

Integração na fronteira Brasil-Uruguai na área da saúde: um panorama*

Márcio Augusto Scherma

Universidade Federal da Grande Dourados (Brasil)

marcioscherma@ufgd.edu.br

Jussara Pereira de Oliveira

Universidade de Brasília (Brasil)

jussara.pereira@saude.gov.br

Resumo

Com a globalização, novos atores internacionais - como os governos subnacionais - passaram a ter maior relevância. Os Estados, cada vez mais influenciados pelas novas interações transnacionais, levaram os entes subnacionais a assumirem novas posturas, gerando o fenômeno conhecido por paradiplomacia.

No Brasil, o diálogo entre o Estado nacional e os entes subnacionais, no que se refere às questões diplomáticas, é relativamente novo e tem sido mais intenso no tocante às questões de fronteira, tendo em vista sua vastidão o número de países com os quais o Brasil faz divisa.

A integração em nível estatal (via Mercosul) trouxe ao governo do Rio Grande do Sul uma perspectiva de aumento de fluxos comerciais, desenvolvimento e cooperação com os vizinhos. A partir de então, surgiram instituições e mecanismos para pensar e implementar iniciativas de integração/cooperação fronteiriça, com destaque para as relações com o Uruguai.

Em 2002, por exemplo, Brasil e Uruguai criaram a Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço, que trata das áreas de segurança, educação, saúde, saneamento e meio ambiente. Os estudos e debates seguiram, e ganharam novo marco em 2012, com a elaboração do Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Estado do Rio Grande do Sul (PDIF/RS) e sua entrega ao Ministério da Integração Nacional.

O trabalho propõe-se a mapear as iniciativas de integração que ocorreram ao longo dos últimos anos na fronteira Brasil-Uruguai, relativas à saúde. Pretende-se, assim, demonstrar o crescimento da cooperação fronteiriça, indicando suas potencialidades para o desenvolvimento regional.

Palavras-Chave: cooperação; saúde; fronteira.

* Trabajo presentado en el Quinto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “¿Qué ciencia política para qué democracia?”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 7-10 de octubre de 2014

Integração na fronteira Brasil-Uruguaí na área da saúde: um panorama

SCHERMA, Márcio; OLIVEIRA, Jussara

1. Fronteiras, Cooperação e Integração.

Apesar de hoje o mundo ser dominado pela forma de organização político social que conhecemos como Estado nacional, apenas nos últimos séculos é que esse modelo se difundiu por todo o globo¹.

Max Weber apresenta uma definição de Estado que é amplamente utilizada até hoje. Segundo o sociólogo alemão: "(...) temos de dizer que o Estado é uma comunidade humana que pretende, com êxito, o monopólio do uso legítimo da força física dentro de um determinado território" (WEBER, 1982, p.53). Segundo esta definição, o Estado é a autoridade mais importante a regular um certo território geográfico a partir da formulação de leis e da fiscalização do cumprimento das mesmas através do monopólio dos meios de coerção física.

Assim, o ideal de Estado liga-se a um território demarcado no qual o ente político exerce sua soberania. Dizer que um Estado é soberano implicaria, então, dizer que seu governo é o único a elaborar e fazer cumprir as leis internamente e que, além disso, não permite interferência externa nesse processo.

Nessa lógica de arranjo territorial, "(...) the boundaries between territories can become increasingly meaningful dividers between social, economic, and cultural systems" (MURPHY, 1996, p. 90).

Para analisarmos o conceito de fronteira, é preciso recorrer à geopolítica, disciplina que tem trabalhado com maior afinco o tema, e que, portanto, tem sido a fonte conceitual para muitos acadêmicos e *policy makers* quando o assunto é fronteira.

Em primeiro lugar, é importante não confundir os conceitos de limites e fronteiras. Quanto ao primeiro, Osório (1998, p.42) destaca que:

A palavra limite, de origem latina, foi criada para designar o fim daquilo que mantém coesa uma unidade político-territorial, ou seja, sua ligação interna. Essa conotação política foi reforçada pelo moderno conceito de Estado, onde a soberania corresponde a um processo absoluto de territorialização.

¹ Exceção: China, com quase 3.000 anos de Estado nacional. Ver Tilly (1996)

O conceito de fronteira - derivado de *front* - por sua vez, indica "o que está na frente". Para Miyamoto (1995, p. 170): "As fronteiras, por sua vez, não são linhas imóveis; elas são consideradas zonas entre um e outro país. Os limites estão, portanto, nelas contidos."

O sueco Kjéllen apresenta ponto de vista organicista a respeito do Estado e das fronteiras. Para o autor, o Estado é como um "organismo vivo". Assim, ele compara analogamente as fronteiras do Estado à epiderme de um corpo vivo - é ela que recebe e transmite em primeira mão todas as manifestações de poder emitidas ou dirigidas ao "cérebro" estatal - destinadas ou vindas do exterior.

Como epiderme, a fronteira, ao mesmo tempo em que separa os ambientes interno e externo, é o *locus* das trocas entre ambos. A partir dessa lógica, alguns autores enxergam a existência de uma faixa de fronteira, ou seja, um espaço territorial de transição, no qual convivem ainda características físicas, políticas e sociais de ambos os lados.

No Brasil, a legislação utiliza o critério de faixa de fronteira. Miyamoto (1995) apresenta uma evolução do tratamento jurídico que define a extensão da faixa de fronteira, da Constituição de 1891 à Lei n. 6.634/79, que definiu-a como um território de 150 km a partir da linha limítrofe.

