponível em: <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>. Acesso em: 14 out. 2008.

JAHANGIRI, Guissou. Mulheres e Migrações (Oficina de trabalho). In: CONGRESSO INTERNACIONAL: FÓRUM MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS, 36. Lisboa, 19 a 21 de abril de 2007.

LUCAS, Eugénio Pereira. O Acordo e a Convenção de Schengen. 1995. Jus Navigandi. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7809>>. Acesso em: 15 set. 2008.

MARINUCCI, Roberto; MILESI, Rosita. Migrações Internacionais Contemporâneas. Brasília: CSEM/IMDH. [2008]. Disponível em: <www.migrante.org.br/as_migracoes_internacionais_contemporaneas_160505.doc>. Acesso em: 15 out. 2008.

OCDE. Organização para Cooperação e Desenvolvimento. Política migratória e de desenvolvimento nem sempre combinam, diz estudo. In: DW-World.DE Deutsche Welle. 21 nov. 2007. Disponível em: <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2960416,00.html>>. Acesso em: 05 out. 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. Department of Economic and Social Affairs. World Economic and Social Survey, 2004, p. 36. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/analysis/wess/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2007.

ONU/ACNUR. Organização das Nações Unidas. Agência da ONU para os Refugiados. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/agencias_acnur.php. Acesso em: 14 out. 2008.

TRENKLE, Norbert. Globalização e imigração. CMI Brasil – Centro de Mídia Independente. 02 de outubro de 2004. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/09/289799.shtml>. Acesso em: 12 set. 2008.

2.2 HIV/ Aids - a realidade de fronteira

Ana Maria Martins Moser
Jefferson Luiz Traebert
Maria de Lourdes de Souza

O HIV, portanto, tem demonstrado repetidamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras – sociais, culturais, econômicas e políticas – e as condições que fomentam sua disseminação são complexas e mutantes. (MANN, 1993).

Introdução

A epidemia do HIV e AIDS assusta a sociedade e sua magnitude provoca impacto na economia mundial. Estima-se que 38,6 milhões de pessoas no mundo vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (UNAIDS, 2006).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou *Acquired Immunodeficiency Syndrome* - AIDS foi documentada pelo *Center for Disease Control and Prevention* - CDC em Atlanta, nos Estados Unidos em 1981 (WHO, 2006). O seu agente etiológico é o HIV e a doença caracteriza-se por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado (BRASIL, 2005).

A epidemia começou na África há mais de 40 anos, mas somente no começo dos anos 80, adquiriu notoriedade, ao atingir pessoas no Primeiro Mundo. Inicialmente foi chamada de “peste gay”. Posteriormente, os indivíduos foram divididos

em grupos de risco, o que contribuiu para o aumento da discriminação dos portadores do vírus (SPRINZ; FINKELSTEJN; PERREIRA, 1999). Em 1993, após o isolamento do HIV, o termo “grupo de risco” veio a ser repensado, quando então, surgiram evidências de que a epidemia não se limitava a grupos ou regiões, ficando estabelecido o caráter transmissível da doença (PARKER, 2000).

A presença do vírus da AIDS quando diagnosticado em uma pessoa, a acomete de dúvidas a respeito da possibilidade de desenvolver doenças oportunistas, do aparecimento dos sinais clínicos, das limitações sociais e, também do medo da morte (REGATTO; ASSMAR, 2004; PARKER; MATO; TERTO, 1999).

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado na cidade de São Paulo, em 1980 (BRASIL, 1999). Desde 1980 e até junho de 2006, foram registrados 433.067 casos de AIDS no país com maiores taxas de incidência na Região Sul. Do total de casos notificados 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (141.138 casos). A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005. O maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 a 49 anos. De 1980 a 2005, ocorreram 183.074 óbitos por AIDS no Brasil.

Em Santa Catarina, desde 1980, foram notificados 19.495 casos de AIDS (BRASIL, 2006). Neste Estado, o primeiro caso notificado de AIDS ocorreu em 1984, um homem residente no município de Chapecó. No ano de 1987 ocorreu o primeiro caso em mulheres e entre crianças, em 1988 (SANTA CATARINA, 2004).

Uma das tendências da epidemia de AIDS é a interiorização, por isto mesmo a seguir, de modo sucinto apresentam-se alguns aspectos epidemiológicos desta epidemia nas áreas de fronteiras.

Aspectos epidemiológicos e realidade na fronteira

Os limites geográficos, políticos, culturais e econômicos que caracterizam as fronteiras assumem apenas um caráter simbólico em relação ao HIV/AIDS. A circulação de pessoas em zonas de fronteiras se constitui em um componente de vulnerabilidade das pessoas à transmissão da doença.

As crescentes facilidades de comunicação e o consequente aumento do fluxo de pessoas de um país para outro têm favorecido a disseminação da doença.

Destaca-se que a AIDS incide em todas as classes sociais e a epidemia cresce, em grande parte, de forma silenciosa, pois o diagnóstico é tardio ou a maioria dos indivíduos não realiza o teste anti-HIV (SCHECHTER; RACHID, 2003).

Segundo Kuchenbecker, Ferreira e Barcellos (2004), a história natural da infecção pelo HIV apresenta os seguintes estágios: transmissão viral, infecção primária pelo HIV, recuperação e soroconversão, infecção assintomática ou período de latência clínica, infecção sintomática em estágio inicial e AIDS.

A subcategoria heterossexual é a que apresenta uma maior tendência de crescimento. O aumento de casos por essa via fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença (BRASIL, 2000) e desta maneira remete a um novo conceito, o da vulnerabilidade (AYRES et al., 1999).

Vulnerabilidade para os infectados pelo HIV significa ter pouco, ou nenhum controle, sobre o risco de adquirir o HIV ou outra Doença Sexualmente Transmissível - DST, e para os infectados pela doença, ter pouco ou nenhum acesso a cuidado e suportes apropriados (BRASIL, 2002).

Destaca-se que a vulnerabilidade populacional é agravada pela baixa escolaridade e pobreza.

Saldanha (2003) destaca que o processo de vulnerabilidade social traz à tona as assimetrias sociais, tornando as

peças cada vez mais expostas à infecção pelo HIV.

A vulnerabilidade está associada às condições sociais, econômicas e culturais que no contexto da fronteira se torna mais evidente.

Mann, Tarantola e Netter (1993) mencionam que a vulnerabilidade atinge três dimensões inter-relacionadas: a vulnerabilidade individual (seus fatores cognitivos e sociais); a programática (o investimento de estratégias de controle do HIV/AIDS); e a vulnerabilidade social (aspectos econômicos, culturais e sociais).

A mulher vem se tornando mais vulnerável a este agravo, principalmente em função das relações sexuais, que são ditadas pelas relações de gênero, pela falta de acesso a informação, falta de condições para negociar com o parceiro, pelas crenças sociais, dentre outras (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005; VILLELA, 2001).

Silveira et al. (2002) e Bastos (2000), relatam entre outros, que o fator biológico torna a mulher mais vulnerável, devido à extensão da superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmem, que possui uma concentração de HIV bem maior que o líquido vaginal. Ressalte-se que o sêmem é ejaculado, enquanto o líquido vaginal se difunde por espalhamento. Além disso, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) se constituem em outro fator facilitador da infecção pelo HIV, pois nas mulheres as mesmas são frequentemente assintomáticas.

Jeolas e Ferrari (2003) também salientam a vulnerabilidade do jovem. Estima-se, atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) que cerca de 50% das novas infecções pelo HIV no mundo estão ocorrendo na adolescência (8.000 por dia). Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) 70% dos casos estão na faixa de 20 a 39 anos.

No contexto das fronteiras há grande movimentação de pessoas, criam-se novas redes econômicas, sociais e

sexuais, nas quais as pessoas, freqüentemente, mudam radicalmente seus comportamentos. Além disso, há algumas fronteiras que são áreas críticas em termos de comércio ilegal e tráfico de drogas, armas e pessoas, concentração de indivíduos em situação legal irregular, migrações, marginalização e outros fatores que podem favorecer a expansão da epidemia.

A vulnerabilidade no contexto das fronteiras está relacionada a fatores de ordem individual, social e programático como a seguir destaca-se:

Individual: informação, valores, crenças, afetos, pulsões, grande demanda de serviços sexuais com populações oriundas de várias partes do mundo.

Social: condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, ambiente, relações de gênero, relações de classe, relações geracionais.

Programático: acesso a serviços, existência e sustentação de programas, qualidade da atenção, falta de seguimento da população móvel e de interconexão entre serviços de saúde.

Cabe destacar ainda outros fatores de vulnerabilidade para esta epidemia no contexto de fronteiras. A alta proporção de pessoas engajadas em atividades ilegais cria um contexto de anonimato e de falta de direitos que marginaliza as pessoas dos sistemas sociais, inclusive o acesso aos serviços de saúde. Além disso, os serviços convivem com uma demanda sem previsão numérica, haja vista a circulação livre de pessoas. Acrescenta-se a falta de comunicação entre sistemas e serviços, principalmente quando o assunto é DST/ AIDS e a gama de preconceitos que desencadeia, inclusive associada a diversidade de pessoas de diferentes origens, etnias, níveis econômicos, sociais e educacionais, que se misturam num contexto quase sempre diferente daquele em que vivem.

Na fronteira Brasil - Argentina, em pesquisa realizada

por Moser (2007) foi identificado que 46,0% eram do sexo masculino e 54,0% do sexo feminino. A média das idades dos pacientes foi de 37 anos (DP= 10,1). Quanto ao grau de instrução, a maioria (62,0%) possuía ensino fundamental completo, seguidos por 28,0% com ensino médio completo. O estado civil dos pacientes era assim distribuído: 28,0% viviam como casados, 26,0% solteiros, 26,0% casados e 20% outras situações. Acerca do estágio da soropositividade, 52,0% dos respondentes afirmaram que se encontram no estágio assintomático, 40,0% no estado sintomático e 8,0% não sabiam responder. Questionados sobre a forma de contágio, 46,0% informou que foi por meio de sexo com homem, 34,0% por meio de sexo com mulher e 10,0% por uso de drogas injetáveis. Além disso, foi identificada a preocupação de que a condição de soropositividade fosse conhecida e, por isso mesmo, muitos pacientes para esconder a sua doença, buscavam tratamento em outros municípios com medo de serem discriminados em sua cidade de origem. Fato esse registrado no Ambulatório de DST/HIV/AIDS de São Miguel do Oeste-SC, o qual atende 35% de pacientes oriundos de outros municípios.

Comentários finais

A epidemia da AIDS no contexto das fronteiras é agravada pelas condições sociais e culturais da população, além das condições culturais e organizacionais dos serviços de saúde.

As fronteiras, por atraírem uma variedade de migrantes e populações móveis, nacionais e de outros países, desde o começo da epidemia, criaram uma questão de alta relevância. Por isto mesmo, os estudos com populações de alta mobilidade (caminhoneiros, trabalhadoras do sexo, militares, profissionais da saúde, dentre outros) se constitui em prioridade. Outra prioridade é melhorar a qualidade e expandir as ações de prevenção, diagnóstico e assistência em DST/HIV/

AIDS nas fronteiras, buscando uma interconexão entre serviços de modo a tornar as ações mais efetivas.

A acessibilidade aos serviços de saúde deve ser garantida e ampliada haja vista o que determina a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, acerca da distribuição gratuita, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, de medicamentos anti-retrovirais (ARVs) para o tratamento de pessoas com HIV/AIDS (BRASIL, 2000). O Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar a política de distribuição gratuita e universal de medicação ARV tanto pela alta prevalência da AIDS quanto pelo grande investimento feito pelo Estado brasileiro (NEMES et al., 2000).

Finalmente, no contexto das fronteiras o diagnóstico da infecção pelo HIV realizado em fase tardia da doença, o acesso insuficiente aos serviços de tratamento da AIDS, a falha das estratégias de adesão ao uso de anti-retrovirais e a falha nos tratamentos podem resultar em baixo nível de resposta para o controle da doença. Isto pode resultar ainda em maior número de pessoas contaminadas, maior comprometimento de recursos financeiros e perdas sociais irreparáveis.

Referências:

AYRES, J. R. C. M.; et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R.

Sexualidade pelo avesso: directos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. ap. 34, p.50-71.

BASTOS, F. I. **A feminização da AIDS no Brasil:**

determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento.

Rio de Janeiro: ABIA, 2000. (Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 03).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico –**

AIDS XIII. Semana epidemiológica, 09-21, março/maio.

Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e**

DST I. Semana epidemiológica, 01- 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Legislação sobre DST e AIDS no Brasil.** 2000. Brasília: MS. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acessado em: 15 set. 2006.

_____. **A Aids nas fronteiras do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

JEOLAS, L. S; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p. 611-20, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a21v08n2.pdf>. Acessado em: 05 set. 2006.

KUCHENBECKER, R.; FERREIRA, J.; BARCELLOS, N. T. Infecção pelo HIV em adultos. In: DUNCAN, B. B.; et al. **Infecção pelo HIV em adultos.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. (Parte I).

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. A; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. **AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 276-300.

MOSER, A. M. M. **Validação e adaptação cultural do questionário (HAT-QOL) para verificar qualidade de vida em pacientes com HIV/Aids.** 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Joaçaba/SC, 2007.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOSA, C. S.; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 77-86,

jan./mar.2005.

PARKER, R. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PARKER, R.; MATO, R. A.; TERTO, J. R. V. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil: **Divulgação em Debate**. Rio de Janeiro, n. 27, p. 81-94, agosto; 1999.

REGATTO, V. C.; ASSMAR, E. M. L. A Aids de nossos dias: quem é o responsável?. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 167-75. Jan./Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acessado em: 10 maio. 2006.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese (Doutorado em Ciências, Área Psicologia)–Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde**. Diretoria de Vigilância Epidemiológica: Florianópolis. a. 2, n. 02, 2004.

SCHECTHER, M.; RACHID, M. **Manual de HIV/Aids**. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SILVEIRA, M.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p.670-7, dez. 2002.

SPRINZ, E.; FINKELSTEJN, A.; PERREIRA, R. P. Epidemiologia da Infecção: Aspectos que contribuem para a transmissão do HIV. In: SPRINZ E. et al. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

UNAIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the Global AIDS epidemic: executive summary.

May, 2006. In:_____. 2006 report on the global AIDS epidemic: may 2006. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp>. Acesso em 28 jun.2006.

VILLELA, Wilza. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos**: dossiês. São Paulo, Rede Saúde, dez. 2001. p.73-100.

WHO. World Health Organization, CDC. Centers for Disease Control na Prevention. Epidemiology of HIV/AIDS. Estados Unidos, 1981-2005. **MMRV**, v. 55, n. 21, p. 589-592, 2006.

2.3 Tráfico internacional de seres humanos

Edgar Lopes da Costa Neto

A definição aceita internacionalmente, no que tange o tráfico de seres humanos, encontra-se no Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (doravante denominado protocolo), em suplemento à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional, mais conhecida como Convenção de Palermo (doravante denominada Convenção). É uma combinação de verbos, onde o seu conjugar corresponde a toda e qualquer forma de violência possível ao ser humano, onde se apontam:

[...] recrutamento, transporte, transferência, abrigo ou recebimento de pessoas, por meio de ameaça ou uso da força ou outras formas de coerção, de rapto, fraude, de engano, ao abuso de autoridade ou de uma posição de vulnerabilidade ou de dar ou receber pagamentos ou benefícios para obter o consentimento para uma pessoa ter controle sobre uma outra pessoa, para o propósito de exploração. (BRASIL, 1940; 2005).

O que caracteriza este modelo de criminalidade é a atitude do aliciador de enganar ou coagir a vítima, apropriando-se da sua liberdade por dívida ou por outro meio, mas contendo sempre o propósito de exploração.

O protocolo esclarece que o consentimento da vítima de tráfico é irrelevante para que uma ação seja caracterizada como tráfico ou exploração de seres humanos, uma vez que

ele é geralmente obtido de forma enganosa.

O tráfico de pessoas está profundamente entranhado nos mais complexos fluxos migratórios do mundo e tem suas origens muito remotas, com base em vários modelos de colonização. Os impulsos humanos que compelem a migração são antigos e difíceis de serem contidos.

Avaliar a dimensão deste fenômeno é difícil, em função da ilegalidade existente, mas se estima que movimento ao menos quatro milhões de pessoas todos os anos, gerando uma circulação de capital aproximada de 7 a 10 bilhões de dólares. Trata-se de um negócio altamente lucrativo, apesar de ilegal e amoral.

As pesquisas realizadas pelo Escritório das Nações Unidas contra a Droga e Crime - UNODC têm demonstrado que as principais vítimas são as mulheres, crianças e adolescentes. E nos estudos desta entidade, afirma-se, ainda, que é um dos muitos campos a que se dedica o crime organizado internacional (ONU, 2008).

O Brasil é um dos países campeões no mundo em relação ao fornecimento de seres humanos para o tráfico internacional.

Neste texto é apresentado contribuições, para todos os operadores desta área de segurança e direitos humanos, a fim de esclarecer o perfil das vítimas, dos aliciadores, dos problemas gerados para o Estado, e as relações da história com a realidade atual.

O tráfico de seres humanos e suas origens

Fatos que remontam a séculos de trevas e pesados fardos carregados por milhares de homens e mulheres ao longo da civilização tem relação com o tráfico de seres humanos. Para se ter uma idéia das bases deste processo, o Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravidão, no ano de 1888. Entretanto, este tipo comércio continua existindo em pleno

século XXI. Atualmente se confunde com outras práticas criminosas e de violação dos direitos humanos e não serve mais apenas à exploração de mão-de-obra escrava. As atividades criminosas destas organizações alimentam redes internacionais de prostituição, muitas vezes ligadas a quadrilhas transnacionais especializadas em retiradas de órgãos para fins de transplante. Contudo, é na exploração sexual que consiste o seu maior ramo, e estão, muitas vezes, ligados a roteiros do turismo sexual.

Vale destacar que há o perigo de que a discussão sobre o tráfico sexual escamoteie outras formas de tráfico humano e de exploração de trabalhadores em fábricas e oficinas não ligadas à indústria do sexo. A verdade é que o mercado mundial de mão-de-obra barata excede até mesmo o mercado do sexo barato. Além disso, a escravização da mão-de-obra geralmente leva à violência sexual e vice-versa.

As facilidades nos meios de transporte transformam o tráfico de seres humanos num problema de dimensões cada vez maiores, propiciando um agrupamento maior de indivíduos destinados a este crime, sendo vítimas ou mesmo aliciadores. Com o processo acelerado da globalização, um mesmo país pode ser o ponto de partida, de chegada ou servir de ligação entre outras nações no tráfico de pessoas.

O tráfico na atualidade

Dados fornecidos pelas Nações Unidas apontam que cerca de 700 mil mulheres e um milhão de crianças são traficados todos os anos (ONU, 2008).

Atualmente, o tráfico de seres humanos destina-se principalmente à pornografia, exploração sexual, trabalho forçado (em proporção bem menor que na era dos descobrimentos) e, apesar da ONU não possuir dados oficiais, em muitos países o tráfico de pessoas também se destina ao comércio de órgãos e à adoção ilegal.

O tráfico de pessoas configura-se como forma ilegal e forçada de imigração. Ele viola a dignidade da pessoa humana, já que não fornece uma livre escolha de trabalho e não lhe garante liberdade, justiça e segurança. Além de ser uma atividade ilícita, portanto, desrespeita os direitos humanos fundamentais.

As mulheres traficadas podem entrar nos países com vistos de turistas e as atividades ilícitas são facilmente camufladas em atividades legais, como o agenciamento de modelos, babás, garçonetes, dançarinas ou, ainda, mediante agências de casamentos.

Essa modalidade de crime atinge toda sociedade, pois ela sofre e é vitimada em seu seio como célula criada pela instituição família que está sendo violentada por esse fenômeno. O uso por tempo indeterminado de suas vítimas gera um lucro rápido, pois necessita de baixo investimento, e a impunidade do consumidor, que manteve relações sexuais com a vítima, na maioria dos países, também é um grande atrativo. Essa atividade criminosa está atingindo e afetando quase todos os países, sejam de origem transitória ou receptores.

As principais vítimas desse tipo de tráfico são mulheres. Ocorrem em alguns países, principalmente africanos, mas também no Brasil, a venda de meninas pelos próprios pais, facilitando a exploração sexual a que serão submetidas.

Economia e política fragilizadas de alguns países, poucas oportunidades de trabalho, acesso restrito à educação, facilidade e rapidez nos meios de transporte internacionais, falta de policiamento nas fronteiras, agilidade na transferência de dinheiro dos envolvidos na quadrilha são as principais causas do tráfico internacional de seres humanos. E, em muitos casos, as guerras que assolam países, levando seus habitantes a uma miséria quase que absoluta.

As vítimas são comumente oriundas de classes economicamente menos favorecidas, porém é equivoco apontar a

pobreza como causa exclusiva do tráfico de seres humanos. Este é apenas um dos fatores circunstanciais que favorecem o tráfico.

Destes fatores salientam-se: a globalização, a ausência de oportunidade de trabalho, a discriminação de gênero (onde, observa-se a mulher como objeto sexual e não como um ser humano capaz de realizar plenamente tarefas complexas); a violência doméstica, o turismo sexual, instabilidade político-econômico e civil em regiões de conflito, bem como leis deficientes na maioria dos países envolvidos neste quadro social.

É observando essas falhas na sociedade como um todo que os traficantes escravizam suas vítimas, forçando-as a prostituírem-se em péssimas condições, em que, muitas vezes, arriscam a própria vida, ou a trabalhos incessantes e cruéis. As vítimas são marginalizadas e tratadas como imigrantes ilegais, sofrendo, muitas vezes, abusos desumanos por parte destes criminosos.

As leis e a sociedade

A principal arma legal de combate ao tráfico de seres humanos no País é a ratificação da Convenção, feita pelo governo, em março de 2004 (BRASIL, 2004).

A Constituição Brasileira assegura que o País cumprirá todas as orientações dos acordos internacionais ratificados, a legislação nacional teve de ser modificada e adaptada à nova definição posta na Convenção para este tipo de crime. Há um comprometimento no combate ao tráfico e à exploração de seres humanos, os tipos penais encontram-se no Capítulo V, do Código Penal, que trata do Lenocídio e do Tráfico de Pessoas, onde há a cominação legal, especificamente em seu artigo 231 e no 231-A (BRASIL, 1940; 2005).

Tratando-se de vítima, os menores de 18 anos, aplica-se o que está previsto no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). A previsão está no art. 238, instituindo que seja punível

a promessa ou entrega de filho ou pupilo a terceiro, mediante paga ou recompensa. Trata, também, em seu parágrafo único, de quem oferece ou efetiva pagamento ou recompensa, incidindo assim, nas mesmas penas. O artigo 239 prevê que a pena será ampliada para quem promover ou auxiliar a efetivação de ato destinado ao envio de crianças e adolescentes para o exterior com a inobservância das formalidades legais ou com o fito de obter lucro e ainda se houver o emprego de violência, grave ameaça ou fraude (BRASIL, 1990).

Países como a Alemanha, Austrália, Holanda e Nova Zelândia, tratam a prostituição de forma diferenciada. Nesses países, a prática da prostituição é legalizada, ou seja, ela não é vista como crime ou de forma desonrosa de viver. As prostitutas possuem os mesmos direitos de qualquer outro trabalhador.

As relações sexuais que resultam em pagamento, troca de serviços e controle do tempo, podem ser entendidas como relação de trabalho. Obviamente, devem ser praticadas por pessoas adultas, homens e mulheres, que livremente optaram por esta forma de sobrevivência.

Dentre as leis existentes no Brasil, a mais clara é o Código Penal, no qual é crime facilitar, tirar proveito ou explorar a prática da prostituição.

A prostituição quando regulamentada, a exemplo de outros países, poderá proporcionar às pessoas que optarem por este trabalho todos os direitos e deveres assegurados aos demais trabalhadores.

Tornar a prostituição legal é, uma das formas de combater a exploração de mulheres traficadas, bem como o crime organizado que gira em torno dessa modalidade.

A prostituição é realizada há muitos séculos e hoje não é tão diferente. Talvez mais rentável, não para aqueles que delas praticam com seus próprios corpos sobrevivendo sem usufruir deste artifício praticado por outros (homens ou mulheres), mas para os criminosos que delas se locupletam.

Com a legalização da prostituição, poderia haver investimentos em contribuições de aposentadoria (previdência), planos de assistência. Além disso, seus impostos poderiam ser pagos de uma forma lícita e teriam como sustentar e/ou contribuir para o melhor sustento de seus familiares.

A legalização reduziria na sociedade a condição de marginalização de quem se dedica a esse trabalho.

Diante da ilegalidade existente, como funcionam estes estabelecimentos? São notórios e nada discretos, possuem letreiros luminosos e até utilizam-se de veículos de propaganda convencional, como “out-doors”, revistas, dentre outros meios. Será que diferem dos prostíbulos existentes em outros países? Os quais são procurados pelos agenciadores e atravessadores destas vítimas aqui estudadas.

Em alguns estabelecimentos em São Paulo, pode-se observar que as mulheres, que neles se prostituem, são oriundas de diversas partes do Brasil. Em pergunta feita a elas, foram categóricas em afirmar que o lucro de sua atividade é dividido com os donos dessas “casas”. No entender, caracteriza o lucro com a prostituição alheia, que é capitulado como crime no ordenamento pátrio. Assim, sem o apoio expresso de todas as instituições governamentais e não governamentais, da sociedade como um todo, unidos em um esforço conjunto, não há como investigar, processar e condenar estes exploradores do sexo, não só no âmbito criminal, mas social.

Custo do tráfico

O tráfico de seres humanos necessita de baixo investimento e gera rapidamente grandes lucros. Certamente, junto com a falta de legislações específicas e a corrupção em todos os níveis, são dois fatores que alimentam e incentivam essa atividade criminosa.

Onde existem, as leis são raramente usadas e as penas aplicadas não são proporcionais aos crimes. Traficantes de drogas recebem penas mais altas do que as dadas para

aqueles que comercializam seres humanos. Não que as penas para os traficantes das drogas devam ser reduzidas, mas sim que em todos os crimes possam ser severamente punidos com penas exemplares e realmente justas, pois esse é, hoje, o maior anseio de grande parte da sociedade.

Em média são gastos com cada vítima trinta mil dólares. Este valor engloba o custeio com alimentação, transporte, hospedagem e falsificação de documentos. Para que a vítima possa ser libertada de seus “senhores”, ou seja, dos barões da prostituição e do trabalho escravo, ela deve gerar um lucro de cinqüenta mil dólares (CUNHA DIAS, 2005).

Vale lembrar que essa espécie de crime, na atualidade, é a terceira mais lucrativa atividade do crime organizado, ficando somente atrás do tráfico de armas e de drogas.

Uma vez estabelecidas, essas organizações geram muitos riscos ao Estado e à sociedade como um todo, como a desestabilização financeira, através da lavagem de dinheiro, fator que inibe investimentos no país afetado por tal sina. A expansão do crime organizado gera uma espécie de sociedade do crime, fazendo atuar com outras formas ilícitas, como o tráfico de drogas e armas; corrupção do sistema político, formalizado na modalidade de suborno em troca de proteção aos negócios ilícitos; desestabilização demográfica, tanto no local de origem quanto no local de destino, causando efeitos negativos, quando em larga escala, no equilíbrio populacional.

Perfil das vítimas

Estima-se que 700 mil mulheres são comercializadas todos os anos. O destino destas vítimas é em sua maioria para a indústria da pornografia e à exploração sexual. Com esse expressivo número, são elas que compõem 83% das pessoas vitimadas diretamente por esse tipo de tráfico, onde 48% destas são menores de 18 anos. Mostram ainda que apenas 5% das vítimas são homens, e quando isso acontece costuma ser devido à situação de refugiado e/ou imigrante

ilegal (ONU, 2008).

Essas mulheres traficadas entraram nos países receptores de forma ilegal, ou seus vistos invalidaram-se, o que lhes faz presas fáceis para o tráfico. Na condição de imigrantes ilegais ou tendo seus passaportes confiscados por seus exploradores, essas mulheres vêem-se impedidas de retornar aos seus países de origem. Terminam exploradas sexualmente ou escravizadas por dívidas (pelas refeições, moradia, passagem, roupas, dentre outros).

Em muitos casos, essas mulheres são iludidas por falsas promessas de empregos; recebem falsas propostas para serem modelos, dançarinas e ajudantes de palco.

Entretanto, em entrevistas realizadas com deportadas ou rechaçadas pelas imigrações dos países de destino, ou seja, no momento do desembarque no Aeroporto Internacional de Guarulhos, São Paulo, observou-se que estas mulheres afirmaram que foram aliciadas por pessoas que lhes disseram quais seriam os verdadeiros motivos da viagem, ou seja, a prostituição. Desta forma, eram sabedoras do que iriam fazer, não estando iludidas ou enganadas, e que só foram deportadas devido à ilegalidade da estada no país estrangeiro, ou por estarem com seus vistos vencidos, ou por estarem sem autorização específica para trabalhar naquele país. Quanto aos homens entrevistados, em sua maioria informaram que foram iludidos com propostas de agências de empregos, que funcionam livremente em várias cidades. Estes brasileiros, em busca de seus sonhos, partiram sem ter qualificação para serviços técnicos, ou mesmo dominar a língua estrangeira, mas estavam esperançosos de serem aproveitados na construção civil ou em outro trabalho (COSTA NETO, 2006).