No estudo das Relações Internacionais, a teoria realista surgiu num período no qual a preocupação central do sistema internacional era a ocorrência de guerras. Ela analisa o sistema internacional sob esse ponto de vista, e dominou esse ambiente acadêmico por décadas. Para os realistas, o Estado é o ator central das Relações Internacionais, e teria duas funções primordiais: uma de âmbito interno (garantir a paz dentro de suas fronteiras) e uma de âmbito externo (garantir a segurança frente a possíveis ameaças externas). As fronteiras são, assim, linhas limite que devem ser vigiadas e protegidas.

Mudanças na maneira de encarar essa realidade ganham força a partir dos anos 70, quando o pensamento liberal volta a figurar com destaque, motivado pelas mudanças ocorridas durante a Guerra Fria, mas que se tornaram mais visíveis após aquela década e, sobretudo, a partir do fim da União Soviética e dos regimes socialistas.

As novas tecnologias de informação e comunicação permitiram um incremento no fluxo de bens, pessoas, informações e capitais. Concomitantemente, outros atores para além do Estado começaram a atuar internacionalmente – ONGs e empresas transnacionais

são o maior exemplo. Esse fenômeno – que não é originário desse período, mas que ganhou uma intensidade inédita – ficou conhecido como globalização.

Essa nova realidade material colocou questionamentos importantes à teoria realista. O papel do Estado tornou-se um dos principais pontos de discussão, diante de um mundo no qual as novas conexões globais não obedeciam, *a priori*, à lógica restritiva das fronteiras nacionais.

Dois dos principais expoentes dessa vertente teórica são Joseph Nye e Robert Keohane. Em sua obra *Power and Interdependence*, os autores analisam o fenômeno da interdependência como uma relação entre dois ou mais países na qual as decisões tomadas em cada um implica efeitos nos demais. Assim, a interdependência diz que vários atores podem ser atingidos, em grau maior ou menor, por acontecimentos ocorridos longe de seus domínios e por decisões tomadas por outros governos. Para os autores (2001, p. 07)

Interdependence, most simply defined, means mutual dependence. Interdependence in world politics refers to situations characterized by reciprocal effects among countries or among actors in different countries. These effects often result from international transactions - flows of money, goods, people and messages across international boundaries.

No mundo interdependente, a união de forças para aumentar poder e competir em escala global também passa a ser um fenômeno recorrente. O estabelecimento de regimes internacionais² e de blocos econômicos são decorrentes dessas novas necessidades. Países menores buscariam parcerias para aumentar seu poder e se prevenir frente às implicações da interdependência.

Desse modo, para os neoliberais, uma política de poder na era da interdependência passa pela integração. Seja pelo pertencimento a blocos econômicos ou a regimes transnacionais, a cooperação pode ser uma maneira de angariar maior poder de barganha no sistema internacional³.

Pensando na integração regional, as regiões de fronteira podem ser consideradas como o primeiro nível de integração com os países vizinhos. Nessas regiões a integração é fenômeno inexorável, pois ali ocorre em seu cotidiano operacional: no convívio do dia a dia, entre pessoas, empresas, fluxos financeiros, culturais e simbólicos.

² Sobre regimes internacionais, consultar KRASNER (1981); YOUNG (1982); dentre outros.

³ Uma análise interessante nessa linha pode ser encontrada em MARIANO (1995)

Contudo, as fronteiras podem ser regiões problemáticas na medida em que existe a possibilidade de que o fluxo ali seja de pessoas e materiais indesejados, como drogas, armas, contrabando, espécies animais e vegetais, dentre outros. Portanto, a fronteira pode ser espaço de afirmação da soberania nacional e contribuição ao desenvolvimento, ou justamente o oposto. De acordo com esse raciocínio, podemos deduzir que para os neoliberais as fronteiras podem ter um papel importante para o desenvolvimento do Estado.

Esses entendimentos, bem como a nova realidade material - sobretudo a partir da intensificação da integração regional no cone sul da América do Sul com o Mercosul - influenciaram na formulação de políticas brasileiras para a região de fronteira.

Sinais nesse sentido já aparecem durante o segundo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, do qual faziam parte programas como “Desenvolvimento integrado e sustentável da região grande fronteira do Mercosul”; e “Desenvolvimento social da faixa de fronteira”. Estes programas reconhecem que se trata de uma área tradicionalmente relegada a segundo plano nas políticas nacionais e que, justamente por isso, apresentava um desenvolvimento sócio-econômico mais baixo.

No governo Lula da Silva, essa tendência ganha força, e no PPA 2004-2007 é criado um programa específico para a faixa de fronteira brasileira, o PDFF (Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira).