Em estudo encomendado pela Secretaria Nacional de Justiça e pelo UNODC revelam-se fortes indícios de que parte das mulheres brasileiras não admitidas na Europa são vítimas do tráfico internacional com fins de exploração sexual. A

pesquisa foi feita entre abril e maio de 2005. Do universo analisado, 76% não foram aceitas nos países de destino. (ONU, 2008)

Em 2005, em estudo realizado pela Organização para as Migrações (OIM), pelo menos 45 mil mulheres brasileiras foram traficadas para países europeus através de Portugal. Mesmo assim foi o país que mais recusou a entrada das brasileiras, seguido pela Itália, França, Espanha e Inglaterra. As mulheres são, em sua maioria, de origem humilde e recebiam no Brasil até três salários mínimos. A maior parte tinha de 25 a 45 anos de idade (IOM, 2006).

As entrevistadas diziam que viajavam para trabalhar em restaurantes ou como babás. Somente as que responderam à entrevista qualitativa admitiram ser dançarinas, *strippers*, atrizes pornô ou prostitutas. Muitas afirmaram que voltarão para o exterior, pois lá, podem conseguir melhores pagamentos pelos seus serviços corpóreos e seus clientes lhes dão uma condição de voltar e realizarem negócios no Brasil.

O principal motivo que impede a entrada ou a permanência delas é a falta de dinheiro para quem está, oficialmente, viajando como turista.

“É uma pobreza não condizente com o turismo”, declarou o delegado entrevistado. Segundo fontes da Polícia Federal, 22,5 mil brasileiros foram deportados ou não admitidos no exterior em 2004 (JORNAL O GLOBO, 2006).

Nesse contexto, salienta-se que não são isolados os casos em que traficantes de drogas utilizam deste artifício para enviar drogas, por estas pessoas, a outros países. São as tão conhecidas mulas, aquelas que levam a carga sem saber quem é o dono e em muitos casos sem saber até o que estão levando, sendo instrumentos descartáveis nessa organização criminosa.

Há, assim, o surgimento de uma espécie de aliança, ou sociedade, entre dois tipos de organizações, formando uma poderosa rede de criminosos que possuem o poder do dinhei-

ro, poder do medo, quesitos que influenciam diretamente na corrupção de todo o sistema de um país, influenciando nos governantes, no poder de polícia, no Poder Legislativo, e em todos os demais segmentos da sociedade.

A Pesquisa Sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual (PESTRAF), em levantamento feito no Brasil com base nos inquéritos, processos judiciais e reportagens, apurou que no Brasil, o tráfico para fins sexuais é, predominantemente, de mulheres e adolescentes, afrodescendentes, com idade entre 15 e 25 anos (LEAL, M. L.; LEAL M. F. T., 2002).

Observou-se, ainda, que as adolescentes geralmente sofreram algum tipo de violação familiar (abuso sexual, estupro, sedução, atentado violento ao pudor, maus tratos, dentre outros) e extra-familiar (agravos semelhantes, ocorridos na escola, abrigos, ou outros). As famílias destas adolescentes sofreram graves violências, seja social, interpessoal, ou estrutural. Quadro este que facilita a ação de grupos destinados ao ilícito abordado.

Fatores que levam as vítimas a migrar

A busca pelo sonho de prosperidade, a necessidade de sobreviver, a falta de oportunidades de trabalho, as guerras e conflitos locais, as catástrofes naturais e até o regime político do país em que vivem são fatores que impulsionam a migração, que muitas vezes é atendida em sua demanda pelos traficantes, que vêm nestes desejos e necessidades sua forma de aliciar as pessoas.

A falta de recursos econômicos é a maior característica do êxodo humano em locais em que as oportunidades de trabalho não suprem a demanda da sociedade local, gerando a necessidade de se buscar condições mínimas de se manter a dignidade humana como alimentação, moradia, saúde e vestuário (COSTA NETO, 2006).

As oportunidades no exterior, tão exploradas na mídia,

levam muitas pessoas a buscar no estrangeiro suas aspirações profissionais e educacionais, mostrando, assim, que nem todas que saem de seus países são pobres, podendo assim estarem em busca da realização profissional.

As turbulências políticas podem gerar uma grande busca por regiões onde as crenças e desejos, opiniões e participações não sejam causas de camuflar-se, esconder-se devido as suas aspirações.

Destaca-se as violências domésticas e locais, abusivas, sofridas por tantos que acabam buscando apoio emocional e a compreensão necessária longe de suas casas.

Entretanto, uma vez submetidas a esta exploração em outro país, as vítimas dificilmente conseguem se desvincular da rede de exploração até que paguem a sua “dívida”, e este processo se torna mais contrário a estas pessoas em virtude da falta de conhecimento do idioma local, da situação irregular em que se encontram no país estrangeiro, o receio de colocar a vida de familiares em perigo (em virtude as ameaças que sofrem nos seus cativeiros).

Mais uma vez se faz necessário o entendimento de que o tráfico internacional não visa apenas a indústria do sexo, ele tem várias facetas, inclusive o tráfico de órgãos, bem como a mão-de-obra barata.

Rotas do tráfico

As rotas utilizadas para o contrabando de imigrantes podem ser tortuosas e bizarras, com um grande número de desvios ou escalas. A rota da China para os Estados Unidos pode seguir pelo Sudeste Asiático, pela África e América Latina. Há notícias de que havia quatro mil chineses em trânsito na Bolívia; também há informações de que nos anos de 2003 e 2004 pelo menos 300 mil pessoas se encontravam em situação irregular em Moscou, vindas da Ásia, África ou do Oriente Médio, aguardando para seguir viagem.

Uma rede que foi desmantelada em 1998, que levava iraquianos e palestinos para El Paso, no Texas, usava “estações de contrabando” na Jordânia, Síria, Cisjordânia, Grécia, ao mesmo tempo em que mantinha “estações de pouso” na Grécia, Tailândia, Cuba, Equador e México.

Se tivéssemos que fazer um mapa das migrações, muitos rostos e muitas rotas se entrelaçariam. Entre os rostos podemos rapidamente citar os refugiados, os ‘deslocados’, as vítimas do tráfico de seres humanos e do turismo sexual, os trabalhadores temporários, os que buscam as zonas urbanas, os técnicos e diplomatas, os marítimos e aviários, os jovens e mais recentemente as mulheres, os ciganos, além dos militares, peregrinos e deportados etc. Quanto às rotas, elas se cruzam e se recruzam nas direções mais variadas, formando a rede inextricável do fenômeno migratório. (DHNET, 2008, p. 1).

Foram mapeadas, pelos organismos internacionais, diversas rotas de tráfico de seres humanos, onde se pode apontar que a maior incidência de mulheres traficadas ocorre no Leste Europeu, trazidas principalmente de países como: Ucrânia, Moldávia, Rússia, Romênia e Lituânia.

Dos países de língua portuguesa o Brasil é o que possui maior número de mulheres aliciadas e envolvidas no tráfico, seguido de Angola e Cabo Verde. O destino destas é quase sempre os países com língua latina. Uma possível explicação está na semelhança do idioma, pois com a maioria possuindo baixa escolaridade dificilmente domina outro idioma, e a rigidez maior na imigração de outros países como os Estados Unidos, pode inibir o tráfico de pessoas.

Rotas no Brasil

Após o mapeamento realizado pela Pestraf, contabilizaram-se 131 rotas internacionais e 110 domésticas.

Observou-se que estas rotas têm natureza dinâmica e são substituídas ou descartadas ao momento em que são descobertas pelos policiais. Essas rotas são estrategicamente construídas a partir das cidades que estão próximas a rodovias, portos e aeroportos, oficiais ou clandestinos, por serem pontos de fácil mobilidade.

Em alusão à situação existente na região Norte pode-se dizer que há fortes indícios de que estas rotas possuem relação com o tráfico de drogas (Roraima, Acre e Rondônia).

Já o relatório apresentado que versa sobre a região Nordeste, aponta uma relação entre o turismo sexual e o tráfico de seres. Principalmente nas cidades de Recife, Fortaleza, Salvador e Natal. Estima-se que esta ligação ocorra em virtude do grande número de turistas que são recebidos por estas cidades todos os anos.

As cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, as duas maiores metrópoles do país, também fazem parte desta realidade, mas são apontadas como receptoras no que se refere ao tráfico interno. Quanto ao internacional, são consideradas como pontos intermediários, em virtude de possuírem os aeroportos de maior tráfego do Brasil (LEAL, M. L.; LEAL M. F. T., 2002).

Em virtude de uma vasta fronteira, o Brasil é receptor de milhares de imigrantes que cruzam imensas áreas à procura de uma melhor qualidade de vida. A maioria desses imigrantes é de origem boliviana – que se concentra em sua maior parte na cidade de São Paulo, onde são utilizados como mão-de-obra nas oficinas de confecção –, paraguaia e peruana.

É, ainda, alvo de chineses e coreanos que fogem de seus regimes políticos, cruzando oceanos para, no Brasil, fixarem suas moradias e famílias.

Em um passado não muito longínquo, o país teve a imigração japonesa, a qual marca hoje como a maior colônia nipônica fora do Japão, associada ao trabalho de várias naturezas.

No Brasil, devido a sua extensão territorial e à difícil tarefa de fiscalizar por inteiro estas regiões, há ocorrência de um tráfico local, onde há casos em que homens aliciam outros homens para trabalhos em fazendas e grandes plantações, por um preço em que são tratados, na verdade, como escravos. Esses aliciadores de mão-de-obra são denominados “gatos”.

Os “gatos” iludem os trabalhadores que, em sua maioria, não possuem nenhum grau de instrução e são levados a trabalhar em condições subumanas. Aceitam as tarefas por não terem opção de trabalho em suas localidades de origem, desta forma sujeitam-se a todo tipo de exploração.

Assim como na Tailândia, ocorrem fatos, principalmente nas regiões Amazônica e no interior do Nordeste, onde famílias vendem ou mesmo dão seus filhos aos “coronéis”, a fim de terem o mínimo para sobreviver e, se possível, estudar. Em troca, a família ganha mantimentos e algum dinheiro.

Esses homens, que se julgam bem-feitores, subjagam essas pessoas e as transformam em trabalhadores domésticos pela troca de comida, um lugar para dormir e, em alguns casos, em condições mínimas para estudarem. Em outra oportunidade são explorados sexualmente e sujeitados a todos os tipos de deleites.

Há o envolvimento de autoridades, políticos e muitos empresários nessa prática, segundo a Promotora Lítia Cavalcanti. Esta rede estende-se pelos estados do Piauí e Rondônia. Em um de seus processos, apresentou provas fotográficas e narrou casos de impunidade.

Em cada região do Brasil, a exploração sexual apresenta uma face diferente. A relatora da CPI, deputada Maria do Rosário Nunes (PT-RS), revelou que, na Amazônia e no interior do Nordeste, as adolescentes são empurradas para a prostituição pela necessidade. Em muitos casos, “a menina” que vende o corpo é a única fonte de renda da família.

Em Belém, a Polícia Civil, em abril de 2006, desarticu-

lou uma quadrilha que explorava a mão-de-obra e fornecia jovens e adolescentes para o mercado interno, tentando colocá-las no mercado do sexo no eixo Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais (LEAL, M. L.; LEAL M. F. T., 2002).

Tráfico de pessoas para extração de órgãos e tecidos

Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano é uma prática criminosa tipificada no artigo 15 da lei 9.434/97, não existindo crime quando prevalecer a intenção humanitária e beneficente por parte de familiares do doador (BRASIL, 1997). Obviamente que é prática criminosa quando há interesse financeiro, com o objetivo de obtenção de lucro, como está previsto na lei (DHNET, 2008).

Para o processo de doação, a lei determina que ela só pode acontecer quando há morte encefálica definitiva, o que é determinado com exames médicos pertinentes. Outros exames determinarão a saúde e a qualidade dos órgãos e inicia-se um processo para a preservação dos órgãos destinados à doação.

Os responsáveis pela doação, geralmente a família do doador, não têm nenhum custo com quaisquer procedimentos advindos com a doação. O Ministério da Saúde determina que o Sistema Único de Saúde – SUS é que deve arcar com todas as despesas, inclusive restituindo despesas com hospitais particulares que não sejam credenciados.

Até a lei 9.434/97, sancionada pelo Presidente da República em fevereiro de 1997, a doação voluntária era o princípio usual (BRASIL, 1997). A nova legislação assinala o denominado “consentimento presumido fraco”, que segundo o advogado Augusto César Ramos,

[...] cabe elucidar que o consentimento presumido subdivide-se em dois tipos: o forte ou amplo, assimilado por países como Áustria, Dinamarca, Polônia, Suíça e França; e o fraco, em vigência no Brasil, Finlândia,

Grécia, Itália, Noruega, Espanha e Suécia. O consentimento presumido forte possibilita que o médico retire órgãos de todo e qualquer cadáver, enquanto que o fraco apenas dos que não declararam objeção a este procedimento. A lei é cercada de muita polêmica, corolário de dilemas éticos e morais, suscitando assim manifestações da Bioética, do Bio-Direito. (RAMOS, 2008, p. 1).

O programa brasileiro de doação e transplantes de órgãos é exemplar e reconhecido no mundo todo. Desde 1997, existe uma Coordenação Nacional no Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes - SNT, com unidades em cada Secretaria Estadual de Saúde, que são responsáveis pela regulamentação do transplante intervivos, bem como pela captação de órgãos e sua distribuição em fila única regional.

No caso do transplante com doador vivo, a lei é bastante restrita e permite a doação dentro da família, abrangendo cônjuges e parentes de até 4º grau, ou seja, pais, irmãos, tios, avós, filhos, primos, filhos de tios maternos ou paternos e sobrinhos. Caso não seja aparentado é necessária uma autorização judicial, a fim de evitar a ocorrência da comercialização de órgãos.

Em uma entrevista no site de Dráuzio Varella, o médico nefrologista Elias David Neto, relata que:

[...] o governo americano comandou uma investigação em vários países do mundo para averiguar casos de rapto de crianças e adultos para a remoção de órgãos que culminou num documento chamado 'Rapto de Crianças para Transplante – uma Lenda Urbana Moderna'. Nesse documento, o investigador do FBI relata que a mesma história é repetida de forma igual em todos os países. Alguns jornalistas sequer mudam o nome das personagens. O João brasileiro é o John americano e o Juan espanhol; a Maria do Brasil é a Mary dos Estados Unidos e a Marie da França. O rapto de pessoas para extrair seus órgãos é a lenda urbana moderna. Ao ser questionado sobre a

CPI instalada para averiguação do tráfico de órgãos no Brasil, o Dr. Elias argumenta: [...] no Brasil, está instalada uma CPI sobre o tráfico de órgãos que na verdade investiga o tráfico de pessoas. Se alguém sai do país para doar um órgão em outro lugar em troca de vantagens não é responsabilidade do Sistema Nacional de Transplante. Foi uma decisão individual e particular, embora faça parte do tráfico que corrompe as pessoas. (DAVID NETO, 2008, p. 1).

Entretanto:

[...] são vários os casos de denúncias relativas a um mercado negro de órgãos, num gigantesco mercado humano, que envolve também o já conhecido e revelado mercado de crianças. E, com a evolução da tecnologia médica, chegam ao mercado partes do corpo humano de pessoas com morte encefálica, ou ainda de pessoas vivas. Desta forma existem denúncias revelando um grupo de traficantes que operava na Alemanha, Holanda e França, transferindo para estes países crianças roubadas ou compradas na Romênia (*"Bimbi in vendita per 'catalogo' - scoperto a Berlino um traffico di bebé"*. *La Repubblica*, 15 de outubro de 1991, p.23), até a comprovação de tráfico de crianças no México não só para adoções ilegais e prostituição infantil, mas também para o tráfico de órgãos (S. Martinez: "Está confirmado en Mexico el tráfico de órganos infantiles" *Organizacion Mundial contra la tortura* ", in processo 907, 21 de março 1994, pp. 57-60)". (MAGALHÃES, 2008, p.1).

Em Pernambuco, durante uma das operações da Polícia Federal, foram presas onze pessoas envolvidas no tráfico de órgãos de seres humanos. Através de investigações, foi descoberto um israelense que aliciava pessoas na cidade de Recife para a venda de rins, com a promessa de emprego temporário e altos salários no exterior. Eram realizados exa-

mes para comprovação do estado de saúde e os aprovados eram enviados à cidade de Durban, na África do Sul. Lá, os órgãos eram retirados em uma clínica médica e comercializados (BRASIL, 2008).

Certamente trata-se de quadrilha criminosa internacional que conta com a participação de médicos, hospitais e autoridades.

A divulgação da notícia da prisão desta quadrilha no Recife ocasionou a redução no número de doações pela metade em São Paulo.

A opinião dos médicos responsáveis pela captação de órgãos no Brasil é de que a desconfiança da população é descabida e infundada, prejudicando milhares de pessoas que aguardam por um transplante.

O presidente da Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos – ADOTE, Renato Gomes, diz que “na verdade, o que ocorreu no Recife não foi tráfico de órgãos, mas de pessoas”, e que “a cirurgia de retirada do órgão até foi feita na África, pois aqui o controle dos transplantes é rígido e correto.”

Em matéria na revista Carta Capital, de 8 de fevereiro de 2006, há uma alusão para o referido problema, com o título: “RIM À VENDA, PROBLEMA OU SOLUÇÃO?” (YOUNES, 2006).

É notório o crescimento nas filas para transplantes, bem como do mercado negro que se articula. Com esse aspecto, especialistas cogitam a possibilidade da legalização, que ainda repugna a maioria, da compra e venda de órgãos.

O desequilíbrio entre a demanda e a oferta de órgãos leva a situações complicadas. Há quem tente driblar o atual sistema de fila de espera, e quem se aproveite da situação. Atravessadores clandestinos fazem fortunas oferecendo órgãos para transplantes.

O fato é que o tráfico para obtenção de órgãos e o tráfico de seres humanos são realidades que estão intimamente relacionadas.

Segundo o coordenador da Organização de Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas de São Paulo, Dr. Milton Glezer, os programas de captação de órgãos ficam desacreditados pela sociedade.

No final de semana passado, tentamos convencer uma família a doar os órgãos de um parente morto. Resultado: ela não quis por causa do caso do Recife pois achou que venderíamos os órgãos. (MONTEIRO, 2006, 37)

Além de vitimar pessoas com a prática do tráfico para obtenção de órgãos, as quadrilhas ainda prejudicam os programas oficiais de doação e transplante pelo horror que propagam aos quatro cantos do mundo.

Segundo estatísticas das Nações Unidas, o tráfico de órgãos movimentava cerca de 13 milhões de dólares anualmente. A ONU arrisca alguns valores: um rim chega a valer quatro mil dólares para o doador mas pode ser revendido por mais de 200 mil dólares; uma córnea, de 3 mil pode chegar a 45 mil; meio fígado comercializado por 150 mil custou apenas 6 mil dólares. Os valores chegam mesmo a assustar: 120 mil dólares por um pâncreas, um pulmão por 150 mil dólares e 60 mil dólares por um coração (GIN, 2004).

Assusta mais ainda a crueldade com que são praticados tais crimes. No ano de 2002, em Moçambique, uma menina de apenas 12 anos de idade foi encontrada sem vários órgãos. Esse foi o primeiro caso registrado oficialmente, e seguiram-se muitos outros (O ESTADÃO, 2008).

No Brasil são aproximadamente 56 mil pessoas esperando por um transplante. Em 2002 foram realizados 7.943 transplantes no Brasil com um custo de 280 milhões de reais.

Caso ilustrativo foi apreciado pelo judiciário inglês: um

morador de um vilarejo da Turquia foi levado por caçador de órgão que o convenceu a “doar” um rim mediante pagamento, sabendo que o infeliz morador precisava de dinheiro para tratar de sua filha tuberculosa. A retirada do rim foi feita em respeitado hospital de Londres por respeitados médicos. Descoberto o caso os médicos foram condenados penalmente, tiveram seus diplomas cassados, acrescentando o juiz do caso que tais atos lançam ao descrédito e tornam mais difíceis à verdadeira doação de órgãos e a prática de transplantes (BERLINGUER; GARRAFA, 1996).

Para o Dr. Thanh-Dam Truong, catedrático de Estudos sobre a Mulher e o Desenvolvimento, no Instituto de Estudos Sociais de Haia, desde a abolição legal da escravidão, o tráfico e o comércio internacional de seres humanos voltou-se para fins de exploração e prostituição. Provas recentes sugerem que a finalidade do tráfico de seres humanos estendeu-se das atividades sexuais para outras atividades lucrativas, como a mutilação de crianças seqüestradas para aumentar sua capacidade de gerar ganhos como mendigos, ou a extirpação de seus órgãos para serem comercializados. Estas novas formas de exploração, seja no sexo ou na saúde, refletem a natureza cruel da ganância humana e a incoerência dos sistemas morais nesta etapa do mercado capitalista.

O mercado negro prospera. Nos últimos anos, ele cresceu de forma drástica em vários países, o que se convencionou chamar de “comércio de órgãos”.

Um número crescente de especialistas ao redor do mundo vem se aprofundando e adotando posturas mais flexíveis. Por outro lado, líderes religiosos, sejam católicos, judeus ou muçulmanos, apesar de classificarem a doação voluntária como um ato de generosidade extrema, condenam claramente o comércio de órgãos.

Mas a realidade é que, mesmo sendo ilegal ou imoral, a venda de órgãos ocorre diariamente no mundo. Geralmente doadores pagos são cidadãos que vivem em países pobres. No desespero de tentar melhorar suas vidas e de suas famíli-

as, oferecem um rim em troca de uma soma em dinheiro.

Outro lado dessa questão diz respeito à eficácia dos transplantes. Estudos mostram que os rins de doador vivo permanecem funcionais no organismo receptor por mais tempo. A venda de órgãos pode aumentar a disponibilidade de rins de “alta qualidade” (YOUNES, 2006).

Para o Dr. Paulo Chap, “o problema real é que só poderiam se beneficiar dessa opção, os receptores que tivessem dinheiro para comprar órgãos. A vida dos ricos teria mais valor que a dos pobres”.

Entretanto, para o Dr. Michel Friedlaender, coordenador do programa de transplante renal da Universidade de Jerusalém, a legalização da venda de órgãos pode resultar em economia para a sociedade. Outro argumento dos que defendem a venda de órgãos – e, talvez, o mais importante – diz respeito ao controle público do que atualmente é feito à margem da lei. Em primeiro lugar, eliminam-se os atravessadores que embolsam a maior parte do dinheiro pago pelos receptores. Haveria maior controle de qualidade sobre os centros que realizam as cirurgias e sobre os tratamentos prestados aos doadores.

Há quem defenda que o Estado compre órgãos, uma vez que os transplantes possibilitam economia de recursos públicos por reduzir gastos a longo prazo com tratamento de doentes crônicos. Sendo pública, a compra de órgãos poderia beneficiar os pacientes que esperam pelo transplante no mesmo sistema de fila única hoje em vigor.

Para o Dr. José O. Medina Pestana, presidente da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2002-2003), os últimos dados disponíveis (ano de 2001) mostram que países da Europa fizeram apenas 20% dos transplantes com doador vivo (Portugal e Espanha, menos que 5%), enquanto nos Estados Unidos e Brasil 60% são efetuados com doador vivo.

Dois outros países merecem citação especial: Índia e China.

A Índia realiza anualmente mais de quatro mil transplantes, sendo menos de 100 com doador cadáver, devido à falta de legislação específica e também à posição da cultura local, que preserva a integridade do corpo após a morte. Como não existem suficientes postos de diálise para atender toda a população, o transplante com doador vivo, alguns comercializados, é a única opção.

Na China ocorre o oposto: anualmente são realizados mais de 5.000 transplantes renais, sendo menos de 100 com doador vivo, pois a cultura local é muito resistente à doação entre vivos, sendo mencionado, mas não documentado, que a maioria destes rins de cadáveres provém de prisioneiros submetidos à pena de morte.

Estas duas atitudes (comércio ou vinculação da doação à pena de morte) são condenadas por todas as sociedades internacionais de transplante, que, entretanto, têm que respeitar os conceitos morais estabelecidos em cada cultura. Em outubro de 2003 o Parlamento Europeu estabeleceu pena de até 10 anos para qualquer pessoa da comunidade europeia envolvida na comercialização de órgãos, mesmo para aqueles que cometeram esta irregularidade fora dos países da comunidade. (ABTO-NEWS, 2003).

Seria uma forma de eliminar o preconceituoso título de “comércio de órgãos” e substituí-lo por “doação incentivada”, como sugere o Dr. Joralemon, professor de ética do Smith College, dos EUA.

Desta forma pode-se ver que este assunto era um tabu, até então nunca discutido, mas que começa a ganhar presença nas reuniões de grandes especialistas. E a certeza de que muitos fazem estas cirurgias às escondidas.

Com boa margem de acerto, pode-se dizer que um controle maior por parte das autoridades públicas, não só na área de segurança, mas também na saúde pública poderia ajudar a inibir este tipo de crime.

Referências:

ABTO-NEWS, Ano VI, Edição n. 4, Outubro – Novembro – Dezembro de 2003.

BERLINGUER, Giovanni; GARRAFA, Volnei. **O Mercado Humano**. Brasília: Ed. da UnB, 1996.

BRASIL. Poder Executivo. **Decreto-Lei n. 2.848**, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Brasília (DF): Diário Oficial da União, DOFC PUB 023911 2, 31 de dezembro 1940.

BRASIL. Poder Legislativo. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e da outras providencias. Brasília (DF): Diário Oficial da União, de 16 de julho de 1990, DOFC n. 013563, S. 2.

BRASIL. Poder Legislativo. **Lei nº 9.434**, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e da outras providencias. Brasília (DF): Diário Oficial da União, de 05 de fevereiro de 1997, DOFC n. 002191, S. 1.

BRASIL. Poder Executivo. **Decreto-Lei nº 5.015**, de 12 de março 2004. Promulga a Convenção das Nações Unidas contra o crime organizado transnacional. Brasília (DF): Diário Oficial da União, de 15 de março de 2004, DOFC PUB, n. 000001, S. 3.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 11.106**, de 28 de março de 2005. Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, de 29 de março de 2005, n. 000001, 1.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento de Polícia Federal. Agência de Notícias da Polícia Federal. Disponível em: <www.dpf.gov.br/dcs>. Acesso em: 23 de set. 2008.

COSTA NETO, Edgar Lopes da. **Tráfico internacional de seres humanos**. 2006. 92f. (Monografia). Curso Especial de Polícia, Fundação Universidade do Tocantins. Academia Nacional de Polícia/DPF. Brasília. 2006.

CUNHA DIAS, Claudia Sérvulo da. **Tráfico de pessoas para fins de exploração sexual**. Brasília: OIT, 2005.

DAVID NETO, Elias. Transplante de rins. In: Dráuzio Varella. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/trins.asp>. Acesso em 17 out. 2008.

DHNET Portal. Direitos Humanos. ABC dos novos direitos e deveres. Tráfico de seres humanos. Principais Rotas do Tráfico de Seres Humanos: Material complementar principais rotas do tráfico de seres humanos. [2008] Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/novosdireitos/traficoseres/principais_rotas_trafico_pessoas.pdf. Acesso em: 15 out. 2008.

GIN. Falamos muito e fazemos pouco. In: O GIN TONICO. [Blog na Internet]. 10 janeiro, 2004. Disponível em: http://ogintonico.weblog.com.pt/arquivo/2004/01/falamos_muito_e.html. Acesso em: 10 ago. 2008.

IOM. International Organization for Migration. ASEAN and Trafficking in Persons: using data as a tool to combat trafficking in persons. Geneve: IOM, 2006. Disponível em: <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>. Acesso em: 14 out. 2008.

JORNAL O GLOBO. Caderno O PAÍS, pág. 10, de 19 de abril de 2006.

LEAL, M. L.; LEAL M. F. T. (orgs). **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial – PESTRAF: Relatório**

Nacional – Brasil. Brasília: CECRIA, 2002.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. Transplantes de órgãos. In: Jus Navigandi. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1847>. Acesso em: 12 out. 2008.

MONTEIRO, Walter Lopes. **Tráfico internacional de seres humanos**. 2006. (Monografia) -Curso Especial de Polícia, Fundação Universidade do Tocantins. Academia Nacional de Polícia/DPF. Brasília. 2006.

O ESTADÃO.COM.BR. Freira que delatou tráfico de órgãos em Moçambique volta ao Brasil. Caderno Cidades. Geral. Sexta-feira, 14 de Maio de 2004, [Online]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/arquivo/mundo/2004/not20040514p27353.htm>. Acesso em: 13 set. 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). [pagina da Internet] 2008. Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/about_us.html. Acesso em: 16 out. 2008.

RAMOS, Augusto Cesar. Remoção de órgãos: um ensaio sobre a Lei nº 9.434/97. In: Jus Navigandi. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1846>. Acesso em: 12 out. 2008.

YOUNES, Riad. Rim à venda. Problema ou solução? Revista Carta Capital. Edição 379, 07 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://cartacapital-old.ig.com.br/2006/02/3945/>. Acesso em: 15 out. 2008.

Bibliografia:

BONJOVANE, Mariane Strake. **Tráfico internacional de seres humanos**. São Paulo: Damásio de Jesus, 2004. (Série perspectiva jurídicas).

CASAL CAHARRÓN, Marta; OIT/IPEC. **Prevenção e**

Retiro. Asunción: OIT, 2005. (Coleção de boas práticas e lições aprendidas em prevenção e erradicação da exploração sexual comercial (ESC) de meninas, meninos e adolescentes).

MORAIS, Teresa. Tráfico: Prevenir a exploração e o tráfico. ACIDI - Alta Comissaria para a Imigração e Diálogo Intercultural. 21 Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1123>>. Acesso em: 14 out. 2008.

NAÍM, Moisés. **Ilícito:** o ataque da pirataria, da lavagem de dinheiro e do tráfico da economia global. Trad. Sérgio Lopes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

NASCIMENTO, Walter Vieira do. **Lições de história do direito.** 8. ed., rev. e aum. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1996.

PINSKY, Jaime. **Escravidão no Brasil.** 7. ed. São Paulo: Contexto, 1988.

SIMÕES, Euclides Damaso. **Tráfico de pessoas:** breve análise da situação de Portugal: notícias do novo protocolo à Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional. Lisboa: 2002.

SIQUEIRA, Priscila. **Tráfico de Mulheres.** São Paulo: SMM, 2004.

Sites consultados:

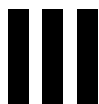
www.dpf.gov.br/dcs

www.maesdase.org.br

www.migrante.org.br/fenomenomigratorio.doc

www.oit.org.br

PARTE



A FRONTEIRA SECA
BRASIL -ARGENTINA

Histórias da fronteira seca no contexto
do Mercosul

Sirlei Fávero Cetolin

Maria Isabel Barros Bellini

Vanessa Murta Rezende

Alessandra Santos Araújo

Os laços de irmandade entre dois
estados e duas nações

Sirlei Fávero Cetolin

Maria Isabel Barros Bellini

3.1 Histórias da fronteira seca no contexto do Mercosul

*Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini
Vanessa Murta Rezende
Alessandra Santos Araújo*

A fronteira Brasil-Argentina foi a última do sul a ser definida por tratado (1898) e posteriormente demarcada (1901/1904). Na América Latina, este é o lugar onde se pode estar em dois países e três localidades ao mesmo tempo, sendo do Brasil os estados do Paraná e de Santa Catarina e, da Argentina a província de Misiones.

Vários são os motivos que marcam o final do século XX e o início do Século XXI, provocando mudanças no panorama internacional. A sociedade está se modificando na sua base material devido principalmente à revolução tecnológica.

O ritmo acelerado da revolução tecnológica, concentrada nas tecnologias da informação, está remodelando a base material da sociedade. As economias mundiais passaram a manter dependência global, apresentando uma nova forma de relação entre a economia, o Estado e a sociedade e criando-se a noção de uma sociedade global da informação, produto de uma nova construção geopolítica (MATTELART, A.; MATTELART, M. 2003).

O avanço da globalização das economias forçou uma inter-relação mundial entre a economia, o Estado e a sociedade. No entanto, não existe unanimidade na aceitação das

mudanças do novo papel do Estado, e as interpretações não são coincidentes entre os interessados e os preocupados com essa situação:

Alguns acentuam a dispersão de recursos e de competências nos processos decisórios, entre plurais atores públicos e privados; outros acentuam o desdobramento do poder em diferentes níveis e jurisdições decisórias - conforme o modelo espacial da "escala do poder", local, nacional, regional, global, ou conforme o modelo dos subsistemas funcionais relativamente autônomos (saúde, educação, trabalho, transporte), sustentado pelas teorias do Estado organizacional (KNOKE), que concebe o poder como atualmente "distribuído" em "domínios organizacionais" relativamente autônomos. (GONZÁLEZ GÓMEZ, 2001, p. 15).

Reitera-se que existem ainda muitas discrepâncias importantes entre os países membros do Mercosul, tanto no marco normativo quanto no de políticas e instrumentos de proteção contra violações e de garantias para o exercício de determinados direitos. É fundamental, então, que se promovam amplos debates entre as organizações que representam a sociedade civil e os governos, a fim de estabelecer um consenso sobre o acesso aos direitos básicos que devem ser respeitados tanto no Brasil quanto nos demais países. Nesse sentido, é importante fazer referência ao processo de universalização da democracia às barreiras discriminatórias as quais acabam por ceder espaço a reorganizações políticas, fazendo emergir blocos econômicos em diferentes regiões do planeta, como a União Européia, o Nafta e a Bacia do Pacífico. No contexto da América Latina, surge o Mercosul, que integra economicamente a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai.

No aspecto financeiro, Ianni (2001) lembra que o dinheiro dos investimentos começa a circular para além de fronteiras nacionais, buscando melhores condições e maiores mer-

cados. Grandes corporações internacionais passam a liderar uma nova fase de integração dos mercados mundiais: é a chamada globalização da economia. Nesse contexto, surge a divisão política entre os blocos soviético e norte-americano que se modifica com o fim da Guerra Fria. Assim, uma nova ordem econômica estrutura-se em torno de outros centros de poder: os Estados Unidos, a Europa e o Japão.

Em torno desses centros, segundo Ianni (2001), são organizados os principais blocos econômicos supranacionais que facilitam a circulação de mercadorias e de capitais. A União Européia integra a maior parte dos países europeus; a APEC - Associação de Cooperação Econômica Ásia-Pacífico - congrega o Japão, a China, países da Indochina e da Oceania; o NAFTA - Acordo de Livre Comércio da América do Norte - une os mercados do Canadá, Estados Unidos e México.

A formação dos megablocos regionais é uma tendência internacional que leva a Argentina e o Brasil a pensar na formação de um bloco sul-americano; e, a partir de 1985, sucedem-se encontros entre os presidentes dos dois países para discutir um programa de integração e cooperação econômica. Em 1991, Uruguai e Paraguai aderem ao projeto; e, em janeiro de 1995, o Mercosul começa a funcionar oficialmente.

A seguir, alguns fatos relevantes no contexto de municípios localizados na fronteira seca Argentina/Brasil, no quadro 1 apresentado visualiza-se como foi se estruturando a proposta de integração dos países através da criação do Mercosul.

A proposta inicial de criação do Mercosul prevê a formação de uma União Aduaneira, ou seja, a criação de uma região de livre comércio com o fim das tarifas alfandegárias entre os quatro países. Prevê, também, uma taxação comum para os produtos importados de países de fora do Mercosul.

E, em longo prazo, visa à criação de um mercado comum, com livre circulação de bens e de serviços entre os países membros, bem como uma maior integração cultural e

Ano / Local	Fatos relevantes
1986 / Brasil –Argentina	O presidente brasileiro José Sarney realiza visita de Estado à Argentina e assina com Raúl Alfonsín, presidente argentino, a Ata de Integração Brasil – Argentina, que estabelece um Programa de Integração e Cooperação Econômica, e o Protocolo de Cooperação Nuclear, que reafirma os propósitos pacíficos da cooperação bilateral nessa área. Firma-se, na ocasião, que o Uruguai será convidado formalmente a associar-se ao Brasil e à Argentina no processo. No mesmo período, Resolução da ONU, proposta pelo Brasil, aprova a declaração da Zona de Paz e Cooperação do Atlântico Sul-ZPCAS (outubro) Brasil: Assinatura da Ata de Amizade, em Brasília, durante encontro entre presidentes da Argentina, do Brasil e do Uruguai (dezembro).
1988 / Brasil	Promulgada nova Constituição. O Parágrafo único do Artigo 4º determina que o Brasil busque a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, "visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações" (outubro). Brasil/Argentina: celebrado, em Buenos Aires, o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento entre Brasil e a Argentina, consolidando o processo de aproximação bilateral e estabelecendo mecanismos para a criação de um espaço econômico comum no prazo máximo de 10 anos (novembro).
1989 / Paraguai	O golpe de estado termina com o regime de 35 anos do general Alfredo Stroessner (fevereiro). Argentina: Carlos Saúl Menem é eleito presidente na Argentina e assume o governo em meio à profunda crise econômica (maio). Brasil: Fernando Collor de Mello eleito presidente (dezembro).
1990 / Brasil –Argentina	Os presidentes Fernando Collor de Mello e Carlos Saul Menem assinam a Ata de Buenos Aires, pela qual o Brasil e a Argentina decidem formar o mercado comum bilateral até 31 dez de 1994 (julho). Os dois países assinaram depois com a ALADI o Acordo de Complementação Econômica nº.14 sobre o programa de liberalização comercial (dezembro). Brasil/Argentina: assinada, em Foz do Iguaçu, Declaração sobre Política Nuclear Comum, entre Brasil e Argentina, que cria sistema comum de contabilidade e controle (novembro).
1991 / Argentina –Brasil-Paraguai-Uruguai	Celebrado o Tratado de Assunção, para a constituição de um Mercado Comum do Cone Sul, o Mercosul (26 de março). Mercosul: concluído o Acordo 4 + 1, relativo a comércio e investimentos, entre os Estados Unidos e os países do Mercosul, conhecido por Rose Garden Agreement (19 de junho). Mercosul: I Reunião de Cúpula do Mercosul-CMC, na qual os quatro presidentes dos países-membros aprovam o Sistema de Solução de Controvérsias do bloco, conhecido como Protocolo de Brasília. (17 de dezembro). Argentina: o Plano Cavallo de estabilização econômica (abril).
1992 / Brasil	Realizada a Conferência da ONU sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, no Rio de Janeiro (junho). Brasil: Devido às denúncias de corrupção, a Câmara dos Deputados aprova o processo de impeachment do presidente Fernando Collor de Mello, que é afastado do cargo. O vice-presidente Itamar Franco assume o poder (setembro). Mercosul: aprovação do Cronograma de Las Leñas para o cumprimento dos compromissos fixados no Tratado de Assunção (14 de outubro).
1994 / Brasil	Aprovado o Protocolo de Colônia para a promoção e proteção recíproca de investimentos no Mercosul (17 de janeiro). Mercosul: aprovado o Protocolo de Ouro Preto, sobre aspectos institucionais, que modifica parcialmente o Tratado de Assunção e confere personalidade jurídica internacional ao Mercosul (17 de dezembro).
1995	Entrada em vigor da União Aduaneira, com a adoção da TEC, Tarifa Externa Comum (1º de janeiro). Permanecem válidas, entretanto, listas nacionais de exceção para produtos sensíveis, a serem definitivamente eliminadas entre 2001 e 2006, ao final do período de transição para uma união aduaneira completa.
1996 - Argentina	Assinado, em San Luis, Argentina, durante a X Reunião de Cúpula do Mercosul, Acordo de Livre Comércio entre o Mercosul e o Chile, que passa a ser membro-associado do agrupamento regional (25 de junho). Mercosul-Bolívia: firmados, em Fortaleza, entendimentos visando à conformação de uma Área de Livre Comércio entre o Mercosul e a Bolívia (17 de dezembro)
1998	Assinatura, durante a XIV Reunião de Cúpula do Mercosul, do Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático (24 de julho). Brasil: Fernando Henrique Cardoso é reeleito para novo mandato presidencial (outubro).
1999	Mercosul-EU: Entra em vigor o Acordo Quadro Inter-Regional de cooperação (1º de julho de 1999) e institui-se o Conselho de Cooperação (16 de novembro de 1999). Brasil: Governo brasileiro aprova medida em que se abandona o sistema de câmbio fixo, permitindo a flutuação da moeda frente ao dólar (janeiro de 1999)
2000	Mercosul-África do Sul: Projeto de Acordo Quadro para a criação de uma área de livre-comércio entre as regiões (junho de 2000). Mercosul: O Conselho do Mercado Comum decide incluir no calendário escolar dos Estados-Parte o dia 26 de Março como o Dia do Mercosul, sendo esta data referência à data de assinatura do Tratado de Assunção (junho de 2000). Brasil: O país sobe no ranking de desenvolvimento humano, da ONU.
2001 / Argentina	Após tentativas frustradas de tirar o país da recessão, mantendo a paridade cambial segundo a política econômica ditada por Domingo Cavallo, o Presidente Argentino Fernando De La Rúa assina sua renúncia (20 de dezembro de 2001).
2002 / Brasil- Porto Alegre	Tem início o II Fórum Social Mundial, o maior evento anti-globalização neoliberal com a participação de ONGs, partidos políticos e personalidades mundiais (31 de janeiro de 2002).

Fonte: BRÁSIL (2005)

Quadro 1 – Fatos relevantes no histórico do Mercosul

educacional. “Não se tratam mais de instâncias autônomas que se relacionam de uma determinada maneira, influenciando-se reciprocamente, mas mantendo cada uma sua identidade” (VIEIRA, 1997, p. 71).

O Mercosul poderá ser visto como campo possível de aproximação entre culturas distintas. E, uma cultura é representada não apenas por bens materiais, mas também por aqueles que não têm materialidade, ou seja, bens imateriais ou intangíveis. Por isso, partimos do pressuposto de que é preciso observar as formas como cada uma das culturas realiza suas mediações face à internacionalização, para entendermos como conseguem se fortalecer no mercado internacional; depois, suspeitamos que a operacionalização das políticas públicas, levando-se em conta as distinções territoriais, lingüísticas e culturais, tende a surtir mais efeito no que concerne à valorização da historicidade local (SOUZA, 1997).

Embora os países sejam organizados economicamente, sofrem influências da ideologia política existente em cada Estado Nacional e possuem acesso facilitado (ou dificultado) conforme a sua proximidade relativa de poder. Portanto, é tarefa urgente no âmbito do Mercosul, a procura de uma forma de compreensão da dinâmica das transformações culturais em curso nos países, em específico na Argentina e no Brasil, que possam, por um lado, respeitar e fomentar por meio, por exemplo, de políticas públicas, as expressões da diversidade existente e, por outro, fortalecer os vínculos identitários capazes de garantir coesão simbólica e política à desigual e conflituosa realidade social existente (SOUZA, 1997).

Lembramos que a isso se somam os recentes processos de enraizamento da democracia, tanto no Brasil quanto na Argentina, e o correlato alargamento dos espaços de vocalização de diferentes interesses que colocaram no centro das políticas públicas a atenção a grupos identitários minoritários – em especial aqueles menos favorecidos pelas benesses do progresso econômico-social, como a população

que vive em municípios fronteiriços.

O Mercosul é também um espaço político de grande importância, em especial, na América Latina, porém com reflexos (in)diretos em municípios fronteiriços. O Mercosul foi criado como um projeto de natureza econômica, mas corresponde, de fato, a uma iniciativa político-estratégica que teve na redemocratização de seus países membros uma importância fundamental. Tornando-se importante a reflexão, sobre a intenção de realizar uma integração que vá além de meros acordos aduaneiros e avancem no sentido de tornar as populações dos países envolvidos, em especial, Argentina e Brasil, sujeitos de suas histórias e trajetórias de emancipação social.

Na realidade, foram adotadas, no Mercosul, obrigações econômicas comuns que devem ultrapassar questões alfandegárias e pressupondo-se acordos políticos, incluindo a cláusula democrática entre os estados membros.

No contexto dos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, a realidade social percebida impõe algumas reflexões voltadas para esta realidade. De modo geral, a população usuária dos serviços de saúde demonstra-se paciente, não “se importando” com o longo período de espera ao qual é sujeitada para receber atendimento. Na maioria das vezes conversam entre si sobre situações e problemas vivenciados cotidianamente. É como se, de tanto serem expostos ao fenômeno, ficassem habituados ao mesmo, a ponto até de não mais percebê-lo como algo que precisa ser transformado.

Teixeira (1995, p. 55) afirma que:

Numa sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados – ou, se quisermos, entre o Estado e a sociedade –, a busca de relações de consenso. Quando o Estado representa interesses de uma única

e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; nesse caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade.

É importante observar que o Estado, tanto na Argentina quanto no Brasil, continua organizado sob a égide do capital e que, mesmo representando interesses plurais, baseia-se ainda em critérios seletivos, pois vem atuando no sentido de garantir a manutenção de uma esfera econômica “privada”, fora do alcance da esfera política. É o exemplo dos “particulares” e “planos de saúde”. São algumas das estratégias que possibilitam a separação dentre os que podem e os que não podem pagar.

O assistencial presente nas políticas sociais revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado [...]. Para as classes subalternas, as políticas sociais se constituem um espaço que possibilita o acesso a benefícios e serviços que, de outra forma, lhes são negados. (SPOSATI et al., 1985, p.30).

Relações sociais desiguais fazem parte da História Argentina e também da História Brasileira. Foi assim com portugueses, espanhóis e índios, brancos e negros, senhores e escravos, homens e mulheres. Na herança histórica latino-americana, hoje se somam outros padrões atuais da dinâmica da sociedade; e, nesse contexto, vão também se acentuando as desigualdades já existentes e criando e recriando-se novos modelos de relações desiguais. Às vezes, de tanto se conviver com desigualdades, chega-se a incorporar problemas como algo natural, originando-se “certa acomodação”.

Todavia, à medida que a população usuária dos serviços de saúde perceber a desigualdade e os fragmentos de direitos a que está submetida, poderá também criar formas de organização coletiva rumo à concretização de outras maneiras de gestão pública. O que se coloca é a possibilidade da ameaça de cooptação do poder público e/ou privado sobre os interesses da população (BATTINI, 1998).

Daí a necessidade de articulação, instrumentalização e implementação de espaços que se expressem através da organização coletiva, também em âmbito regional dos municípios pesquisados, sob pena de se perder um importante espaço demarcado pela democracia instituída tanto no Brasil quanto na Argentina.

A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorrem a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (MENDES, 1998).

Saúde, como expressão da qualidade de vida, resulta da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências. Portanto, os serviços de saúde, ainda que importantes, são apenas um dos componentes da saúde. Assim, a construção social da prática da vigilância da saúde exige uma ação concomitante e coerente [...] projetos estruturantes (MENDES, 1998, p. 258).

A promoção da saúde é um campo de grande amplitude e cujas características o situam no domínio da ação intersetorial para “além fronteiras”. Assim, dentre os setores que devem participar dessa ação integrada, situam-se obrigatoriamente os serviços de saúde.

Destaca-se o papel do território utilizado pelas populações, na compreensão das situações de saúde e a utilização que se dá diante dos diferentes contextos, os quais se expressam por meio das práticas sociais cotidianas na área

da saúde pública. O desafio é trabalhar o local/regional no contexto dos municípios fronteiriços, como espaço de possibilidades criativas de mudanças, tanto em termos da produção de serviços de saúde, quanto de novas relações de poder em um mundo globalizado.

A aceitação desse desafio assenta-se na adoção do entendimento do local/regional como expressão do contraponto global/local em um mundo globalizado, mas também do pensamento desenvolvido a partir da implementação do Mercosul, para além da simples integração de mercados, incorporando-se, nesse aspecto, a possibilidade da produção integrativa de serviços de saúde destinados a atender demandas da região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

Também pode se referir à criação de novos modos de produzir e disseminar informação em saúde, ou seja, diz respeito à construção de novos modos de “promover a integração” através da saúde. É impositiva a necessidade de se pensar alternativas de gestão e produção de serviços em saúde nos espaços locais/estaduais, operacionalizados nos municípios. Isto pode ser construído no contexto do Sistema Único de Saúde, que envolvem desde ligações telefônicas, para “acordos informais” entre municípios fronteiriços, até a firmação da Programação Pactuada e Integrada – PPI, com vistas à contribuição efetiva para um projeto de construção social, que dê conta do “dever do Estado e direito do cidadão”.

Sinaliza-se como um dos avanços nesse sentido a realização do I Congresso de Saúde, no coração do Mercosul, nos dias 15 e 16 julho de 2005, nas dependências do Clube Independência na cidade de Dionísio Cerqueira. Foi uma iniciativa das autoridades dos três municípios fronteiriços de Barracão, Dionísio Cerqueira e Bernardo de Irigöyen e teve como resultado o encaminhamento inicial de propostas, como: padronização de vacinas; ação conjunta em caso de catástrofe; atendimento conjunto em acidentes automobilísticos e intempéries físicas; e fatos que necessitem atendimento rápido e sem burocracia. Também foi significativa a realização do

I Congresso Internacional de Odontologia, no coração do Mercosul, nos dias 11 e 12 de novembro, também em 2005. No evento, houve uma apresentação sistematizada das atividades realizadas quanto à Atenção Básica na saúde bucal nos municípios brasileiros de Dionísio Cerqueira e Barracão, respectivamente, e uma explanação técnico-científica a respeito da prevenção de câncer bucal; cursos sobre disfunção crânio mandibular e de traumas; cirurgias e atualidades em odontologia, a cargo de especialistas da Universidade de Corrientes na Argentina.

Na ocasião, a programação colocou em evidência, no decorrer do evento os encaminhamentos e a atenção voltada por parte dos municípios brasileiros em relação à Atenção à Saúde Básica; o município argentino, por sua vez, à média e alta complexidade. Talvez essas propostas iniciais, operacionalizadas através da realização de Congresso, estejam vinculadas ao que Santos (1996) denomina uma “utopia democrática”, porque a transformação que está implícita pressupõe a repolitização da realidade, incluindo as próprias representações - informações – de cada realidade/local, produzidas a partir de uma política de saúde pública concreta, em que é necessário imperar o exercício radical da cidadania individual e coletiva.

É um processo, que se baseia em uma rede de contra poderes de bases governamentais e populares que estabelecem ligações laterais e não têm um sujeito histórico privilegiado. Os seus protagonistas são todos os que, nos diferentes espaços de exercícios de poder, criam e recriam atitudes que promovem a efetivação do acesso à saúde, como um direito humano fundamental social (SANTOS, 1996).

Contudo, as possibilidades de um pensar na direção da produção de serviços de modo integrado entre os municípios da fronteira seca de Dionísio Cerqueira e Barracão no Brasil e Bernardo de Irigöyen na Argentina, exigem mais que a disseminação de informações por ocasião da realização de Congressos, pois implica perspectivas de competência democrá-

tica mais alargada, podendo começar pela articulação entre a democracia existente nos dois países envolvidos, Brasil e Argentina, como por exemplo, através da instauração de mecanismos coletivos de gestão integrativa.

É relevante mencionar que alguns documentos importantes foram viabilizados entre o Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones, dentre eles, destaca-se a Carta de Possadas, que data de abril de 2004; anterior à Carta de Possadas, havia o Convênio Marco de Cooperação também entre o Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones, firmado em agosto de 2003, com o objetivo de estimular o desenvolvimento e a integração dos respectivos Estado/Província (SANTA CATARINA, 2003).

Dentre as intenções da Carta de Possadas, segundo Pedroso (2004), destacam-se as da Área da Saúde, cujo título é, *Atendendo um espaço comum de entendimento e atenção à população de fronteira*, propondo-se: a) definir o nível de complexidade dos estabelecimentos hospitalares nas localidades de fronteira; b) apresentar registro de atenções por especialistas e compatibilizar medidas de prevenção na região de fronteira, assim como realizar registro de metodologia e fito-medicamentos de uso tradicional; c) criar estruturas formais de recolhimento e processamento de informações em nível local, regional e estadual; d) desenvolver sistemas especializados de apoio na tomada de decisões; e) desenvolver sistemas multimídia para a capacitação e avaliação de recursos humanos a distância e; f) estimular seminários regionais técnico-científicos e favorecer o intercâmbio de informações sobre a atenção a estrangeiros.

Por fim, a realidade impõe avanços no sentido da necessidade da criação de mecanismos legais que auxiliem a integração da oferta de serviços e também de ferramentas de gestão mais eficazes, que permitam a (re) organização dos recursos já existentes destinados à atenção da saúde na região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

Referências:

BATTINI, Odária. Participação popular e eleições municipais: o papel dos Conselhos Municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da Silva (org). **Conselhos Municipais e Poder Local**. Pelotas: EDUCAT, 1998.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. MERCOSUL. 2005. [Página da Internet]. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/>>. Acesso em: 15 maio 2005.

GONZÁLEZ GÓMEZ, Maria Nélide. Para uma reflexão epistemológica acerca da ciência da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2001.

IANNI, Octávio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MATTELART, Armand; MATTELART, Michèle. **História das teorias da comunicação**. São Paulo: Loyola, 2003.

MENDES, Eugenio Vilaça **A Organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

PEDROSO, Karina. **Fronteira Mercosul: regulações e normatizações na área do direito à saúde**. 2004, (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

SANTA CATARINA. **Termo de Cooperação Técnica n. 17.431**, de 22 de agosto de 2003. Convênio Marco de Cooperação entre o Governo do Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones – Argentina. Dionísio Cerqueira, 2003.

SANTOS, Milton. **O espaço e o cidadão**. São Paulo: Nobel, 1996.

SOUZA, Jessé. Multiculturalismo, racismo e democracia. In: **Multiculturalismo e Racismo uma Comparação Brasil e**

USA. Brasília: Paralelo 15, 1997. p. 23 a 35

SPOSATI, Aldaíza Oliveira de; et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras:** uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 1985.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reforma Sanitária:** em busca de uma nova teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VIEIRA, Oscar Vilhena. A Constituição como reserva de justiça. **Lua Nova - Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 42, p. 53-97, 1997.

3.2 Os laços de irmandade entre dois estados e duas nações

*Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini*

A proposta inicial de criação do Mercosul prevê a formação de uma União Aduaneira, ou seja, a criação de uma região de livre comércio com o fim das tarifas alfandegárias entre os países. Prevê, também, uma taxação comum para os produtos importados de países de fora do Mercosul.

E, em longo prazo, visa à criação de um mercado comum, com livre circulação de bens e de serviços entre os países membros, bem como uma maior integração cultural e educacional. “Não se tratam mais de instâncias autônomas que se relacionam de uma determinada maneira, influenciando-se reciprocamente, mas mantendo cada uma sua identidade” (VIEIRA, 1997, p.71).

O Mercosul poderá ser visto como campo possível de aproximação entre culturas distintas. Uma cultura é representada não apenas por bens materiais, mas também por aqueles que não têm materialidade, ou seja, bens imateriais ou intangíveis (SOUZA, 1997). Por isso, partimos do pressuposto de que é preciso observar as formas como cada uma das culturas realiza suas mediações face à internacionalização, para entendermos como se fortalece no mercado internacional; depois, suspeitamos que a operacionalização das políticas públicas, levando-se em conta as distinções territoriais, lingüísticas e culturais, tende a surtir mais efeito no que concerne à valorização da historicidade local.

Embora sejam organizados economicamente os países, sofrem influências da ideologia política existente em cada Estado Nacional e possuem acesso facilitado (ou dificultado) conforme a sua proximidade relativa de poder (SOUZA, 1997). A partir desse pressuposto, é tarefa urgente no âmbito do Mercosul, a procura de uma forma de compreensão da dinâmica das transformações culturais em curso nos países, em específico no Brasil e na Argentina, que possam, por um lado, respeitar e fomentar por meio, por exemplo, de políticas públicas, as expressões da diversidade existentes e, por outro, fortalecer os vínculos identitários e de irmandade capazes de garantir coesão simbólica e política à desigual e conflituosa realidade social existente.

Lembramos que a isso se somam os recentes processos de enraizamento da democracia, tanto no Brasil quanto na Argentina, e o correlato alargamento dos espaços de vocalização de diferentes interesses que colocaram no centro das políticas públicas a atenção a grupos identitários minoritários – em especial aqueles menos favorecidos pelas benesses do progresso econômico-social, como a população que vive nos municípios de Dionísio Cerqueira e Barracão no Brasil e Bernardo de Irigöyen na Argentina, integrantes da fronteira seca fronteiriça.

O Mercosul como espaço político de grande importância, em especial, na América Latina, desencadeia reflexos em todo o continente. O Mercosul foi criado como um projeto de natureza econômica, mas corresponde, de fato, a uma iniciativa político-estratégica que teve na redemocratização de seus países membros uma importância fundamental. Na realidade, foram adotadas, no Mercosul, obrigações econômicas comuns que ultrapassam questões alfandegárias e pressupõem acordos políticos, incluindo a cláusula democrática entre os estados membros.

O perfil de União Aduaneira foi definido através do Protocolo Adicional do Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do Mercosul – o Protocolo de Ouro Preto – em

que foi estabelecida, inclusive, a personalidade jurídica do bloco econômico (MARCHI, 2000) possibilitando negociações e acordos com outros países e organismos internacionais.

O Mercado Comum do Sul apresenta um modelo de integração de zona de livre comércio – eliminação de tarifas para importação e exportação comerciais etc. – e, segundo Jaeger Junior (2002), o incipiente estabelecimento de uma união aduaneira.