O programa (BRASIL, 2009, p. 10) prevê "O fortalecimento das regiões de fronteira e de seus sub-espacos, envolvendo a Amazônia, a região central e o Mercosul configura-se como uma oportunidade de adquirir a competitividade necessária para o desenvolvimento sustentável integrado com os países da América do Sul" . As diretrizes básicas do Programa são:

Definição de estratégias respeitando a diversidade da região; Associação da soberania com uma perspectiva de desenvolvimento e integração da América do Sul; Fortalecimento das condições de cidadania para a população local e organização da sociedade civil; Articulação do programa com a nova Política de Desenvolvimento Regional

Questão relativas à saúde inserem-se no eixo "fortalecimento das condições de cidadania para a população local"⁴. Importante salientar que, em se tratando das

⁴ Explicitado no documento (BRASIL, 2009, p. 15): "As principais iniciativas voltadas às condições de cidadania são: apoio às instituições de defesa dos direitos humanos, incentivo ao fortalecimento da representação de grupos prioritários nos fóruns de desenvolvimento, valorização e divulgação da cultura local, integração das ações de saúde e promoção de ensino bilíngüe, incentivo às discussões

fronteiras brasileiras, a saúde ainda é um desafio, tanto para controle epidemiológico como para o acesso à população fronteiriça. Historicamente, as fronteiras brasileiras têm se tornado canal para a transmissão de doenças das quais temos pouco controle e que podem impactar, principalmente, a população local, sem excluir o risco de um impacto nacional⁵.

Quanto ao acesso à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se tornado referência aos países vizinhos pelo seu caráter universal. Ao alinhar essa universalidade ao aumento do fluxo de pessoas, somado ao fato de que grande parte dos municípios brasileiros na região são considerados de maior desenvolvimento relativo, não é difícil encontrar hospitais e postos de saúde na fronteira sobrecarregados com o atendimento.

A seção seguinte busca analisar, portanto, quais os marcos legais e as principais iniciativas existentes que envolvem a cooperação internacional (e fronteiriça, mais especificamente) quanto ao acesso a serviços de saúde.

2. A saúde na fronteira: direitos e acesso

Nos anos recentes, a utilização dos serviços de saúde brasileiros por cidadãos dos países vizinhos tem se tornado uma preocupação cada vez maior para as autoridades envolvidas, na medida em que o aumento da demanda pode potencialmente contribuir para uma sobrecarga do já deficiente sistema público de saúde nessas localidades. Segundo Rodrigues Jr e Saldanha (2013, p. 13)

O fluxo migratório entre os países da América Latina sugere, na proporção em que se observa cada vez mais aguda a sua participação, como componente do aparente colapso do setor da saúde pública brasileira, uma questão de difícil solução: levar a atenção à saúde de maneira a não vulnerar o sistema de gestão local.

A situação chegou a esse ponto devido às próprias características da fronteira: ainda que seja uma região que separa dois sistemas político-jurídico-sociais distintos, a proximidade geográfica acaba por aproximar aqueles que legalmente estão separados. A princípio, são movimentos regionais, como os demais - é a especificidade da região de fronteira que torna a situação mais problemática.

referentes à cidadania nos comitês fronteiriços, apoio à elaboração do documento de cidadão fronteiriço, além de articulação e apoio às demais iniciativas que impactem a inserção sociocultural e econômica do indivíduo" (pp. 15)

⁵ Lembramos, por exemplo, de quando o Peru foi atingido por um surto de cólera no ano de 1991, o Brasil registrou mais de 2.000 casos de cólera. No ano seguinte, os números aumentaram para 37.752 casos e 462 óbitos. No ano de 1994, a OMS divulgara que o Brasil era o país mais afetado pela doença, com o maior número de casos que o próprio Peru, registrando-se cerca de 60.000 casos .

A escassa atuação do poder público nessas áreas durante tempo considerável levou à baixa regulamentação dos fluxos regionais, o que por sua vez trouxe um cenário no qual é a relação entre oferta e demanda por serviços públicos que determina o fluxo de pessoas sem maiores planejamentos, muitas vezes gerando constrangimentos de várias naturezas. Novamente, segundo os autores (2013, p. 14)

A escassa fiscalização e ausência de uma política migratória eficaz, em especial em municípios fronteiriços, permitem que estrangeiros transponham os limites territoriais e acessem aos serviços de saúde oferecidos.

Legalmente, aos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil é garantido o acesso ao serviço de saúde gratuito; afinal, é inconstitucional negar atendimento a qualquer ser humano, brasileiro ou não. Mais do que isso, a saúde é um direito fundamental inerente aos seres humanos, conforme consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que diz:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (DUDH, Art. XXV, 1).

Porém, é necessário haver planejamento das ações; o estabelecimento de regras a fim de tornar viável o sistema, pois sem isso a obrigação constitucional pode ser transgredida. Na Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – constam diretrizes para que todos os entes federados realizem o planejamento, a programação e priorização das ações no âmbito da saúde pública.

A finalidade da LOS é fazer com que a destinação dada aos recursos financeiros (finitos) permita que uma gestão sustentável possa ser realizada. Conforme destacaram Rodrigues Jr. e Saldanha (2013, p. 15):

A vida humana digna não deveria sofrer qualquer limitação por parte do Estado. Entretanto, a carência econômica impõe medidas administrativas para que o acesso à saúde sempre esteja ao alcance de todos. Isso porque, apesar de garantido constitucionalmente, os recursos disponíveis são insuficientes para atender a todos e, sem maiores considerações ou cuidados, podem levar a situação de inviabilidade do propósito constitucional.

No entanto, contradições existem no que diz respeito aos aspectos legais. Importante salientar que a legislação para estrangeiros em vigor no país é anterior à Constituição

Federal de 1988 e à criação do Mercosul, garantindo direitos iguais aos dos brasileiros apenas para aqueles que são residentes⁶.

Por conseguinte, para os estrangeiros que vivem em regiões de fronteira mas não possuem residência permanente no país, não existe referência no Estatuto do Estrangeiro ao acesso aos serviços de saúde.

Para que possam usufruir do sistema de saúde os estrangeiros devem apresentar alguma comprovação de que residem permanentemente no país. Essa exigência, contudo, é ignorada caso apresentem documentos como o Registro Geral (RG) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). Eis aí uma outra contradição, já que apenas a apresentação desses documentos não garante que o estrangeiro tenha residência permanente, principalmente em regiões de fronteira.

Além disso, há outro agravante nesse caso: o comércio ilícito de documentos falsos, intensificado em regiões de fronteira justamente pelo acesso que garantiriam. A fiscalização é pouco estruturada, e muitos fronteiriços acabam utilizando-se desse subterfúgio para acessar os serviços de saúde. Estes movimentos indicam que a intensificação das relações internacionais e da integração colocam a necessidade de políticas conjuntas como pauta de primeira ordem.

No caso da fronteira Brasil-Uruguai, há que se recordar que

(...) la región de frontera uruguaya con Brasil, conformada por los departamentos de Artigas, Rivera, norte de Tacuarembó, Cerro Largo, Treinta y Tres y este de Rocha, ha sido históricamente la región de menor desarrollo relativo (...) donde la mayoría de la población no encontraba satisfacción a necesidades básicas (BATALLA;NILSON, 2012, p.771).

O sistema de saúde uruguaio, por sua vez, vem passando recentemente por uma série de reformas, visto que "(...) apresentava custos elevados, grandes disparidades no pagamento de salários aos profissionais e na infraestrutura de atenção pública e privada, além de modelo centrado na hospitalização em detrimento da atenção básica" (BONTEMPO, 2013, p. 49). Tendo sido iniciado em 2005, no primeiro governo da Frente Ampla, a reforma foi materializada na Lei 18211/2007, que criou o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), garantindo "(...) el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades

⁶ Art.5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade[...]

para su acceso a servicios integrales de salud" (URUGUAY, 2007). Cabe mencionar, por fim, que não há menção a regulamentos específicos para a região de fronteira.

A busca por melhor atendimento em outros países do Mercosul gera, portanto, maior demanda aos sistemas buscados. Contudo, apesar disso, as iniciativas de solução dessas situações têm sido pontuais. Apesar de alguns projetos e iniciativas, inexistem uma harmonização de regras intrabloco para regular a cobertura, extensão de programas, qualidade e atenção à saúde, conforme observaram Ribas e Oliveira (2013).

Em suma, para os autores (2013, p. 36) "(...) a assimetria entre os países do bloco [Mercosul] e a ausência de prioridades para a saúde levam ao aumento da demanda pelos serviços do SUS no Brasil, pelos estrangeiros e também por muitas pessoas com dupla nacionalidade e com direito ao atendimento de saúde".

Uma vez que há demanda e que, concomitantemente, há deficiência de regulação transnacional para o problema na região, resta investigar o que vem sendo feito bilateralmente para tratar do problema - não só entre os Estados, mas também entre os entes subnacionais.

3. Saúde e cooperação na fronteira Brasil - Uruguai

3.1. Acordos entre países

Formalmente, as relações entre Brasil e Uruguai datam do Tratado da Aliança, de 1851, que versava sobre o estabelecimento da paz entre ambos. No mesmo ano foram assinados o Tratado de Limites e o Tratado de Comércio e Navegação.

De então até meados da década de 1970, Brasil e Uruguai assinaram uma série de outros acordos pontuais. Contudo, conforme indicaram Batalla e Nilson (2012), o caráter centralista das constituições uruguayas vigentes desde a independência deixava muito pouca margem para a autonomia dos governos subnacionais. Além disso, durante um período significativo do século XX - sobretudo durante os regimes autoritários - os governos centrais estiveram pouco interessados na integração regional.

Esse cenário começa a ser alterado em 1975, quando há a assinatura, em 12 de junho, na cidade de Rivera, Uruguai, do Tratado de Cooperação Científica e Técnica (Tratado da Amizade). Conforme destacou Silva (2009, p. 53) "Este acordo vem ao encontro do

reconhecimento, já naquela época, das vantagens recíprocas que resultariam em uma cooperação mais estreita e mais ordenada em campos de interesse mútuo."

Os anos 80 marcam a intensificação das relações entre ambos os países, motivada em parte pela abertura dos regimes autoritários. Naquela década, foram assinados mais de vinte Atos Internacionais entre ambos os países, com destaque para o Acordo para a Criação de uma Subcomissão para o Desenvolvimento Conjunto de Zonas Fronteiriças em 1985, no âmbito do da Comissão Geral de Coordenação Brasileiro-Uruguiaia, instituída pelo Tratado de Amizade de 1975⁷.

Uma das primeiras iniciativas da referida Subcomissão, fruto de sua terceira reunião, foi a criação de Comitês de Fronteira nas cidades gêmeas. Estes Comitês funcionariam como espaço de debates sobre temas de interesse comuns entre as partes. Assim, foram criados os Comitês de Fronteira em Chuy-Vitória do Palmar, Distrito do Chuí; Rio Branco-Jaguarão e Rivera – Santana do Livramento⁸. Silva (2009, p. 55) destacou que

O Regulamento dos Comitês de Fronteira, em seu artigo IV, indica os trabalhos a serem desenvolvidos pelo mesmo, como: a) tomar iniciativas com vistas a impulsionar, entre outros, o desenvolvimento econômico-comercial, cultural, científico, sanitário, turístico e esportivo na região sob sua jurisdição; b) promover uma adequada coordenação entre os diversos órgãos com competência nos temas afetos ao Comitê; c) propor soluções para os problemas operativos da região, facilitando a adoção de medidas concretas que agilizem e promovam a circulação de pessoas, mercadorias e veículos; d) apoiar e facilitar a execução das medidas definidas e acordadas no âmbito da Subcomissão para o desenvolvimento conjunto de zonas fronteiriças