Assim, a estrutura do Mercosul foi redefinida pelo Protocolo de Ouro Preto (1996) no qual consta a seguinte composição:

a) Conselho do Mercado Comum (CMC): é o órgão máximo do Mercosul, ao qual cabe a condução política do processo de integração. O CMC é formado pelos ministros das Relações Exteriores e da Economia dos países membros; b) Grupo Mercado Comum (GMC): é o órgão executivo do Mercosul, coordenado pelos Ministérios de Relações Exteriores de cada país; c) Comissão de Comércio do Mercosul (CCM): é o órgão encarregado de assistir ao Grupo Mercado Comum na aplicação dos instrumentos de política comercial comum; d) Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul: é o órgão representativo dos Parlamntos dos Países do Mercosul; e) Foro Consultivo Econômico e Social do Mercosul: é o órgão de representação dos setores econômicos e sociais e tem função consultiva elevando recomendações ao GMC; f) Secretaria Administrativa do Mercosul (SAM): é o órgão de apoio operativo, responsável da prestação de serviços aos demais órgãos do Mercosul. Tem sua sede permanente na cidade de Montevidéu (BRASIL, 2004).

Com vistas a dar visibilidade à área da saúde, em 1996, foi criado o Subgrupo de Trabalho 11 – Saúde no Mercosul (SGT 11). Este subgrupo incorpora o Grupo do Mercado Co-

num do Mercosul, órgão executor do bloco em que cada Estado Membro tem sua própria coordenação. No Brasil, o SGT 11 está ligado ao Ministério da Saúde e se subdivide em três grandes comissões: 1) prestação de serviços de saúde; 2) produtos para saúde; 3) vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, estações e passagens de fronteira.

Cabe ressaltar, conforme dito por Jaeger Junior (2002, p. 360), que:

[...] geralmente processos de integração surgem com objetivos puramente econômicos, e esta preferência fez com que o Mercosul carecesse de uma dimensão social. [...] mesmo não tendo sido instituída a dimensão social como uma de suas finalidades precisas [...] contém uma expressa referência ao objetivo do desenvolvimento com justiça social, o que representa uma pequena manifestação (JAEGER JUNIOR, 2002, p.360).

Ainda que a dimensão social não tenha sido a intenção inicial, ela se impôs. Segundo afirma Freitas Jr (2006, p. 163),

[...] o Mercosul, ao longo dos anos, teve de voltar-se para questões trabalhistas e sociais, pois a livre circulação exige dos países envolvidos políticas e instituições focadas no mesmo objeto e de maneiras parecidas.

Por sua vez, para Pedroso (2004), o Protocolo de Ouro Preto criou o Foro Consultivo Econômico e Social, cuja competência diz respeito aos assuntos econômicos e sociais dos Estados-partes, no qual devem ser discutidos o processo de integração e as políticas sociais provenientes. Em consonância, Jaeger Junior (2002, p.361) afirma que, apesar de o Foro ter um simples caráter consultivo carecendo de regulamentações, “é, atualmente, o local apropriado para ensejar discussões sociais” e ainda assim, não “permite afirmar que esse bloco dispõe de uma abrangência social”.

De acordo, com estudos feitos por Pedroso (2004), no

primeiro semestre de 2002 ocorreu a III Reunião Extraordinária do Conselho do Mercado Comum (Mercosur/CMS EXT/ACTA Nº. 01/02), celebrada em Olivos na Província de Buenos Aires/Argentina e participaram desta reunião os presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia e Chile. Na ata lavrada na referida reunião, consta a intenção dos países que estiveram presentes, em avançar na discussão da integração fronteiriça solicitando aos Estados-partes que identifiquem quais as principais prioridades a esse respeito. A ata também faz menção à Política de Medicamentos do Mercosul e à criação de um Sistema Estatístico de Indicadores Sociais (BRASIL, 2003).

Realizada em Buenos Aires/Argentina, com a participação dos presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, na X Reunião do Conselho do Mercado Comum (Mercosur/CMC X/ACTA Nº. 1/96), segundo Pedroso (2004), identifica-se a recomendação do Conselho quanto à cooperação fronteiriça propondo-se que a cooperação não figure somente, como um item específico na pauta negociadora para o processo de integração. E que os aspectos fronteiriços façam parte de temas diversos de negociação, como por exemplo, a luta conjunta em torno das epidemias (BRASIL, 2003).

Também, a XXII Reunião Ordinária do Conselho do Mercado Comum (Mercosur/CMC/ACTA Nº. 1/02), celebrada em Buenos Aires, objetiva, segundo Pedroso (2004) promover, através de instrumentos ainda não definidos, uma maior integração das comunidades fronteiriças. A XXII Reunião indica e aprova (CMC. Nº. 5/02) a criação do Grupo Ad Hoc sobre Integração Fronteiriça (BRASIL, 2003).

Outra reunião que deve ser mencionada é a XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum (Mercosul/CMC/ATA Nº. 02/02), que teve por local de realização Brasília/Brasil. Para Pedroso (2004), num dos itens trabalhados na reunião encontra-se a harmonização de indicadores sociais, salientando-se a necessidade de fomentar sinergias entre as iniciativas, instituindo-se o Grupo Mercado Comum a gestionar a inclusão

da temática em projetos de cooperação técnica. A discussão acerca do assunto ocorreu no contexto das Reuniões de Ministros da Educação e de Desenvolvimento Social, mais especificamente, na Reunião Especializada da Mulher e no Observatório do Mercado de Trabalho, a cargo do Subgrupo de Trabalho N.º. 10 (BRASIL, 2003).

Acerca da integração fronteiriça, Pedrosa (2004) destaca o documento numerado como Mercosur/CMC/DEC. N.º. 05/02, estabelecido na XXII Reunião CMC em Buenos Aires/Argentina na data de 5/VII/02, e denominado como Grupo de *Ad Hoc* sobre a Integração Fronteiriça. O Grupo será coordenado pelos Ministérios das Relações Exteriores e integrado por representantes de alto nível dos órgãos técnicos com competência sobre os temas específicos a serem tratados no âmbito de sua agenda, com o objetivo de criar instrumentos que promovam a maior integração das comunidades fronteiriças visando à melhoria da qualidade de vida de suas populações.

No aspecto da saúde no âmbito do Mercosul, a XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho n.º. 11, Saúde no Mercosul (Mercosur/SGT N.º. 2/03), realizada em Montevidéu/Uruguai, para Pedrosa (2004), oferece várias indicações sobre o que vem sendo pensado e realizado no campo da saúde. A comissão do Brasil informou, naquela ocasião, ter realizado um Seminário de Planejamento Estratégico, para todos os coordenadores das Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc*, e recomendou aos Estados-partes a adoção do mesmo com a finalidade de otimizar o desenvolvimento das reuniões do Subgrupo de Trabalho (BRASIL, 2003).

O Brasil, na busca de enfrentar as questões referentes à saúde da população fronteiriça, instituiu o Projeto SIS-Fronteiras - Portaria n.º 1.120, de 6 de julho de 2005, como a seguir é especificado:

Art. 1º - Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteira, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de

saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:

I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;

II - verificar as demandas e a capacidade instalada;

III - identificar os fluxos de assistência;

IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;

V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e

VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros. (BRASIL, 2005, p. 1).

Ainda, na XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº. 11, segundo Pedroso (2004), houve uma proposta, por parte do Brasil, para a criação de um Consórcio para o Mercosul – Saúde, com a finalidade de organizar a atenção à saúde nas regiões de fronteira, envolvendo as instâncias federais, estaduais e municipais. Também, de acordo com o item 12.1 Saúde na Fronteira, referente à ata da XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº. 11, o Brasil emitiu a todos os Estados-partes um documento intitulado, Metodologias de Análises de Rede de Serviços de Saúde: considerações sobre a aplicação nas fronteiras do Mercosul. Este documento tem como objetivo identificar e dimensionar questões para integrar a agenda de trabalho de cooperação entre os países membros (BRASIL, 2003).

Dentre as propostas futuras sugeridas pelo Subgrupo de Trabalho Nº. 11 destaca-se um Programa de Trabalho a ser desenvolvido no período de 2004 a 2006 (Mercosul/CMC/DEC. Nº. 26/03), abordando vários temas. Dentre eles, Pedroso (2004) destaca: a) integração fronteiriça: com o objetivo de assegurar a implementação de mecanismos ágeis para o desenvolvimento das regiões de fronteira e o processo de integração regional; b) Mercosul social – participação da soci-

idade civil: propiciar a ampliação da participação da sociedade civil; c) temas sociais: desenvolver estruturas de articulação nos Estados- partes com o objetivo de conduzir reflexões sobre temas sociais, intercâmbio de experiências nacionais em programas e projetos sociais, desenvolvimento de indicadores que possam servir como base para o estabelecimento de metas para políticas sociais nos países do Mercosul; d) circulação de mão-de-obra e promoção de direitos aos trabalhadores; e) Direitos Humanos: aprofundar o intercâmbio de informações, promoção e respeito aos direitos humanos.

Por outro lado, observa-se que países como Brasil e Argentina, dado seus processos históricos que levaram à constituição de suas sociedades - caracterizadas como a maioria dos países latino-americanos com economias pouco integradas e de baixa complementaridade entre si, o que inicialmente estimulou a criação do Mercosul -, necessitam avançar no sentido de uma maior abertura à integração e interação de políticas públicas, oportunizando, por sua vez, a inclusão na pauta das discussões do acesso à promoção e garantia da cidadania e da justiça social às populações residentes em municípios fronteiriços.

Todavia, ainda são escassos os estudos voltados para mensurar o impacto da implantação do Mercosul, em especial, na área da saúde. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de que dados atualizados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, gerados a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional e internacional, são ainda muito incipientes.

O Brasil e a Argentina, embora tenham passado por experiências semelhantes no que diz respeito à convivência com o regime político autoritário, cada um deles conduziu de maneira distinta a política de saúde.

Todavia, existe a necessidade de esforços dirigidos a lutas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde, e que também possa dar conta da demanda por atendimento à doença através de mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização

dos serviços (públicos e privados). A esse modelo, devem-se incluir dois eixos: um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população; e outro que reafirme a saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, cabendo ao Estado a sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem produz os serviços, se público ou privado (ASSIS, 2003).

Avanços ocorreram nas últimas décadas, que coincidem com a redemocratização dos países, mas é primordial identificar obstáculos que possam apresentar-se como entraves para o exercício dos direitos, pois existem necessidades presentes que persistem ao nível do marco normativo firmado através da criação do Mercosul. Além disso há assimetrias econômicas e sociais que devem ser enfrentadas para conquistar a inclusão social e solucionar as desigualdades sociais (GIOVANELLA et al., 2007).

Parece-nos que, no contexto da América Latina, particularmente do Brasil e da Argentina, possuem grandes desafios no sentido de transformar as relações excludentes da sociedade, conciliando os interesses econômicos com os propósitos sociais de bem-estar para a população de um modo geral.

Agendas e argumentos comuns têm sido difundidos no âmbito do Mercosul, traduzidos em propostas dirigidas à superação de desigualdades e à efetivação dos direitos. A realização da Ata de Compromisso realizada entre o Estado de Santa Catarina /Brasil e a Província de Misiones/Argentina, em 4 de março de 2005, objetivando propostas através de ações conjuntas, como: criar calendário único de vacinação para os municípios de Bernardo de Irigöyen e Dionísio Cerqueira; capacitar em forma conjunta os recursos humanos da área da saúde; formar bases comuns de dados epidemiológicos; alçar o orçamento de serviços; conseguir atendimento primário consorciado; instrumentar ações conjuntas diante de emergências; organizar a primeira associa-

ção de profissionais e pessoal da saúde do Mercosul; impulsionar em conjunto com os respectivos governos nacionais a primeira Zona Franca de Saúde do Mercosul, para livre trânsito de pacientes e medicamentos; estabelecer a compra conjunta de insumos e medicamentos.

É relevante considerar-se as determinações históricas no processo de organização dos serviços de saúde tanto em nível municipal, quanto estadual, nacional e internacional, situando nesse contexto, em especial, os municípios de Dionísio Cerqueira (SC/BR), Barracão (PR/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/Argentina). Reiterando-se que nossa abordagem concentra-se no acesso à saúde em municípios de fronteira seca, que pode ocorrer de forma individual e coletiva, e que se expressa como um fenômeno social específico, histórico, com relações diretas nas condições socioeconômicas e com raízes no cotidiano das relações sociais.

O município de Dionísio Cerqueira – Santa Catarina, Brasil

Dionísio Cerqueira é um município fundado em 4 de julho de 1903. No princípio do século XX, pertencia ao Município de Chapecó e já era uma rota internacional de comércio, que se baseava na erva-mate; na ocasião o transporte era feito sobre o lombo de mulas. Em 1925, a Coluna Prestes esteve no município por um considerável período, deixando marcas históricas (e lendas) ainda visíveis, como é o caso do cemitério de soldados mortos na Batalha da Separação, em 1925.

Em 1940, o Recenseamento Geral do Brasil indicou que Dionísio Cerqueira possuía 900 habitantes. A partir de 1946, migrantes gaúchos começaram a aportar em Dionísio Cerqueira com mais intensidade, ocasionando um impulsionamento econômico, sobretudo, do extrativismo e exportação da madeira, fazendo com que, em 1950, contasse com 2.710 habitantes. Esses migrantes, em sua maioria, eram das etnias alemã, italiana e portuguesa, destaque tam-

bém para os caboclos, advindos inclusive da região de conflitos do Contestado¹.



Fonte: (PARANÁ, 2004)

Foto 1 – Cemitério dos soldados mortos na batalha da separação da Coluna Prestes - 1925

Em 1953, sob Lei Nº 133 de 20 de dezembro, Dionísio Cerqueira foi emancipado de Chapecó, sendo constituído município aos 14 de março de 1954. As principais atividades econômicas atuais do município são oriundas da agricultura e da importação e exportação no comércio. Possui segundo IBGE (2000), uma população de 14.286 habitantes e uma área geográfica de 379,3km². As cidades mais próximas são: São Miguel do Oeste, Guarujá do Sul, São José do Cedro, Bernardo de Irigöyen (Argentina) e Barracão (Paraná).

No ano 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, de Dionísio Cerqueira foi de 0,747. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) Em relação aos outros municípios do Brasil Dionísio

¹ A região denominada "Contestado" abrangia cerca de 40.000 Km² entre os atuais estados de Santa Catarina e Paraná, disputada por ambos, uma vez que até o início do século XX, a fronteira não havia sido demarcada. As cidades dessa região foram palco de um dos mais importantes movimentos sociais do país.

Cerqueira apresenta uma situação intermediária: ocupa a 1947^a posição, sendo que 1.946 municípios (35,3%) estão em situação melhor e 3.560 municípios (64,7%) estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios do Estado, Dionísio Cerqueira apresenta uma situação ruim: ocupa a 258^a posição, sendo que 257 municípios (87,7%) estão em situação melhor e 35 municípios (12,3%) estão em situação pior ou igual.

A localização estratégica provocou investimentos e levou o Governo Federal a construir no município o único Porto Seco do Mercosul. Dionísio Cerqueira possui a única passagem terrestre de Santa Catarina para o Mercosul e seu Porto Seco é a principal rota bi - oceânica entre as grandes metrópoles do Mercado Comum.

As chamadas “Cidades Tri-Gêmeas”, Dionísio Cerqueira – Santa Catarina/Brasil; Barracão – Paraná/Brasil e Bernardo de Irigöyen-Misiones/Argentina, protagonizam uma situação única em termos de fronteira seca: são três municípios, três cidades, três estados e dois países que se fundem em um único conglomerado urbano, cujas divisas são apenas ruas. No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, o município de Dionísio Cerqueira possui 5 Unidades/Postos de Saúde.

Portanto o município Dionísio Cerqueira ainda que privilegiado pela sua localização apresenta uma posição pouco favorável no ranking dos municípios catarinenses quanto ao desenvolvimento e, considerando o número de Unidades e Postos de Saúde (5) para a população geral do município, mais de 14 mil habitantes, percebe-se pequeno o número de serviços de saúde.



Fonte: (VIAMERCOSUL, 2004)

Mapa 1 - O Porto Seco de Dionísio Cerqueira e a rota Bi - Oceânica

Centro/Unidade	Endereço
Unidade de Saúde Central	Cidade / Centro – Dionísio Cerqueira
Unidade Três Fronteiras	Bairro Três Fronteiras
Posto de Saúde	Bairro União
Posto de Saúde	Linha Jorge Lacerda (Interior)
Posto de Saúde	Linha São Pedro Tobias (Interior)

Fonte: 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina

Quadro 1 – Centros/Postos de Saúde em Dionísio Cerqueira

O município de Barracão – Paraná, Brasil

O município de Barracão situa-se junto às cidades de Dionísio Cerqueira em Santa Catarina e Bernardo de Irigöyen na Argentina e, como consequência, no município encontram-se o Marco Divisório Paraná/Santa Catarina/Argentina, construído em 1920, resultado da pendência secular desses limites; e o Marco Internacional Brasil/Argentina edificado em 1903.



Fonte: (ASSOCIAÇÃO COMERCIAL..., 2005)

Foto 2 – Marco das fronteiras entre o Brasil e a Argentina

A posição estratégica de Barracão faz com que o município sirva como ponto redistribuidor dos fluxos de turistas provenientes do Cone Sul, além de apresentar aspectos *sui-generis*, tais como: uma das suas principais avenidas possuir uma das calçadas no Paraná, e a do lado oposto, em Santa Catarina; ou uma residência construída na divisa dos dois estados, o que confere a seus habitantes a pitoresca situação de se deslocarem entre o Paraná e Santa Catarina, sem saírem de casa.

Alguns pontos turísticos são atrações do município, como a Gruta de Santa Emília, localizada numa queda d'água despencando por entre densa vegetação, e que a fé religiosa transformou em local místico, depositando ali seus ex-votos, desde o século passado, quando um desbravador francês chamado Adão Luchef, sentindo-se perdido ao rolar de um pe-

nhasco, invocou a proteção de Saint Emilie de Vielar. A gruta localiza-se no Distrito de Siqueira Bello, distando 25 km da sede.

O município de Barracão foi criado pela Lei 790, de 14 de novembro de 1951, sendo instalado em 14 de dezembro de 1952; situado a 835 m de altitude, clima temperado, área de 177 Km²; Latitude: 26° 16' Longitude: 53° 53'.



Fonte: (ASSOCIAÇÃO COMERCIAL..., 2005)

Foto 3 - Residência construída na divisa dos estados

No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, o município de Barracão possui 7 Unidades/Postos de Saúde (quadro 2).

Centro/Unidade	Endereço
Unidade Central NIS I	Cidade / Centro – Barracão
Posto de Saúde	Bairro Copasa
Posto de Saúde	Linha São Jose (Interior)
Posto de Saúde	Linha Alegria (Interior)
Posto de Saúde	Linha Siqueira Bello (Interior)
Posto de Saúde	Linha São Roque (Interior)
Posto de Saúde	Linha Vista Alegre (Interior)

Fonte: (PARANÁ, Secretaria Municipal de Saúde)

Quadro 2 – Unidades/Postos de Saúde em Barracão / PR

O quadro 3 apresenta algumas informações pertinentes ao município e que foram retiradas de fontes oficiais como IBGE, PNUD e IPEA.

Dados extraídos do Censo Demográfico 2000 – IBGE: BARRACÃO					
População Total:	9.273		Taxa de Crescimento Anual:	1,12%	
População Urbana:	5.826	62,83%	População Masculina:	4.549	49,06%
População Rural:	3.447	7,17%	População Feminina:	4.724	50,94%
Dados extraídos do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD / IPEA / FJP:					
Ano de Instalação do Município: 1951		Distância da Capital do Estado: 445,57 km			
Área: 0.177,60 km ²		Densidade Demográfica: 52,2 hab/km ²			
Esperança de vida ao nascer (em anos): 70,31		Índice de longevidade (IDHM-L): 0,755			
Taxa bruta de frequência escolar: 81,09%		Taxa de alfabetização de adultos: 87,55%			
Índice de educação (IDHM-E): 0,854					
Renda <i>per capita</i> (em R\$ de 2000): 235,19		Índice de renda (IDHM-R): 0,684			
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) Barracão/PR: 0,764					
Média do IDH-M no Paraná: 0,740		Colocação no <i>ranking</i> Estadual: 105° (em 399 municípios)			
Média do IDH-M na Região Sul: 0,771		Colocação no <i>ranking</i> Regional: 664° (em 1159 municípios)			
Média do IDH-M no BRASIL: 0,699		Colocação no <i>ranking</i> Nacional: 1469° (em 5.507 municípios)			

Fonte: (CAMINHOS, 2005)²

Quadro 3 – Dados município de Barracão/PR

O município de Barracão apresenta uma colocação mais privilegiada no ranking do seu estado, se comparado com o município Dionísio Cerqueira, e ainda que, tenha uma população total menor (mais de 9 mil habitantes) possui mais serviços de saúde (7), além de apresentar o IDHM um pouco mais elevado que o município irmão.

2 Documento disponível no site Caminhos, resultado de parceria entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Relatório gerado a partir do banco de dados informatizado congregando informações da *Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes* (elaborada pelo VIOLES/SER/UnB), do *Censo Demográfico 2000 (IBGE)* e do *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD / IPEA / FJP)*. Organização, tratamento de dados e formatação: Eduardo Ramirez Meza.

O município de Bernardo de Irigöyen – Misiones, Argentina

Inicialmente Bernardo de Irigöyen, município argentino, permaneceu até meados de 1921 com o nome de *Barracón*, quando, então, em homenagem ao advogado Bernardo de Irigöyen, que atuou na questão da definição de limites entre o Brasil e a Argentina, passa a ser, em 11 de junho, Bernardo de Irigöyen, pertencente à Província de Misiones.

Com a demarcação dos limites territoriais entre Brasil e Argentina e entre Paraná e Santa Catarina surgiram três cidades, caracterizando o local como “Tríplice Fronteira” ou “cidades trigêmeas”. Observando-se a paisagem urbana das cidades fronteiriças, torna-se evidente a formação de um único tecido contínuo em sua apresentação.

As divisas secas entre Brasil e Argentina foram mediadas pelo então presidente dos Estados Unidos, Cleveland, através de Laudo Arbitral de 1895, que estabeleceu o seguinte: “[...] Onde as águas das chuvas correrem para o Oeste, pertencerá ao território Argentino [...], [...] Onde as águas das chuvas correrem para o Leste, pertencerá ao território Brasileiro [...]”

Pelo processo de ocupação e de urbanização, a fronteira seca é também chamada de fronteira viva. O extrativismo, o desenvolvimento da agricultura e a criação de gado e de suínos na região contribuíram para o processo de colonização e a formação dos pequenos núcleos urbanos ao longo da fronteira Brasil-Argentina.

A população de Bernardo de Irigöeyn segundo informações extraídas do site do Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC), no Censo Nacional da População em 2001, era de 10.889 habitantes (Tabela 1).

No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, o município de Bernardo de Irigöyen possui 9 Centros/Postos de Saúde.

Tabela 1 - População total *versus* urbana e rural dos municípios fronteiriços

	Bernardo Irigöyen		Barracão		Dionísio Cerqueira	
	Total	%	Total	%	Total	%
População Total	10.889	100,00	9.271	100,00	14.250	100,00
População Urbana	5.526	50,75	5.825	62,83	8.610	60,42
População Rural	5.363	49,25	3.446	37,17	3.640	39,58

Fonte: (ARGENTINA, 2001)

O município argentino apresenta um maior número de unidades de saúde, uma população intermediária entre os municípios irmãos e que, surpreendentemente, se divide de forma equitativa entre a zona rural e urbana.

Centro/Unidade	Endereço
C.E.P.Bairro Terminal	Bernardo de Irigöyen
Hospital Área Gral. M. Belgrano	Av.De las Américas s/n (Bdo.Irigöyen)
Posto de Saúde dos Hermanas Esc.363	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde dos Hermanas Esc.287	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Esc.775 Sarmiento	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde María Soledad	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Piñalito	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Piray Mini	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit. Paraje Macaco	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit.Campiñas de América	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit.Gramado	Bernardo de Irigöyen

Fonte: (ARGENTINA, 2004)

Quadro 4 – Centros/Postos de Saúde em Bernardo Irigöyen

A peculiaridade e a raridade desse tipo de organização chamam a atenção e podem configurar uma experiência legítima e original de garantia de acesso à saúde independente da nacionalidade ou estado de pertencimento. E este fato tem estimulado algumas ações, como uma proposta de racionalidade de recursos como o uso compartilhado do Laboratório de Fronteira e também de qualificação de recursos humanos (NOGUEIRA, SEMIONATTO; GOMEZ, 2004).

De fato há a inserção nos municípios fronteiriços e suas realidades e necessidades na área da saúde na agenda dos gestores.



Fonte: (PARANÁ, 2004)

Foto 4 - Vista aérea das cidades trigêmeas: Barracão/PR, Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigöyen / Misiones - Argentina

A foto 4 ilustra o que se vê na prática: as diferenciações existentes entre as três cidades fronteiriças. No reconhecimento de necessidades locais, o marco sinalizador da figura aponta para além da divisão territorial, que, inclusive para muitos visitantes desavisados, pode se apresentar in(visível). Também a possibilidade de fazer-se uma analogia no que concerne ao acesso aos serviços de saúde fronteiriços existentes, uma vez que se percebe através da linha marcadora/imaginária das divisas entre as três cidades, que o acesso terrestre à cidade de Barracão (PR) se dá por via asfáltica, à cidade de Dionísio Cerqueira (SC) por via de calçamento (pavimentado) e à cidade de Bernardo de Irigöyen (Misiones) por estrada de chão.

O campo da saúde internacional relaciona-se com a especificidade dos municípios fronteiriços, ao considerar-se que a dimensão internacional da saúde também decorre de determinações de ordem histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populações, transcendendo as políticas e fronteiras nacionais.

Ressalte-se que há falta histórica de registros que dêem

conta de demonstrar como se expressa a demanda e as formas de acesso à saúde. Sabe-se que nos municípios brasileiros de Dionísio Cerqueira e Barracão, anterior à prática da exigência da “carteira de saúde”, para o atendimento nas Unidades de Saúde, a população acorria, com maior facilidade e em especial, aos serviços oferecidos na Atenção Básica e que, mesmo após a adoção desse critério, várias são as possibilidades utilizadas para facilitar o acesso à saúde. Dentre as possibilidades, destacam-se a dupla cidadania, a alteração freqüente de endereço residencial e/ou comercial, a utilização de nomes de parentes e amigos, a facilidade de comunicação na língua de origem e do país vizinho, entre outras.

Reforçando novamente o entendimento de que a linha imaginária/ (in) visível – a linha de fronteira – adquira conformações objetivas, compondo-se um processo sociocultural complexo em decorrência do que Oliveira (1997, p. 14) denominou de “*nacionalidades em conjunção*”.

É assim que em ambos os lados da fronteira pode-se constatar a existência de contingentes populacionais não necessariamente homogêneos, mas diferenciados pela presença de indivíduos ou grupos pertencentes a diferentes etnias, sejam elas autóctones ou indígenas, sejam provenientes de outros países pelo processo de imigração. Ora, isso confere à população inserida no contexto de fronteira um grau de diversificação étnica que, somado à nacionalidade natural ou conquistada do conjunto populacional de um e de outro lado da fronteira, cria uma situação sócio-cultural extremamente complexa.

Reitera-se que a população que acorre aos serviços de saúde nesses municípios organiza formas ora criativas, ora passivas, de resistência e transgressão para garantir o acesso à saúde, sendo que as formas de organização coletiva são ainda incipientes ou inexistentes. Ressalta-se também que a utilização de subterfúgios para ter acesso aos sistemas de saúde não é prática somente da população dos municípios mencionados.

Porém, pelo fato desses municípios encontrarem-se em locais estratégicos, em âmbito do Mercosul, é necessário criar mecanismos que possibilitem a normatização e a organização das ações existentes na atualidade, e que através de critérios formais faça o monitoramento, controle e a avaliação de tal prática.

Referências:

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciências Saúde Coletiva**. v. 8, n. 3, p.815-23, 2003,

BRASIL. Sistema de Informação em Saúde do Mercosul. 2003. Disponível em: <www.mercosulsaude.org>. Acesso em: dez. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Atenção Primária: Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. **Portaria GM nº 1120**, de 06 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. Brasília (DF): D.O.U. nº 129, de 07 de julho de 2005.

FREITAS Jr, Antonio. **Manual do Mercosul:** globalização e integração regional. São Paulo: Ed BH, 2006.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S251-66, 2007.

JAEGER JR, A. **Cidadania e nacionalidade:** efeitos e perspectivas nacionais, regionais, globais. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

MARCHI, Júlio César. **O processo de integração dos**

serviços de saúde no Mercosul: uma análise das perspectivas e obstáculos no âmbito da prestação dos serviços. 2000. 121f. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (org.). **Dilemas do Mercosul:** reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 81-94.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade, etnicidade e nacionalidade no Mercosul. **Política Comparada – Revista de Políticas Comparadas**, Brasília, v. 1, nº 2, 1997, p. 9-20.

PEDROSO, Karina. **Fronteira Mercosul:** regulações e normatizações na área do direito à saúde. 2004, (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

SOUZA, Jessé. Multiculturalismo, racismo e democracia. In: **Multiculturalismo e Racismo uma Comparação Brasil e USA**. Brasília: Paralelo 15, 1997. p. 23 a 35

VIEIRA, Oscar Vilhena. A Constituição como reserva de justiça. **Lua Nova - Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 42, p. 53-97, 1997.