Os anos 90 assistiram ao surgimento do Mercado Comum do Sul (Mercosul), fruto do chamado "novo regionalismo", no qual a liberalização do comércio era a pauta central. A integração regional seria instrumento complementar às políticas de abertura comercial, que objetivavam uma melhor inserção dos países na economia global: uma integração, portanto, "aberta" aos mercados e articulada com o sistema internacional de comércio (CEPAL, 1994). Durante os anos 90, essa foi a lógica da integração, e não se conferiu ênfase às políticas regionais.

Esse cenário vai mudar na década de 2000, quando a ascensão de governos mais à esquerda nos países da América do Sul (SILVA, 2010) vai conferir outro sentido à integração regional. O sentido da chamada "integração pós-liberal" vai muito além do comércio, englobando áreas como "(...) infra-estrutura, energia, complementação

⁷ Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1985/b_42/ >

⁸ Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1990/b_6_2011-10-17-15-48-31/ >

industrial e agrícola, meio ambiente, combate à pobreza e à exclusão social, fontes de financiamento para o desenvolvimento, projetos de integração fronteiriça, segurança, educação, cultura e ciência e tecnologia" (VEIGA; RÍOS, 2007, p. 22)

Deste modo, as iniciativas de cooperação, integração e desenvolvimento da fronteira são retomadas de modo mais forte somente na década de 2000. No caso de Brasil e Uruguai, marco mais importante é, sem dúvidas, a criação da Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço (NACDF), em 2002. Batalla e Nilson (2012, p. 775) destacam que

La Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo aprobada por los dos gobiernos en 2002 diseñó una nueva institucionalidad con el doble propósito de mejorar la eficacia en la implementación de las políticas y fomentar la participación de la sociedad civil. La frontera entre Uruguay y Brasil quedó comprendida en la delimitación de Faja Fronteriza aplicada por Brasil a todas sus fronteras y por consiguiente un área de 20 kilómetros a cada lado la frontera conforma un espacio nuevo para diseño de políticas.

A ideia motivadora do estabelecimento da NACDF parece ser a compreensão da singularidade da região de fronteira, configurando uma experiência inovadora em relação à integração. Aveiro (2006, p. 170) realizou um estudo amplo da NACDF e apontou que a mesma "(...) constitui-se num esforço dos Governos dos dois países para propor soluções aos problemas que afetam a vida dos habitantes da região de ambos os lados da fronteira comum"⁹.

De imediato, a Nova Agenda foi responsável por uma ação inovadora: a criação da figura jurídica do cidadão fronteiriço, materializada no Acordo para Permissão de Ingresso, Residência, Estudo e Trabalho, Previdência Social e Concessão de Documento Especial de Fronteiriço a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, regulamentado no Brasil pelo decreto 5.105 de 14 de junho de 2004¹⁰. As localidades envolvidas são: Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai); Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai); Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai); Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai); Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai); e Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

⁹ A autora destaca ainda (p. 168-169) que "A Nova Agenda surgiu de uma experiência vivida localmente pelas comunidades fronteiriças, que tem uma integração secular. A história da fronteira Brasil-Uruguai é muito rica em contatos, intercâmbio e interação. De fato, a Nova Agenda veio para regulamentar situações pré-existent, acrescenta e enriquece essa cooperação na medida em que coloca os governos federal, estadual e municipal a serviço dessa causa, mediante ações focalizadas nas áreas de saúde, educação, meio ambiente e saneamento e cooperação policial e judicial".

¹⁰ Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5105.htm >

Acerca do funcionamento da Nova Agenda, Batalla e Nilson (2012, p. 776) observaram que

Una Comisión General de Coordinación Uruguayo-Brasileña establece la agenda de temas para las Reuniones de Alto Nivel que se realizan alternativamente en Montevideo y Porto Alegre. Esta instancia representa una creación novedosa ya que incorpora además de los equipos de las Cancillerías, los representantes de otros organismos estatales con competencia en temas centrales para la agenda de la cooperación y el desarrollo fronterizo y los representantes de las unidades subnacionales. Adicionalmente, se crearon cuatro Grupos de Trabajo en los temas de Salud, Medio Ambiente y Saneamiento, Cooperación Policial y Judicial y Desarrollo Integrado.

No escopo da Nova Agenda, portanto, em 2003, o Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica de 1975 recebeu um ajuste complementar cujo objetivo foi a criação e implementação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil — Uruguai ¹¹. De acordo com o documento, a Comissão tem por objetivos

(...) além de fortalecer as ações e a implementação dos Comitês de Fronteira na área de saúde; promover o levantamento de saúde da população; propor mecanismos para agilizar a troca de informações em saúde; propor estratégias de ação, elaboração, avaliação e acompanhamento de Planos de Trabalho; implementar programas de treinamento e capacitação de Recursos Humanos entre ambos os países; assessorar na elaboração e na implementação de Projetos de Cooperação; promover o intercâmbio e a discussão dos Sistemas de Saúde de ambos os países.