PARTE IV

DIREITOS E PERSPECTIVAS

O direito à saúde na Argentina e no Brasil

Loris Baena Cunha Neto

Maria de Lourdes de Souza

Sirlei Fávero Cetolin

Marisa Lucena Branco

A voz do cidadão na fronteira

Maria de Lourdes de Souza

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Marília de Fátima Vieira de Oliveira

Os Conselhos Municipais de Saúde nos espaços de fronteira

Orides Mezzaroba

Vicente Volnei de Bona Sartor

4.1 O direito à saúde na Argentina e no Brasil

*Loris Baena Cunha Neto
Maria de Lourdes de Souza
Sirlei Fávero Cetolin
Marisa Lucena Branco*

O Brasil e a Argentina, embora tenham passado por experiências semelhantes no que diz respeito à convivência com o regime político autoritário, cada um deles conduziu de maneira distinta a política de saúde. Alguns interesses comuns aos dois países foram conduzidos por meio de estratégias que se diferenciavam quanto à clareza dos objetivos à forma de condução e à relação da política de saúde com o ambiente político interno.

A partir de 1988, no Brasil, a saúde é considerada um dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal. Nesta é proclamada a saúde como um dever do Estado a ser garantido a todos. Na Argentina, o modelo de atenção à saúde apresenta-se centrado na especialização médica e no uso da alta tecnologia, em detrimento dos programas de atenção básica.

No século XXI será expandido os usos do direito internacional para criar um cenário jurídico de cooperação entre os Estados no campo da saúde (TAYLOR; BETTCHER, 2002).

A cooperação entre os Estados em matéria de saúde pressupõe estudos que apontem como ela é tratada nos diferentes ordenamentos jurídicos. Por isto as semelhanças e diferenças do papel do Estado na formulação de políticas de saúde pública, na Argentina e no Brasil, serão apresentadas.

A saúde na Constituição Argentina

O sistema de saúde argentino é marcado por duas características peculiares, sendo que a primeira delas é a forte fragmentação entre os setores público, privado e de seguridade social, com fontes de financiamento alternativas e com modalidades particulares na alocação dos recursos. Os Ministérios da Saúde que se encontram nas províncias do país garantem parte dos serviços de saúde para a população, enquanto que o Ministério da Saúde da Nação mantém algumas unidades descentralizadas. A segunda característica do sistema de saúde da Argentina é o modelo de atenção médica, centrado na especialização e no uso da alta tecnologia, em detrimento dos programas de atenção básica (DAL PRÁ, 2004).



Fonte: ADUANA ARGENTINA (2007)

Fig. 1 - Mapa da República Argentina indicando as 23 províncias e a capital federal

Fazendo referência aos textos constitucionais da Argentina, Nogueira, Simionato e Gomez (2004, p. 84) assim se manifestam:

Na Constituição Argentina, capítulo II, das Declarações, Direitos e Garantias Individuais, trata dos direitos garantidos ao cidadão. O direito à saúde não se encontra explícito, sendo considerado um direito implícito, conforme indica o Artigo 14º. [...] Porém, não estar o direito à saúde consagrado na Lei Suprema nem existir nenhuma norma que expresse tal direito não significa que o estado não a contemple nas políticas de saúde.

A não inclusão da saúde como um direito na Constituição poderia indicar uma ausência de previsão que levaria a desproteção da saúde da população. No entanto, é importante conhecer e compreender a Lei para chegar a uma melhor análise sobre a questão da ausência do direito (CAMPOS, 1997).

No artigo 33º sobre as normas dos direitos explícitos, a Constituição Argentina diz que:

Art 33 - Las declaraciones, derechos y garantías que enumeran la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados, pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo de la forma republicana de gobierno. (ARGENTINA, 1992).

Os direitos individuais garantidos na Constituição Argentina proporcionam uma concepção ampla e abrangente de saúde, mesmo não havendo menção específica ao direito à saúde no texto constitucional. Os dispositivos constitucionais tratam dos direitos individuais e sociais, em relação ao trabalho, lazer, salários justos e moradia. A importância dos direitos acima mencionados reside em favorecer a implementação de políticas sociais que, por sua vez, proporcionam um pa-

drão mínimo de saúde (NOGUEIRA; SIMIONATO, 2004).

Art 14 (bis) [...] El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna. (ARGENTINA, 1992).

O sistema de saúde argentino é marcado por importantes características como: a forte fragmentação entre os setores público, privado e de seguridade social, principalmente em relação às fontes de financiamento que são alternativas e às modalidades particulares de alocação de recursos. Nesse país, o modelo de atenção médica se apresenta centrado na especialização e no uso da alta tecnologia, em detrimento dos programas de promoção, prevenção e de atenção primária (DAL PRA, 2004).

Apesar de não estar explicitamente prevista na Constituição Argentina, a saúde é entendida como um direito de todos. O país possui 23 províncias, e a capital federal tem a responsabilidade do cuidado e da proteção à saúde, realizando um trabalho também descentralizado. A política nacional de saúde da Argentina é datada de 1992, amparada no princípio equitativo e solidário.

No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la atención primaria de salud como estrategia básica. (OPAS, 1998, p. 38).

A saúde na Constituição da Argentina, diferentemente do que na Constituição do Brasil, não contempla a participa-

ção e a responsabilidade da sociedade civil, através de formas de expressão do controle social. A participação da população civil fica restrita ao Conselho Federal de Saúde (COFESA), que:

[...] es el espacio natural para recrear un foro de construcción de consenso, concertación e acuerdo federal, entre distintos sectores y las jurisdicciones, para el tratamiento de las diferentes temáticas substantiva que requieren decisiones compartidas, con el objetivo de construir una política nacional de salud e para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad. (ARGENTINA, 2000, p. 25).

A Saúde na Constituição do Brasil

A Constituição do Império (BRASIL, 1824), bem como a primeira da República (BRASIL, 1891), não se referem ao direito à saúde. Tampouco o fazem as Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1967 (BRASIL, 1934; 1937; 1946; 1967). Ao menos, estas constituições referem-se à saúde quando tratam das competências dos entes da federação. Na Constituição de 1969 (ou Emenda Constitucional nº 01) também assim ocorre (BRASIL, 1969). Uma mudança do tratamento da saúde na esfera constitucional ocorre mediante a Emenda Constitucional nº 27, de 1980, que acrescenta o parágrafo 4º ao art. 25 do texto de 1969. Prevê-se, pela primeira vez em uma constituição brasileira, um percentual de repartição tributária a ser aplicado em programas de saúde.

Na leitura comparativa das constituições observa-se que a saúde adquire um *status* de direito, no âmbito constitucional, somente com a Carta Democrática de 1988 (BRASIL, 1988). Não se trata simplesmente da saúde como um direito, mas sim de um direito fundamental.

Além da previsão da saúde como um dos três pilares da

Seguridade Social, situada no título VIII (Da Ordem Social) da Constituição, a saúde também é proclamada como um dos direitos sociais no *caput* do art. 6º, pertencente ao título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais).

O art. 196 da Constituição da República de 1988, que enuncia o direito à saúde, é classificado como uma norma de princípio programático. Cumpre lembrar que as normas de princípio programático não têm “força suficiente para se desenvolver integralmente”. Elas são normas de eficácia reduzida, ou seja, elas não são “operantes relativamente aos interesses que lhe constituem objeto específico.” (SILVA, 2007. p. 151).

Não obstante essa classificação, o Judiciário vem ampliando o alcance do art. 196, com a apresentação do seguinte argumento: a natureza programática da norma não confere uma permissão ao Poder Público de omitir-se no dever de assegurar os serviços de saúde à população. Nesse sentido, pronunciou-se o Ministro Joaquim Barbosa, quando relator de um recurso extraordinário acerca da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes: “A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional incosequente.” (BRASIL, 2005).

O fornecimento de medicamentos a pacientes hipossuficientes como obrigação do Estado constitui matéria assentada no âmbito do Supremo Tribunal Federal. Para o STF, sequer os problemas orçamentários podem obstaculizar o fornecimento gratuito de medicamentos indispensáveis em favor de pessoas carentes, cabendo até mesmo o bloqueio de verbas públicas (Brasil, 2006). Não obstante essas decisões, mister lembrar da existência do princípio da reserva do financeiramente possível, cuja incidência é reconhecida no âmbito da saúde (MENDES; COELHO; BRANCO, 2008)

Uma vez abordada a efetividade do direito à saúde, faz-se necessário examinar como a Constituição prevê a implementação do art. 196. A seguir, observa-se a quem com-

pete, no âmbito da federação, atuar e legislar em matéria de saúde, e posteriormente dedica-se atenção ao SUS.

O cuidado da saúde constitui competência material comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Ou seja, cabe aos quatro entes da federação cooperarem na execução de tarefas relacionadas ao cuidado da saúde (BRASIL, 1988, Art. 23, § 2º).

A competência para legislar em matéria de saúde pertence à União, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1988, art. 24).

O art. 30, VII confere aos Municípios a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, especificando que isso será feito com a cooperação técnica e financeira da União (BRASIL, 1988).

A saúde é um direito cuja implementação compete aos quatro entes federativos. Para o cumprimento deste direito foi criado o SUS. Este foi previsto nos arts. 198 e 200 da Constituição Federal e criado pela Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a). Compõem o SUS, entre outros, o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A definição do SUS oferecida pela Lei 8.080, de 1990 ressalta o seu caráter orgânico mediante referência ao caráter público das entidades que o compõe, *in verbis*:

[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 1990a, art. 4º).

Não obstante a natureza pública das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS, as entidades privadas, preferencialmente as sem fins lucrativos e as filantrópicas, podem associar-se ao SUS. Essa participação ocorre de forma complementar e facultativamente (BRASIL, 1988, art. 199 §1º).

Três são as diretrizes constitucionais a cerca do SUS, a

saber: a) descentralização; b) atendimento integral; c) participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

A descentralização do SUS funciona deste modo: em cada esfera de governo, existe uma direção única. Isto é, no âmbito federal, a direção está a cargo do Ministério da Saúde, enquanto que nos outros entes federativos, a direção encontra-se no âmbito das Secretarias de Saúde.

A prevenção, a proteção e a recuperação da saúde estão compreendidas na diretriz concernente ao atendimento integral (CAPEZ et al., 2008) que remete ao atendimento de todas as necessidades da população quanto à saúde. Desse modo, a saúde:

[...] deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público. (TAVARES, 2002, p. 729).

A diretriz de atendimento integral enfatiza as atividades preventivas. Estas traduzem-se em programas e campanhas de vacinação, de divulgação dos riscos de doenças, formulação de políticas de alimentação e de saneamento básico, entre outras.

A terceira diretriz prevê a participação da comunidade no SUS, que se efetiva em órgãos colegiados, em especial, nas Conferências e Conselhos de Saúde. Estes dois órgãos, criados pela Lei n. 8.142, de 1990, devem ter representação paritária dos usuários, em relação ao conjunto dos outros segmentos sociais (BRASIL, 1990b).

A diretriz de participação da comunidade confirma a natureza dúplice do direito à saúde, porquanto é um direito social pessoal, como também um direito social coletivo (SILVA, 2007). A Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990, compõem um conjunto normativo conhecido como “Lei Orgânica da Saúde”, porquanto elas estruturam o sistema do direito sanitário brasileiro (AITH, 2006).

As diretrizes, princípios e objetivos do SUS, constantes na Constituição Federal, são abordados de forma específica pela Lei 8.080. Esta dispõe, ainda, da organização, direção e gestão do SUS, bem como de suas competências e do financiamento (BRASIL, 1990a).

Foram realizadas três alterações na Lei nº 8.080. A primeira que institui o do Sbusistema de Atenção à Saúde Indígena regulamentado pela Lei nº 9.836, de 1999 (BRASIL, 1999).

A segunda mudança trata da criação, pela Lei nº 10.424, de 2002, do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar. Este Subsistema foi previsto para as ações de medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora, relacionadas aos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos e psicológicos, entre outros, no âmbito dos domicílios dos pacientes (BRASIL, 2002).

A terceira mudança instituída pela Lei 11.108, de 2005, cria o Subsistema de Acompanhamento Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato. Desde então, os serviços de saúde do SUS tornaram-se obrigados a garantir às parturientes, o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Na Constituição da República de 1988 há a definição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, assim como a previsão de mecanismos para que isso seja efetivado. Nesse sentido, o SUS é o principal mecanismo para a implementação do direito à saúde (BRASIL, 1988).

Apresentado sucintamente o direito à saúde, cumpre examinar alguns pontos de convergência e divergência do direito sanitário no ordenamento jurídico brasileiro e argentino.

O direito à saúde na Argentina e no Brasil

Para melhor compreensão acerca das políticas de saúde da Argentina e do Brasil, torna-se importante trazer os di-

plomas legais que tratam do direito à saúde, a saber:

- Argentina – Decreto Marco 1.269, de 1992 (ARGENTINA, 1992);
- Brasil – Lei 8.080 e 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990a,b).

No Brasil, a área da saúde é instrumentalizada por um novo paradigma a partir do momento em que é inserida na pauta de atenção do Estado, principalmente através da intervenção das políticas de saúde, tornando-se, muitas vezes, mais um dos suportes para o exercício do poder na sociedade, quando:

Num primeiro momento, no qual as políticas, as práticas e os serviços de saúde têm a marca de uma importante presença estatal, em correspondência com uma forma particular de exercer o poder sob o esquema político que se convencionou chamar “Estado benfeitor”, “social” ou “assistencial”. E em segundo, no qual ocorre uma mudança nas características da dominação, que se exerce através da concentração máxima do poder do Estado, da perda de sua “autonomia relativa” e do uso extensivo da força como recurso principal da dominação. (LAURELL, 1997, p.179).

As desigualdades sociais têm representado e representam fatores distintos para a produtividade, a cidadania e o desenvolvimento dos povos e nações, pois representam oportunidades diferenciadas para a inclusão e exclusão de populações e de direitos básicos do ser humano, principalmente relacionados à habitação, trabalho, educação, alimentação e saúde.

A inclusão na agenda estatal da garantia de direitos é limitada e vários são os motivos para que assim o sejam, um deles é o processo capitalista de exclusão social (NOGUEIRA; SIMIONATO, 2001).

Categoria	Argentina	Brasil
Conceito de Direito à Saúde	Direito à saúde para toda a população, enfatizando a redução de riscos mediante ações especialmente dirigidas à população marginalizada e em situação de pobreza estrutural ou em situações bio-psico-sociais potencialmente perigosas.	Saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
Princípios do sistema de saúde	Equidade e solidariedade. Melhorar a acessibilidade, eficiência e qualidade da atenção média mediante extensão de cobertura para todos, com ações de melhor nível de qualidade e menor custo econômico e social possível.	Universalidade de acesso; integralidade de assistência; prevenção da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde; divulgação de informações; utilização de epidemiologia para definição de políticas; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; resolutividade em todos os níveis; organização dos serviços públicos evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.
Concepção de Saúde	Saúde como condição de bem-estar favorecendo uma vida social e economicamente produtiva.	Fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
Objetivos do Sistema de Saúde	Coordenar e integrar as ações do setor saúde com outros setores sociais do governo; mobilizar recursos financeiros, humanos tecnológicos e de infra-estrutura relacionados a atenção à saúde; incorporar recursos normativos, organizativos e de gestão adequados à realidade política, econômica, social, cultural e sanitária que melhorem em curto prazo os problemas vinculados à eficiência, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde.	A identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, o direito à saúde; a assistência de pessoas por intermédio de ações e promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Gestão	Implementar um sistema de atenção médica que garanta a equidade, eficácia e eficiência enfatizando a otimização dos recursos disponíveis; orientar os setores públicos e privados para a organização e funcionamento do sistema e recursos de saúde tendo como eixo a descentralização e o desenvolvimento de redes locais de complexidade crescente, a coordenação e complementação dos prestadores de serviços de saúde e as necessidades e demandas da população – atenção primária de saúde; regionalização através de sistemas locais de saúde (SILOS), distritos de saúde e áreas programáticas.	Ações regionalizadas e hierarquizadas; direção única em cada esfera de governo; possibilidade de consórcios intermunicipais de saúde.
Financiamento	O Sistema financiado por duas fontes de recursos: orçamentárias e contribuições dos trabalhadores às empresas prestadoras de assistência médica.	O sistema será financiado pelo orçamento da Seguridade Social, definido constitucionalmente. A alocação de recursos será feita obedecendo a critérios populacionais, epidemiológicos, capacidade técnica, administrativa e operativa da rede instalada, inversões no sistema e transferido fundo a fundo entre União aos Estados e Municípios.

Fonte: NOGUEIRA; SIMONATO; GOMEZ (2004, p. 90-94)

Quadro 1 – Quadro comparativo – Princípios normativos dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Argentina

A saúde é um direito do indivíduo, assim como de toda a sociedade, e tem características especiais por possuir a qualidade de “direito fundamental social”.

Observa-se, ainda, que os textos constitucionais da Argentina e do Brasil não especificam o estrangeiro como beneficiário dos serviços de saúde prestados pelo Estado. Entretanto, a partir da criação do MERCOSUL, há estudos em desenvolvimento com esta perspectiva. Até o presente momento, os direitos e deveres dos estrangeiros estão regulamentados na Lei nº. 6.815 de 19 de agosto de 1980 (Estatuto do Estrangeiro) (BRASIL, 1980).

Conforme pode ser observado no quadro 1, há diferenças e similitudes acerca dos direitos à saúde, previstos nas Constituições da Argentina e do Brasil. Isto está associado a fatores sociais, políticos e culturais de cada país.

O conceito de saúde observado é o da OMS (Organização Mundial da Saúde), apesar de sua amplitude, portanto a saúde deveria ser prioridade num sentido mais abrangente, incluindo-se as várias formas, dimensões e responsabilidades das esferas governamentais (PEDROSO, 2004). Segundo Aleixo (2002), o debate acerca da saúde deve incluir esclarecimentos à população do que representa a atenção ou os cuidados primários de saúde, que constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde e que, na maioria das vezes, são de responsabilidade primeira dos municípios.

Na Argentina e no Brasil, a saúde é responsabilidade do poder público. Geralmente o poder público municipal é o mais solicitado, por se encontrar mais próximo do cidadão. Assim, esse poder assume a responsabilidade, como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes público estadual e federal são sempre co-responsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal. É importante ter-se presente, no entanto, que essa responsabilidade não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recupera-

ção da saúde.

É preciso não perder de vista que a saúde é um direito humano fundamental, mas para que seja garantido o acesso a esse direito é necessário investimentos pessoais e sociais, cabendo aos governos definir políticas públicas de promoção da saúde, investir recursos para proporcionar melhorias no nível de vida dos cidadãos e, ao mesmo tempo, promover o aumento da produtividade da sociedade, tanto em termos sociais quanto econômicos.

Referências:

ADUANA ARGENTINA. [Página na Internet] 2007. Disponível em <<http://www.aduanaargentina.com/ct.php>>. Acessado em: 13 nov. 2007.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2006.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. Atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ARGENTINA. Constituição (1992). **Constituição da República da Argentina**, 1992.

_____. Ministério de Salud. **Políticas Sociais**. Buenos Aires, 2000.

BRASIL. Poder Legislativo. **Lei nº 6.815**, de 19 de agosto de 1980 (Estatuto do Estrangeiro). Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 21 de agosto de 1980.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de agosto de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília (DF). Diário Oficial da União. 20 de setembro de 1990a. DOFC n. 018055, Seção 1.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. 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 1990b, p. 25.694, Seção 1.

_____. **Lei n. 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília (DF). Diário Oficial da União. 24 de setembro de 1999.

_____. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de abril de 2002, p. 0001, Seção 3.

_____. **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 08 de abril de 2005, p. 000001, Seção 3.

_____. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil de 1824**. Coleção das Leis do Império do Brasil de 1824. p. 7. 1824.

_____. Constituição (1891). **Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil de 1891**, de 24 de fevereiro de 1891. D. O. de 24 de fevereiro de 1891.

_____. Constituição (1934). **Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil de 1934**, de 16 de julho de 1934. D. O., de 16 de julho de 1934.

_____. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**, de 10 de novembro de 1937. D. O., de 24 de novembro de 1937.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946**, de 19 de setembro de 1946. D. O. de 19 de setembro de 1946.

_____. Constituição (1967). **Constituição do Brasil de 1967**, de 24 de janeiro de 1967. D. O. de 24 de janeiro de 1967, p. 1.

_____. **Emenda Constitucional (1969)**. de 17 de outubro de 1969. Emenda à Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967. D. O. de 20 de outubro de 1969, p. 8865.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: 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 jun. 2008.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Acórdão em RE n. 368.041**. Relator: Ministro Joaquim Barbosa, Brasília (DF). DJ, 17 jun. 2005.

_____. **Agravo 59.7182/RS**. Relator: Ministro Cezar Peluso, julgamento 10/10/2006, segunda turma, Brasília (DF), DJ 06/11/2006, PP-00042. Ementa Vol. 02254-07, PP-

01384 RNDJ, v. 8, n. 86, 2007, p. 73-75.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: pensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPEZ, Fernando; et al. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DAL PRA, Keli Regina. Reformas do Setor Saúde nos países do Mercosul: As reformas na Argentina. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 95-103.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete. Aspectos legais do direito à saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (Org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 81-94.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete. Pobreza e Participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 66, p. 145-164, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 81-94.

OPAS/OMS. Organización Panamericana de Salud. La salud en las Américas. v. 2, p.38, 1998.

PEDROSO, Karina. **Fronteira Mercosul: regulações e normatizações na área do direito à saúde.** 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais.** 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, José da. **Curso de direito constitucional positivo.** 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional.** São Paulo: Saraiva, 2002.

TAYLOR, Allyn L.; BETTCHER, Douglas W. International Law and Public Health (Editorial). **Bulletin of the World Health Organization**, 2002.

4.2 A voz do cidadão na fronteira

*Maria de Lourdes de Souza
Vera Lúcia de Azevedo Lima
Marília de Fátima Vieira de Oliveira*

Introdução

O conteúdo deste texto é resultante de uma das atividades desenvolvidas durante o II Seminário Internacional: A inclusão social nas fronteiras realizado no período de 19 a 21 de outubro de 2008 na cidade de Dionísio Cerqueira - SC. Este Seminário teve como objetivo: mobilizar os gestores municipais para uma ação compartilhada voltada para o desenvolvimento regional e inclusão social nas fronteiras. Os objetivos específicos foram: articular para o desenvolvimento de programa de cooperação entre Municípios, a busca de cooperação internacional e a visibilidade da Fronteira Brasil x Argentina; refletir sobre saúde, como uma das estratégias de desenvolvimento, no contexto da globalização; preparar estratégias para que a produção de alimentos se constitua em novas oportunidades para inclusão social na fronteira; mobilizar jovens lideranças dos municípios para desenvolver competência para articular as diferentes atividades produtivas e compreender as questões emergentes em saúde na fronteira; estimular o diálogo entre diferentes seguimentos dos municípios com vistas à compreensão da importância da Fronteira para a Nação e sua contribuição para identidade nacional.

Visando a consecução destes objetivos, foi definido um programa para o Seminário (Anexo A), que foi desenvolvido com as modalidades técnicas de: conferência, mesa-redonda, reuniões técnicas e dinâmica de grupo. O conteúdo decorrente da dinâmica de grupo é registrado neste texto com a finalidade de registrar a perspectiva dos cidadãos, integrantes dos grupos de trabalho, e também de garantir o registro histórico.

A dinâmica de trabalho

As Oficinas e Seminários realizados no contexto do Projeto que dá origem ao convênio 5435/2004, entre o Ministério da Saúde e a Fundação Boiteux, foram desenvolvidos com dinâmica de grupo que proporcionasse para os distintos gestores municipais, lideranças técnicas e políticas dos municípios, usuários dos serviços municipais e demais participantes, oportunidades para expressarem suas contribuições, críticas, perspectivas, enfim, fossem verdadeiros partícipes.

Esta atividade foi planejada de modo a: integrar em cada grupo de trabalho representantes dos municípios, profissionais de diferentes formações e instituições, lideranças de diversos níveis de escolaridade, instituições de ensino, ou seja, contemplar a diversidade. Todos os grupos foram orientados de modo a indicar um coordenador e um relator e, em cada grupo, foi distribuído um texto para leitura, papel e pincel para registro das idéias do grupo. Deste modo escreveram em folhas de papel suas expectativas em relação aos municípios fronteiriços e em seguida elaboraram as proposições e/ou metas relacionadas às expectativas que sistematizaram no grupo. No segundo momento, correspondente ao segundo dia do evento, os grupos categorizaram suas expectativas de acordo com unidades temáticas e elegeram o relator para apresentar os resultados do trabalho do grupo. A plenária de encerramento do seminário foi organizada de modo que os relatores dos grupos apresentassem as contribuições sobre proposições e metas, previsão para a realização das mes-

mas e os articuladores locais, e as autoridades presentes também se posicionassem, no sentido de esclarecer, afirmar ou contestar as contribuições dos grupos de trabalho.

Perspectivas dos cidadãos

Participaram da dinâmica de grupo 176 pessoas, que exercem atividades profissionais como: Psicólogos, Conselheiro Tutelar, Agente da Vigilância Sanitária, Pedagogos, Professores Universitários, Enfermeiras, Assistentes Sociais, Médicos, Agrônomos, Diretores de Escolas, Técnicos de Enfermagem, Agentes de Saúde, Advogados, Secretários Municipais de Saúde, Secretários de Educação, Prefeitos, Vereadores, Jornalistas, Odontólogos. Participaram, ainda Acadêmicos de Enfermagem, Serviço Social e Agronomia, alunos de escola do ensino médio, comerciantes, agricultores e mulheres do lar. Estas pessoas eram oriundas dos municípios de: Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Paraíso, São Miguel do Oeste, Entre Rios, Itapiranga, São José do Cedro, Chapecó, Guarujá do Sul, Santo do Sudoeste, Barra Bonita, Maravilha, Anchieta e Salgado Filho. Participaram ainda, os Técnicos do Ministério da Saúde, oriundos de Brasília, professores da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal do Pará, Universidade do Oeste Catarinense (UNOESC), da Faculdade de Fronteiras (FAE), Universidade de Tocantins, residentes em diferentes cidades.

As unidades temáticas que foram registradas pelos grupos de trabalho foram: saúde, educação, economia, social e meio ambiente. Estas unidades temáticas são registradas no quadro 1.

Unidades temáticas relacionadas às expectativas dos grupos de trabalho

Unidades temáticas	Expectativas	Proposições/metodologias	Duração	Articuladores
SAÚDE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde na Aduana; ▪ Hospitais de fronteira; ▪ Projetos, recursos e gerenciamento para os hospitais; ▪ Criação de um consórcio hospitalar intermunicipal e internacional; ▪ Acesso à medicações; ▪ Programas de prevenção e tratamento das DSTs/Aids; ▪ Contratação de médicos especialistas; ▪ Planejamento familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliar Projeto Caminhoneiros; ▪ Reunião com associação de bairros e poder público; ▪ Fortalecer as ações do comitê internacional de saúde da fronteira, legalizando-o; ▪ Criar protocolos para indicação de medicamentos; ▪ Implantar nos municípios o programa de educação permanente em saúde; ▪ Campanhas, palestras educativas sexualidade, reprodução e DST/Aids; ▪ Cursos profissionalizantes; ▪ Programas de incentivo à estima e identidade de fronteira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curto prazo ▪ Médio prazo ▪ Médio prazo ▪ Curto prazo ▪ Curto prazo ▪ Curto prazo ▪ Curto prazo ▪ Longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poder público, comunidade em parcerias com Universidades, com Governo Federal (Ministério da Saúde); ▪ Todos os profissionais da área; ▪ Representantes de políticas públicas e privadas e comunidade em geral; ▪ Secretaria de Segurança Pública em parceria com outras instituições; ▪ Conselho Tutelar; ▪ Secretarias Municipais. 	
EDUCAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planejamento didático-pedagógico focando o perfil do cidadão de fronteira; ▪ Formação profissionalizante; ▪ Mobilização de Universidades Regionais; ▪ Educação bilíngue nas escolas da fronteira; ▪ Formação superior acessível e de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ação conjunta: escola, poder público e comunidade; ▪ Integração (poder público) e Secretaria de Educação Municipal Brasil/Argentina; ▪ Implantar o projeto bilíngue em todas as escolas de ensino fundamental; ▪ Avaliar e fortalecer as faculdades já existentes; ▪ Contratar equipe técnica multiprofissional para as escolas dos municípios; ▪ Planejamento didático pedagógico focando o perfil do cidadão de fronteira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conforme planejamento anual e/ou semestral dos níveis educacionais (Estado, Município e União). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestores, educadores, poderes executivo, legislativo e judiciário e comunidade em geral; ▪ Parcerias entre os governos municipais e as diferentes Faculdades, Universidades Federais e outras instituições. 	

Continua...