A Comissão Binacional mostrou, já em sua primeira reunião, preocupação com os possíveis impactos, para os sistemas de saúde, do Acordo para Residência, Estudo e Trabalho, visto que o documento de fronteiro habilitaria os cidadãos de ambos os países a utilizarem os dois sistemas de saúde (Bontempo, 2013). Contudo, apesar das atividades terem início rapidamente, a Comissão cessa seus trabalhos até 2007, quando, na V Reunião de Alto Nível (V RAN) é reativada.

As Reuniões de Alto Nível continuaram se sucedendo. Em 2012, por exemplo, o GT de Saúde da VIII RAN¹² discutiu a permanência das dificuldades na implementação do Ajuste Complementar para a prestação de serviços de saúde, devido a entraves para a contratação de médicos uruguaios e para a compensação dos serviços de saúde. Também propuseram que as relações do complexo de interação entre saúde humana e saúde animal fossem incorporadas às políticas e programas de saúde na zona fronteira. Também prosseguiram os estudos para instalação de um centro de hemodiálise na cidade uruguaia de Chuy, que preste atendimento a pessoas de ambas as nacionalidades

¹¹ Disponível em < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_44/ >

¹² Disponível em < http://www.relinter.rs.gov.br/upload/1347901573_ATA%20GT%20de%20Saude.pdf >

- nesse caso, ressaltou-se que a viabilidade do empreendimento dependeria do pagamento, pelo SUS, dos tratamentos cujos custos ultrapassassem as possibilidades das prefeituras da região. Por fim, foi informado que tem havido debates sobre a construção de uma Escola de Enfermagem e Obstetrícia Binacional, que outorgaria diplomas a brasileiros e uruguaios.

Já em 2013, a IX RAN teve como marco principal a assinatura do primeiro projeto binacional de saneamento da América Latina, realizado com recursos do Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul (FOCEM) em Aceguá (Brasil) e Aceguá (Uruguai). Conforme assinalou à época Daniel Betancur, então diretor de assuntos fronteiriços da Chancelaria uruguiaia, "Es algo inédito. Hubo que hacer un esfuerzo enorme para poder compatibilizar la legislación de ambos países para tener un proyecto que le diera solución a los problemas de la gente"¹³. Além deste projeto, a IX RAN debateu sobre o tratamento de resíduos sólidos; sobre livre trânsito de ambulâncias e bombeiros em todo território da fronteira e sobre o ensino bilíngue nas escolas.

É possível observar que, em cerca de uma década da retomada da aproximação entre Brasil e Uruguai, e do estabelecimento da Nova Agenda para a Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço, os debates e a troca de experiências tem sido uma constante, com reuniões periódicas, de modo que o tema ainda demonstra ter relevância nas agendas de ambos os lados.

O governo de José "Pepe" Mujica, iniciado em 2010, pode ter colaborado para isso, conforme apontado por Batalla e Nilson (2012, p. 787-788)

A partir de la asunción de José Mujica como presidente de Uruguay, el proceso de integración y cooperación transfronteriza con Brasil ha recibido un nuevo impulso de parte del Estado uruguayo. Esta situación es resultado, en primer lugar, de la decisión política de apostar por una inserción internacional que profundice la integración con Brasil, en el contexto del crecimiento acelerado de la economía de este país y de las dificultades encontradas en el modelo de inserción basado en el Mercosur. Esta decisión se resume en la expresión paradigmática utilizada por Mujica de "ir al estribo de Brasil". Por otra parte, el gobierno de Mujica otorga un significado especial al interior, a partir de la tradición rural que el presidente refleja.

Todavía, apesar da relevância e da permanência dos debates, nota-se que ainda há dificuldade em transformar o idealizado em ações concretas. O caso que parece ter alcançado os resultados mais vistosos é o de Santana do Livramento - Rivera, que passamos a estudar em mais detalhes na seção seguinte.

¹³ Disponível em < <http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/ran-reunion-alto-nivel-uruguay-brasil-tarso-genro-almagro>>

3.2. A cooperação em saúde na fronteira Santana do Livramento - Rivera

De todas as cidades-gêmeas da fronteira Brasil-Uruguai, o caso que mais chama a atenção - sobretudo no tocante às políticas de saúde - é a região de Santana do Livramento e Rivera. Lucena (2011, p. 2) destacou em seu trabalho que ambas as cidades foram estudadas por "(...) juntas, compõem um significativo adensamento populacional que vivencia um alto nível de integração cultural, social e econômica ao longo de sua história".

As ações de integração e cooperação em saúde nessa região tem origem na criação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, de 2003, conforme salientado anteriormente. Isso porque uma de suas ações foi a realização, em 2005, da 1ª Conferência de Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai, justamente na fronteira entre Santana do Livramento, no Brasil e Rivera, Uruguai. Referida reunião teve a presença de gestores de todas as esferas de governo e da sociedade civil, tanto do Brasil quanto do Uruguai, tendo reunido em torno de 280 pessoas (SILVA, 2009).

Essa Conferência deu origem ao Comitê Binacional da Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, criado em dezembro daquele ano, com o objetivo de concentrar os debates e, a partir destes, propor a elaboração conjunta de políticas públicas específicas. Funciona, portanto, como um fórum de debates que conta com a participação dos órgãos responsáveis e também dos usuários dos sistemas de saúde. Nos debates são analisados problemas, levantadas demandas, e colhidas sugestões que serão a base da concepção de novas políticas públicas. Mais do que auxiliar no desenvolvimento daquela região, a experiência é um "piloto" do qual pode-se prever desdobramentos para outras regiões, conforme apontado por Guimarães e Giovanella (2005, p. 255):

(...) as iniciativas fronteiriças demonstram que acordos bilaterais em saúde podem ser considerados etapas preparatórias para os entendimentos multilaterais e que dispor de recursos financeiros e estratégicos para o planejamento conjunto na fronteira incentiva a cooperação e a solidariedade. Além de fortalecer os entes locais na gestão dos sistemas de saúde, apoia programas e contrapõe mecanismos informais.