Unidades temáticas	Expectativas	Proposições/metás	Duração	Articuladores
ECONOMIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Livre comércio; ▪ Criação da moeda única para faixa da fronteira e livre comércio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas e ações "unificadas": Focar na sustentabilidade, trabalhar o "penso" dos administradores, setores e departamentos que geram a empregabilidade; ▪ Unificar a economia na zona de fronteira com enfoque na qualidade de vida; ▪ Ofertar mais cursos profissionalizantes, de acordo com a demanda local. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensalmente – Planejamento, execução com os gestores públicos e privados, com sistematização e acompanhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parcerias dos Governos Municipais com os Ministérios da Economia, do Trabalho e da Agricultura, com as Universidades Federais, com outras instituições nacionais e internacionais.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geração de empregos; ▪ Maior integração no esporte e cultura; ▪ Reconhecimento pelo IBGE da população brasileira que mora fora do país; ▪ Programas de informação para sanar problemas de prostituição e exploração sexual infantil e tráfico de seres humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cursos técnicos na área da agricultura, produção industrial, saúde e comércio; ▪ Manter as escolas rurais; ▪ Desenvolver programas voltados para a agricultura; ▪ Geração de empregos (indústrias, agroindústrias e microempresas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prazo de 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPAGRI e Secretaria da Agricultura; ▪ Secretaria de Indústria e Comércio; ▪ Ministérios do Trabalho e da Saúde; ▪ Governo Municipal; ▪ Polícia Federal; ▪ Universidades; ▪ Comunidade.
MEIO AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria das condições ambientais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação de rede de saneamento básico; ▪ Incentivos municipais às propriedades que protegem nascentes de águas; ▪ Cursos, palestras sobre proteção às nascentes, matas ciliar, gestão ambiental; ▪ Reunião de associação de bairros e poder público. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prazo de 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Governo Federal, Estadual e Municipal; ▪ Conselhos Municipais; ▪ Associações de bairros; ▪ Demais entidades organizativas.
COMERCIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Livre acesso na Argentina (carta verde); ▪ Infraestrutura na Aduana Justaposta; ▪ Agilidade na liberação das cargas; ▪ Incentivo efetivo permanente na compra local (por parte dos comerciantes); ▪ Implantação de indústrias e incentivos aos pequenos empreendedores; ▪ Uso de dois idiomas em placas informativas; ▪ Criação de moeda única. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação profissional; ▪ Incentivos fiscais; ▪ Formalização de contratos e convênios; ▪ Definição de leis; ▪ Outros instrumentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prazo de 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parceria entre as Secretarias Municipais com o Ministério da Indústria e Comércio, Ministério da Integração Social, com Universidades Federais, outras instituições.

Quadro 1 - Unidades temáticas relacionadas às expectativas dos grupos de trabalho

Comentários finais

Na dinâmica de grupo participaram profissionais de várias áreas do saber, dos municípios de fronteira dos estados do Paraná e de Santa Catarina, e de várias instituições, do governo federal, estadual e municipal. As expectativas foram apresentadas com proposições e metas compartilhadas voltadas para o desenvolvimento regional e que resulte em inclusão social nas fronteiras.

As contribuições coletadas no trabalho dos grupos foram decorrentes da experiência profissional e da realidade sócio-cultural da região. A mediação do trabalho levou em conta o respeito a todos os participantes, suas diferentes experiências e contribuições e, também, resgatou as contribuições que foram apresentadas durante as discussões dos grupos.

A dinâmica de trabalho foi inclusiva e os participantes marcaram presença com as contribuições que foram reconhecidas como pertinentes pelas autoridades presentes à sessão de encerramento do Seminário. Assim sendo, considera-se que a dinâmica se mostrou apropriada como uma ferramenta para dar voz ao cidadão e buscar a complementaridade entre os partícipes, enfatizando a inclusão social na fronteira.

Galeria de fotos do trabalho de grupo





Anexo A - Programa do II Seminário Internacional A INCLUSÃO SOCIAL NAS FRONTEIRAS

II Seminário Internacional A Inclusão Social nas Fronteiras



PRODUÇÃO
 Comitê Organizador
 Ministério da Saúde - Fundação de Amparo à Pesquisa em Saúde (FAPESP)

Data: 19 e 21 de outubro de 2008
 Cidade: Dionísio Cerqueira - Santa Catarina - Brasil



Municípios de abrangência

Comitê Organizador
 Ministério da Saúde - Fundação de Amparo à Pesquisa em Saúde (FAPESP)

APOIO:



REALIZAÇÃO:



COOPERAÇÃO:



FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO _____

CPF _____

ENDEREÇO COMPLETO _____

CIDADE _____ ESTADO _____

TELEFONE _____ EMAIL _____

INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA _____

ASSINATURA _____

II Seminário Internacional A Inclusão Social nas Fronteiras

FICHA DE INSCRIÇÃO DEIXAR NA SECRETARIA

Dia 19 de outubro de 2008

19:00 h - Sessão solene de abertura

Boas vindas pela: Sra. Salete Gnoato
Professora de Comércio Exterior

20:00 h. - Conferência

Tema: Saúde e desenvolvimento nas fronteiras
Prof. Dra. Maria de Lourdes de Souza - REPNUSUL - UFSC

Dia 20 de outubro de 2008

14:00 - 15:30 h. - Mesa Redonda I
Tema: As fronteiras no mundo globalizado

Coordenador: Més Ana Messer - UNICEC

Expositores:
- Política e cooperação para o desenvolvimento
- Fronteiras e desigualdades:
Prof. Armin Wagner (Alemanha)

15:30 - 17:00 h. - Trabalho em grupo

Tema: Estratégias de desenvolvimento no contexto

Moderador: Profa. Dida, Maria de Fátima Vieira de Oliveira -
DINTER/UFSC/PAFCAPES
UFSC/UPRN/CAPES

17:00 - 18:30 h. - Mesa Redonda II

Tema: Inclusão social e identidade cultural no contexto da fronteira Brasil/Argentina

Coordenador: Patrícia, Mariana Murari, Secretária de Educação - Distrito
de Corgueta

Expositores:
- Comunitarismo e desenvolvimento
- Comunitarismo no contexto da Fronteira Rio
- A inclusão social através da saúde: o caso da mobilidade
terrestre no contexto de municípios fronteiriços
UNICEC
- Política de FINASA

Dr. Marco José Modinos Fernandes - Coordenador Regional/FUNASA

18:30 - 19:00 h. - Intervalo

19:00 - 21:00 h. - Mesa Redonda III

Tema: Agricultura, economia e futuro ambiental: Políticas para a produção de alimentos na região

Coordenador: Indicação dos municípios de fronteira

Expositores:
- Produção e comercialização de alimentos na região de fronteira:
políticas de investimento e controle de qualidade (Brasil e
Uruguai)
Dr. Francisco Alejandro Powell Von de Castellil
Superintendente do Ministério da Agricultura em Sanin Catarina

- Produção e comercialização de alimentos na região de fronteira:
o aproveitamento e a agropecuária
M.Sc. Na Carriz - EPAGRI de Arvidhar

Dia 21 de outubro de 2008

13:30 - 15:00 h. - Mesa Redonda IV

Tema: Saúde e políticas públicas

Coordenadora: Esp. Marisa Lucena Branco
Ministério da Saúde do Brasil

Expositores:

- Ministério da Saúde, o projeto SES fronteira
Vanessa Maria Rezende - Coordenadora do SES Fronteira/MS
- A vivência de cooperação dos municípios
fronteiriços: os municípios: Bomazito de
Uruguai, Barro Preto e Distrito Corgueta

Coordenação dos municípios e do setor sistema local de
saúde na região de fronteira do Paraná
Dra. Dimes Siviero de Carvalho - UFPR

15:00 - 16:30 h. - Trabalho em grupo

Tema: Estratégias de desenvolvimento no contexto das fronteiras

Moderador: Profa. Dida, Maria de Fátima Vieira de Oliveira -
DINTER/UFSC/PAFCAPES
UFSC/UPRN/CAPES
Prof. Dida, Vera Lucia de Azevedo Lima - DINTER/

16:30 - 17:00 h. - Intervalo

17:00-19:00 h. - Mesa Redonda V

Tema: A Vigilância em Saúde no contexto das fronteiras

Coordenador: Prof. Dida, Luiz Alberto Peruginio Ferreira

Expositores:

- ANVISA no contexto das fronteiras
- Vigilância em Saúde nas fronteiras
- Práticas especiais para a vigilância em saúde nas fronteiras
Beti, Maria Helena de Figueiredo - Coordenadora de Projetos ANVISA
- Estudo de Caso: O projeto "Comitê Interativo Intersetorial de
Linha Duarte, Lacerda - Enfermeira da ANVISA
- DDT e ADB e o contexto das fronteiras
M.Sc. Ana Messer - UNICEC

19:00- 20:15 h. - Mesa Redonda VI

Tema: Migração e tráfico internacional de seres humanos

Coordenador: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

REPNUSUL/UFSC

Expositores:
- Mulheres, migração e desigualdades
- Anália Lucrécia F. S. Viçager - Antropóloga Alemã
- A migração de mulheres: o caso do Brasil
- Bol. Espaço da Casa Nôo - DFR-SC

20:15 h. - Sessão solene de encerramento

Tema: Estratégias de desenvolvimento no contexto das Fronteiras

Expositores: Coordenadores dos grupos de trabalho

4.3 Os Conselhos Municipais de Saúde nos espaços de fronteira

*Orides Mezzaroba
Vicente Volnei de Bona Sartor*

A declaração constitucional brasileira de cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e de integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina evocam a idéia de solidariedade, sugerindo a efetiva participação política para elaborar e implementar projetos e políticas públicas de integração sul-americana. Neste contexto, os conselhos transfronteiriços constituem-se em alternativas viáveis de relacionamentos de um novo tipo de empreendimento social compartilhado. Assim, aos conselhos de saúde em fronteiras na América do Sul requer visões distintas das tradicionais formas de gerência político-administrativa dessas áreas.

Colorário destas visões, advém a idéia de solidariedade, evocando comprometimento ético do dever em sociedades e comunidades plurais e multiétnicas, em particular àqueles que vivem nas fronteiras. Os pressupostos da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e da integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina exigem dos conselhos gestores de saúde em fronteiras estimular políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, articular a implementação pelos organismos setoriais sob as diversas peculiaridades político-administrativas.

A assunção política da gestão dos conselhos em fronteiras sul-americanas desafia a matriz vigente das organizações de saúde em geral, ao problematizar a formação dos profissionais da saúde e reinventar procedimentos político-administrativos quanto ao fluxo de cidadãos e de gerenciamento dos bens materiais e patrimoniais. Em áreas geográficas de múltiplos usos pelos cidadãos e finalidades socioeconômicas, integrar pessoas em torno do bem comum de saúde – cuidados, controle epidemiológico e assistência médica – visa à prestação de serviços assimétricos. Ou seja, a razão em se manter e criar um conselho gestor de saúde nas fronteiras é a crença de que o sucesso e a saúde de outros garantem o florescimento de projetos de todos que se identificam como membros de fronteiras.

Se o destino do outro afeta cada membro de forma significativa, esse desafio sugere preparação e formação de pessoas na formulação de políticas públicas e, sobretudo, de arranjos institucionais de gestão dos conselhos nas fronteiras. Ou seja, não se trata de apenas de uma prestação de serviços instrumentais, amplamente encontrada na maioria dos casos praticados em municípios não-fronteiriços. No caso da cooperação instrumental, cooperar com os outros é um meio para se obter vantagens individuais, a saber: cada indivíduo e instituição tem certos interesses que são mais facilmente conseguidos ao se agir junto com outros. Nesse caso, a motivação para cooperar advém do auto-interesse e da racionalidade, não sendo um valor em si mesma, pois uma vez atendidos os interesses individuais, a motivação desaparece.

A cooperação não-instrumental, por sua vez, baseia-se na consecução de metas e de interesses comuns. Isso equivale dizer que os interesses individuais não podem ser separados das metas dos outros países fronteiriços. Nesse sentido, a cooperação caracteriza-se por não ser instrumental. Atribuindo-se um valor intrínseco ao processo de cooperação, os objetivos comuns tornam-se ainda mais fortes. E nisso, ne-

cessariamente, está a inclusão do outro, pois esse é a pré-condição da liberdade de cada um numa sociedade de cooperação. Uma atitude de solidariedade deste porte diz respeito à própria preservação da vida comum em sociedade, respeitando as diferenças. Trata-se, pois, de um conceito ético. Envolve, então, arte e política para as quais é inaceitável solidarizar-se na miséria¹. Os conselhos fronteiriços de saúde podem ser um elo de extensão das políticas públicas sob a ótica não instrumental. Se a serviço instrumental, os cidadãos tornam-se meros objetos de manobra; se a serviço de um investimento social, os sujeitos das fronteiras tornam-se cidadãos. Nesta última, os conselhos atuam numa relação entre governos, comunidades e cidadãos intra e inter países, de forma a ampliar a integração e a cooperação entre-fronteiras.

Desafios dos conselhos na construção da cidadania sul americana nos espaços transfronteiras

Um traço característico na construção da cidadania sul-americana diz respeito a de agir nas fronteiras de tal maneira que a constituição e a gestão dos conselhos de saúde possam ser uma regra universal para cada um dos habitantes de fronteiras, e ao mesmo tempo, como um fim e não como um simples meio. De regra, esta máxima vale para qualquer política pública de saúde. Nas fronteiras, esta particularidade se acentua, pois na prestação de serviços de saúde, há acordos bilaterais, quando não trilaterais, dimensões essas que não podem ser esquecidas na reflexão de acordos de integração.

Realizar metas comuns específicas e de cooperação, no entanto, continua sendo um desafio na América Latina². A especificidade não elimina a cadeia de eventos a que um conselho de saúde se submete na perspectiva da construção da cidadania nas fronteiras sul-americanas. As diversas

1 Sobre desigualdades sociais na América Latina, consultar Kliksberg (1999).

2 Numa perspectiva operacional, formar rede exige: 1) reconhecer que o outro existe (aceitação); 2) conhecer o que o outro faz (interesse); 3) colaborar, quando necessário (colaboração); 3) cooperar nos acordos operativos (solidariedade) e compartilhar objetivos e recursos comuns (visão comum).

interdependências geradas pelas tecnologias da comunicação indicam a existência de uma rede de relações, implicando pensar os conselhos sob a ótica cosmopolita e, ao mesmo tempo respeitar as culturas e as peculiaridades locais, ampliando as bases de relações cooperativas. Nesse sentido, advém, propriamente, a idéia das relações cosmopolitas da vida humana.

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

Esta prática, se conduzida e cultivada pelos conselhos, gera a estabilidade política e os cidadãos fronteiriços compartilham a amizade, a confiança e o companheirismo. Neste sentido, os conselhos constituem um elo de formação cidadã e desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de virtudes e da cooperação. Mas convém ressaltar: esta prática e este cultivo devem ser ao longo de um tempo considerável para consolidar e encorajar virtudes cooperativas indispensáveis da vida política nas fronteiras, tais como a razoabilidade, o senso de justiça, o espírito de conciliação e a disposição de fazer concessões mútuas.

Neste sentido, os conselhos devem incorporar nas suas diretrizes dois imperativos básicos para o progresso prático: a cooperação e a inovação. Para cooperar necessita-se de inovar, ou seja, difundir na população, tão amplamente quanto possível, o acesso às oportunidades educacionais e econô-

micas para poder aproveitar a potencialidade de todos os membros das fronteiras. Assim, a condição mais importante para que se dê essa fusão advém de uma educação empreendedora da promoção das oportunidades e dos talentos por meio da integração das diversas nações sul-americanas. Ou seja, os conselhos, na constuição da cidadania, devem fortalecer o empoderamento na vida social comum e solidária de seus membros.

Diferentemente do “estar junto” de maneira passiva nas áreas fronteiriças, empoderamento significa agir junto, em vez de reagir. Vê-se, nessa posição de agir junto, a perspectiva do outro e do outro como si próprio. Assim entendido, o empoderamento amplia e consolida um poder-fazer com autenticidade nas relações e, por conseguinte, da cooperação. O inverso conduz à indiferenciação dos sujeitos no processo de metas comuns, ou seja, de os indivíduos deixarem de apoiar uns aos outros para atingir metas comuns de vida humana associada. Ou seja, de não-cidadania.

A indiferenciação social e a perda de horizonte profissional sugere o des-raizamento de relações humanas. Este é um tipo de indiferença que leva à impotência para tomar iniciativa e de empreender, pois os programas e os desenhos político-pedagógicos institucionais não cultivam, suficientemente, os laços de conexão solidários. Ou seja, a consciência de estar associado num destino comum em áreas de fronteiras. Mesmo que o indivíduo reconheça seu destino comum numa sociedade fronteiriça existem dificuldades práticas locais tanto de participação política quanto de democracia participativa nos conselhos de saúde. Este é um dos desafios para os conselhos em geral e de saúde em particular, pois nas democracias sul-americanas, em geral e na maioria das vezes, o viver em comunidade associada é difusa pela falta de transparência pública e pela própria fragmentação do agir humano. A desintegração e a incapacidade de os indivíduos se identificarem com vida comum que, no obstante, é a pré-condição de suas próprias existências, geram des-solidariedade. Em

não havendo realização existencial, no âmbito das fronteiras, haverá frustração social e pessoal, bem como desregulação societária quanto ao acesso de bens fundamentais, como: emprego, lazer, saúde e relacionamentos culturais.

Desse encontro, surge uma nova visão de mundo nas fronteiras, que os conselhos fronteiriços, muito além de serem guiados unicamente pelos aspectos normativos da representação política, devem ser iluminados pelos valores não-instrumentais.

A razão básica dessa proposição para os conselhos como fomentador da cidadania nas fronteiras é a de que o multiculturalismo e diversos aspectos da interetnicidade são formas de respeito ao princípio da universalidade. Neste sentido, qualquer cidadão ou cidadã tem igual direito de participar numa cultura escolhida por ele ou por ela. E qualquer que seja escolha, há o direito de receber os bens sociais básicos – a saúde – no trânsito migratório das regiões.

Aspectos jurídicos e representativos dos conselhos municipais nas fronteiras

Na contemporaneidade, a representação política da sociedade ocorre mediante a intermediação dos partidos políticos. Enquanto os partidos políticos funcionam como instituições que procuram garantir a representação política do cidadão junto aos órgãos públicos, existem outras esferas no interior de cada Sociedade que procuram fomentar a participação política dos cidadãos no sentido de interferirem, de forma organizada, nas decisões dos agentes públicos.

A participação política do cidadão reflete sua cidadania

Podemos participar, entre outros, de entidade sindical, grêmio, clube, conselho, independentemente de nossa definição ideológica. Na medida em que esse tipo de organização assume um perfil político-partidário, na prática deixa de existir enquanto um órgão de participação para assumir características típicas de uma organização partidária.

Contudo, a atividade político-partidária não exclui em absoluto a participação política em suas instâncias, pelo contrário, a participação do cidadão no sistema interno aos partidos políticos seria a base desejável justamente para a transformação e superação das profundas insuficiências verificadas no nosso sistema brasileiro de representação política.

Desta forma, podemos participar em diferentes órgãos corporativos, em defesa dos interesses daquele segmento. Isto, no entanto, não basta para afirmar que estamos atuando em defesa da coletividade em geral.

A participação política, portanto, significa a liberalidade que cada um de nós possui em participar ou não ativamente na formação ou na interferência de uma vontade que poderá ser recepcionada no âmbito das políticas públicas, pois quanto mais a comunidade estiver envolvida de forma organizada em questões que lhe digam respeito nas fronteiras, maior será o compromisso dos governantes em atender tais demandas. É justamente neste contexto que surgem os Conselhos municipais gestores de políticas públicas.

Os Conselhos Municipais se apresentam como espaços públicos para que a Sociedade possa participar da tomada de decisões políticas e podem agrupar diversos interesses específicos, tais como criança, adolescente e idoso, ou, ainda, voltados ao atendimento de determinadas categorias, como: mulheres, grupos étnicos etc.; moradia e meio ambiente; saúde, cultura, transporte, educação.

A eles compete fazer a mediação de interesses entre a Sociedade organizada e os órgãos públicos. A partir dessa ação os Conselhos Municipais passam a contribuir de forma decisiva para a construção de novos espaços de discussão de políticas públicas.

Devemos considerar que não cabe aos Conselhos Municipais assumirem o papel de substitutos dos poderes constituídos, no caso o Legislativo e o Executivo. Caso contrário estaríamos nos defrontando com um problema de competên-

cia e propósitos de órgãos. Não só sob o aspecto formal, mas, sobretudo na questão de representatividade e legitimidade política que carece aos Conselhos, já que eles, no mínimo, não representam o conjunto da Sociedade.

Reflexão

A fronteira é uma realidade prática e material de sucessivas gerações a partir da formação dos estados nacionais. As fronteiras serviram muito mais para delimitar poder do que para integrá-lo. Numa visão muito estreita, serviu para identificar a fonte arrecadadora de impostos e taxas e determinar quem se subordina a quem, do que elo de ligação e passagem entre os limites geográficos. Em geral, marcadamente doutrinários e ideológicos.

As fronteiras podem se constituir uma forma de democracia comunitária. Mas os limites de onde começa uma e termina a outra não se constituem processos de fácil determinação no jogo do poder. A divisão geográfica é uma concepção puramente racional para gerenciar questões de limites territoriais. Nos limites e nas fronteiras podem estar embutidos divisões sociais quanto ao sexo, posse de bens e distribuição desigual de bens sociais básicos, tratando os fronteiriços como cidadãos de segunda categoria e marginais.

O termo e o conceito de fronteira podem se tornar um corpo intermediário na construção da democracia no conjunto de um corpo democrático-constitucional. Um corpo intermediário numa democracia pode ser de associações civis livres, a imprensa livre, os conselhos comunitários, melhor seria, conselho de fronteiras para a resolução de problemas locais. Assim, para conceptualizar um conceito é necessário ir além da normatividade. Daí a indispensável multiplicidade de órgãos de imprensa, a diversidade de opinião e de organizações civis nas fronteiras, bem como o cultivo de princípios, cuja construção se poderia formar a partir de uma universidade de fronteiras.

Bem verdade que o fronteiroço se move num campo movediço, a partir da construção social hoje vigente. Mas se move movediçamente em termos de valores e instituições. Nem por isso se torna menos cidadão. Devemos ver as fronteiras e os habitantes dessa área muito mais sob a ótica antropológica. E sob esta ótica, muitas inovações são necessárias, entre as quais ser visto com igual consideração. Nisto vai uma diferença: as instituições de ensino e a gestão de políticas públicas necessitam reinventar uma concepção de relações humanas, muito mais que econômica, política e normativa, pois nas fronteiras deve-se levar em conta uma solidariedade muito além da igualdade de ações normativas e de gestão em saúde pública.

Num contexto de democracia e de **construção da cidadania sul-americana nos espaços transfronteiras**, os conselhos municipais de saúde só se justificam se e somente se produzirem resultados para as pessoas. Caso contrário, serão mais uma instância doutrinário-ideológica em que os representantes representam-se a si próprios, apropriando-se da máquina pública em benefícios próprio.

A construção da cidadania sob a ótica acima vê as pessoas culturalmente, pois a natureza do ser não difere em decorrência do clima, do ambiente e da localização geográfica. A cultura, em todo o Planeta Terra, fundamentalmente sugere a mesma finalidade: ser compassivo e generoso. Sem essa visão humanista, os conselhos de saúde pouca contribuição civilizatória terá, pois sem liberdade e criatividade, o bem-estar e a saúde, exclusivamente considerados, expressam pouca significação para a vida.

Referência:

KLIKSBERG, B. Desigualdad y desarrollo en América Latina: el debate postergado. **Reforma y democracia**, n. 14, junio 1999 (Revista del CLAD).

PARTE

V

A BUSCA DA SAÚDE E
ESTRATÉGIAS NA FRONTEIRA
SECA

A liberdade de ir e vir e o acesso à
saúde

Sirlei Fávero Cetolin

Maria Isabel Barros Bellini

Rede Repensul e sua contribuição na
fronteira

Maria de Lourdes de Souza

5.1 A liberdade de ir e vir e o acesso à saúde

*Sirlei Fávero Cetolin
Maria Isabel Barros Bellini*

A percepção de que as transformações nos processos produtivos têm apresentado como consequência o crescimento das taxas de desemprego em vários países, dentre eles a Argentina e o Brasil, se expressa com propriedade nos municípios de Dionísio Cerqueira e Barracão no Brasil e Bernardo de Irigöyen na Argentina, e engrossa a camada da população que busca pelo atendimento de suas necessidades básicas, através da operacionalização de serviços mantidos pelo Estado, principalmente na área da saúde.

Também é certo que esses municípios, assim como os outros denominados cidades-gêmeas:

[...] apresentam certas simetrias e um potencial de integração econômica e cultural distinto das demais cidades. Igualmente são áreas onde se condensam alguns dos problemas próprios de áreas limítrofes internacionais que sinalizam para efeitos imediatos nas condições de cidadania. (NOGUEIRA, DAL-PRÁ; FERMIANO, 2008, p. 91).

A dura verdade se revela como aprendizagem na organização dos sistemas de saúde locais. “Não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (FLEURY, 1997).

Até mesmo porque, tanto no cenário nacional quanto no cenário internacional em questão, convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados, os quais se complementam e se justapõem nos diferentes serviços de saúde encontrados, havendo, portanto, um descompasso entre as legislações e a legitimidade social. A forma organizativa de nossa sociedade, pautada nos moldes da égide do sistema capitalista, vincula os direitos ao exercício da cidadania às relações formais de trabalho. E a perda do emprego, além de impedir o acesso à renda e, obviamente, ao consumo, aumenta o quadro de pobreza e representa também a perda dos direitos básicos de cidadão, dentre eles, o acesso e a garantia à saúde, passando necessária e obrigatoriamente, a ter que serem supridos pelo Estado.

Nesse aspecto, reporta-se à premissa de que, no Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, propondo a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, uma estruturação do sistema em saúde, envolvendo descentralização político-administrativa-financeira, com planejamento ascendente, do nível local ao nacional. Desta forma, toda a problemática de organização do SUS foi deslocada aos estados e municípios, através da municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial (BRASIL, 1988).

Na Argentina, o direito à saúde é entendido numa perspectiva diferente dos moldes brasileiros, pois o Planejamento é centralizado em nível federal, ou seja, no Ministério da Saúde da nação.

Respecto de las políticas de salud – reforma de salud incluida- subsiste um criterio universal pero que se desarrolla com arreglos corporativistas articulados a las políticas de seguridad social y obras sociales. (ROTONDI, 2007, p. 121).

Salienta-se que o processo de efetivação do acesso à saúde, possibilitando a garantia de um direito humano funda-

mental social, também pode ser percebido a partir da identificação dos critérios de acesso aos serviços de saúde existentes nos municípios fronteiriços, expressando-se, portanto, aos usuários como exercício de cidadania, e liberdade de ir e vir, independentemente de território e nacionalidade.

Lembramos que a mobilidade é um dos traços mais marcantes das sociedades contemporâneas e inclui múltiplos componentes, envolvendo pessoas, bens, serviços, capitais, informação, imagens etc. Contemplando nossa análise, trataremos da categoria visando ao aspecto territorial, entendendo-se a mobilidade como indicação da relação de movimento entre posições sociais diversas, levando-se em consideração vários atributos como: econômico, político, social, profissional, entre outros. A Mobilidade Social ocorre quando as diversas camadas se compõem em função da combinação desses atributos (BOBBIO, 2000).

Casos e Demandas

Os municípios enfrentam diversas dificuldades para assumir as atribuições constitucionais, tanto no Brasil quanto na Argentina. Além disso, a fragilidade financeira e técnica dos governos municipais muitas vezes são as determinantes para que não se consiga realizar um trabalho mais efetivo na área da saúde.

Garantir o acesso aos serviços de saúde para a população fronteiriça remete à viabilização da cooperação técnica e financeira dos poderes públicos municipais, estaduais e federais, compreendendo, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, mas a responsabilidade pela gestão de um “sistema integrado” que atenda, com integralidade, à demanda das populações, independentemente do país de origem, na assistência à saúde.

Vários autores, dentre eles Frenk (1992), Wallace e Enriquez-Haass (2001), têm chamado a atenção para o uso indiscriminado do acesso como sinônimo de disponibilidade

e financiamento dos sistemas locais de saúde. Alertam para o fato de que ter serviços disponíveis não quer dizer garantia de acesso, e nem atendimento de toda demanda existente, uma vez que fatores relacionados ao consumo e à oferta influenciam sua utilização; como, por exemplo, distribuição de serviços em relação aos graus de complexidade tecnológica, disponibilidade, características culturais e econômicas da população e da organização gerencial do serviço, acessibilidade, grau de satisfação do usuário na utilização dos serviços, aceitabilidade, entre outros.

De acordo com Hortale (1999, p. 87):

A categoria acesso deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sócio-cultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços.

Num panorama de transformação político-institucional dos serviços de saúde, as instituições necessitam de fortalecimento do espaço local, através do desenvolvimento da tendência de descentralização das políticas sociais. Com o reconhecimento e a valorização do princípio da descentralização das políticas sociais, tem-se, por conseguinte, o fortalecimento do espaço local como *locus* da realização efetiva da ação governamental no desenvolvimento das políticas públicas. Torna-se premente, pois, substituir o caráter hierarquizador e centralizador da condução da política do sistema de saúde por uma lógica fundada no espaço local.

Tendo em vista a forma histórica de organização da saúde no Brasil, é compreensível o despreparo dos municípios em encarregar-se de funções dentro do sistema público, pois, até então, essas não eram de sua responsabilidade. O processo de descentralização como uma estratégia aponta para a necessidade de recolocar cada ente federativo em seu es-

paço de ação peculiar, de modo que o município preste os serviços locais a sua população e que o Estado o apóie através de regulação das relações e da moderação das desigualdades regionais, garantindo a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à qualidade de vida da sua população (JUNQUEIRA, 1998).

No Brasil, não havia, anteriormente ao SUS, motivos para que as prefeituras municipais se estruturassem para responder às demandas do setor de saúde, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo.

E, como salienta Bravo (2001, p. 72):

Neste contexto, a dinâmica do processo de descentralização da saúde, com a implantação do SUS assume um sentido de municipalização radical, em que a esfera municipal de governo passa a ser responsável pelas funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território. Assim como a competência para formular e gerir a política de assistência à saúde historicamente esteve vinculada à esfera federal, hoje os municípios se vêem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente.

Os municípios, de modo geral, em especial aqueles em que realizamos esta análise, continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional, deixando transparecer a fragilidade da situação encontrada nos mesmos, quando são rapidamente chamados a assumir a gerência de unidades de serviços de saúde. Parecendo-nos, assim, uma realidade bem mais complexa em relação àquela sinalizada por Bresser Pereira (1998, p. 266), pois:

[...] ao privilegiar a descentralização, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e social.

Nesse contexto de deslocamento da esfera da gestão, os municípios passam a ter a responsabilidade de constituir serviços de saúde que atendam à demanda real da população. Nesse sentido, a oferta de estruturas assistenciais em saúde passa a considerar elementos locais, ou como sugerem alguns autores, o cuidado aos problemas de saúde deve ser ofertado por uma rede de serviços de base territorial.

Como bem assinala Delgado (1997, p. 42):

[...] o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.

Em relação à colocação de Delgado (1997), entende-se que para a realização de tal quadro, com o atendimento da demanda por estruturas assistenciais que tenham como lógica organizativa o espaço local, deverá ser consolidada uma incisiva e contínua política de saúde voltada à visão do direito humano a ser conquistado; no caso abordado nesta pesquisa, além fronteiras.

A constatação da inexistência de uma rede de serviços em saúde para atender as demandas existentes é fator preocupante e sinaliza desigualdades presentes nos municípios fronteiriços, principalmente as relacionadas aos municípios localizados em grandes centros urbanos, onde estão localizados e são oferecidos os serviços especializados.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde, após inúmeras discussões com o CONASS e com o CONASEMS, aprovou a *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001). Essa portaria tem como objetivo aprofundar o processo de regionalização, uma forma de “*garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis*”.

Contudo, para Marques e Mendes (2002), de certa forma essa portaria segue a lógica do financiamento como o prin-

principal instrumento da política de saúde. É seu objetivo que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da Assistência passe a ser transferida a estados e municípios, incentivando a ampliação das ações de Atenção Básica, a qualificação e responsabilização de microrregiões na Assistência à Saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor. Nessa perspectiva, para o autor, a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde deve considerar critérios de racionalidade na organização de redes de referência regionais.

Todavia, os municípios pesquisados, sem dúvida, apresentam-se heterogêneos em relação a ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferenciadas. Também é verdade que as dificuldades inerentes a essa heterogeneidade os impulsionam a pensar sobre experiências pactuadas, envolvendo a divisão de responsabilidades no oferecimento dos serviços de saúde. Porém, sabe-se que essas iniciativas apresentam-se na prática ainda muito incipientes, e manifestando-se, por ora, somente em forma de diálogo informal.

Sinaliza-se a inexistência de uma rede de serviços em saúde que atenda a demanda presente, fato este que é percebido cotidianamente através da realização de nossas atividades profissionais, junto aos 22 municípios da região do Extremoeste de Santa Catarina. Em especial, reiterada ano após ano, quando da realização dos Programas de Pactuação Integrada – PPI's – e os municípios reúnem-se para pactuar, entre si, a disponibilização de serviços necessários à saúde de suas populações, constatando-se que os mesmos necessitam ser encaminhados para outros locais nos Estados do Sul do Brasil como, por exemplo: Florianópolis, Curitiba, Porto Alegre, Passo Fundo, entre outros.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos

e diagnósticos) com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Entendemos a necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas, fortalecendo a promoção da saúde através dos serviços oferecidos na Atenção Básica de responsabilidade dos municípios, mas que também se possa dar conta da demanda por atendimento à doença, através da disponibilização de serviços regionais de média e alta complexidade, sob a responsabilidade das esferas estaduais e federais, respectivamente. A essa apreensão, soma-se a responsabilidade que também a 1ª Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina possui, como representante da esfera estadual, em propor alternativas institucionais que reorientem e instrumentalizem com conteúdos teórico-práticos e legais as políticas de saúde e a organização dos serviços, garantindo o acesso à saúde integral nos municípios de sua abrangência.

Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade integrada aos demais níveis da média e alta complexidade significa reafirmar, na prática, os princípios constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade das ações estabelecidas no SUS os quais se mantêm muito distantes dos municípios fronteiriços pesquisados.

Reitera-se que é importante a compreensão de que, apesar de se fazer necessária uma atenção básica resolutiva, é preciso também garantir o acesso aos níveis de complexidade requeridos para a solução dos problemas de saúde que acometem a população e, assim, respeitar também o princí-

pio de hierarquização da atenção, o qual está relacionado diretamente ao contexto das funções exercidas pelos profissionais e gestores da saúde.

Tal apreensão é reforçada na abordagem feita por Villa et al. (2001), quando observa que, no contexto do processo de integração do Mercosul, a saúde não foi objeto de discussão entre os países signatários. Esse tema não tem sido diferenciado das demais áreas, à medida que bens e serviços têm sido tratados da mesma forma. Assim, a ação dos Estados signatários é imperiosa no estabelecimento de políticas de cooperação, tendo em vista o aumento de fluxo de pessoas, bens e serviços – fundamentos de um processo de integração.

Estudar a fronteira não mais é possível na perspectiva de limite entre nações, e sim tendo a percepção de que a mesma incorpora um caráter contraditório, ao mesmo tempo que separa, aproxima; visão essa fundamental em um contexto de integração. A oportunidade de estudar os serviços de saúde na relação de fronteira associa-se ao que hoje conhecemos como espaço fronteiro que, seria o resultado das tensões e contradições multi-escalares existentes dentro da própria realidade loco-regional e o exercício da soberania dos Estados nacionais, profundamente permeados pelo sistema econômico e pelas redes de informações técnico-científicas (VILLA et al., 2001).

A fronteira, nesse momento, deixa de ser o limite, o espaço das diferenças, dos serviços, do contrabando. A fronteira torna-se porosa, aberta para aproximações, principalmente no campo das políticas sociais. Subjacente a essa compreensão está o entendimento de que as desigualdades entre as pessoas não acontecem “naturalmente”, são criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização social. É a percepção de que, ao longo da história, as classes dominadas conquistaram o direito de serem tratadas não como meros indivíduos despossuídos, mas como cidadãos e

sujeitos históricos.

Vale lembrar que, no contexto analisado, o campo da saúde internacional relaciona-se com a especificidade dos municípios fronteiriços, ao considerarmos que a dimensão internacional da saúde também decorre de determinações de ordem histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populações, transcendendo as políticas e fronteiras nacionais.

A partir de nossa experiência profissional afirma-se a inexistência histórica de registros que dêem conta de demonstrar como se expressa a demanda e as formas de acesso à saúde; a ocorrência de serviços destinados às populações residentes nos municípios fronteiriços analisados. Sabe-se que, nos municípios brasileiros de Dionísio Cerqueira e Barração, anterior à prática da exigência da “carteira de saúde”, para o atendimento nas Unidades de Saúde, a população acorria, com maior facilidade e em especial, aos serviços oferecidos em nível da Atenção Básica e que, mesmo após a adoção desse critério, várias são as possibilidades utilizadas para facilitar o acesso à saúde. Dentre as possibilidades, destacam-se a dupla cidadania, a alteração freqüente de endereço residencial e/ou comercial, a utilização de nomes de parentes e amigos, a facilidade de comunicação na língua de origem e do país vizinho, entre outras.

Quanto a isso, Nogueira; Dal-Prá e Fermiano (2008, p. 93) reiteram que:

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) vem se constituindo em uma barreira para o acesso dos estrangeiros ao sistema, devido à exigência de adstrição dos usuários, ocasionando ainda um deslocamento da demanda das unidades básicas para os centros de especialidades, em que não há exigência de documentação. [...] Em Santa Catarina a cidade considerada como pólo de entrada é Dionísio Cerqueira, que conta com um pequeno hospital.

Reforçando novamente o entendimento de que a linha imaginária/ (in) visível – a linha de fronteira – adquira conformações objetivas, compondo-se um processo sociocultural complexo em decorrência do que Oliveira (1997, p. 14) denominou de “*nacionalidades em conjunção*”:

É assim que em ambos os lados da fronteira pode-se constatar a existência de contingentes populacionais não necessariamente homogêneos, mas diferenciados pela presença de indivíduos ou grupos pertencentes a diferentes etnias, sejam elas autóctones ou indígenas, sejam provenientes de outros países pelo processo de imigração. Ora, isso confere à população inserida no contexto de fronteira um grau de diversificação étnica que, somado à nacionalidade natural ou conquistada do conjunto populacional de um e de outro lado da fronteira, cria uma situação sociocultural extremamente complexa.

Reitera-se que a população que ocorre aos serviços de saúde nos municípios pesquisados organiza formas ora criativas, ora passivas, de resistência e transgressão para garantir o acesso à saúde, sendo que as formas de organização coletiva são ainda incipientes ou inexistentes. Afirmando-se o conhecimento de que a utilização de subterfúgios para adentrar nos sistemas de saúde não é prática somente da população dos municípios mencionados.

Porém, pelo fato de esses municípios encontrarem-se em locais estratégicos, em âmbito do Mercosul, sugere-se às esferas governamentais, a criação de mecanismos que possibilitem a normatização e a organização das ações existentes na atualidade, e que através de critérios formais faça o monitoramento, controle e a avaliação de tal prática.

Estratégias da população fronteiriça para o acesso à saúde

Geralmente os indivíduos e ou grupos movimentam-se no sentido de suprir as mais diferentes necessidades. Sob esse prisma, também a busca por direitos sociais concretos pode impulsionar a Mobilidade Social no aspecto territorial. E, nesse sentido, percebe-se um aumento significativo na mobilidade das pessoas entre os municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira (SC) e Barracão (PR) no Brasil e Bernardo de Yrigöen (Misiones) na Argentina, tornando-se importante enfatizar a liberdade de ir e vir da população, também em busca do acesso à saúde, percebendo-se as áreas de fronteira como território de integração, e não apenas limite geográfico.

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas (TRAVASSOS; VIACAVA, 2000).

Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades. As desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS; BUSS, 2000).

Em outras palavras, o uso de serviços de saúde está relacionado às necessidades e ao comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como às formas de financiamento, nos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e

os mecanismos de pagamento.

O acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade das populações. Um dos fatores que contribui para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde (UNGLERT, 1990).

Mesmo que cada país tenha sua lei própria, cultura e soberania, no momento em que se fala do bloco em si, ou seja, do Mercosul, tem-se a idéia de que há uma união e aproximação entre os Estados membros, que favorece a liberdade de ir e vir das populações, mesmo com características delimitadas pela zona de ocupação de cada país.

Embora os movimentos migratórios internacionais sejam datados de muito tempo, reassumem, sobretudo a partir dos anos 1980, uma crescente importância no cenário mundial. Cenário este que, devido às grandes transformações econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas em curso, caracteriza-se, infelizmente, por desigualdades regionais acentuadas e pela manifestação crescente de conflitos localizados, e também pelas tentativas de constituição de mercados integrados; dentre esses os de interesse específico, como é o caso do Mercosul (PATARRA, 2000).

Nesse contexto, trazer à tona a questão da liberdade de ir e vir de pessoas implica, necessariamente, vincular-se a essa compreensão a dimensão existente entre a população e o desenvolvimento; como parte integrante e fundamental de políticas populacionais que envolvam a problemática das migrações internacionais contemporâneas em todas as suas implicações.

Nos casos dos blocos de integração econômica, aqui se tratando especificamente do Mercosul, existe a especificidade inerente dada pela própria jurisdição que ancora os acordos entre os Estados Nacionais, uma vez que en-

volvem flexibilização na circulação de mercadorias e nos fatores de produção; a livre circulação de trabalhadores passa, então, a constituir um corolário dos tratados, ensejando, na prática, situações tensas e conflituosas (PATARRA, 2000).

Os compromissos assumidos pelos governos de todos os países integrantes do Mercosul, neste caso, a Argentina e o Brasil, já evidenciam a necessidade de um tratamento específico, uma vez que, necessariamente, qualquer ação ou planejamento referente à questão dos movimentos populacionais internacionais dependem de acordos bi ou multilaterais entre esses países.

Autores como Patarra (2000), a esse respeito, lembram que o Tratado de Integração Econômica do Mercosul incide sobre um contexto socioeconômico e cultural já pré-existente, marcado por movimentos migratórios, predominantemente agrários, que significaram o transbordamento dos limites nacionais de tensões, conflitos e estratificação social dos países envolvidos. O que, para a autora, implica a existência de algumas especificidades nos processos que envolvem transferências populacionais trans-fronteiriças, na perspectiva do Brasil, merecem destaque as modalidades de transferências populacionais, respectivamente, com os países do Cone Sul, dentre estes a Argentina e o Brasil.

A discrepância mais evidente é constituída pela própria extensão territorial das unidades geográficas dos países latino-americanos onde a política colonial portuguesa forjou, no caso brasileiro, um território unificado, geográfica e linguisticamente, que compreende 8.512 km² de extensão, contando, neste início de século XXI, com uma população de aproximadamente 170 milhões de habitantes. No caso da Argentina, que possui origem na colonização espanhola, o país possui proporções que compreendem 2.767 km², urbanização precoce; marcado por uma influência européia peculiar, adere, na contemporaneidade, ao processo de integração – Mercosul, com uma população de aproximadamente 36 milhões de habitantes (PATARRA, 2000).

Algumas especificidades nos processos que envolvem transferências populacionais trans-fronteiriças merecem destaque, e percebe-se, por sua vez, que conferências internacionais recentes evidenciam uma grande preocupação dos países com os movimentos populacionais internacionais contemporâneos, na tensão entre os condicionantes de um mundo competitivo e internacionalizado, com tecnologias poupadoras de mão-de-obra de um lado, e o avanço das conquistas de direitos humanos, em suas várias dimensões, de outro lado.

As forças que acionaram os deslocamentos de brasileiros com direção à Argentina são de duas naturezas: uma de caráter rural, direcionado principalmente à província de Misiones, constituída por trabalhadores e pequenos proprietários agrícolas. Outra, de caráter urbano, caracterizada por gerentes de alto escalão de empresas nacionais e internacionais, mais nitidamente relacionadas com a internacionalização da economia que o contexto recente tem propiciado, destinando-se, em sua grande maioria, à Área Metropolitana de Buenos Aires (HAZENBALG; FRIGERIO, 1999).

Hazenbalg e Frigerio (1999) constatam que os migrantes brasileiros encontravam-se majoritariamente na cidade de Buenos Aires, mas a partir da década de 1960, o fluxo migratório dirigido a Misiones se intensifica de modo que, em 1970, 50% dos brasileiros recenseados na Argentina estavam localizados nessa província; em 1991, mais da metade dos imigrantes brasileiros encontravam-se em Misiones e algo menos de um terço na Área Metropolitana de Buenos Aires - AMBA.

Um estudo de Patarra (1996) apresenta o perfil dos migrantes brasileiros que se dirigiam a Buenos Aires bem diferente daqueles que foram para a província de Misiones; com marcante diferença entre a população urbana e a população rural, percebendo-se, também, diferenças econômicas e demográficas.

A maioria dos imigrantes vindos do Brasil que se dirigiu à província de Misiones possui uma posição socioeconômica

baixa; de acordo com Patarra (1996), 3/4 do total desses imigrantes não completaram o curso primário. As principais atividades econômicas do grupo estão relacionadas à agricultura, sem grandes qualificações. Para a autora, a inserção dos brasileiros no mercado de trabalho de Misiones, em setores mais dinâmicos, é fraca; metade da população total em atividades de trabalho é assalariada e somente 20% dos brasileiros ocupam essa categoria. As migrações de brasileiros a Buenos Aires vêm se intensificando com o processo de integração econômica dos países do Cone Sul; desde 1994, tem aumentado o número de técnicos, executivos, profissionais e gerentes que são transferidos para a Argentina por empresas sediadas no Brasil.

Esse tipo de migrante é caracterizado pelo alto nível de qualificação profissional e, conseqüentemente, por uma posição econômica mais alta. Dos imigrantes brasileiros que vivem em Buenos Aires, 40% completaram ou superaram o nível secundário, sendo que os mais jovens têm nível educativo mais alto do que os mais velhos. Os trabalhadores brasileiros, neste caso, distribuem-se de forma mais homogênea entre os grupos qualificados e não qualificados, sendo que as atividades dos diversos setores exigem uma maior complexidade de tarefas (PATARRA, 2000).

O movimento de emigrantes brasileiros para a Argentina sempre foi o menos intenso dentre os países do Mercosul; possivelmente é uma conseqüência das políticas migratórias da Argentina, que desde 1876, possuía políticas que oscilaram entre o incentivo à imigração e à maior regulamentação, mas até 1940 não havia leis que regulassem a entrada de migrantes; desde então, os movimentos populacionais que adentravam o país começaram a ser uma preocupação para o governo argentino, e as fronteiras começaram a ser regulamentadas. Em 1940, o governo argentino instituiu a Lei de Fronteiras, que proibia a compra de terras por parte de estrangeiros nas divisas (PATARRA, 2005).

Apesar da Lei de Fronteiras, uma significativa parcela de brasileiros, procedente principalmente do Rio Grande do Sul, vem migrando desde os anos 1970. Dentre esses muitos brasileiros, de acordo com Bastiaan e Plata (1999), existe um expressivo número de pequenos proprietários brasileiros que conseguiu adquirir lotes em condição ilegal, oriundos de uma situação pregressa precária, em sua maioria agricultores sem terra e trabalhadores sem qualificação, em condição de difícil acesso à terra no lado brasileiro.

Na verdade, essa modalidade de fluxos está fortemente marcada pelo processo de valorização e mercado de terras no país; a acentuada elevação do preço da terra no Brasil que, conseqüentemente, promoveu a compra de terras nos países vizinhos por grandes proprietários e ou empresários agrícolas brasileiros; estimou-se para metade dos anos 1990 que, na Argentina, de mil produtores de arroz, 250 eram brasileiros (SALES, 1996).

A formação de blocos econômicos, como anteriormente, se mencionou passa a ser considerada como estratégia de enfrentamento da crescente competitividade, também em nível internacional, reforçando-se, por sua vez, as forças de atração e de expulsão de população entre os países, com fluxos expressivos de deslocamento, principalmente entre países que oferecem atrativos no que concerne à supressão das necessidades de sobrevivência.

Nesse sentido, na América do Sul, as tratativas de enfrentamento da competitividade, firmadas através da criação do Mercosul, possuem uma especificidade regional acentuada, principalmente pelas condições de vida das populações fronteiriças as quais apontam desafios frente à necessidade de se firmarem alianças que promovam o encaminhamento de compromissos dos países em transformar acordos também, em melhorias das condições de vida das populações envolvidas. Percebe-se que, no aspecto jurídico, os países do Mercosul, cedo ou tarde, deverão redefinir a situação dos grupos populacionais fronteiriços no sentido de entendê-los e tratá-

los não mais na condição de estrangeiro ou de imigrante, e sim na condição de cidadão comunitário.

Nessa perspectiva, é importante enfatizar um dos aspectos dos direitos humanos: o direito de ser cidadão do mundo. É urgente criar novos espaços sociais para todos e tomar decisões políticas capazes de ratificar os valores, tomando atitudes práticas consoantes a essa nova política do direito fundamental de os homens viverem com dignidade no país que desejarem. Sob esse prisma, parece-nos que a relatividade de pertencer a um ou a outro país é tão irrelevante, se mergulharmos na humanidade como uma família global que possui responsabilidade e compromisso nesse processo.

Frente a um fenômeno que tem causas e características supranacionais, as políticas de cada país, por mais abertas que sejam, o são ainda pouco. Faz-se necessário um conceito mais amplo, que inclua as variáveis internacionais no tratamento do tema migratório, a fim de que as políticas nacionais possam incluir estratégias concretas assumidas em consensos regionais e mundiais para que as fronteiras formais nunca possam sobrepor-se às fronteiras éticas (MÁRMORA, 1997).

A questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deve ser abordada em, pelo menos, duas dimensões: a primeira seria a dimensão geográfica; e a segunda, a dimensão social. A primeira, a dimensão geográfica, diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas e pode ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões, estados e municípios, as variações geográficas refletem, em grande parte, diferenças na capacidade local de financiamento, as quais vão impactar o tamanho e a complexidade da rede de serviços, a capacidade de compra de serviços de saúde das populações locais. Variações nessas taxas expressam desigualdades geográficas, mas não espelham diretamente as desigualdades sociais, ou seja, desigualdades entre os grupos sociais

que são observadas intra-estados ou municípios (TRAVASSOS, 1997).

Tais elementos oferecem condições e possibilidades para o desenvolvimento de políticas públicas integradas entre o Brasil e a Argentina. E demonstram como as demandas oriundas das populações com diferentes perfis sociais, econômicos e políticos e que cotidianamente procuram acesso aos serviços de saúde determinam que os gestores e profissionais da área da saúde na região dos municípios fronteiriços se instrumentalizem quanto a conteúdos teóricos e práticos e, especialmente, de conhecimentos sobre legislação na busca de respostas a essas demandas.

A reflexão aponta algumas estratégias para o desenho da integração dos sistemas de saúde nas fronteiras dos países Brasil e Argentina membros do Mercosul. Com base, nas análises realizadas nas seções anteriores e considerando pontos relevantes que foram identificados, apresentamos alguns eixos norteadores nas estratégias de integração entre os sistemas de saúde dos dois países. É perceptível que os Estados partes e associados do Mercosul, especificamente falando dos Estados e municípios alvo de nosso estudo, necessitam aprimorar questões referentes à atenção e ao acesso à saúde, tendo em vista que o Mercosul possui como uma de suas finalidades a promoção e a integração regional das populações. Mediante tal apreensão, percebe-se que, por vezes, a população residente nos municípios fronteiriços se utiliza de mecanismos informais para o acesso à saúde, que não se encontram contemplados nos sistemas formais de saúde de seus países de origem.

O problema é que, por questões legais diversas, a atenção, que é destinada, seja ela planejada ou não, aos estrangeiros, é prestada com base em acordos informais. Entre outros transtornos, observa-se que isto tem gerado diversas distorções, como o sub-registro de uso dos sistemas de saúde tanto no Brasil quanto na Argentina; o estrangulamento do financiamento dos governos municipais das ações de saúde;

a pouca qualidade da informação; e o desconhecimento dos usuários dos serviços, gerando erro na focalização da ação pública. Vale ressaltar, que esses são apenas alguns exemplos, visualizados no decorrer de nossa trajetória profissional e reiterados durante a investigação *in lócus* e refletem distorções geradas, que têm sido um empecilho evidente para o acesso à saúde como exercício de cidadania, despotencializando a eficiência das políticas públicas de saúde.

O acesso à saúde como política pública e a realidade local

A contemporaneidade tem apresentado momentos de grandes transformações sociais, econômicas, culturais e tecnológicas. Mudanças fazem parte do processo de desenvolvimento do ser humano, e não temos a pretensão de avançar a discussão nessa direção, somente nos situarmos no contexto das profundas transformações, como referência para abordagem da Saúde, que, como política pública, na maioria dos países latino americanos, dentre eles Brasil e Argentina, remonta ao início dos anos 1980, momento em que vigorava um profundo sentimento de cidadania e participação popular nesses países, o que acabou por culminar na superação da ditadura em detrimento da democracia.

Reduzir as desigualdades sociais e em saúde no Brasil e na Argentina, países que são focalizados neste estudo, constitui-se hoje um desafio inadiável que implica necessariamente referendar valores éticos, como a vida, a solidariedade, a equidade e a cidadania, que conseqüentemente, convergem para uma série de estratégias que visam concretizar a cooperação e parcerias.

A importância dessas estratégias quer sejam em nível internacional ou local, entre diferentes atores e instituições, entre o público e o privado, entre distintos setores, é inquestionável e determinante do êxito da promoção da qualidade de vida das populações. No Brasil, apesar dos avanços

nos indicadores básicos de saúde na última década, persistem desigualdades sociais extremas. O reconhecimento das vulnerabilidades de diversas ordens impõe o deslocamento do alvo da intervenção pública e das estratégias setoriais na direção da melhoria da qualidade de vida e na efetiva implementação dos direitos sociais e em saúde.

Reforma e equidade, palavras que freqüentemente são utilizadas nos discursos políticos, nos documentos técnicos e na literatura científica das últimas décadas; inclusive, como recurso de retórica a distintos aspectos ideológicos, adequando-se a diferentes propostas e propósitos. O assunto tem suscitado inúmeras discussões que não logram muito consenso, seja sobre definições, seja sobre operacionalização. E, em termos técnicos e metodológicos, têm merecido muita atenção dos estudiosos, consultores e pesquisadores, desenvolvendo-se instrumentos de medida e de implementação de políticas pró-equidade, que, de novo, alavancam diferentes agendas e projetos políticos (ALMEIDA, 2002).

Contudo, o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, como faz Unglert (1990), que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Essa acessibilidade deve ser garantida dos pontos de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

A intenção dessa reflexão é a apreensão da realidade do processo histórico num entendimento da explicitação da saúde como política pública, salvo as determinações legais

existentes no interior dos países.

A saúde, ao mesmo tempo em que é um direito humano fundamental, é também um sólido investimento social. Os governos, ao investirem recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, conseqüentemente irão promover melhorias no nível de saúde dos cidadãos; ao mesmo tempo, isso aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade, tanto em termos sociais quanto econômicos.

Em relação ao princípio da equidade, é importante lembrar que os gestores e profissionais de saúde devem estar atentos às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população, o que reforça a necessidade da formação profissional, articulada à realidade e voltada às necessidades postas no mercado de trabalho contemporâneo, uma vez que exigem a presença de profissionais em condições de assumir e desenvolver ações que visem à superação dos problemas encontrados no cotidiano do exercício profissional.

Levando-se em conta a necessidade de pesquisar e conhecer a realidade vivenciada em sua totalidade histórica e contraditória, como elemento constitutivo do processo de trabalho de todos aqueles que possuem compromisso com a transformação social. Nesse aspecto, torna-se importante frisar que também o processo educacional, na área da saúde, precisa estar centrado nas alterações do mundo do trabalho, buscando-se através da competência profissional repercussões favoráveis sobre o entendimento e condução das atividades inseridas no contexto das políticas públicas e; dentre elas, destaca-se, com ênfase, a política pública de saúde (MENDES et al., 2004).

Vale enfatizar que independentemente de um cidadão morar no Brasil ou na Argentina seu acesso mais racional, às vezes, pode ser o país vizinho. A histórica vulnerabilidade da população de municípios fronteiriços, somando-se as características do setor saúde, evidencia que existe urgência no firmamento de políticas externas articuladas que dêem conta

das necessidades das populações residentes nesses locais.

É visível que a crise econômica e a mudança na perspectiva de desenvolvimento econômico suscitado pelo Estado, visando à hegemonia neoliberal nas últimas décadas em países como Argentina e Brasil, procuraram atender às exigências dos ajustes macroeconômicos, com pesados condicionantes estabelecidos pelos credores internacionais, aumentando de forma importante as desigualdades históricas nesses países (ALMEIDA, 2002).

Em municípios fronteiriços como Barracão e Dionísio Cerqueira, no Brasil, e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, essa dinâmica é ainda mais discrepante, devido à realidade própria e expressiva do significado fronteira, o qual para Becker (1990) pode não significar o sinônimo de terras devolutas, cuja apropriação econômica é franqueada a pioneiros ou camponeses, e sim, espaço também social e político, que pode ser definido como um espaço não plenamente estruturado, potencialmente gerador de realidades novas. É, para a nação, símbolo e fato político de primeira grandeza, como espaço de projeção para o futuro, potencialmente alternativo.

Entretanto, para o capital, a fronteira tem valor como espaço onde é possível implantar rapidamente novas estruturas. A grande fronteira hoje assume não só um novo significado, como também uma nova escala, expressando a transição para um novo padrão de inserção do Brasil no sistema mundial (BECKER, 1990).

Num primeiro momento, pensar em fronteira pode relacionar-se ao entendimento de um lugar diferente, que remete a um só tempo, um lugar de descoberta do outro e do desencontro. Não só o desencontro e o conflito decorrentes das diferentes concepções de vida e visões de mundo de cada grupo humano, mas o desencontro na fronteira é o desencontro de temporalidades históricas, pois cada grupo está situado diversamente no tempo da História (MARTINS, 1996).