Cabe ressaltar, ainda, que o Comitê Binacional de Integração em Saúde está dividido em cinco subcomissões técnicas: Subcomissão de Acidentes de Trânsito; Subcomissão de Drogas; Subcomissão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Subcomissão de HIV/AIDS; e Subcomissão de Atenção Primária em Saúde. Dentro destes temas, Silva (2009) destacou as principais ações do Comitê até então. São elas:

o Curso para Manipuladores de Alimentos e Formação de Inspetores, o Projeto para o Controle da Hidatidosis (parasitas em animais domésticos, selvagens e ser humano), o Projeto de Vigilância contra a Dengue, o Projeto contra a Doença de Chagas, o Projeto de Prevenção contra DST/HIV/AIDS na Fronteira e o Acordo de Assistência Gineco-Obstétrica de Emergência entre o Hospital de Rivera, a Santa casa de Livramento e a Secretaria Municipal de Saúde de Livramento e o 1º Encontro de Agentes de Campo em Saúde.

Os trabalhos de Silva (2009) e Lucena (2011) concordam em relação não apenas ao vanguardismo do Comitê, mas também destacam a participação popular como elemento fundamental das ações tomadas. A interação população-poder público não apenas confere maior legitimidade ao Comitê e às suas ações, mas tem-se mostrado fator importante no desenho de soluções efetivas aos problemas levantados.

Por outro lado, os trabalhos também concordam com os obstáculos à ação do Comitê: as dificuldades na coleta e análise de dados nas duas cidades; as limitações impostas pelas diferentes legislações em várias esferas; as assimetrias e desigualdades e as diferenças político-administrativas aparecem como barreiras ainda a serem transpostas para otimizar os acordos possíveis entre as cidades, estados, departamentos e países envolvidos.

4. Considerações Finais

Como foi visto, nas regiões de fronteira - e, em especial, nas cidades gêmeas - as interações internacionais são uma constante. É nesses locais que a integração regional é mais intensa.

No caso da América do Sul, uma das principais dificuldades ao aprofundamento da integração está nas assimetrias entre os países. Com a integração, os países de maior desenvolvimento relativo tendem a receber maior fluxo de estrangeiros - seja em busca de melhores oportunidades de trabalho ou do acesso a serviços como educação e saúde.

A saúde é um direito humano universal que é assegurado pela Constituição brasileira a todos os residentes no país - brasileiros ou estrangeiros. No entanto, a regulamentação deficiente e dificuldades inerentes ao atendimento nas regiões fronteiriças acabam levando a uma sobrecarga do sistema público de saúde dessas localidades - em geral já deficientes mesmo para a população nacional.

Amenizar esses problemas passa pela cooperação internacional - no âmbito nacional ou subnacional. Os acordos de integração regional ainda são focados nas questões econômicas, deixando em segundo plano outras áreas. É o caso do Mercosul.

A fronteira Brasil - Uruguai é uma das mais dinâmicas, de contato intenso e na qual pode-se encontrar assimetrias relativamente menores frente a outras áreas de fronteira brasileiras. As interações e aproximações entre ambos os lados ocorrem, de forma mais forte, desde 1975, tendo sido intensificadas na década de 2000.

Estabeleceu-se uma Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço, que compreende a fronteira como uma região *sui generis* e que, por conseguinte, necessitaria de políticas diferenciadas, que levassem em conta todo o contexto regional (que, nos casos fronteiriços, é também internacional). Assim, lançou as bases para a criação da figura jurídica do "cidadão fronteiriço", que regula e "binacionaliza" os direitos ao ingresso, residência, estudo, trabalho e previdência social da população fronteiriça.

Apesar de todos esses avanços, ao analisarmos as ações concretas, constata-se que nos doze anos passados da criação da NACDF, poucos são os projetos que realmente "saíram do papel". Novamente de acordo com Batalla e Nilson (2012, p. 778-779), parte da explicação pode estar nas distintas formas de organização do Estado:

Mientras Brasil es un Estado Federal, Uruguay sigue siendo una república unitaria y centralizada. Aún cuando la descentralización posee grandes potencialidades, en el futuro inmediato, la concentración de las decisiones en política exterior en manos de la Cancillería y en la estructura diseñada para la implementación de políticas de frontera, no permite el ejercicio de una "paradiplomacia" en la manera en que es practicada en Brasil.

Assim, o papel centralizador do Estado no tocante à elaboração e execução da política externa ainda é um elemento crucial a ser levado em conta nesses casos, conforme salientou Bontempo (2013, p. 90)

Embora toda a mudança ocorrida no encaminhamento das necessidades desses municípios, acordos tenham sido ajustados, convênios celebrados, persistem ainda as amarras burocráticas e jurídicas. Ou seja, apesar do propalado "fim do Estado" apregoado por muitos estudiosos, a sua atuação no território fronteiriço continua forte, por vezes freando as alternativas mais viáveis para resolução de problemas ou impasses locais.

Também por isso, a autora salientou que muitos comitês binacionais se reúnem de modo inconstante, e, além disso, são utilizados em alguns casos como pré-condição para o recebimento de recursos financeiros ou projetos, especialmente no caso brasileiro.

Exatamente por isso a experiência de Santana do Livramento e Rivera torna-se mais importante, já que o Comitê binacional desta localidade tem conseguido manter uma frequência maior das reuniões e, também, executar os projetos elaborados. Fator essencial para essa diferença parece ser a participação popular no referido Comitê, que a literatura disponível relata como uma constante - ao contrário dos demais. O envolvimento da sociedade civil auxilia na elaboração das demandas e traz, inevitavelmente, a demanda não apenas pela execução das soluções propostas, como pela *accountability* dos poderes públicos envolvidos.

Em suma, os problemas das regiões fronteiriças são singulares exatamente por conta de sua localização geográfica. Muitas vezes essas regiões sofrem com a falta de políticas específicas, bem como são prejudicadas pela morosidade na negociação e elaboração de acordos de cooperação entre países.

Dado esse contexto, a atuação subnacional surge como alternativa mais concreta para amenizar as contradições inerentes às regiões de fronteira. São alternativas em geral mais rápidas que os acordos nacionais; independem das opções do governo central - que podem ser voláteis; e são formuladas por pessoas que lidam cotidianamente com a realidade local. Podem ser, por conseguinte, parte importante de um conjunto de ações que amenizem as dificuldades e sobrecarga encontradas pelo sistema público de saúde brasileiro nas fronteiras, sobretudo se planejadas com a participação da sociedade civil e em harmonia com as ações estatais.

5. Bibliografia

AVEIRO, Taís Marques (2006). *Relações Brasil-Uruguai: a Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço*. 238p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Relações Internacionais da Universidade de Brasília. Brasília.

BATALLA, Isabel; NILSON, Diego (2012). Políticas de cooperación, integración fronteriza y desarrollo territorial en la frontera Uruguay-Brasil (2002-2012). In: *Revista Geo UERJ* - Ano 14, nº. 23, v. 2, p. 763-792.

BONTEMPO, Carla G C (2013). *A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011)*. 107p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas/RS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL (2005). *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Disponível em: < <http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2005-livro-PDF.pdf> >

BRASIL. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL (2009). *Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Disponível em: < http://www.integracao.gov.br/pt/c/document_library/get_file?uuid=cd8c9e6a-a096-449b-826e-6ecb49744364 >

CEPAL (1994). *El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica en servicio de la transformación productiva con equidad*. Santiago: Nações Unidas.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (2012). *Plano de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira do estado do Rio Grande do Sul – PDIF/RS*. Disponível em < http://www.relinter.rs.gov.br/upload/1392734937_PDIF_RS%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf >

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Ligia (2005). Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. In: *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.71, set/dez.

KRASNER, Stephen D (1981). Transforming International Regimes: What the third world wants and why. In: *International Studies Quarterly*, vol. 25, n. 1, p. 119-148

KEOHANE, Robert; NYE, Joseph (2001). *Power and Interdependence*. New York, Longman.

LUCENA, Marta Gomes (2011). *Territorialidade de fronteira: uma contribuição ao estudo da questão fronteiriça Brasil-Uruguai no contexto do Mercosul*. 189f. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

MACHADO, Lia Osório (1998). Limites, Fronteiras, Redes. In: T.M.Strohaecker, A.Damiani, N.O.Schaffer, N.Bauth, V.S.Dutra (org.). *Fronteiras e Espaço Global*, AGB-Porto Alegre.

MARIANO, Karina (1995). O Neoliberal Institucionalismo: um modelo teórico para a integração regional. In: *Cadernos CEDEC*, nº 50.

MIYAMOTO, Shiguenoli (1995). *Geopolítica e poder no Brasil*. Campinas, Papirus.

MURPHY, Alexander (1996). The sovereign state system as political-territorial ideal: historical and contemporary considerations. In: BIERSTEKER, Thomas J; WEBER, Cynthia (1996). *State Sovereignty as social construct*. Cambridge, Cambridge University Press, p. 81-120.

RIBAS, L; OLIVEIRA, S. (2013). Acesso do estrangeiro à saúde: políticas públicas do SUS e atendimento no Mato Grosso do Sul, nas cidades de Ponta Porã e Corumbá. In: AMARAL, Ana P.; CARVALHO, Luciani (org). *Direito do estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS*. Ed. UFMS, Campo Grande

RODRIGUES JR; SALDANHA (2013). A integração internacional brasileira, saúde e desenvolvimento. In: AMARAL, Ana P.; CARVALHO, Luciani (org). *Direito do*

estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS. Ed. UFMS, Campo Grande.

SILVA, Fabrício P (2010). Até onde vai a "onda rosa"? In: *Análise de Conjuntura OPISA*, n. 2. Disponível em <http://www.opisa.com.br/images/pdf/analise/71_analises_AC_n_2_fev_2010.pdf>

SILVA, Maurício P (2009). *Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas/RS.

VEIGA, Pedro ; RÍOS, Sandra (2007). *O regionalismo pós-liberal na América do Sul: origens, iniciativas e dilemas*. Santiago, Nações Unidas.

WEBER, Max (1982). *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro, LTC Editora.

YOUNG, Oran R (1982). Regime Dynamics: The Rise and Fall of International Regimes. In: *International Organization*, vol. 36, n. 2, p. 277-297.