Sob o ponto de vista geográfico, Martins (1996) observa

que o termo fronteira serve para separar territórios e definir até onde vai a área territorial de cada país. A zona fronteira regula os povos, culturas, políticas, línguas, economias, enfim, estabelece a soberania de cada país, de forma que os países vizinhos não devem interferir nas relações sociais internas de cada Estado.

Dentre as várias bibliografias percorridas visando à compreensão acerca do que melhor poderia corresponder à noção de fronteira, reporta-se a Nogueira (2001), é objeto de um uso acrítico, seja por intelectuais de fora da região, seja por intelectuais de dentro da própria região.

Para Nogueira (2001), os diversos significados atribuídos ao termo levaram a sua vulgarização, dificultando mais do que facilitando a compreensão da região e de sua articulação com o território nacional; de forma direta, território é o produto histórico do trabalho humano, que resulta na construção de um domínio ou de uma delimitação do vivido territorial, assumindo múltiplas formas e determinações: econômica, administrativa, bélica, cultural e jurídica. A autora acrescenta em uma produção mais recente “[...]território como um espaço que tende a marcar a exclusão, sendo reducionista sua apreensão unicamente como uma determinação jurídico-administrativa” (NOGUEIRA; DAL-PRÁ; FERMIANO, 2008, p. 89).

O território é uma área demarcada onde um indivíduo, ou alguns indivíduos ou, ainda, uma coletividade exercem o seu poder. Assim, o território contém o espaço e não “A utilização do território pelo povo cria o espaço” (SANTOS, 1978, p. 189). No que se refere à concepção de espaço, Nogueira; Dal Prá e Fermiano (2008, p. 89) entendem como “[...]uma construção feita por atores que configuram seu entorno de acordo com suas visões sociopolíticas e culturais, [...]”.

Segundo Raffestin (1980, p. 143), à medida que:

Espaço e território não são termos equivalentes [...] É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é

resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível.

Trata-se de uma noção construída de fora, e que não permite a leitura do espaço pelos atores sociais internos; traz embutida também a idéia de uma centralidade dominante, na qual a fronteira está sempre fora e na periferia, caracterizando uma visão etnocêntrica de espaço geográfico; por isso mesmo, possui um significado desagradável e pejorativo, em regra geral, atribuído por quem está no centro; significado este que acaba sendo transmitido a sua população. Se a noção de região de fronteira está incompleta e não consegue explicar tudo, esta é uma evidência inquestionável (RAFFESTIN, 1980).

Contudo, Nogueira (2001) defende que a noção traz consigo, como tripé:

- a) O destaque a uma preocupação econômica dos processos que modelam o espaço regional;
- b) O impacto do modo de produção capitalista e suas formas recentes de reprodução nas organizações espaciais anteriores;
- c) A necessidade de explicar o desenvolvimento desigual e combinado no interior dos territórios nacionais.

Os municípios de Dionísio Cerqueira, Barracão e Bernardo de Irigöyen expressam verdadeiramente essa realidade, necessitando que as políticas públicas implementadas sejam mais radicais que em outras regiões no interior dos países.

Nesse aspecto, também a ocorrência de planejamentos integrados entre os municípios vizinhos, que, por sua vez, também são Estados e países vizinhos, podem dar sustentação no que diz respeito a reformulações e proposições de políticas públicas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença, além fronteiras. Concretizando-se através de ações que venham ao encontro de tal

realidade, fornecendo subsídios para saúde como política pública desenvolver-se comprometidamente com a qualidade de vida das populações residentes na região de municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

O desenvolvimento do setor saúde é ferramenta importante para o aumento da inclusão social no país, capaz de impulsionar o desenvolvimento sustentável e integrado, pois está diretamente relacionado com o combate à pobreza (COSTA, 2004).

Todavia, reitera-se que ações planejadas e integradas podem representar um instrumento de grande utilidade para diminuir a lacuna que hoje separa de forma (in) visível os municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, principalmente, no que tange à reversão da realidade voltada para a camada da população excluída, para uma condição de incluída no âmbito do acesso à saúde.

Com a intenção de contemplar a necessidade existente de repensar as práticas dispensadas aos serviços e atenção à saúde das populações dos municípios fronteiriços, observa-se que as políticas públicas locais utilizam-se de diferentes formas para realizar a identificação dos principais problemas existentes e estabelecer prioridades para o seu enfrentamento. E constata-se no desenvolvimento cotidiano de nossas atividades profissionais que essas formas se apresentam ainda muito incipientes.

É uma realidade presente e que, se expressa de forma geral no contexto brasileiro, não sendo mérito somente das esferas municipais, pois ainda são escassos os estudos voltados para mensurar o impacto da implantação da política da saúde (TRAVASSOS, 2000).

Entretanto, a inserção soberana do Brasil e da Argentina, na consolidação do Mercosul, impõe a necessidade da construção de mecanismos de regulação e ordenamento do setor saúde, buscando-se viabilizar o acesso e a melhor

utilização dos serviços por parte dos usuários, em níveis nacional e internacional, e contribuindo de forma decisiva para a não persistência de problemas relacionados à baixa eficácia dos sistemas de saúde, tanto brasileiros quanto argentinos.

O contexto, aqui delineado de forma bastante genérica, aponta para uma tendência convergente de orientação nas modificações das políticas públicas de saúde dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul, e reforça a questão no sentido da imposição de reformulações nas políticas públicas, passando-se a utilizar instrumentos administrativos e gerenciais, que permitam a introdução de formas administradas no interior dos sistemas de atenção à saúde, com a utilização de mecanismos que possibilitem usar informações já existentes, para a realização de Planejamentos Integrados.

É importante ter-se em mente, como é proposto no relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD e IPEA, em 1996, que analisar dados sobre o desenvolvimento humano não é âmbito pessoal e individual, mas societário. A perda da capacidade humana pela ausência de condições de expandir as potencialidades individuais, quer pela precariedade do viver, quer pela morte precoce, reduz a riqueza potencial e o avanço de uma sociedade (SPOSATI, 1996).

A inobservância da utilização de dados voltados à realidade, a nosso ver, será fator limitante para a integração na área da saúde, em municípios fronteiriços da região Mercosul, onde situação de exclusão social, em que vive considerável parcela da população brasileira e argentina, residente em municípios fronteiriços, mostra a importância da socialização das informações para minimizar os problemas sociais nos dois países.

Por fim, contemplando nossa análise, constata-se que a realidade refletida impõe a necessidade da criação de mecanismos legais que auxiliem a integração da oferta de serviços e de ferramentas de gestão mais eficazes, que permitam a (re) organização dos recursos já existentes destinados à

atenção da saúde na região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

O conjunto de reflexões e de elementos que caracterizaram a complexidade das questões postas como impasses às perspectivas de consolidação do acesso à saúde das populações residentes nos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, apresentaram-se, em especial, através das ações efetivadas junto ao cotidiano das Secretarias Municipais de Saúde, dos respectivos municípios pesquisados.

Assim, ao longo do processo de construção deste trabalho, apresentaram-se determinações relevantes ao estudo proposto, as quais são merecedoras de resgate e reafirmação. A partir da análise empreendida acerca da temática proposta, buscamos conjugar o movimento do universal para o particular e vice-versa. Articulamos a discussão geral da realidade estudada com a determinação de uma realidade concreta, a qual se definiu pela retratação das experiências dos municípios de Dionísio Cerqueira e Barracão no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina; mas, certamente refletem uma realidade presente quase que na totalidade dos municípios fronteiriços e, arriscaríamos dizer, em âmbito de Mercosul.

Essa é uma conjuntura que se apresenta para a Saúde tanto em nível nacional quanto internacional, nos municípios pesquisados; é uma demanda emergente de uma sociedade baseada em princípios democráticos, que precisa apreender e demarcar espaços.

Inicialmente, o cenário sugere a organização da própria demanda assistencial de cada município, compondo redes de referência para a média e alta complexidade, cuja inexistência é constatada e reiterada cotidianamente. É oportuno, também, criar-se instrumentos de identificação de usuários e procedimentos disponibilizados através do Ministério da Saúde (DATASUS); praticar o planejamento integrado das ações e serviços oferecidos nos municípios fronteiriços; ampliar a participação da sociedade civil, por meio de diálogo com gestores,

profissionais e conselhos de saúde, visando à relevância da integração para os governos envolvidos.

Merecem destaque algumas iniciativas já empreendidas, como a realização de Congressos. No entanto, percebe-se necessário desencadear ações mais decisivas rumo à ampliação significativa dos padrões de integração atualmente existentes; e a inexistência atual de dados sobre a referência populacional de estrangeiros/argentinos e/ou brasileiros, que acessam a saúde nos diferentes municípios, não nos parece impeditiva de tais iniciativas. Porém, reitera-se a necessidade premente de voltarem-se esforços para estabelecer mecanismos confiáveis, considerando as especificidades dos municípios fronteiriços que, por vezes, impulsionam a população na busca do acesso, àquilo que não é encontrado no seu município de origem.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que os gestores e profissionais da saúde sejam instrumentalizados permanentemente, subsidiando e potencializando ações realmente propositivas. Quanto a esse aspecto é afirmado que:

O conhecimento e a compreensão da pluralidade existente no espaço linha das fronteiras constituem um desafio e um importante instrumento para que se efetivem a intervenção profissional dos Assistentes sociais envolvidos em garantir o acesso à saúde para a população fronteiriça. [...] A intervenção profissional nesse espaço passa pelo conhecimento da população fronteiriça que busca assistência à saúde no SUS, pelo desvelamento das condições sociais, políticas, econômicas e culturais existentes em cada um dos países-membros do Mercosul, como pelas diferenças existentes entre os quatro sistemas nacionais de saúde. (DAL-PRÁ; MENDES, 2008, p. 319).

Ainda que estes autores se refiram à intervenção dos Assistentes Sociais, sabemos que este conhecimento se impõe às outras categorias profissionais que pretendam traba-

lhar com essas populações.

A população, por sua vez, para reivindicar acesso à saúde, precisa apoderar-se de conhecimentos e informações que lhe permitam repudiar práticas por parte do poder constituído, que não venham ao encontro de suas necessidades, a fim de construir e afirmar a saúde como política pública e como direito conquistado.

Garantindo assim a “acessibilidade aos bens e serviços”, a qual tem diferentes componentes:

[...] acessibilidade geográfica – por meio do planejamento quanto à localização e à distância dos serviços de saúde, ao tempo necessário e aos meios de transporte aceitáveis pela população; acessibilidade econômica- remoção das barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; acessibilidade cultural- adequação das normas e técnicas aos hábitos e costumes da população usuária; e acessibilidade funcional- através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. (PEREIRA apud DAL-PRÁ; MENDES, 2008, p. 321).

Percebe-se, também, a necessidade de somar-se ao pioneirismo de ações integrativas existentes e impulsionadas pela política da “boa vizinhança”, tanto em nível nacional quanto internacional, a agregação de outras estratégias de enfrentamento da realidade vivenciada no cotidiano, especialmente as relacionadas à garantia do acesso à saúde das populações fronteiriças, independente de território e de nacionalidade.

Entretanto, reitera-se que a inserção soberana do Brasil e da Argentina, na consolidação do Mercosul, impõe a necessidade da construção de mecanismos de regulação e ordenamento do setor saúde, buscando-se viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços por parte dos usuários, em níveis nacional e internacional, e contribuindo de forma decisiva para a não persistência de problemas relacionados à

baixa eficácia dos sistemas de saúde, tanto brasileiros quanto argentinos.

Entendemos que o:

[...] trabalho profissional na região de fronteiras do Brasil com os países do Mercosul implica, em grande medida, tratar do desvelamento de um conjunto de diferentes necessidades sociais, econômicas, políticas e culturais que forcem uma parcela da população desses países a buscar atendimento à saúde no sistema brasileiro. (DAL-PRÁ; MENDES, 2008, p. 328)

Esse entendimento amplia nossa apreensão e principalmente nossa responsabilidade na apropriação das necessidades e realidades das populações que residem nessas regiões.

A essas apreensões somam-se as inquietações que temos como profissionais na área da saúde da Região Extremo Oeste Catarinense, as quais culminam em reflexões que não se esgotam em si mesmas, mas oportunizam a visualização de um cenário que permite a construção de subsídios integrativos com sustentabilidade, como uma solução eficiente para lidar com a situação precária vivida pelas populações da região dos municípios fronteiriços.

Referências:

ALMEIDA, Celia. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Caderno Saúde Pública**, v.18 supl, p.23-36, 2002.

BASTIAAN, Reydon; PLATA, Ludwig. Evolução recente do preço da terra rural no Brasil e os impactos do Programa Cédula da Terra, NEAD, 1999. [15 p.] Disponível em: <www.dataterra.org.br>. Acessado em: jun. 2005.

BECKER, Bertha K. **Amazônia**. São Paulo: Ática, 1990.

(Série Princípios).

BOBBIO, Norberto. **Teoria Geral da política a filosofia política e as lições dos clássicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <<http://www.saude.teresina.pi.gov.br/legislacao/NOAS-01-2001.htm>>. Acesso em: 15 Out. 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazona. **P. Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: ENAP, 1998.

COSTA, Laís. **Agenda estratégica nacional e o Ministério da Saúde: a importância da construção de um Plano Nacional de Saúde democrático**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Mimeo].

DAL-PRÁ Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa. Estratégias e desafios da intervenção profissional dos assistentes sociais na garantia dos serviços de saúde nas fronteiras do MERCOSUR. In: MENDES, J. M. R.; et al. (Org.). **Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social**. Porto alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 306 -31).

DELGADO, P. G. G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco - Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva: Saúde Mental a ética do cuidar**, Rio de Janeiro, p. 41 - 43, 01 nov. 1997.

FLEURY, Sonia. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. In: WHITE, Kerr (ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (D.C.): OPS, 1992. p. 929-43.

HASENBALG, Carlos; FRIGERIO, Alejandro. **Imigrantes Brasileiros na Argentina: um perfil sociodemográfico**. Rio de Janeiro: Iuperj, fevereiro, 1999. Série Estudos, nº 101,

HORTALE, Virginia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 79-88, 1999.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

MÁRMORA, Lélío. **Las políticas de migraciones internacionales**. Buenos Aires: Alianza, 1997.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Apolítica de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**. v. 18, p. 163-71, 2002.

MARTINS, José de S. O tempo da fronteira: retorno à controvérsia sobre o tempo histórico da frente de expansão e da frente pioneira. Tempo Social: **Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 25-70, mai. 1996.

MENDES, Jussara Maria Rosa; et al. A exclusão social como uma das manifestações da questão social no contexto brasileiro. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; BULLA, Leonia Capaverde; PRATES, Jane Cruz. (orgs). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2004.

NOGUEIRA, Ricardo José Batista. Algumas questões sobre a Amazônia como “fronteira”. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, v. 77, n. 1, p. 39-55, abr. 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL-PRÁ, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A grantia e a fruição do direito à saúde aos municípios da linha das fronteiras Mercosul. In: MENDES, J. M. R.; et al. (Org.). **Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008, p.87-106.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade, etnicidade e nacionalidade no Mercosul. **Política Comparada – Revista de Políticas Comparadas**, Brasília, v. 1, n. 2, 1997, p. 9-20.

PATARRA, Neide (coord). **Deslocamentos populacionais e livre circulação de trabalhadores: o caso do Mercosul**. Relatório Final. CNPq/NEPO-UNICAMP, 2000.

PATARRA, Neide (coord). **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. Campinas: FNUAP, 1996.

PATARRA, Neide (coord). Migrações internacionais e integração econômica no Cone Sul: notas para discussão. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/Celade/proyectos/migracion/Patarra.doc>>. Acessado em jun 2005.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1980.

SALES, Teresa. Migrações de fronteiras entre o Brasil e os países do Mercosul. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 13, n. 1, p. 87-98, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

SPOSATI, Aldáisa Oliveira de. **Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o sistema único de

saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.325-30, abr./jun. 1997.

TRAVASSOS, Claudia; BUSS, Paulo M. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n. 4, p.890-1, Out./Dec. 2000.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco Fernandes. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.133-149, 2000.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-52, Dec. 1990.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; et al. Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 101-5, May, 2001.

WALLACE, Steven P.; ENRIQUEZ-HAASS, Vilma. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estado Unidos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 10, n. 1, p.18-28, 2001.

5.2 Rede Repensul e sua contribuição na fronteira

Maria de Lourdes de Souza

Introdução

A concepção de rede denota ação que envolve mais de um ente, ou seja, o coletivo, o grupal, o que transcende a um pela expressão de muitos. O coletivo a que aqui me reporto é o movimento que mobiliza para a construção da cidadania, que valoriza e potencializa a todos, reconhecendo que cada indivíduo, cada instituição, cada município, cada governo, ao seu tempo e modo, é capaz de prestar contribuições valiosas para a saúde e inclusão social na fronteira Brasil x Argentina. Numa concepção humanista, a rede estimula a complementaridade e, por isso mesmo, uma ambiência em que se aprende, coletivamente, a reconhecer e gerenciar a competitividade, num processo em que um aprende a colocar-se no lugar do outro em tempos e locais diferentes e todos investem para a consecução dos objetivos acordados.

Durante as oficinas e seminários realizados com os gestores municipais a discussão foi pautada nas idéias, em projetos e não em pessoas e em partidos. A busca de solução para os problemas foi realizada em grupo e a tomada de decisões foi deliberada pelo conjunto dos dez municípios de fronteira (Bandeirante, Belmonte, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Itapiranga, Paraíso, Princesa, Santa Helena, São José do Cedro e Tunápolis).

A Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (Repensul) tem estimulado os representantes dos municípios a resgatar o componente humano na convivência coletiva, e à luz de fatos, situações, desejos e sonhos, exercitar a prática da solidariedade. É desta forma que tem sido promovido o exercício da solidariedade entre os municípios, de modo que compreendam a importância de compartilhar decisões, investimentos. Isto porque o que ocorrer com um município, de bom ou de ruim, pode provocar impacto nos demais municípios.

A solidariedade não pode ser entendida como piedade e caridade e nem confundida com amizade. Ela representa a superação do egoísmo humano, da preocupação consigo para preocupar-se e viver em sociedade.

Aspectos filosóficos

O trabalho, mobilizado pela Rede Repensul, tem se constituído em um desafio político para uma prática voltada ao coletivo, onde lideranças e saberes sejam compartilhados de modo transparente, com objetivos comuns. É um movimento articulador das ações de saúde no contexto da fronteira, como estratégia para a construção da cidadania, para a inclusão social e como resposta à sociedade em seu processo evolutivo.

Preconiza-se que somente em sistema de Rede os municípios de fronteira podem construir o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Isto tem sido colocado em prática, por meio de um Projeto financiado pelo Ministério da Saúde (Convênio 5435/2004) desenvolvido com a tecnologia e coordenação da Repensul.

Os municípios da Região de Fronteira (Brasil-Argentina) tem uma história própria, um modo de cooperar, uma cultura que não pode ser esquecida. A reflexão sobre este aspecto tem buscado mobilizar os gestores para compreender que o respeito ao processo histórico próprio e às peculiaridades

institucionais e de cada município são fundamentais, assim como reconhecer que é o conjunto dos dez municípios que constitui a linha de fronteira, por conseguinte nenhum é mais importante que o outro.

O movimento é articulador e visa impulsionar mudanças estruturais no modo de pensar e agir dos profissionais e/ou gestores municipais, em direção aos compromissos sociais. Devido a isso, os gestores foram mobilizados para reconhecer a cultura organizacional, a liderança profissional, os processos de trabalho, as fortalezas e as debilidades de cada município e da linha de fronteira.

Assim trabalhar com a tecnologia de rede requereu tempo para aproximação, para o estabelecimento de parcerias, para a definição de objetivos e necessidades comuns, para definição de projetos, atividades e investimentos, dos indicadores de avaliação em termos de processos e resultados, para institucionalização das idéias e propostas, e de acordos, contratos e convênios.

A Repensul tem sido um instrumento da intermediação entre estruturas formais, lideranças de diferentes partidos no contexto dos municípios e na região como um todo. Também para reconhecer dados, compartilhar idéias e construir informações por meio de uma comunicação ágil e transparente entre os parceiros.

Isto se tornou possível porque foi reconhecido que entre as lideranças municipais havia uma disponibilidade para compartilhar experiências e socializar os recursos conquistados junto ao Ministério da Saúde, de modo que as atividades, a aprendizagem e os espaços de interlocução fosse uma oportunidade para todos os municípios.

Justificativas para o trabalho em rede

Durante as oficinas, os seminários, as visitas aos municípios, em várias oportunidades uma pergunta tem sido frequente: quais as vantagens para os municípios da região de

fronteira a incorporação da tecnologia de rede?

A representatividade do conjunto dos dez municípios, inclusive no sentido de criar o **Selo da identidade da Fronteira Seca Brasil x Argentina**. Este selo é um símbolo com distintas aplicações, como por exemplo: 1) controle de qualidade dos produtos produzidos e comercializados; 2) o acesso e controle da vacinação dos cidadãos, sejam brasileiros, argentinos ou de outra nacionalidade que cruzem esta fronteira; 3) gestão ambiental; 4) a cooperação internacional com controle de marcas e patentes; 6) lançamento de um selo da Empresa Brasileira de Correios, para a visibilidade e marketing dessa fronteira, sua cultura, economia e identidade.

A aproximação de pessoas, instituições e idéias possibilita a criação de um sistema inteligente de fronteira. Este sistema com a finalidade de despertar a inteligência competitiva, no sentido de coletar e administrar dados sobre os concorrentes, clientes, parceiros e mercado e fazer com que esse banco de informações se transforme em material valioso para identificar oportunidades, aumentar a competitividade, antecipar riscos com sinais de alerta e predição de medidas administrativas passíveis de aplicação nos dez municípios do estado de Santa Catarina e também do Paraná, no que for de interesse comum.

As vantagens não param aí. Com a tecnologia de rede, é possível promover a inovação e difundir entre os municípios, criando processos de gestão da inovação e da formação de recursos humanos para atender as demandas existentes e as geradas no mercado.

Criar uma forte voz nos diversos fóruns nacionais e representatividade para definição de medidas políticas, instrumentos legais e outros que sejam reconhecidos pelos municípios como necessários à inclusão social na fronteira.

O trabalho em rede pode facilitar:

1. fortalecimento da identidade cultural da fronteira;
2. A criação de vínculos entre os municípios por meio da definição de objetivos, finalidades e projetos comuns entre as partes, a exemplo do SIS Fronteira;
3. Integração de sistemas de informação com a produção de dados e sinais de alerta de interesse de todos os municípios e instituições;
4. A compreensão do valor da interdisciplina para explicitação e resolução dos problemas e para o investimento coletivo para superação de problemas e conquista da inclusão social na fronteira;
5. A articulação entre municípios por similitudes ou complementaridade, e a convivência com a heterogeneidade, particularmente em termos de mercado;
6. A articulação entre instituições de distintas naturezas e localizações geográficas;
7. A compreensão e definição da missão de cada município no sentido de uma visão para essa Fronteira Brasil/Argentina;
8. A promoção da ampliação da cobertura e do atendimento aos cidadãos como o compromisso com o desenvolvimento regional;
9. A otimização dos recursos (materiais, financeiros, humanos e outros);
10. A revelação da competência diferenciada de cada Município de modo a criar uma articulação sem prejuízo para a identidade e economia municipal;
11. A aplicação e compartilhamento de sistemas de monitoramento e segurança da região;
12. A identificação e oferta de oportunidades que contribuam para fixar os talentos na região de fronteira.

Comentários finais

A prática de trabalho da Repensul é a de mobilizar pessoas, profissionais e instituições para um processo de superação das marcas de qualidade daqueles que a integram. Isto também se aplica aos que interagem temporariamente, na modalidade de projetos como o que dá origem ao Convênio 5.435/2004. Portanto, o trabalho é para fortalecer as instituições e suas lideranças e revelar oportunidades de mercado. Isso muitas vezes é obtido em decorrência de gerenciar a competitividade e os conflitos de modo a desencadear impactos positivos.

A Repensul, criada em 1991, no contexto da Enfermagem, é uma tecnologia de fácil aplicação, em diferentes disciplinas ou práticas profissionais. As diretrizes dela emanadas são apoiadas basicamente em dois princípios, o da solidariedade e o da reciprocidade. Assim se constitui em ponte que subsidia um novo modo de potencializar o que é feito, de trabalhar com os recursos existentes e criar novas oportunidades a partir do existente e da diversidade de talentos. A tecnologia é de fácil manejo e, em curto tempo, resulta em produtos, desvela talentos e lideranças, demonstra o valor das instituições e das diferenças. No caso dos Municípios de Bandeirantes, Belmonte, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Itapiranga, Paraíso, Princesa, São José do Cedro, Santa Helena e Tunápolis, certamente muito há para fazer em termos de mobilização para o coletivo. Foi plantada a semente, o solo é fértil e esta fronteira Brasil/Argentina, embora seja seca em sua essência, ela é fértil e propícia ao desenvolvimento.

Bibliografia:

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CRUZ Jr, João Benjamin da, SOUZA, Maria de Lourdes de, SARTOR, Vicente Volnei de Bona. Solidariedade,

humanismo e saúde pública. In: BOMBASSARO, Luiz Carlos; DAL RI Jr, Arno; PAVIANI, Jayme (org.). **As interfaces do Humanismo Latino**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 343-369.

SOUZA, Maria de Lourdes de ; ADUE, Irene Mirtha . Redes de cooperación. Caminos para flexibilizar la educación.

Desafios (Rosario), Rosário - Argentina, p. 11-16, 2001.

_____ ; DIAS, Lygia Paim Müller . Repensul: um suporte em Rede à Pós-Graduação de Enfermagem da Região Sul do Brasil. In: Roseni Rosangela de Sena;. (Org.). Educación de Enfermería en América Latina. Colombia: **Real**, 2000, v. 1, p. 146-153.

_____ ; HERR, Lidvina ; REIBNITZ, Kenya Schmidt .

Projeto Auxiliar de Enfermagem: Rede de Profissionalização da Enfermagem em Santa Catarina. 1999. [Mimeo.]

_____ ; REIBNITZ, Kenya Schmidt . Rede de Enfermagem: O Sonho Compartilhado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. Nº Esp., p. 238-243, 1995.

_____ . Red de Post Graduación en Enfermería de la Region Sur - Repensul un proyecto cooperativo en enfermería. **Horizonte de Enfermería**, v. 6, p. 3-5, 1995.

_____ ; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Repensul: Una red de cooperación para fortalecer el desarrollo y liderazgo de enfermería en el sul de Brasil. In: Primera Reunión Internacional de Nuevos Programas de Doctorado em Enfermeria em America Latina, Monterrey, N.L, México, 28 a 30 de 2001. [Mimeo].

_____ ; et al. Formação de Recursos Humanos em Sistema de Rede: uma contribuição ao SUS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. Esp., p. 169-179, 1997.

_____; PRADO, Marta Lenise do. Potencia de las Redes para el desarrollo de la Investigación en Enfermería la experiencia de la Repensul (Brasil). In: COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, 9, 2004, Lima - Peru. **Anais...** Lima, Peru: OMS, 2004. v. 1.

Atividades mobilizadas:

I Seminário Internacional: Sem fronteiras- a saúde cidadã no contexto da globalização, agosto de 2006



Foto 1 - Paulo Biancardi Coury, (DIPE/MS), em solenidade de abertura do Seminário, agosto de 2006.



Foto 2 - Paulo Biancardi Coury, (DIPE/MS), em solenidade de abertura do Seminário, agosto de 2006.



Foto 3 -Secretários dos municípios de fronteira por ocasião do Seminário, agosto de 2006.



Foto 4 - Dr. Telesmagnó Neves Teles (ANVISA-SC) e Dr. Francisco Alexandro Powell Van de Castielli (Superintendente do Ministério da Agricultura/SC) no Seminário, agosto de 2006.



Foto 5 - Exposição dos Municípios de fronteira, agosto de 2006.



Foto 6 - Enf. Ana Maria Martins Moser e conferencistas convidados do Seminário, agosto de 2006.



Foto 7 - Dra. Maria de Lourdes de Souza sistematizando resultados da avaliação do Seminário, agosto de 2006.

Cursos:

Foto 8 - Sistema de informações em saúde - DATASUS/MS - Veralice Maria Gonçalves Fernandes

Cursos:



Fotos 9 e 10 - Gestão de Projetos financiados pelo Ministério da Saúde -
Ivanete Scharpf Moratelli - DICON/SC.

Cursos:

Fotos 11 e 12 - DST/HIV/Aids - Professores Luiz Alberto Peregrino Ferreira e Maria Luiza Bazzo (UFSC).

Cursos:



Fotos 13 e 14 - Gestão estratégica de crises - José da Costa Dantas.

Cursos:

Fotos 15 e 16 - *Gestação na adolescência*, Dra Maria de Lourdes de Souza e M.Sc Haimee Emerich Lentz Martins.

Municípios de abrangência

Convênio 5435/2004
Ministério da Saúde - Fundação Boiteux/UFSC



Realização:

