



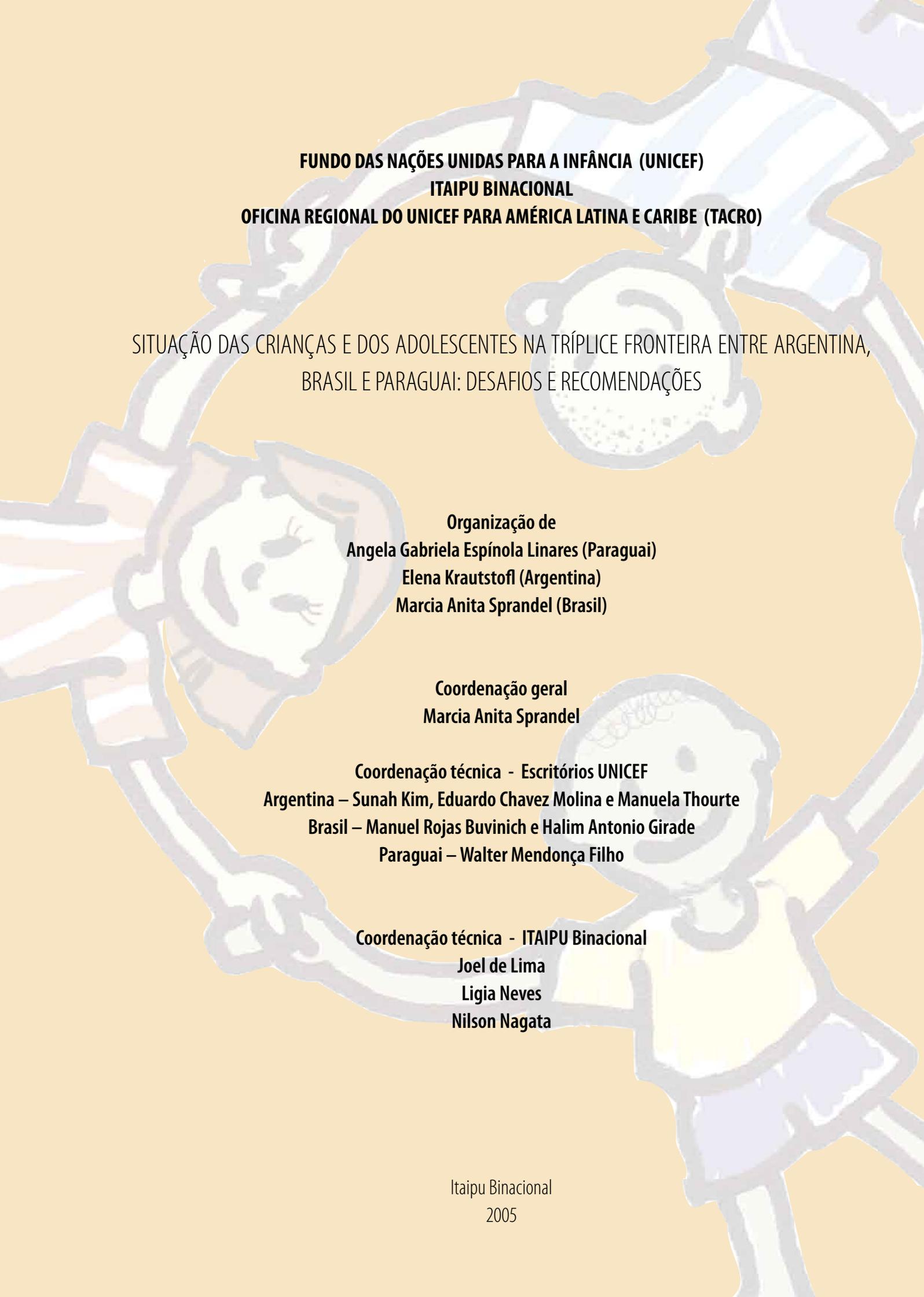
**SITUAÇÃO DAS CRIANÇAS  
E DOS ADOLESCENTES NA  
TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE  
ARGENTINA, BRASIL E  
PARAGUAI:  
DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES**

unicef 

apoio:

 **ITAIPU  
BINACIONAL**





**FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF)**  
**ITAIPU BINACIONAL**  
**OFICINA REGIONAL DO UNICEF PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (TACRO)**

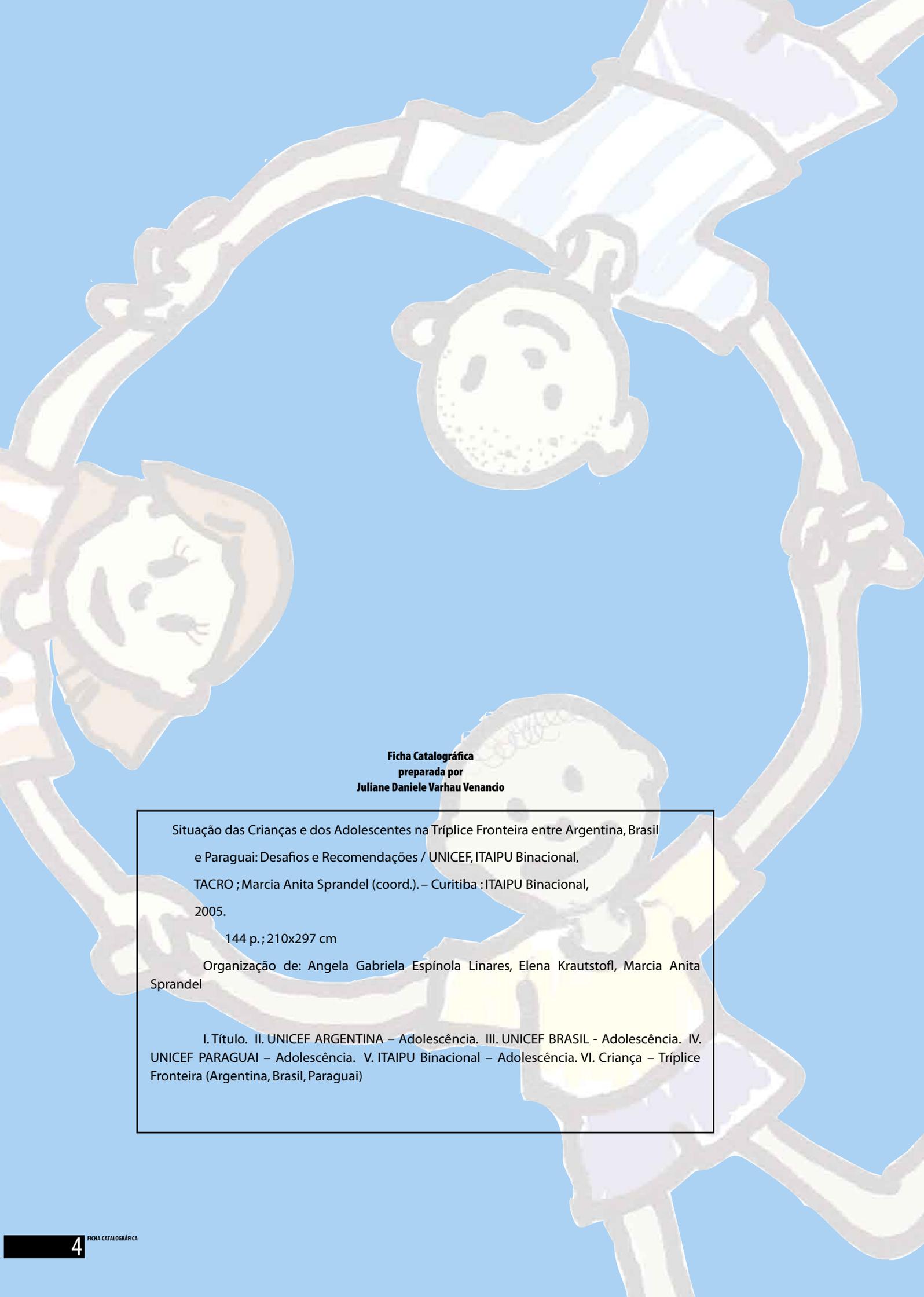
SITUAÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NA TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE ARGENTINA,  
BRASIL E PARAGUAI: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

**Organização de**  
**Angela Gabriela Espínola Linares (Paraguai)**  
**Elena Krautstofi (Argentina)**  
**Marcia Anita Sprandel (Brasil)**

**Coordenação geral**  
**Marcia Anita Sprandel**

**Coordenação técnica - Escritórios UNICEF**  
**Argentina – Sunah Kim, Eduardo Chavez Molina e Manuela Thourte**  
**Brasil – Manuel Rojas Buvinich e Halim Antonio Girade**  
**Paraguai – Walter Mendonça Filho**

**Coordenação técnica - ITAIPU Binacional**  
**Joel de Lima**  
**Ligia Neves**  
**Nilson Nagata**



**Ficha Catalográfica**  
**preparada por**  
**Juliane Daniele Varhau Venancio**

Situação das Crianças e dos Adolescentes na Tríplice Fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: Desafios e Recomendações / UNICEF, ITAIPU Binacional, TACRO ; Marcia Anita Sprandel (coord.). – Curitiba : ITAIPU Binacional, 2005.

144 p. ; 210x297 cm

Organização de: Angela Gabriela Espínola Linares, Elena Krautstoff, Marcia Anita Sprandel

I. Título. II. UNICEF ARGENTINA – Adolescência. III. UNICEF BRASIL - Adolescência. IV. UNICEF PARAGUAI – Adolescência. V. ITAIPU Binacional – Adolescência. VI. Criança – Tríplice Fronteira (Argentina, Brasil, Paraguai)

Passaram-se quinze anos desde a promulgação da Convenção dos Direitos da Criança. Durante este período, Argentina, Brasil e Paraguai tiveram avanços importantes em temas relacionados a crianças e adolescentes, particularmente no âmbito das reformas legais. Os três países contam com leis adequadas à Convenção, embora que sua aplicação efetiva ainda permanece um desafio.

Adicionalmente, os três países ratificaram seu compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e estabeleceram Planos de Ação a favor da infância, no marco da Declaração da Sessão Especial das Nações Unidas - Um Mundo para as Crianças.

Por outro lado, os três países são muito diferentes em tamanho, população, características étnico-culturais, políticas, econômicas e sociais. A análise de situação identifica essas diferenças também no interior dos países. No entanto, se detivermos nosso olhar nas crianças e adolescentes da Tríplice Fronteira, veremos que além dos contextos heterogêneos que os rodeiam, muitos deles vivem situações comuns de violação de direitos, de alta vulnerabilidade, desproteção, pobreza e desigualdade.

Quanto essas situações podem variar significativamente nos próximos quinze anos depende, em grande parte, do compromisso e da capacidade que tem cada país (e o conjunto de três países) de impulsionar e desenvolver políticas públicas, programas e ações coerentes, relevantes, pertinentes e articuladas.

Neste sentido, este documento representa um ponto de partida para gerar uma agenda de trabalho conjunto para os três países, objetivando abordar as problemáticas mais críticas identificadas, como o registro e documentação das

crianças e adolescentes; a eliminação do trabalho infantil; a eliminação da exploração sexual comercial e do tráfico de seres humanos; a universalização do acesso à educação, à saúde de qualidade e à prevenção e atenção ao HIV/Aids e doenças sexualmente transmissíveis.

O trabalho para a realização desta análise de situação foi coordenado pelos três Escritórios Nacionais do UNICEF na Argentina, no Brasil e no Paraguai.

Sem dúvida, esse esforço de coordenação e supervisão trilateral demonstra a vontade, o interesse e o compromisso do UNICEF em mostrar que os problemas enfrentados pela infância nessa área de fronteira têm um caráter sub-regional, requerendo ações que vão muito além de uma perspectiva isolada de cada país.

Também se contou com o apoio e a colaboração dos governos locais e de muitas organizações da sociedade civil dos três países, que participaram ativamente dos processos de consulta e coleta de informações.

Sem esse apoio e esse intercâmbio entre os muitos atores envolvidos na temática da criança e da adolescência, não teria sido possível avançar no conhecimento e na promoção dos direitos da criança que se expressam neste documento.

Jorge Rivera Pizarro  
Representante do UNICEF na Argentina

Marie-Pierre Poirier  
Representante do UNICEF no Brasil

Walter Mendonça Filho  
Representante a.i. do UNICEF no Paraguai

## PREFÁCIO

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o apoio da Itaipu Binacional e dos governos locais, realizou esta análise de situação das crianças e adolescentes na Tríplice Fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão dos problemas e violações de direitos que enfrenta essa população na região.

A partir desta análise, espera-se que os tomadores de decisão, nos âmbitos público e privado, possam ter uma base sólida para o estabelecimento de políticas públicas e para a definição de ações concretas em prol das crianças e dos adolescentes da Tríplice Fronteira.

Por suas características particulares, a área da Tríplice Fronteira apresenta uma visível heterogeneidade nas condições socioeconômicas, assim como na diversidade das culturas, com fluxos de pessoas, bens e capitais.

Neste contexto, os direitos de crianças e adolescentes são freqüentemente violados por diferentes formas de exploração e por dificuldades de acesso a serviços de saúde, educação e assistência social de qualidade.

Preocupado com tal realidade, num contexto de crescente integração econômica e política do Mercado Comum do Sul (Mercosul), o UNICEF empreendeu esta investigação com a participação efetiva de diferentes atores e equipes de trabalho dos três países.

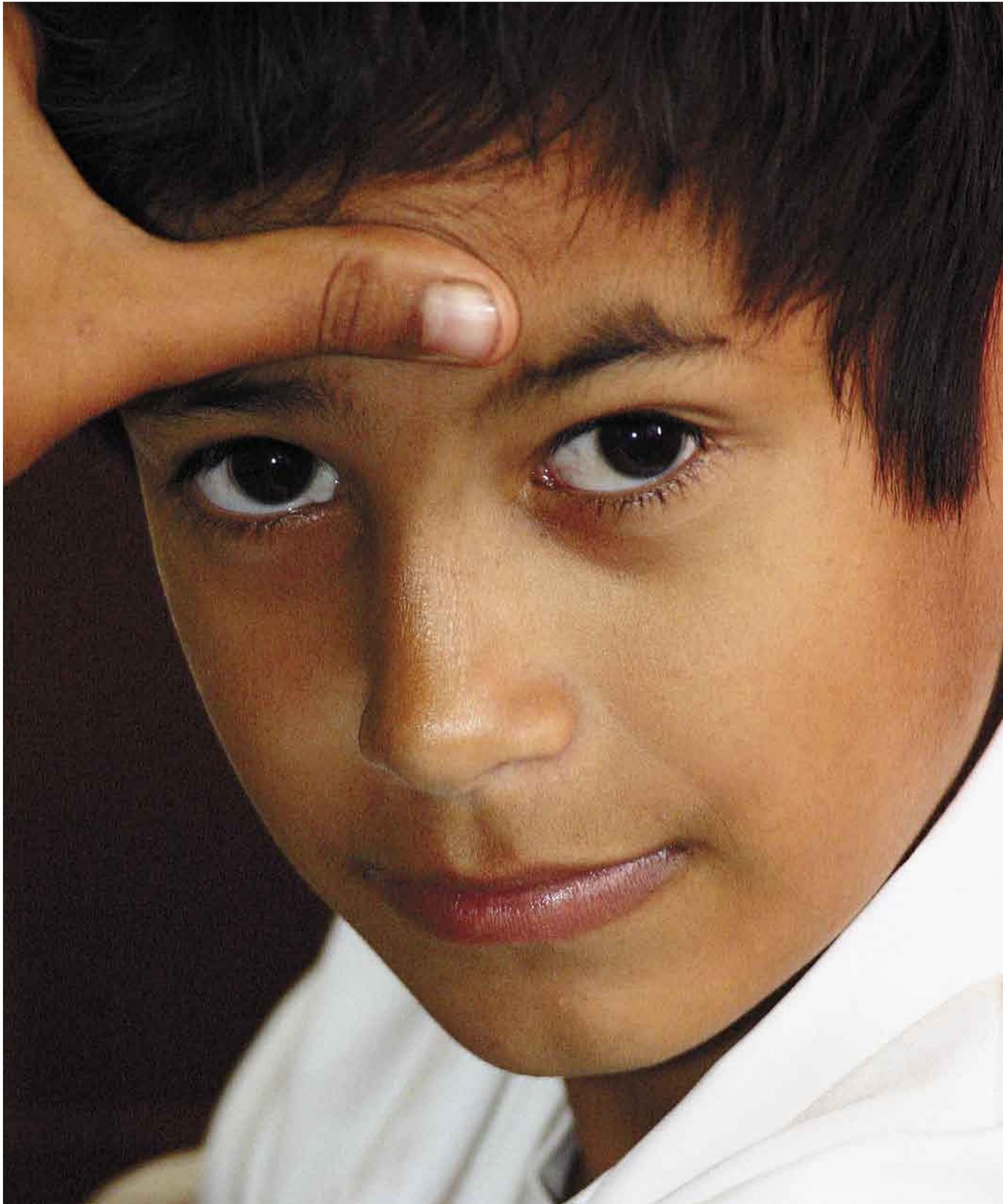
O UNICEF, que tem como mandato a promoção da saúde, da educação, da igualdade e a proteção de crianças e adolescentes, convida os governos dos três países, em todos os seus níveis e, com especial atenção, os governos locais da região da Tríplice Fronteira, a dar impulso a uma agenda de defesa e garantia dos direitos da infância, com ações e recursos concretos para abordar as diversas formas de violação de direitos identificadas neste estudo.

As crianças e os adolescentes da Tríplice Fronteira demandam dos estados da região todas as medidas apropriadas para garantir o cumprimento de seus direitos e a promessa de assegurar sua dignidade mediante cuidados e assistência especiais, tal como estabelece a Declaração Universal de Direitos Humanos e a Convenção dos Direitos da Criança.

A sociedade civil e as empresas, privadas e estatais, também têm seu papel na construção de países mais justos, eqüitativos e solidários, seja na promoção de uma consciência cidadã, no trabalho de *advocacy* para a formulação e implementação de políticas públicas a favor da infância, seja na realização de projetos e programas específicos, no contexto da responsabilidade empresarial corporativa.

Todos, juntos, temos o compromisso ético e a obrigação jurídica de proteger a nossa infância e assegurar todas as oportunidades possíveis para seu pleno desenvolvimento.

Nils Arne Kastberg  
Diretor Regional para América Latina e o Caribe  
Fundo das Nações Unidas para a Infância



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos governos de cada país e às autoridades das diferentes jurisdições por seu apoio a esta iniciativa. De maneira particular, agradecemos aos municípios que foram anfitriões dos seminários de trabalho: Eldorado e Puerto Esperanza, na Argentina; Toledo e Foz do Iguaçu, no Brasil e Ciudad del Este, no Paraguai, através de seus prefeitos/intendentes e funcionários dos diversos setores e equipes de apoio.

Agradecemos, igualmente, aos vários funcionários de órgãos governamentais federais/nacionais, estaduais/provinciais/departamentais e municipais, pelo pronto atendimento sempre que solicitada alguma informação necessária para a nossa análise.

A todas as organizações locais, governamentais e não-governamentais, entidades religiosas e redes comunitárias da sociedade civil, que contribuíram com sua experiência para a realização dos seminários e estiveram sempre dispostas a colaborar para a realização deste estudo, nosso agradecimento e reconhecimento pelo importante trabalho realizado na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes da Tríplice Fronteira.

À população local, cuja participação nos oito seminários-consulta realizados na Argentina, no Brasil e no Paraguai foi fundamental para que pudéssemos nos aproximar o melhor possível da realidade vivida pelas crianças e os adolescentes da Tríplice Fronteira.

Aos meios de comunicação locais, que acompanharam as oficinas e difundiram a iniciativa, demonstrando compromisso com as causas das crianças e dos adolescentes da região.

À consultora Elena Krautstoft e à equipe da Universidade Nacional de Misiones, da Argentina, e às consultoras Marcia Anita Sprandel, do Brasil e Angela Gabriela Espínola Linares, do Paraguai, pelo trabalho realizado.

Às equipes dos Escritórios do UNICEF de Buenos Aires, Brasília e Assunção, pelo apoio na orientação e na revisão do documento e pela logística oferecida para a realização dos seminários.

Finalmente, agradecemos a Itaipu Binacional por sua contribuição institucional e operacional. Uma referência especial deve ser feita a Elias Antonio Maia Dias que, com seu olhar sensível e profissional, é o responsável pelas fotos que ilustram este trabalho.

Unicef

APRESENTAÇÃO .....	5
PREFÁCIO.....	6
AGRADECIMENTOS .....	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	10
RESUMO EXECUTIVO...	11
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 DIREITOS DAS CRIANÇAS.....	15
<b>CAPÍTULO 2 – TRÍPLICE FRONTEIRA .....</b>	<b>16</b>
2.1. DEMOGRAFIA E DINÂMICA POPULACIONAL .....	17
2.2. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA.....	19
2.3. DIVERSIDADE ÉTNICA E CULTURAL .....	20
<b>CAPÍTULO 3 – A EXCLUSÃO E A VULNERABILIDADE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NA TRÍPLICE FRONTEIRA .....</b>	<b>33</b>
3.1. DESIGUALDADE E POBREZA.....	23
3.2. POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS EXISTENTES .....	24
<b>CAPÍTULO 4 – O DIREITO À SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....</b>	<b>28</b>
4.1. MORTALIDADE INFANTIL E DIREITO À SAÚDE.....	29
4.2. MORTALIDADE MATERNA E DIREITO À SAÚDE .....	32
4.3. ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO .....	34
4.4. PREVENÇÃO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA.....	36
4.5. ATENDIMENTO DE SAÚDE.....	38
4.6. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DESNUTRIÇÃO.....	41
4.7. PROTEÇÃO CONTRA DST/AIDS E MALÁRIA .....	44
4.8. DIREITO AO NOME E À IDENTIDADE.....	47
4.9. DIREITO A VIVER NUM AMBIENTE SAUDÁVEL .....	49
<b>CAPÍTULO 5 – O DIREITO A EDUCAÇÃO E LAZER .....</b>	<b>52</b>
5.1. TRABALHO INFANTIL E EDUCAÇÃO.....	56
<b>CAPÍTULO 6 – O DIREITO À PROTEÇÃO CONTRA ABUSOS, MAUS-TRATOS E EXPLORAÇÃO .....</b>	<b>58</b>
6.1. VIOLÊNCIA...	59
6.2. EXPLORAÇÃO SEXUAL E COMERCIAL E OUTRAS FORMAS DE EXPLORAÇÃO .....	61
6.3. TRÁFICO DE SERES HUMANOS .....	64
6.4. ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, CRIANÇAS EM ABRIGOS E MÃES COM CRIANÇAS EM INSTITUIÇÕES PENAIS .....	66
<b>CAPÍTULO 7 – DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>68</b>

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDPI</b>	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
<b>Aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AR</b>	Argentina
<b>ARVs</b>	Medicamentos Anti-Retrovirais
<b>BCG</b>	Bacilo de Calmette e Guérin (vacina contra tuberculose)
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>BR</b>	Brasil
<b>CAPS</b>	Centros de Atención Primaria de la Salud
<b>CAPs</b>	Centro de Atención Psicossocial
<b>CDC</b>	Convenção dos Direitos da Criança
<b>CEAPRA</b>	Centro de Atención, Prevención y Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes
<b>CEPEP</b>	Centro Paraguayo de Estudios de Población
<b>CIADI</b>	Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Infrator
<b>CNPhyV</b>	Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas
<b>CONSEA</b>	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informações e Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DGEEC</b>	Dirección General Encuestas Estadísticas y Censo
<b>DNI</b>	Documento Nacional de Identidad
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EEB</b>	Educação Escolar Básica
<b>EI</b>	Educação Inicial
<b>EIH</b>	Encuesta Integrada de Hogares
<b>ENDSSR</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva
<b>EPH</b>	Encuesta Permanente de Hogares
<b>ESCI</b>	Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes
<b>ESSAP</b>	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay
<b>FPT</b>	Fora de Possibilidade Terapêutica
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GT</b>	Grupo de Trabalho
<b>Gs.</b>	Guaranis (moeda)
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HMCC</b>	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>INAN</b>	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>INCRA</b>	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
<b>INDEC</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
<b>INEP</b>	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
<b>INTA</b>	Instituto Nacional de Tecnología Agropecuária
<b>IPS</b>	Instituto e Previsión Social
<b>IRA</b>	Insuficiência Respiratória Aguda
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sanguínea
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>MDS</b>	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
<b>MEC</b>	Ministério de Educação e Cultura
<b>MS</b>	Ministério da Saúde

<b>MSP y BS</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<b>MTEySS</b>	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
<b>NASA</b>	Núcleo de Ação Solidária Aids
<b>NBI</b>	Necessidades Básicas Insatisfeitas
<b>NEA</b>	Noroeste Argentino
<b>NUCRIA</b>	Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência
<b>NV</b>	Nascidos Vivos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>OIM</b>	Organização Internacional para as Migrações
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>OPV</b>	Anti-Poliomielítica Oral
<b>PACS</b>	Programa Agente Comunitário de Saúde
<b>PAIF</b>	Programa de Atención Integral à Família
<b>PAS</b>	Programa de Assistência Social
<b>PETI</b>	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
<b>PJJHD</b>	Jefas y Jefes de Hogar Desempleados
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
<b>PNAN</b>	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PPC</b>	Paridade do Poder de Compra
<b>PRONASIDA</b>	Programa Nacional de Control de SIDA/ITS
<b>PSA</b>	Programa Social Agropecuário
<b>PY</b>	Paraguai
<b>SAC</b>	Serviço de Ação Continuada
<b>SAS</b>	Serviço de Atendimento Social
<b>SENASA</b>	Dirección Nacional de Salud Ambiental
<b>SESA</b>	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SIS</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>SIM</b>	Sistema de Informações de Mortalidade
<b>SINAN</b>	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
<b>SISNAC</b>	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
<b>SISVAN</b>	Sistema de Vigilancia Alimentar e Nutricional
<b>SRC</b>	Sarampo, Rubéola e Caxumba
<b>SRP</b>	Sarampo, Paperas, Rubéola
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TACRO</b>	Oficina Regional do Unicef para a América Latina e o Caribe
<b>TMI</b>	Taxa de Mortalidade Infantil
<b>UNFPA</b>	Fundo de População das Nações Unidas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>USD/US\$</b>	Dólar norte-americano
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>VHI</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana

As áreas de fronteira, onde é grande a circulação de pessoas, costumam ser cenário de vulnerabilidade para crianças e adolescentes. Na Tríplice Fronteira, a situação é semelhante. Apesar de todo o esforço dos governos e da sociedade civil, muitas são as situações de violação de direitos de crianças e adolescentes na Argentina no Brasil e no Paraguai.

Em função disso, e estimulados pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, pelo marco ético e legal da Convenção dos Direitos da Criança, os Escritórios do UNICEF da Argentina, Brasil e Paraguai, com o apoio da Itaipu Binacional, tomaram a decisão de realizar uma Análise da Situação das Crianças e Adolescentes na Tríplice Fronteira. O objetivo é conhecer melhor a realidade que elas vivem, a violação dos seus direitos e, a partir disso, estabelecer recomendações para superar as dificuldades encontradas.

De junho a outubro de 2005, pesquisadores dos três países analisaram a situação da criança e do adolescente em 62 municípios da Tríplice Fronteira (15 argentinos, 32 brasileiros e 15 paraguaios). As informações foram obtidas em bancos de dados nacionais, regionais e locais e durante a realização de oito seminários, nos três países, para os quais foram convidadas autoridades locais e regionais, dos três poderes, representantes de conselhos, igrejas e organizações não-governamentais.

Identificou-se que nos 62 municípios estudados, vivem 1,9 milhões de pessoas (entre elas mais de 13 mil indígenas), cerca de 880 mil com menos de 19 anos e 220 mil menores de cinco anos. Ou seja, quase 45% da população da Tríplice Fronteira é formada por crianças e adolescentes.

Os municípios argentinos selecionados são os que mais têm, proporcionalmente, população de crianças e adolescentes (50,2%), seguidos pelos municípios paraguaios (44,2%) e pelos brasileiros (39,8%). Em 30 destes municípios (48% do total), os indicadores de pobreza são maiores que a média estadual, apontando para uma realidade de milhares de crianças e adolescentes vivendo em situação de pobreza ou com Necessidades Básicas Insatisfeitas.

Em contrapartida, governos, sociedade civil e organismos internacionais se unem visando dar melhores condições de vida a esta população. Diversos programas estão sendo desenvolvidos nos três países; alguns deles, juntam esforços bi ou trinacionais para enfrentar problemas associados à falta de acesso a serviços sociais básicos de qualidade e a mecanismos de proteção integrais.

Entre os desafios a serem enfrentados para garantir os direitos das crianças e adolescentes à sobrevivência e ao desenvolvimento estão: mortalidade infantil, desnutrição, inadequado saneamento básico, falta de registros de nascimento e documentação.

Não existem dados atualizados nos municípios argentinos sobre a quantidade de crianças não registradas e sem documentos. No Brasil, a taxa de sub-registro de nascimento em 2002, era de 15,3%; já a do Paraná, 7,3%; e

a do Mato Grosso do Sul, 12,9%. Apenas dois municípios paranaenses estudados têm um percentual de cobertura de registro menor de 75%, Santa Tereza do Oeste e Matelândia.

A experiência do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, inédita na região, merece destaque por propiciar que as crianças nascidas no estabelecimento, localizado em Foz do Iguaçu, tenham seu primeiro direito resguardado. Desde dezembro de 2003, a instalação de um posto avançado de registro civil dentro do hospital, garante que os recém-nascidos sejam registrados antes da alta hospitalar.

Nas questões ligadas à saúde, a problemática do HIV/Aids requer particular atenção. Se é verdade que em nenhum dos três países existem altos índices de prevalência do HIV/Aids, em comparação a outras regiões do mundo, por outro lado, os índices observados se encontram em aumento, afetando principalmente as mulheres.

Desde maio de 2005, existe a proposta de uma política conjunta que, além dos três países, envolve também Bolívia, Chile e Uruguai, para combater o HIV/Aids nas regiões de fronteira. A idéia é que os seis países usem a mesma metodologia para vigilância epidemiológica do HIV, a prevenção, o tratamento e a assistência.

Além do HIV/Aids, as doenças prevalentes na infância (especialmente doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias), em graus diversos de incidência, ainda preocupam nos três países, o que demonstra a necessidade de se ampliar os programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças; e de se melhorar a qualidade dos serviços de atendimento de saúde e de assistência social, além de ampliar sua cobertura para as zonas rurais.

A maior parte dos departamentos argentinos e paraguaios selecionados têm uma taxa de mortalidade infantil superior à média nacional (14,4 por mil nascidos vivos na Argentina, em 2004; e 19,4 no Paraguai, em 2003), enquanto, na maior parte dos municípios brasileiros selecionados, esta taxa é inferior à média nacional (27,5 em 2003).

A mortalidade infantil abaixo da média nos municípios se deve principalmente à atuação da Pastoral da Criança, bastante forte na região. A isso, soma-se o esforço da Itaipu Binacional que, em parceria com o UNICEF, disponibilizou a 28 municípios do Oeste do paranaense o Kit Família Brasileira Fortalecida, e propiciou a capacitação de agentes comunitários de saúde e de líderes da Pastoral da Criança para a utilização do material.

Se os problemas pós-nascimento estão sendo minimizados devido às ações citadas acima, as questões relacionadas ao período perinatal merecem destaque. Nos três países é preciso melhorar a atenção ao pré-natal, parto e pós-parto. Além disso, a gravidez na adolescência é um problema a ser enfrentado, pelo risco que representa para a saúde da mãe e do bebê.

Outro ponto que preocupa é o fato de haver uma proporção considerável de crianças que vivem em domicílios

sem saneamento e sem água potável, o que representa uma grave ameaça à sua saúde e bem-estar. A falta de estrutura causa as chamadas doenças prevalentes na infância (diarréias e infecção do aparelho digestivo e respiratório).

A desnutrição também preocupa. A falta de dados estatísticos atualizados nos municípios argentinos causa imprecisão nas informações referentes ao tema no país. No Brasil, entre os municípios estudados, apenas um tem taxa de desnutrição maior que a nacional. No Paraguai, os dados disponíveis, por departamento, apontam para taxas de desnutrição maiores que as nacionais e em ritmo de crescimento.

Para combater o problema da desnutrição, a melhor ferramenta é o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade e complementar até os dois anos. No entanto, há carência de informações sobre os benefícios do aleitamento na região estudada e é necessário que se trabalhe para reverter essa situação.

Para tal, o papel dos hospitais é importante. Dois municípios brasileiros pesquisados contam com hospitais que possuem o selo Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde a instituições que cumpram os “Dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno”. A iniciativa do selo é da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o UNICEF. Em Foz do Iguaçu, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti possui o selo, e em Cascavel, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

O direito das crianças à educação vê-se mais criticamente afetado pelo desamparo escolar predominante nos adolescentes, pela repetência e pelo trabalho infantil. Preocupa a diminuição da frequência à escola no grupo de 15 a 17 anos na área rural, especialmente nos departamentos Guaraní, San Pedro e General Manuel Belgrano, na Argentina. Estes mesmos departamentos têm taxas de repetência altas em relação à média nacional.

No Brasil, existem problemas de evasão escolar no ensino médio (mais de 15%) em 65% dos municípios selecionados e as taxas de reprovação da 1ª à 4ª série do ensino fundamental, maior que 10% em 18 municípios. No Paraguai, há uma preocupação da população dos municípios estudados com a baixa porcentagem de adolescentes com acesso à educação e com as altas taxas de analfabetismo. Os municípios dos três países demandam mais vagas em creches e na educação infantil, assim como cursos profissionalizantes para adolescentes.

O trabalho infantil é uma das causas devido às quais crianças e adolescentes deixam de frequentar, ou de frequentar regularmente, a escola. Também é um fator que provoca atrasos na aprendizagem e, portanto, contribui para aumentar os índices de repetência.

Na Província de Misiones, crianças e adolescentes trabalham principalmente em atividades agrícolas e agroflorestais, mas não existem estatísticas atualizadas. Nos municípios brasileiros selecionados, é precária a situação de crianças que trabalham nas ruas e em serviços domésticos.

No Paraguai, as crianças trabalham no campo e na cidade e preocupa a questão das “criaditas” domésticas. Brasil

e Paraguai têm, na Ponte da Amizade, um grande desafio, dada a atração que exerce sobre crianças e adolescentes, cooptadas para todo tipo de trabalho.

Para ajudar a resolver tais problemas, os três países desenvolvem diferentes programas de transferência de renda. Na Argentina, vale destacar os programas: “Jefes e Jefes de Hogar Desempleados”, “Ingreso para el Desarrollo Humano” e o “Plan Nacional de Familias por la Inclusión Social”. No Brasil, há o “Bolsa Família”, o “Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)” e o “Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano”. No Paraguai, há o “Programa Abrazos”.

Outro grave problema enfrentado na região estudada são os diversos tipos de abuso, exploração e violência. A existência de exploração sexual comercial associada a atividades de turismo e tráfico de drogas é reconhecida por diversos setores da população entrevistada durante o trabalho de campo. Não obstante, não existem dados estatísticos sobre o tema em nenhum dos países.

Nos municípios argentinos selecionados existe desde o recrutamento de jovens para prostíbulos mais ao Sul do país, até a combinação de trabalho na rua e atividades sexuais. Nos brasileiros, crianças e adolescentes são explorados sexualmente nas ruas, em hotéis e em prostíbulos.

A região é rota de tráfico internacional de seres humanos, o que significa que crianças e adolescentes estão vulneráveis ao recrutamento para exploração sexual comercial na Argentina, Brasil, Paraguai e Europa. A situação no Paraguai é similar à do Brasil, tanto nas situações de exploração sexual, quanto na vulnerabilidade a rotas de tráfico de seres humanos.

Várias iniciativas foram articuladas, especialmente após 2001, quando a Organização Internacional do Trabalho (OIT), se instalou na região, com o Programa de Prevenção e Eliminação da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes, na Tríplice Fronteira entre o Brasil, Argentina e o Paraguai. Além de investir recursos, a OIT formou parcerias com diferentes setores da sociedade – governos, organizações não-governamentais e empresas, com destaque para a Itaipu Binacional.

Aviolência contra a criança e o adolescente é preocupante nos municípios selecionados dos três países. Na Argentina, os dados não são sistematizados, mas levantamento feito no Juizado de Menores de Eldorado aponta para 850 registros de violências em 2004, sendo mais frequentes os de abuso sexual, incesto, espancamento e abandono.

Apenas o Brasil conta com um sistema nacional de notificações (SIPIA), que de janeiro de 1999 a outubro de 2005 registrou 20.504 denúncias de violências contra crianças e adolescentes, em 24 dos 32 municípios brasileiros selecionados. Cerca de 44% das denúncias se referem à violação do direito à convivência familiar e comunitária. A violência física, psicológica e sexual é a segunda mais registrada, com 25% dos casos.

Em relação ao Paraguai, existem dados do Ministério

Público referentes a Ciudad del Este, que indicam que de 2002 a 2004 foram denunciados 140 casos de abuso sexual, 49 casos de tentativa de abuso sexual, 186 casos de maus-tratos, 44 de estupro e 33 de cafetinagem.

Finalmente, a situação resumida até o momento apresenta desafios para as políticas públicas, não apenas no âmbito de cada país, mas também no conjunto destes. Estes desafios serão melhor abordados com a ação das autoridades dos diversos níveis de governo, mas também com a iniciativa das diversas representações da sociedade civil organizada e de empresas privadas. A participação das próprias crianças e adolescentes neste processo será fundamental.

A seguir, algumas recomendações que poderiam contribuir para responder aos desafios mencionados. Recomendações mais específicas se apontam no capítulo 7. Entre as recomendações mais gerais, para os três países, vale a pena ressaltar a necessidade da região de:

- Possuir uma rede ampliada de atendimento materno-infantil, que ofereça às mães e às crianças serviços de qualidade no pré-natal, no parto e pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido e na atenção às doenças prevalentes na infância;
- Estabelecer uma oferta regular do registro civil em hospitais e maternidades e realização de campanhas que divulguem a gratuidade do serviço e a importância do registro civil para os direitos de cidadania da criança;
- Implantar em hospitais e maternidades procedimentos, atividades e iniciativas, tais como o Hospital Amigo da Criança, que estimulem o aleitamento materno, dando continuidade deste trabalho em postos de atenção básica, divulgando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a saúde da criança e continuado até os dois anos de idade;
- Oferecer dentro das rotinas do pré-natal o aconselhamento e testagem do vírus HIV, assim como do tratamento adequado, quando necessário. Isso é urgente dada a crescente feminização da epidemia. Da mesma forma há necessidade de atenção em relação à sífilis nessas gestantes;
- Ampliar os serviços de saneamento básico, com definições de atribuições municipais, estaduais-departamentais-provinciais e garantia de execução orçamentária;
- Umadasetapasmaiscríticasparaodesenvolvimento pleno das capacidades das crianças e adolescentes se dá nos primeiros anos de vida. O fortalecimento das famílias em sua capacidade de cuidado, alimentação e proteção, no contexto de programas de desenvolvimento infantil integral, merece toda a atenção e apoio;
- É preciso, igualmente, que os três países invistam numa educação de qualidade, que incorpore crianças de 0-5 anos e crianças das zonas rurais, e que mantenha as crianças nas escolas, diminuindo os indicadores de evasão e repetência, particularmente de adolescentes;
- É preciso ampliar experiências como a do Grupo de Operadores de Direito da Tríplice Fronteira, criado a partir da

atuação regional da Organização Internacional do Trabalho no combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, para sua atuação também no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e do tráfico de seres humanos.

Tendo como base estas recomendações, o UNICEF entende ser necessário a construção de uma agenda de trabalho conjunto dos três países, com metas, ações e mecanismos de monitoramento para responder aos problemas identificados no estudo, de maneira global e integral.

Promover os direitos da criança e do adolescente nesta região é uma oportunidade para fortalecer a cooperação e integração com ações concretas no âmbito do Mercosul.

Crianças vulneráveis numa região insegura precisam de redes de proteção construídas em conjunto por governos e sociedade civil, com o apoio de organismos internacionais quando se considere necessário e pertinente. Somente uma grande mobilização desses setores poderá transformar a realidade e garantir a proteção de todas as crianças e todos os adolescentes da Tríplice Fronteira.

Este trabalho inicial de diagnóstico pretende ser uma contribuição a mais para esta tarefa urgente e necessária.



# 1

## INTRODUÇÃO

**E**m Setembro de 2000, os governos de 189 países - incluindo Argentina, Brasil e Paraguai - assinaram a Declaração do Milênio, na qual se originam os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Estas Nações se comprometeram a alcançar tais Objetivos até 2015.

Pautados nos diversos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos que fazem parte da declaração, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estão orientados para erradicar a extrema pobreza e a fome; universalizar o ensino básico; promover a igualdade entre os sexos; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma Parceria Mundial para o desenvolvimento.

Sete dos oito ODMs têm como sujeitos de direitos as crianças e os adolescentes e como marco paradigmático a Convenção dos Direitos da Criança, que reconhece, sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, origem nacional ou social, posição econômica e nascimento, que toda criança tem direito a sobrevivência sadia, desenvolvimento pleno e proteção contra todas formas de discriminação, exploração e abuso.

Estimulados pelos ODMs, pelo marco ético e legal da Convenção e pelas oportunidades de integração e cooperação que o Mercosul oferece, os Escritórios do UNICEF da Argentina, do Brasil e do Paraguai, com o apoio da Itaipu Binacional, tomaram a decisão de realizar uma Análise de Situação das Crianças e dos Adolescentes na Tríplice Fronteira. O objetivo é conhecer melhor as violações de direitos que elas enfrentam e estabelecer recomendações de políticas públicas para superá-las<sup>1</sup>.

Áreas de fronteira comumente são cenários de grande vulnerabilidade. Crianças que nelas vivem, ou transitam, estão mais expostas, por exemplo, a doenças e epidemias, ao tráfico de seres humanos e à exploração sexual comercial. Sabia-se de antemão que na Tríplice Fronteira havia o registro de muitas situações de violação de direitos de crianças da Argentina, do Brasil e do Paraguai. Alguns indicadores comuns apontavam para isso.

Neste contexto, durante cinco meses, de junho a outubro de 2005, pesquisadores dos três países identificaram e analisaram os principais problemas, suas causas e os atores responsáveis pela violação e não realização dos direitos das crianças e dos adolescentes na região, bem como as ações empreendidas em prol de seus direitos.

As informações sobre a situação da criança e do adolescente na área selecionada foram obtidas de diversas fontes, em ban-

cos de dados nacionais, regionais e locais. No mesmo período, foram realizadas quatro reuniões técnicas da equipe trinacional e oito seminários-consulta, nos três países. Para os seminários, foram convidadas autoridades locais e regionais dos três poderes, representantes de conselhos, igrejas e organizações não-governamentais<sup>2</sup>.

Os dados obtidos foram examinados tendo como base os princípios do marco de direitos, sublinhando-se, sempre que possível, as disparidades existentes entre indicadores e, considerando-se as particularidades das diferentes fases no ciclo de vida da criança. Devido à indisponibilidade de algumas informações, às dificuldades encontradas em compatibilizar outras delas<sup>3</sup> e ao fato de muitas serem de anos diferentes, buscou-se uma forma de análise das informações na qual se evitasse a comparação entre países, privilegiando uma análise mais causal e estratégica dos problemas de violações de direitos identificados.

O documento é composto por sete capítulos. O segundo oferece uma caracterização da Tríplice Fronteira, destacando sua demografia e dinâmica populacional, situação socioeconômica e diversidade étnica e cultural. O terceiro capítulo tem como objeto a exclusão e a vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes na Tríplice Fronteira, analisando a situação de desigualdade e pobreza, as políticas e programas sociais existentes.

O quarto trata do direito à sobrevivência e ao desenvolvimento infantil, incluindo mortalidade infantil e materna, direito à saúde, assistência à gestação e ao parto, prevenção de doenças prevalentes na infância, atendimento de saúde, direito ao nome e identidade, a desnutrição, segurança alimentar e nutricional, a proteção contra DST/Aids e malária, e o direito a viver em um ambiente saudável.

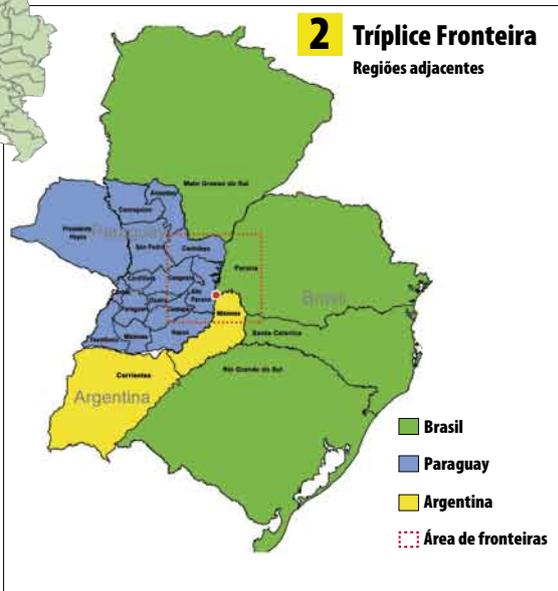
O quinto capítulo, que tem como tema o direito à educação e ao lazer, analisa dados referentes ao trabalho infantil e à educação. O sexto tem por objeto o direito à proteção contra abusos, maus-tratos e exploração, especialmente, violência, exploração sexual comercial e outras formas, e tráfico de seres humanos.

O capítulo sétimo apresenta os desafios e as recomendações para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no contexto dos princípios e conteúdos da Convenção dos Direitos da Criança, sejam cumpridos na região.

<sup>1</sup> A Convenção da Criança e do Adolescente considera como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes. Na Argentina (Lei nº 23.849/1990 e Artigo 75 da Constituição), considera-se criança todo ser humano desde o momento da concepção até os 18 anos. No Brasil (Lei nº 8.069/1996- Estatuto da Criança e do Adolescente), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre 12 e 18 anos de idade. No Paraguai (Lei nº 2.169, complementar à Lei nº 1680/2001 - Código de la Niñez y Adolescencia), criança é todo ser humano da concepção até os 13 anos. Adolescente é todo ser humano dos 14 anos até os 17 anos. A maioridade se adquire aos 18 anos de idade.

<sup>2</sup> Os quatro primeiros seminários aconteceram no mês de julho de 2005, nos municípios de Toledo (26/07), Foz do Iguaçu (27/07), Ciudad del Este (28/07) e Eldorado (29/07). Nesta ocasião, foram apresentados os dados secundários disponíveis. Com isso, iniciou-se um rico processo de troca de informações, objetivando a construção de um diagnóstico conjunto entre o Unicef e a população local. No mês de outubro de 2005 foram realizados outros quatro seminários-consulta, em Toledo (04/10), Foz do Iguaçu (05/10), Ciudad del Este (06/10) e Puerto Esperanza (07/10). Neles, foram discutidos e aprimorados os resultados intermediários da pesquisa.

<sup>3</sup> A experiência do Censo do Mercosul indica as possibilidades e as limitações atuais de utilização de informações estatísticas compartilhadas entre os países. Ver "Integrando Conceitos, Classificações e Conhecimento: A Experiência do Censo 2000 no Mercosul", por Alicia Bercovich. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/mercosur.shtm>. Acessado em 30 de outubro de 2005.



### 3 Tríplice Fronteira

#### Área estudada

Área estudada em:

■ Paraguay

■ Argentina

Área estudada no Brasil

■ Brasil – 9ª e 20ª  
Regionais de saúde

■ Brasil – Bacia do Paraná

■ Brasil – Lindeiros

# 2

## TRÍPLICE FRONTEIRA

A Tríplice Fronteira, onde vivem as crianças e os adolescentes sujeitos deste trabalho, é comumente identificada como a confluência de territórios nacionais da Argentina, Brasil e Paraguai, incorporados em três municípios: Puerto Iguazú, Foz do Iguaçu e Ciudad del Este respectivamente.

Para fins desta pesquisa, foi considerada uma Tríplice Fronteira ampliada, que inclui 15 municípios argentinos, 32 brasileiros e 15 paraguaios, num total de 62 municípios.

(Tabela 1 – anexo)

A definição dos municípios deu-se a partir de sua localização em áreas de fronteiras compartilhadas e adjacências imediatas, e da existência de um contexto similar, no qual as crianças e os adolescentes crescem e se desenvolvem.

Existem diferenças político administrativas entre os países que precisam ser assinaladas. A principal delas é que “província” na Argentina, corresponde ao “estado” ou “unidade da federação” do Brasil e ao “departamento” do Paraguai.

Em Misiones, na Argentina, existe uma subdivisão intermediária entre “província” e “município” chamada “departamento”. Os “departamentos” de Misiones incluem um ou mais municípios, segundo a quantidade de habitantes, e são a divisão territorial predominante para fins estatísticos na província, embora alguns indicadores possam ser construídos por município.

(Tabela 2 – anexo)

## 2.1 DEMOGRAFIA E DINÂMICA POPULACIONAL

**E**stimativas populacionais recentes permitem assinalar que hoje vivem nos 62 municípios estudados 1,9 milhões de pessoas. Cerca de 880 mil com menos de 19 anos e 220 mil menores de cinco anos. Ou seja, quase 45% da população da Tríplice Fronteira é formada por crianças e adolescentes.

Nos municípios argentinos selecionados, a proporção de pessoas nessa faixa etária é de 50,2%, nos brasileiros, 39,8% e nos municípios paraguaios 44,2%. Dentre os pesquisados na Argentina, Oberá, Eldorado e San Vicente têm população de mais de 20 mil crianças e adolescentes (0-19 anos). Em termos proporcionais, destacam-se San Pedro (56,9%), Comandante Andrés Guacurarí (55%), San Antonio (54,9%), Colonia Delicia (54,4%) e San Vicente (53%). (Tabela 3 – anexo) (Gráfico A1 – anexo)

Dos municípios brasileiros estudados, Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo são os únicos com mais de 20 mil moradores de 0 a 19 anos. Em termos proporcionais, aparece em primeiro lugar Ramilândia (45%), seguida por Foz de Iguaçu (43%), São José das Palmeiras (42,4%), Santa Terezinha de Itaipu (42,1%) e Diamante d'Oeste (41,9%). (Tabela 3 – anexo)

Os municípios paraguaios pesquisados com população de mais de 20 mil crianças e adolescentes (0 a 19 anos) são Ciudad del Este, Caaguazú, Coronel Oviedo, Hernandarias, Presidente Franco e Minga Guazú. Com maiores proporções de moradores nesta faixa etária estão Juan E. O'Leary (53,1%), Repatriación (52,4%), Minga Porá (51,8%), Dr. Juan Leon Mallorquín (51,4%), Caaguazú (49,7%) e Minga Guazú (49,7%). (Tabela 3 – anexo)

Ou seja, a maior população proporcional de crianças e adolescentes na área em estudo está em território argentino, seguido do Paraguai e do Brasil.

No último período intercensal (1991/2001), os departamentos argentinos selecionados tiveram um grande crescimento populacional, especialmente General Manuel Belgrano (36,4%), Guarani (34,6%) e San Pedro (31,6%), cujas taxas de crescimento populacional foram superiores à média provincial (22,4%). (Quadro A1 – anexo)

Dos municípios brasileiros selecionados, diversamente, 13 deles (40,6%) tiveram perda populacional no período intercensal 1991/2000<sup>4</sup>. Outros 11 (34,3%) tiveram um crescimento de 0% a 1,5% ao ano, considerado baixo ou moderado e, provavelmente, abaixo do crescimento vegetativo, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cinco municípios (15,6%) tiveram um crescimento médio, de 1,5% a 3%. Apenas três (9,3%) tiveram crescimento alto ou acelerado: Foz do Iguaçu (3,51%), Itaipulândia (5,67%) e Santa Tereza do Oeste (6,53%). (Quadro B1 – anexo)

Dos municípios paraguaios selecionados, dez tiveram crescimento populacional no período intercensal 1992-2002 com destaque para Santa Rita (86%), Ciudad del Este (66%) e Hernandarias (50,9%). Cinco municípios, no entanto, tiveram significativa perda populacional: Mbaracayú (-64,2%), Salto del Guairá (-28,5%), Santa Rosa del Monday (-11,4%), Iguazú (-7,5%) e Minga Porá (-5,4%).



Chama a atenção o grande crescimento populacional dos municípios selecionados da Argentina no último período intercensal o crescimento verificado em 66% dos municípios paraguaios e a perda de população nos outros 33%. Por outro lado, é notável a perda ou baixo crescimento populacional registrado na maior parte dos municípios brasileiros selecionados. Nas duas situações, crianças e adolescentes são diretamente atingidos pelos deslocamentos populacionais de suas famílias.

Esta é uma tendência demográfica que deve ser investigada em conjunto pelos institutos de estatística e censo dos três países, para que se possa verificar a possibilidade de interconexões migratórias.

Faz parte da estratégia de sobrevivência de muitas famílias, que vivem na região em estudo, a procura por serviços ou trabalho no outro lado da fronteira, sempre que consideram que ali terão melhores possibilidades de assistência social básica ou melhores empregos. Como exemplo, pode-se citar o caso de brasileiros que trabalham no comércio de Ciudad del Este ou nas áreas agrícolas dos departamentos paraguaios e argentinos selecionados.

<sup>4</sup> O documento Tendências Demográficas/Censo 2000, do IBGE, identifica o Oeste do Paraná, próximo à fronteira com o Paraguai, como uma das áreas significativas de perda populacional no país. Chama a atenção que outros pólos de perda populacional identificados sejam o extremo Norte do Rio Grande do Sul e o Oeste de Santa Catarina, áreas próximas à fronteira com a Argentina, mais especificamente com a Província de Misiones. Embora o documento não identifique as causas de perda populacional, indica que a maior parte dos municípios brasileiros nesta condição têm menos de 50 mil habitantes ou emancipou-se há pouco tempo de municípios maiores; têm altas taxas de mortalidade infantil; têm 46,15% das pe

Há o registro, igualmente, de brasileiros que procuram em Misiones remédios ambulatoriais gratuitos oferecidos pelo Plan Remediar<sup>5</sup>. Inversamente, verifica-se a procura, por paraguaios e argentinos, de testagem e tratamento gratuito para Aids no Brasil.

São inúmeras as situações de brasileiros que vivem na Argentina ou no Paraguai e que matriculam seus filhos em escolas brasileiras ou que procuram no Brasil serviços gratuitos de saúde.

Todas essas situações, como veremos mais adiante, apontam para uma grande circulação de pessoas (inclusive crianças e adolescentes) entre os três países, que precisa ser melhor estudada.

Em mais da metade dos municípios argentinos estudados, a população rural representa entre 49,25% e 100% da população total, sendo que em Colonia Delicia, 9 de Julio, Colonia Victoria e Santiago de Liniers, essa proporção é de 100%. Esses dados apontam para uma tendência importante de ruralidade na área de estudo. Isto significa que, em oito dos 15 municípios argentinos investigados, há um predomínio de crianças e adolescentes vivendo em áreas rurais. (Quadro A2 – anexo)

No Brasil, apenas cinco dos 32 municípios pesquisados têm uma taxa de urbanização menor de 50%, enquanto 12 municípios têm mais de 80% de sua população vivendo em área urbana (Quadro B2 – anexo). Isto significa que a maior parte das crianças e dos adolescentes em estudo vive em municípios do Brasil com taxas médias e altas de urbanização.

No Paraguai, oito dos 15 municípios têm uma taxa de urbanização menor de 50%, quatro estão entre 50% e 59%, e três têm uma taxa de urbanização entre 75% e 100%, Hernandarias, Presidente Franco e Ciudad Del Este (Quadro P1 – anexo). Os dados apontam para uma realidade de crianças e adolescentes vivendo em áreas rurais na maior parte dos municípios selecionados.

Do total da população dos 62 municípios, a Argentina contabiliza 4.083 indígenas da etnia Mbyá Guaraní<sup>6</sup>, o Brasil 4.806 indígenas da etnia Guaraní Nhandéva, e o Paraguai 4.137 indígenas pertencentes às etnias Mbyá, Avá Guaraní e Ache (Quadro P2 – anexo). Ou seja, vivem na região mais de 13 mil indígenas.

Estima-se que mais de 50% dos Mbyá Guaraní, que vivem nos municípios selecionados da Argentina, tenham entre zero e 14 anos. Entre os Guaraní Nhandevá dos municípios brasileiros estudados, 20% têm menos de 5 anos.

Nos três países, a população indígena enfrenta graves problemas de sobrevivência decorrentes, sobretudo, da falta de terras para sua reprodução social. As crianças são as grandes vítimas desta situação, o que se reflete, entre outros fatores, nas altas taxas de mortalidade infantil em áreas indígenas. O fato do território cultural Guaraní se sobrepor às fronteiras internacionais traduz-se num amplo movimento de circulação desses grupos indígenas entre Argentina, Brasil e Paraguai. Essas crianças devem ser objeto de políticas especiais de saúde pública nos três países.

## SITUAÇÃO JURÍDICA DOS ÍNDIOS

### ARGENTINA

Constituição Nacional (1994) Art. 75, inciso 17 – Compete ao Congresso reconhecer a preexistência étnica e cultural dos povos indígenas argentinos. Garantir o respeito a sua identidade e o direito a uma educação bilingüe e intercultural; reconhecer a personalidade jurídica de suas comunidades, e a posse e propriedade comunitária das terras que tradicionalmente ocupam; e regularizar a entrega de outras aptas e suficientes para o desenvolvimento humano; nenhuma delas será alienável, transmissível nem suscetível de embargos. Assegurar sua participação na gestão referida a seus recursos naturais e aos demais interesses que os afetem. As províncias podem exercer concorrentemente estas atribuições.

### BRASIL

Constituição Federal (1988) Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (...) § 2º – As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes. (...) § 4º – As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis. (...) Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

### PARAGUAI

Constituição da República (1992) Art. 63 – Fica reconhecido e garantido o direito dos povos indígenas a preservar e a desenvolver sua identidade étnica no respectivo habitat. Têm direito, também, de aplicar livremente seus sistemas de organização política, social, econômica, cultural e religiosa, assim como a voluntária sujeição a suas normas consuetudinárias para a regulação da convivência interior sempre que elas não atentem contra os direitos fundamentais estabelecidos nesta Constituição. Nos conflitos jurisdicionais se levará em conta o direito consuetudinário indígena. Art. 64 – Os povos indígenas têm direito à propriedade comunitária da terra, em extensão e qualidade suficientes para a conservação e o desenvolvimento de suas formas peculiares de vida. O Estado lhes proverá gratuitamente estas terras, as quais não serão embargáveis, serão indivisíveis, intransferíveis, imprescritíveis, não suscetíveis de garantir obrigações contratuais nem de ser arrendadas; também serão isentas de tributos. Proíbe-se a remoção, o traslado de seu habitat sem o expreso consentimento dos mesmos. Art. 65 – Garante-se aos povos indígenas o direito a participar da vida econômica, social, cultural e política do país, de acordo com seus usos consuetudinários, a Constituição e as leis nacionais.

<sup>5</sup> Trata-se de um programa de oferta gratuita de remédios ambulatoriais, coordenado pelo Ministerio de Salud de la Nación, que atende a 15 milhões de pessoas e que cobre 80% das patologias.

<sup>6</sup> Conforme Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005, dados provisórios, INDEC.

**A**s crianças e os adolescentes da Tríplice Fronteira vivem em municípios com diferentes características socioeconômicas. As principais atividades produtivas da região são a agricultura e a agroindústria. Algumas áreas se destacam em atividades de serviços, outras em silvicultura, celulose, avicultura, suinocultura e pecuária e há grandes centros de comércio e turismo.

Na base da economia dos municípios argentinos selecionados estão o turismo, a agricultura, os reflorestamentos, grandes, médias e pequenas empresas de papel, hotelaria, madeireiras e moinhos de erva-mate. Puerto Iguazú, onde se localiza o lado argentino das Cataratas, tem no turismo um importante fator de geração de renda. Oberá é um importante pólo de agroindústrias e serviços, que tem na imigração européia um atrativo turístico regional.

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano/Brasil 2000, quase 60% dos municípios brasileiros selecionados têm na agricultura a maior fatia do Produto Interno Bruto municipal, com ênfase no plantio de soja e trigo, na avicultura, suinocultura e pecuária. Em seguida, predominam os setores de serviços e indústria. *(Quadro B3 – anexo)*

Cascavel é um dos principais pólos econômicos e de prestação de serviços do estado do Paraná. O turismo é uma importante fonte de renda para Foz do Iguaçu, quinto maior destino turístico internacional do Brasil. Em Toledo, funciona a maior unidade industrial de alimentos da Sadia, uma das principais empresas de alimentos industrializados congelados e resfriados da América Latina.

No Paraguai, predominam as agroindústrias proprietárias ou arrendatárias de grandes extensões de terra e as pequenas e médias propriedades agrícolas. A exceção é Ciudad del Este, uma das maiores zonas francas de comércio do mundo, que atrai diariamente milhares de compradores, vindos principalmente do Brasil.

Existem grandes diferenças socioeconômicas entre os 62 municípios selecionados para este trabalho. Como veremos no Capítulo 3, em muitos deles a renda ainda é bastante concentrada nos setores mais ricos da população e há uma proporção considerável de famílias pobres que não têm conseguido ser incorporadas pelo setor agroindustrial ou de serviços.

Nesta situação, crianças e adolescentes tornam-se altamente vulneráveis ao trabalho perigoso em atividades que os expõem ao contato com maquinarias pesadas, agrotóxicos, pesados troncos e lascas de madeira, além do trabalho informal nas ruas e em pequenos comércios.

Embora não existam dados atualizados sobre desemprego na região, estima-se que nos 62 municípios selecionados se reproduza a tendência de diminuição de empregos formais e

aumento do emprego informal que caracteriza os três países. Essa situação social se traduz em tensão pela posse da terra, que coloca crianças e adolescentes em situações de extrema vulnerabilidade, ficando expostos à vida em acampamentos ou assentamentos precários e correndo risco constante de envolvimento em conflitos armados.

Na Argentina, centenas de famílias camponesas e indígenas da província de Misiones estão envolvidas em conflitos de terra com empresas madeireiras. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA, de 1979 a 2005, foram desapropriados 24 imóveis da região em estudo para beneficiar pequenos agricultores. Comunidades guaranis também reivindicam terras, tanto no Paraná quanto no Mato Grosso do Sul. No Paraguai, os conflitos de terra são intensos na área pesquisada, envolvendo o movimento campesino paraguaio, populações indígenas e médios e grandes proprietários de terra, muitos deles brasileiros.

As causas para esses conflitos de terra são complexas e existem diferenças entre os três países. Pode-se afirmar, no entanto, que os conflitos estão relacionados a processos de concentração fundiária ligados à agroindústria monocultora (Brasil e Paraguai) e à silvicultura (Argentina), assim como à não realização de programas de reforma agrária e desenvolvimento sustentável.

No caso das comunidades indígenas, nos três países, os conflitos estão ligados ao tamanho dos territórios que atualmente ocupam, insuficientes para sua reprodução enquanto grupo étnico e social.

Neste quadro de desigualdade econômica, subemprego e tensão social, as crianças e os adolescentes da região encontram-se especialmente vulneráveis à violação de direitos e à exclusão social.

## 2.3 DIVERSIDADE ÉTNICA E CULTURAL

**N**a Tríplice Fronteira, crianças e adolescentes pertencem a diferentes nacionalidades, etnias e culturas e participam dos intensos movimentos de circulação de pessoas. Nas regiões selecionadas dos três países, existem fluxos importantes de migrações internas. Na Argentina e no Paraguai, esses fluxos se traduzem em altas taxas de crescimento populacional. No Brasil, onde o crescimento populacional tem baixado ou permanecido estagnado, sugerem uma saída das pessoas da região.

Paraguai e Argentina têm presença significativa de crianças e adolescentes que migram com suas famílias de países limítrofes (brasileiros e argentinos no Paraguai e paraguaios e brasileiros na Argentina). Brasil e Paraguai têm população emigrando para o hemisfério norte.

Na Argentina, a província de Misiones foi colonizada por imigrantes europeus no século XIX e princípios do século XX. Hoje, predominam as migrações de países limítrofes. Os povoadores assentados na fronteira entre o Brasil e o Paraguai, em suas estratégias de reprodução, estabelecem redes de relações entre países que tanto podem ser de parentesco quanto de trabalho.

Fazem parte dessas estratégias a utilização de várias línguas, o uso de três moedas, o entrecruzamento de traços culturais, a possibilidade de crianças e adolescentes assistirem a escola em um país e buscarem serviços de saúde em outro e, até a dupla, ou tripla documentação.

A mão de obra barata e itinerante nas zonas rurais dos municípios argentinos selecionados procede de grupos brasileiros e paraguaios, expondo crianças e adolescentes a grande vulnerabilidade.

As crianças e os adolescentes filhos de brasileiros ou de paraguaios que vivem na província de Misiones precisam ter garantido seu direito à cultura e à identidade, além de todos os direitos previstos na Convenção dos Direitos da Criança e na Lei nº 23.849 (Aprobación de la Convención de los Derechos del Niño), que incorporou a Convenção à normativa interna da Argentina.

Os municípios brasileiros selecionados localizam-se numa importante área de frente de expansão da sociedade brasileira em meados do século XX, sendo que a maior parte deles resultou de projetos privados de colonização. Neles é grande a demanda de brasileiros que vivem no Paraguai, os chamados *brasiguaios*<sup>7</sup>, residentes principalmente nos departamentos de Alto Paraná e Canindeyú.

Famílias de *brasiguaios*, muitas vezes acompanhadas de crianças e adolescentes, procuram no Brasil atendimento nos serviços públicos de saúde (inclusive atendimento neonatal), educação e assistência social. Também é comum a procura por assistência jurídica, documentação (inclusive registro de nascimento) e aposentadoria, além da procura por empregos, comércio, terras e moradia.

Na região também se verificam deslocamentos sazonais de famílias para outras regiões agrícolas do país, para pólos industriais regionais e para países do hemisfério norte, especialmente Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Portugal.

Conforme o Censo de 2000, nos 32 municípios brasileiros

selecionados vivem 12.733 estrangeiros, grande parte deles nos municípios de Foz do Iguaçu e Cascavel. As maiores colônias são formadas por árabes e chineses, cujas crianças e adolescentes vivem processos complexos de adaptação cultural. É preciso garantir-lhes o direito à sua cultura e sua identidade, assim como a todos os direitos previstos na Convenção dos Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Ado-

lescente.

No Paraguai, o alto índice de desemprego no país, que afeta principalmente os jovens, faz com que esses busquem opções de trabalho através da migração dentro do próprio país e de países vizinhos. A emigração de paraguaios ao exterior tem como destino tradicional a Argentina. Nos últimos anos, essa migração tem se concentrado na região fronteira. Crianças e adolescentes que migram acompanhando suas famílias ficam expostas a graves violações de direitos e precisam ser objeto especial de proteção.



<sup>7</sup> O Ministério das Relações Exteriores estima que cerca de 400 mil brasileiros e seus descendentes vivem no Paraguai. A migração para o Paraguai começou nos anos 1970 e se intensificou com a construção da Usina de Itaipu, quando milhares de pequenos proprietários e arrendatários atingidos pela formação do lago buscaram as terras férteis e então baratas do Paraguai.

Existe um fluxo constante de famílias de paraguaios radicados na Argentina que, por dificuldades econômicas, migram sazonalmente. Há alguns anos, os paraguaios começaram a emigrar também para outros países, como os Estados Unidos e a Espanha.

Nos departamentos paraguaios selecionados, além de considerável população de migrantes internos, vivem muitos estrangeiros. Esses são majoritariamente brasileiros e estão distribuídos por vários municípios, especialmente Santa Rita, Santa Rosa del Monday, Hernandarias, Ciudad del Este, Minga Porá, Mbaracayú e Salto del Guairá. O segundo maior grupo estrangeiro na região é formado por argentinos que vivem, principalmente, em Ciudad del Este, Presidente Franco, Hernandarias e Minga Guazú.

As crianças e os adolescentes filhos de brasileiros ou de argentinos que vivem no Paraguai precisam ter garantido seu direito à identidade e à cultura própria, além de todos os direitos previstos na Convenção dos Direitos da Criança e no Código de la Niñez y Adolescencia.

Na Argentina, na área em estudo, conforme a Dirección de Asuntos Guaraníes de la Provincia de Misiones, se reconhecem 18 comunidades indígenas Mbyá Guaraní (4.083 indivíduos). Os grupos se concentram na zona do Alto Uruguai.

No Brasil, conforme dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), na região em estudo localizam-se três terras indígenas: Avá Guaraní do Ocoi (São Miguel do Iguazu), Tekohá Añetete (Ramilândia e Diamante d'Oeste) e Porto Lindo (Japorã), todas habitadas pelo grupo indígena Guaraní Nhandéva.

Estimativas da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) do Paraná apontam para uma população de 584 pessoas na Aldeia Ocoí, 124 delas com menos de cinco anos. Na aldeia Tekohá Añetete vivem 222 pessoas, 45 com menos de 5 anos. Conforme a Coordenação Estadual da FUNASA do estado do Mato Grosso do Sul, na aldeia Porto Lindo vivem cerca de 4.000 pessoas, 800 com menos de cinco anos.

Desde o período da formação do reservatório de Itaipu, até a aquisição, em 1997, de uma área de quase 1780 hectares, a Itaipu Binacional atua junto à comunidade indígena Tekohá Añetete. Graças a este apoio e ao equilíbrio entre o número de habitantes e o tamanho da terra, a comunidade tem apresentado bons resultados em relação à produção de alimentos e outros indicadores econômicos. Ocoy, em contrapartida, com cerca de 532 habitantes em 231 hectares, tem tido dificuldades em superar problemas econômicos.

O desafio de Itaipu é possibilitar a sustentabilidade das comunidades indígenas, por meio de ações de melhorias da infra-estrutura social e de produção. O trabalho já possui alguns resultados, como a fixação da comunidade

Tekohá Añetete em área de terras adquirida pela empresa, com desenvolvimento auto-sustentável, incentivando a produção e intermediação em arranjos comerciais nas cooperativas da região. Além disso, cada aldeia conta com água potável proveniente de poços artesanais e com 40 casas conceitualmente desenvolvidas, passíveis de serem deslocadas, respeitando a cultura indígena, eventualmente, nômade.

No Paraguai, nos 15 municípios estudados, segundo o Censo Indígena 2002, viviam 4.137 pessoas pertencentes às etnias Mbyá, Avá Guaraní e Ache, pertencentes ao tronco lingüístico Guaraní e membros do grupo Maká, pertencentes a outro ramo lingüístico do Chaco Paraguai. *(Quadro P2 - anexo)*

No âmbito do Mercosul, deverão entrar em vigor, após a aprovação nos parlamentos dos estados partes, mais Bolívia e Chile, acordos sobre regularização migratória interna de cidadãos do Mercosul, residência para nacionais dos estados partes, Bolívia e Chile e regularização migratória interna de cidadãos do Mercosul, Bolívia e Chile.



Esses acordos, uma vez em vigor, facilitarão a residência temporária e sua transformação em permanente, com a mera comprovação de meios de vida lícitos para o sustento próprio e familiar. Aos filhos dos imigrantes fica garantido o acesso à escola e demais serviços públicos, em igualdade de condições com os nacionais do país de recepção.

Nesse contexto migratório e pluriétnico, que deverá ser ampliado com a aprovação dos acordos mercosulinos de livre residência, é preciso garantir o direito das crianças e dos adolescentes à identidade e à diferença, com especial atenção às crianças indígenas. Também é preciso protegê-las dos riscos inerentes aos processos migratórios, especialmente aqueles realizados por motivações econômicas.



# 3

## EXCLUSÃO E VULNERABILIDADE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NA TRÍPLICE FRONTEIRA

Muitas das crianças e dos adolescentes da Tríplice Fronteira estão expostas a uma situação de pobreza. Os municípios argentinos selecionados estão localizados na região mais pobre do país e têm diferentes níveis socioeconômicos. Os municípios brasileiros pesquisados localizam-se numa das regiões mais desenvolvidas do país, mas alguns deles têm indicadores socioeconômicos abaixo da média regional. Os municípios paraguaios estudados caracterizam-se pelo contraste entre grande desenvolvimento econômico e exclusão social.

A região apresenta uma desigualdade de renda medida pelo Índice de Gini<sup>8</sup>, que varia de 0,46 a 0,68 no Brasil (quatro municípios com Gini maior que o nacional, 0,59) e de 0,48 a 0,59 no Paraguai (quatro municípios com Gini maior que o nacional, 0,57). Na Argentina, o Índice de Gini é para toda a região Noroeste, e o valor indicado é de 0,46 (Gini nacional: 0,49).

Os indicadores de pobreza na Argentina, disponíveis para a região em estudo, são as Necessidades Básicas Insatisfeitas/NBI, de 2001<sup>9</sup>. O Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) considera que um lar é pobre quando ele sofre ao menos de uma das seguintes carências: mais de três pessoas por quarto, casa inadequada, falta de vaso sanitário, ao menos uma criança (seis a 12 anos) fora da escola e baixa capacidade de subsistência.

No Brasil e no Paraguai, os indicadores de pobreza, disponíveis no Atlas de Desenvolvimento Humano Brasil 2000 e Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, são a renda domiciliar per capita inferior à linha da pobreza (1/2 salário mínimo).

Nos municípios selecionados dos três países, os indicadores de pobreza (NBI ou Linha de Pobreza) variam de 12,3% a 57%. Em trinta desses municípios (48%) esses indicadores são maiores que a média provincial/estadual/departamental.

Na Argentina, seis dos sete departamentos que fazem parte deste estudo têm indicadores de NBI maiores que a média provincial (27,1%) (Gráfico A2 - anexo). No Brasil, 17 dos municípios selecionados têm uma proporção de pobres maior que a estadual (23,7% no Paraná e 28,7% no Mato Grosso do Sul). Já no Paraguai, são três os municípios que têm uma proporção de pobres maior que a departamental (29,12% em Alto Paraná, 48,7% em Caaguazú e 44,2% em Canindeyú).

No Brasil, dos 32 municípios selecionados, 16 (50%) têm direito aos royalties de Itaipu: Santa Helena, Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Medianeira, Mercedes, Missal, Pato Bragado, São José das Palmeiras, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu e Terra Roxa no Paraná, e Mundo Novo no Mato Grosso do Sul.

Itaipu paga compensação financeira pela produção de eletricidade desde 1985, quando a usina entrou em operação comercial. No entanto, até 1991, o dinheiro não chegava diretamente aos estados e municípios. A regulamentação da Lei dos Royalties, assinada naquele ano, proporcionou que o dinheiro fosse encaminhado para as cidades brasileiras beneficiadas<sup>10</sup>.

#### Crise

As crises recorrentes que têm abalado as economias dos três países, especialmente da Argentina, afetam diretamente as crianças e suas famílias, inserindo-as numa situação de exclusão.

O desemprego atinge não só os pais e responsáveis, mas também os adolescentes em idade para ingressar no mercado de trabalho. O subemprego, comum na região, prejudica toda a família e muitas vezes leva ao trabalho infantil. A falta de acesso aos serviços sociais básicos (educação e saúde) de qualidade faz aumentar ainda mais a vulnerabilidade na infância.

Os programas de combate à pobreza desenvolvidos em nível mundial preocupam-se em combater a desigualdade, sobretudo de renda. Mas levam em consideração que a pobreza humana é definida pelo empobrecimento em múltiplas dimensões — privações de uma vida longa e saudável, de conhecimento, de um nível de vida digno e de participação.

O desenvolvimento social e econômico da região em estudo deve ter como eixo fundamental a priorização da infância e seus direitos. Um de seus paradigmas deve ser a equidade, ou seja, que todos os indivíduos tenham justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial e que ninguém deva estar em desvantagem para alcançá-lo. Conseqüentemente, equidade refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis, além de injustas, criando, desse modo, igual oportunidade.

Famílias pobres da região estão impedidas de exercer seus direitos fundamentais a um trabalho decente, alimentação adequada, boa assistência de saúde, escola de qualidade e opções diversificadas de lazer. A pobreza as impede de construir projetos de vida e reduz consideravelmente as oportunidades de progressos pessoais e familiares.

A pobreza costuma ter sexo e cor, atingindo sobretudo mulheres e pessoas negras, índias ou pardas. É importante que os governos levem isto em consideração ao elaborarem seus programas sociais de combate à pobreza.

Da mesma forma, é preciso que tenham consciência de que o orçamento e o gasto público priorizados na infância são mecanismos eficientes de redistribuição de riqueza, capaz de diminuir as desigualdades e garantir oportunidades a todos.

<sup>8</sup> Mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0 quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos têm o mesmo valor)]

<sup>9</sup> Foi utilizado o indicador NBI por ser o único que revela o Censo Nacional e contempla a todos os domicílios. O dado de pobreza por renda, na Argentina, é coletado pela Encuesta Permanente de Hogares (EPH), realizada em apenas 28 aglomerados urbanos do país.

<sup>10</sup> O repasse é feito pela Itaipu ao Tesouro Nacional e distribuído - levando-se em consideração vários fatores determinados pela Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) -, a municípios, estados e órgãos do governo federal. Desde o início da produção comercial, até novembro de 2005, a Itaipu repassou US\$ 2.758.618.900,00. Desde que a Lei dos Royalties foi instituída, foram repassados US\$ 2.144.057.200,00.

## 3.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS EXISTENTES

São grandes os esforços dos três países para apoiar as famílias que vivem em situação de pobreza e desta forma enfrentar a vulnerabilidade da infância.

### ARGENTINA

O programa Jefas y Jefes de Hogar Desempleados (PJJHD) foi criado pelo Decreto 565/2002, para vigorar até 31/12/2002<sup>11</sup>. O programa ajuda economicamente os chefes de família de ambos os sexos (com filhos menores de 18 anos). O benefício consiste em um valor mensal de 150 pesos argentinos, compatível com o recebimento de bolsas de estudo ou transferências de outros programas sociais. Em 2005, este Programa alcança aproximadamente a 1,5 milhões de beneficiários em todo o país<sup>12</sup>.

Os beneficiários são os chefes de família com filhos menores de 18 anos ou pessoas com necessidades especiais de qualquer idade. Também beneficia aos chefes de família cujo cônjuge, concubina ou co-habitante esteja grávida. Os beneficiários devem participar de atividades de capacitação ou comunitárias, como contrapartida da ajuda recebida. A realização da contrapartida requerida é obrigatória para os beneficiários do plano e o seu não cumprimento dá lugar à extinção do direito a receber a ajuda econômica<sup>13</sup>. Do total de beneficiários do programa, cerca de 70% efetuam a contrapartida em trabalho e desse subgrupo, 40% são chefes de família.

Esse programa, embora financiado por fundos do Orçamento de Administração Nacional, é distribuído em nível municipal, por intermédio dos Conselhos Consultivos.

Outro programa implementado como resposta à crise é o chamado Ingreso para el Desarrollo Humano (ou Familias por la Inclusión Social) que cobre lares com crianças menores de 18 anos, cujos rendimentos sejam insuficientes e que não participem do PJJHD, nem recebam outras transferências de renda familiares. Os objetivos desse programa consistem em promover o desenvolvimento, a saúde e a permanência no sistema educativo das crianças, mediante o pagamento de transferências monetárias às famílias beneficiárias (com um teto de 200 mensais).

O Plan Nacional de Familias por la Inclusión Social tem por objetivo a transferência voluntária dos beneficiários do Plan Jefes y Jefas de Hogar, com três ou mais filhos. Ele deverá incluir 750 mil mães solteiras que, ao optar pelo novo plano, em lugar de uma contrapartida de trabalho, terão a escolaridade e o cuidado da saúde de seus filhos, além da possibilidade de capacitar-se profissionalmente.

Em 2003, no âmbito do Ministerio de Desarrollo Social foi criado o Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, que propicia ações integrais para melhorar a situação nutricional das populações mais vulneráveis e prevenir a desnutrição infantil. Prevê ações articuladas com a saúde em nível nacional e local.

Os fundos são transferidos segundo duas modalidades: abordagem federal e focalização. Este último se refere a projetos provinciais e/ou municipais para melhorar a segurança alimentar das famílias. Este programa é a expressão da Ley de Seguridad Alimentaria. (Quadro A3 – anexo)

Em agosto de 2002, o Congreso de la Nación sancionou por unanimidade a Lei 25.630, que determina que toda a farinha de trigo destinada à elaboração de pão deve ser enriquecida com ferro e ácido fólico, uma esperada medida para a prevenção da anemia. A lei foi regulamentada em agosto de 2003 e entrou em vigor em 14 de novembro do mesmo ano.

No que se refere à saúde, criou-se o Programa Emergência Sanitária, integrado pelos projetos “Provisión de medicamentos e insumos de uso hospitalario” e “Provisión de medicamentos genéricos para atención primaria de la salud (Remediar)”. O primeiro tem como objetivo colaborar com as províncias na compra de insumos e medicamentos, para manter em funcionamento os serviços de assistência de saúde de segundo e terceiro nível de atenção.

Por sua vez, o projeto Remediar foi criado para evitar a deterioração nas condições de saúde das pessoas pobres do país. Seu objetivo é assegurar o acesso oportuno e gratuito a tratamentos apropriados, que incluam terapia através de medicamentos, para aproximadamente 80% dos motivos de consultas primárias. Os medicamentos são entregues por meio da rede pública de Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), administrada pelas províncias e municípios.

Para amortizar o impacto da crise no setor educativo, ampliou-se o Programa Nacional de Bolsas Estudiantis. Sua população beneficiária é formada por alunos de 13 a 19 anos, pertencentes a famílias de poucos recursos que estejam cursando o nível secundário ou EGB3/Polimodal. Estes recebem uma bolsa anual de 400 pesos argentinos.

O objetivo do programa é incrementar os anos de permanência na escola dos jovens das famílias mais vulneráveis, estimular sua assistência e promoção, reduzir a quantidade de jovens que não estudam dentro do nível de escolaridade obrigatória e aumentar as condições futuras

<sup>11</sup> O decreto 39/2003 (B.O. 8/1/2003) prorroga este programa até 31/12/2003.

<sup>12</sup> De acordo com dados do MTEySS, no mês de janeiro de 2003, os beneficiários foram 1.904.682 e o número cresceu durante o ano até atingir, em junho, 1.978.149 beneficiários.

<sup>13</sup> Art. 12 e 15 da Resolución 312/02.

de empregabilidade. A seleção dos beneficiários leva em consideração as condições sociais e econômicas de cada família.

Todos a Estudar é um programa de reinserção educativa, que pretende atacar o problema da exclusão social e educativa a que vêm sendo expostas as crianças e os adolescentes de 11 a 18 anos, que não freqüentam a escola. O principal objetivo é que crianças e adolescentes voltem à escola e finalizem sua educação. Para atingir esse objetivo, foi desenvolvida uma estratégia conjunta entre o estado e as organizações da sociedade civil. O programa outorga bolsa para as crianças que não freqüentam a escola e apóia o desenho de projetos de inclusão educativa nas escolas.

Os programas 1.000 Escuelas e o Plan de Inclusión Educativa são da Dirección Nacional de Programas Compensatorios do Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Têm por objetivo estabelecer condições para que a população tenha oportunidade de receber serviços educativos, reduzindo os efeitos que derivam da desigualdade social e econômica, de necessidades especiais, da discriminação étnica, cultural e de gênero. Ambos os programas estão destinados à atenção a todos os fatores ligados à qualidade das aprendizagens básicas, em escolas com altos índices de risco socioeducativo.

#### **BRASIL**

Entre os programas do governo brasileiro na área de assistência social e combate à fome, destaca-se o Bolsa Família, um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até 100 reais mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. O Bolsa Família unificou todos os benefícios sociais (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão-Alimentação e o Auxílio-Gás) do governo federal num único programa. (Quadro B4 – anexo)

Outros programas importantes nesta área são o Programa de Atenção Integral à Família (Paif) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). O primeiro é um serviço continuado de proteção social básica, desenvolvido nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Esses centros são espaços físicos localizados estrategicamente em áreas de pobreza. O CRAS presta atendimento socioassistencial, articula os serviços disponíveis em cada localidade, potencializando a rede de proteção social básica.

O público-alvo são famílias que, em decorrência da pobreza, estão vulneráveis, privadas de renda e do acesso a serviços públicos, com vínculos afetivos frágeis, discriminadas por questões de gênero, etnia, deficiência, idade, entre outras. Cada unidade do CRAS conta com coordenador, assistentes sociais, psicólogos, atendente administrativo, estagiários e eventuais profissionais de outras áreas. Todo o trabalho visa promover a emancipação social das famílias, devolvendo a cidadania para cada um de seus membros.

#### **Programa Sentinela**

O Sentinela é um conjunto de ações sociais especializadas e multiprofissionais dirigidas a crianças, adolescentes e famílias envolvidas com a violência sexual. Foi criado para atender à determinação da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei Orgânica de Assistência Social e faz parte do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.

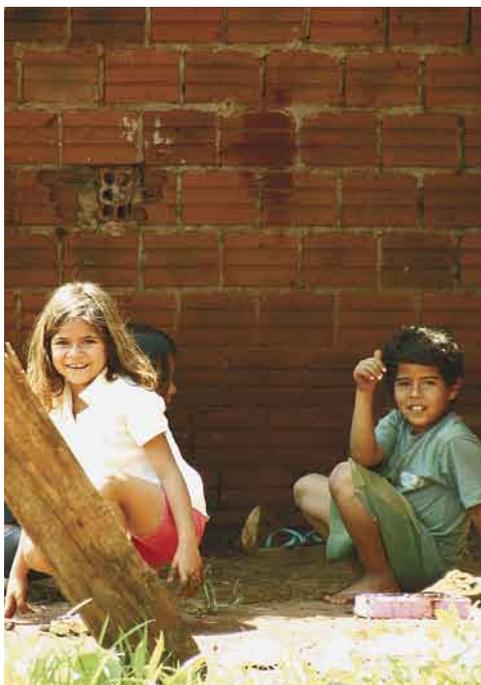
É operacionalizado por intermédio de centros ou serviços de referência, bases físicas implantadas nos municípios. Nesses espaços, são executadas ações especializadas de atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes, tais como abordagem educativa, atendimento multiprofissional especializado, apoio psicossocial e jurídico, acompanhamento permanente, abrigo por 24 horas (quando for o caso) e oferta de retaguarda ao sistema de garantia de direitos.

#### **Atenção à Criança de 0 a 6 anos**

Apoio técnico e financeiro a programas e projetos executados por estados, municípios, Distrito Federal e entidades sociais, destinados ao atendimento de crianças vulnerabilizadas pela pobreza e suas famílias.

O público-alvo são crianças na faixa etária de 0 a 6 anos que, em decorrência da pobreza, estão vulneráveis, privadas de renda e do acesso a serviços públicos, com vínculos familiares e afetivos frágeis, discriminadas por questões de gênero, etnia, deficiência, idade, entre outras, bem como suas famílias. Deve ser priorizado o atendimento de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos.

Trata-se de um Serviço de Ação Continuada (SAC) em que são repassados valores per capita fixos de referência, para a cobertura de despesas correntes com o atendimento direto das crianças e de suas famílias. Assim, o Fundo Nacional de Assistência Social repassa, mensalmente, aos fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal, um valor



de referência que deve ser por eles complementado (co-financiamento). Os recursos são para despesas correntes (custeio) caracterizadas como manutenção de serviços internos e externos já criados e instalados.

#### **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)**

É um programa de transferência direta de renda do governo federal para famílias de crianças e adolescentes envolvidos no trabalho precoce, cujo objetivo é erradicar as piores formas de trabalho infantil no país, aquelas consideradas perigosas, penosas, insalubres ou degradantes. Para isso, o PETI concede uma bolsa às famílias desses meninos e meninas em substituição à renda que traziam para casa. Em contrapartida, as famílias têm que matricular seus filhos na escola e fazê-los freqüentar a jornada ampliada.

O público-alvo são famílias com crianças e adolescentes na faixa etária dos 7 aos 15 anos envolvidos em atividades consideradas como as piores formas de trabalho infantil. Famílias cujas crianças exercem atividades típicas da área urbana têm direito à bolsa mensal no valor de R\$ 40 por criança. As que exercem atividades típicas da área rural recebem R\$ 25 ao mês, para cada criança cadastrada.

Além da bolsa, o programa destina R\$ 20 nas áreas rurais e R\$ 10 nas áreas urbanas (por criança ou adolescente) à denominada Jornada Escolar Ampliada, para o desenvolvimento, em período extracurricular, de atividades de reforço escolar, alimentação, ações esportivas, artísticas e culturais. Tais recursos são repassados aos municípios, a fim de que a gestão execute as ações necessárias à permanência das crianças e dos adolescentes na Jornada Escolar Ampliada.

#### **Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano**

Ação de assistência social destinada a jovens entre 15 e 17 anos, que visa o desenvolvimento pessoal, social e comunitário. Proporciona capacitação teórica e prática, por meio de atividades que não configuram trabalho, mas que possibilitam a permanência do jovem no sistema de ensino, preparando-o para futuras inserções no mercado. O Ministério do Desenvolvimento Social concede também, diretamente ao jovem, uma bolsa de 65 reais durante os 12 meses em que ele estiver inserido no programa e atuando em sua comunidade.

O público-alvo é formado por jovens com idade entre 15 e 17 anos que, prioritariamente, estejam fora da escola; que participem ou tenham participado de outros programas sociais (medida que dá cobertura aos adolescentes e jovens oriundos de outros programas, como o PETI); que estejam em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social; que sejam egressos ou que estejam sob medida protetiva ou socioeducativa; oriundos de Programas de Atendimento à Exploração Sexual Comercial de menores. Em cada município, 10% das vagas são necessariamente destinadas a adolescentes portadores de algum tipo de deficiência.

#### **PARAGUAI**

O Paraguai estabeleceu metas intermediárias (para 2008) aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Para alcançar as metas de redução da pobreza, escolarização e eliminação da fome, foram elaboradas e estão sendo implementadas uma série de iniciativas.

No marco da Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad se destacan dois programas vinculados entre si: a Red de Protección Social e o Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y Nutricional.



A Red de Protección Social é um esforço interministerial de coordenação da oferta estatal dos ministérios da Área Social, coordenado pela Secretaría de Acción Social, focalizado na população extremadamente pobre. A Red tem dois componentes: o subprograma familia busca apoiar as famílias dos 34 municípios mais pobres do país mediante transferências condicionadas de recursos e a ampliação das ofertas de serviços na comunidade; e o subprograma Abrazos tem por objetivo a atenção a 1.500 crianças trabalhadoras de rua do Departamento Central e suas famílias, para a erradicação do trabalho infantil nas ruas, mediante apoio escolar, assistência para geração de renda para os pais, transferência condicionada de recursos e microcréditos.

O Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y Nutricional tem por objetivo a recuperação nutricional de crianças desnutridas e em risco de desnutrição, menores de cinco anos de idade, e das mulheres grávidas de baixo peso. O programa foi implementado em setembro de 2005 e espera

## **GASTO SOCIAL**

### **ARGENTINA**

O gasto público dirigido às crianças e aos adolescentes, consolidado em nível nacional de governo e nas 24 províncias, representou 5,7% do PIB no ano 2002, último para qual existem informações de todas as jurisdições. Este nível de investimento constitui 20% do gasto público total e 31% do gasto público social destes níveis de governo. Na média, as cifras estimadas representam um investimento por criança de 1.332,4 pesos (aproximadamente 440 dólares). Devido às heterogeneidades regionais, nas províncias mais pobres, este investimento é de 250 dólares, em média<sup>14</sup>. Não existem dados desagregados para a Província de Misiones, mas estimativas sugerem que esta jurisdição investe em crianças cerca de 21% do orçamento provincial consolidado. Não se pode contar com informações provinciais mais atualizadas, mas durante 2003 e 2004, o governo nacional reverteu a tendência decrescente dos montantes investidos na criança, anteriores à crise, ultrapassando os níveis anteriores a 2002 em termos globais (medidos a preços constantes) e estando perto de fazer o mesmo no campo educativo, um dos mais castigados.

### **BRASIL**

Conforme o Ministério da Fazenda, em documento intitulado Orçamento Social/2001-2004, o orçamento social direto do governo federal, em 2004, foi de R\$ 248,9 bilhões, correspondendo a 14,1% do PIB. O orçamento social total – que, além dos gastos diretos, inclui empréstimos, subsídios e renúncias tributárias – foi estimado em R\$ 280,7 bilhões (aproximadamente US\$ 85,07 bilhões, utilizando-se uma taxa de câmbio média no período de referência para a conversão), equivalentes a 16,0% do PIB. Do total do gasto direto, 67,6% é gasto com previdência social, 12,8% com saúde, 6,5% com assistência social e 5,2% com educação. Nos últimos dois anos, o orçamento social do Governo Federal teve um aumento de 31% em relação ao biênio 2001/2002. Em 2004, o orçamento social aumentou 18% em relação a 2003.

### **PARAGUAI**

Segundo dados divulgados pelo "Proyecto Gasto Social en el Presupuesto de Paraguay: Invertir en la Gente" (UNICEF/PNUD/UNFPA), em 2004, o total de gasto social aumentou para G\$ 3.221.085 milhões de guaranis (US\$ 541 milhões), o que representa 40% do total de gastos da Administração Central e 8,61% do PIB. Do total do Gasto Social de 2004, cerca de 15% foi destinado à Saúde, 49% à Educação, 2,2% à Água Potável e Saneamento Básico e 29% à Previdência Social. O Gasto Social de 2004 cresceu cerca de 8% em relação a 2003. O Orçamento de 2005 prevê um crescimento de 28% (cerca de US\$ 140 milhões a mais) em relação a 2004.

chegar a um total de 35 mil beneficiários numa primeira etapa, mediante a distribuição de um pacote alimentar e a execução de estratégias complementares de tratamento de doenças parasitárias, atenção em saúde, capacitação e vigilância nutricional.

### **Desafio**

Tais políticas são esforços que devem ser aprimorados e expandidos para que se possa atingir a universalidade e uma maior integralidade entre setores da sociedade e níveis de governo. Este desafio começa a ser enfrentado, no Brasil, com a proposta de implementação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constituindo-se na regulação e organização em todo o território nacional da rede de serviços socioassistenciais.

Além da universalidade almejada, propostas como estas buscam romper com tendências de se organizar a assistência social de forma apenas benemerita e não como uma política pública, dever do estado e direito de todos os cidadãos e cidadãs.

É fundamental garantir a todos os programas sociais existentes recursos orçamentários para sua execução, assim como sua articulação com as demais políticas sociais, em especial as de saúde, educação e geração de renda, além da urgente incorporação das perspectivas de gênero e raça.

<sup>14</sup> Todos os dados e detalhes metodológicos desta quantificação podem encontrar-se no documento "Gasto Público Dirigido a la Niñez en la Argentina", realizado pela Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación Argentina e UNICEF (2004), que se encontra disponível em [www.mecon.gov.ar](http://www.mecon.gov.ar) e [www.unicef.org/argentina](http://www.unicef.org/argentina).



# 4

## DIREITO À SOBREVIVÊNCIA E AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

*Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6 referem-se à necessidade de se reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna e deter, até 2015, a propagação do HIV/Aids e da malária, começando a inverter a tendência atual.*

*A situação destes indicadores é analisada neste capítulo, indicando-se ao mesmo tempo as causas e possíveis ações de política pública.*

## 4.1 MORTALIDADE INFANTIL E DIREITO À SAÚDE

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de desenvolvimento humano de um país. As causas que levam a taxas altas de mortalidade infantil são indicativas de violação de direitos fundamentais previstos na Convenção dos Direitos da Criança e incidem negativamente sobre as metas dos ODMs.

Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo nos três países, é necessário reduzir estas taxas por meio de uma ação decidida dos poderes públicos e dos atores sociais envolvidos.

A taxa de mortalidade infantil (TMI<sup>1</sup>) da Argentina (2004) é de 14,4 por mil nascidos. No ano de 2004, conforme a Dirección de Estadísticas e Información de Salud do Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, a província de Misiones apresentava uma TMI (16,6 por mil) superior à taxa média do país, situando-se em oitavo lugar entre as províncias com maior taxa de mortalidade infantil.

A maior parte dos departamentos argentinos selecionados têm uma taxa de mortalidade infantil superior à média nacional. Os departamentos com TMI maiores que a provincial, em 2003, eram Eldorado (35,1), San Pedro (26,1), Oberá (22,8) e Guaraní (20,4). O departamento de Iguazú, diferentemente de outros departamentos da área, apresenta uma TMI de 13,8, não apenas inferior à média provincial, mas também inferior à média nacional.

Em termos gerais, os dados provinciais correspondentes a 2004, conforme a Jefatura Provincial del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, mostram uma diminuição da TMI de Misiones para 16,6. As taxas de Eldorado (29,1), Guaraní (23,4) e San Pedro (22,9) continuam sendo altas, mas se observa uma diminuição no número total de mortes em menores de um ano (de 485 casos a 445). Na tabela a seguir mostra uma melhora para o ano de 2004.

### ARGENTINA MORTALIDADE INFANTIL:

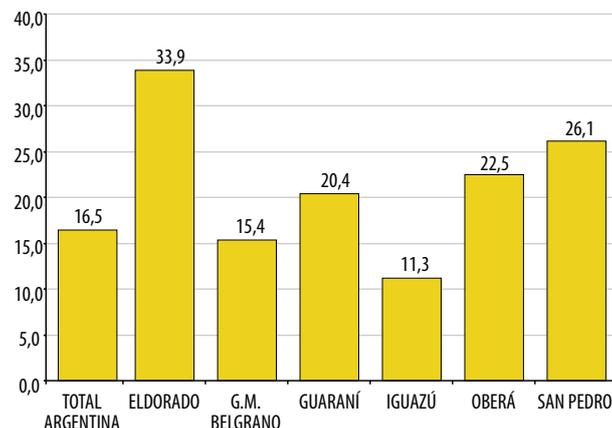
NÚMEROS ABSOLUTOS e TAXAS (POR MIL NASCIDOS VIVOS) DEPARTAMENTOS SELECIONADOS ANO 2003

DEPARTAMENTO	NASCIDOS VIVOS	MORTES EM MENORES DE 1 ANO	T.M.I.
TOTAL ARGENTINA	697952	11494	16,5
TOTAL PROVÍNCIAS	24064	485	20,2
ELDORADO	1.623	57	33,9
G.M.BELGRANO	1.041	16	15,4
GUARANÍ	1.864	38	20,4
IGUAZÚ	1.600	22	11,3
OBERÁ	2.398	55	22,5
SAN PEDRO	727	19	26,1

Fonte: Estadísticas Vitales - Información Básica Año 2004. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

No gráfico a seguir, temos a representação da tabela anterior para uma melhor visualização das diferenças entre as TMI da Argentina e dos departamentos selecionados. Percebe-se claramente que as TMI dos departamentos são maiores que a do nível nacional.

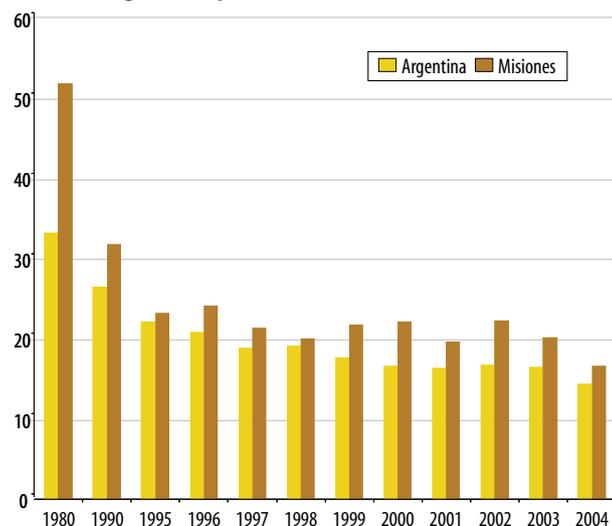
### Taxa de Mortalidade Infantil da Argentina e dos departamentos



Fonte: Dirección de Estadística e Información en Salud, Boletín 110, Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación

Já a tabela a seguir mostra uma comparação entre a TMI da Argentina, com a província de Misiones. É importante perceber que em Misiones a TMI sempre é maior do que a TMI do país no período de mais de duas décadas.

### Taxa de Mortalidade Infantil por divisão política territorial de residência da mãe. Argentina e província de Misiones - 1980 - 2004



Fonte: Estadísticas Vitales - Información Básica Año 2004. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

<sup>1</sup> Mortalidade infantil (1.000 Nascidos Vivos - NV): Mortes infantis são aquelas que ocorrem a partir do nascimento (vivo) até o 365º dia de vida, isto é, durante o primeiro ano de vida. A mensuração é feita pela taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, cuja fórmula é a seguinte:

$$\frac{NM1A}{NNVA} \times 1000 = TMI$$

NM1A - N° de mortes de crianças menores de um ano de idade residentes numa área e ano

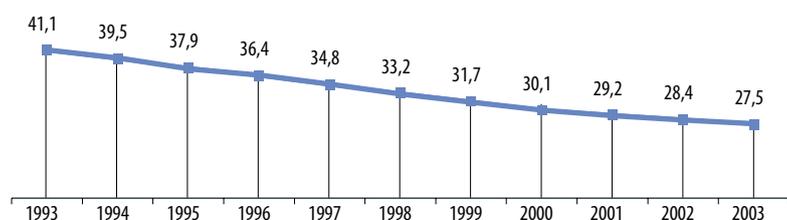
NNVA - N° de nascidos vivos residentes na mesma área e ano

TMI - Taxa ou coeficiente de Mortalidade Infantil, que mede o risco que o nascido vivo tem de morrer antes de completar um ano de idade. É considerada, universalmente, como um dos melhores indicadores não só de saúde infantil como também do nível socioeconômico de uma população.

A taxa de mortalidade infantil do Brasil (2003) é de 27,5 por mil nascidos vivos. O índice do Paraná do mesmo ano é de 16,47 e do Mato Grosso do Sul, 19,68. Pode-se afirmar que a maior parte dos municípios brasileiros pesquisados têm uma taxa de mortalidade infantil inferior à média nacional.

No gráfico a seguir é possível perceber a tendência da queda da TMI no Brasil, no entanto há muito o que ser feito, pois ainda é considerada alta se for comparada com o desenvolvimento econômico do país.

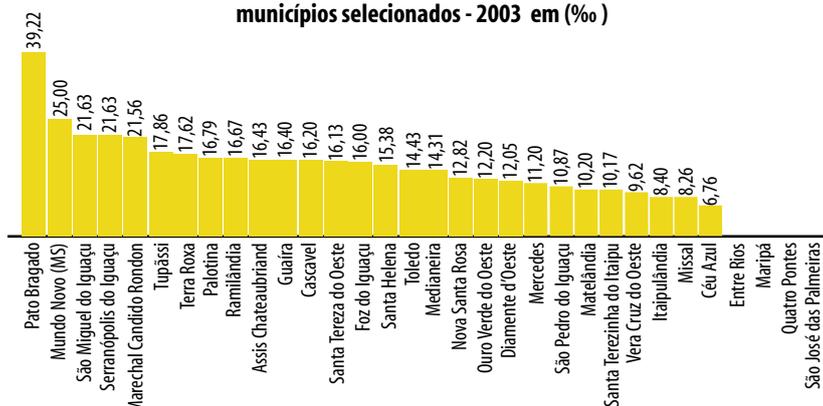
**Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos - Brasil - 1993/2003 em (%)**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980/2050 (Revisão 2004).

Conforme informações de 2003 da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, o coeficiente de mortalidade infantil nos 31 municípios paranaenses pesquisados é de 16,02. As taxas variam de 0,00 a 39,22. No gráfico a seguir há as informações da TMI dos municípios selecionados.

**Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos municípios selecionados - 2003 em (%)**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/ Instituto de Saúde do Paraná/ Centro de Informações e Diagnósticos em Saúde/ Departamento de Informações em Saúde (2003/residência).  
Ministério da Saúde/SIM/SISNAC. Secretaria de Estado da Saúde/Mato Grosso do Sul (2003).

Conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, de 2003, o coeficiente de mortalidade infantil no município de Mundo Novo é de 25,00.

De acordo com dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), referentes a 2002, nos municípios brasileiros selecionados, as afecções originadas no período perinatal são responsáveis pelas maiores porcentagens de mortalidade de crianças de menos de um ano. Seguem-se causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias e do aparelho circulatório e neoplasias.

No Brasil, a taxa de mortalidade de crianças indígenas e negras é maior que a das crianças brancas. Conforme o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SISNAC), em 2002, enquanto a TMI de crianças brancas era de 16,6, a de crianças índias era de 25 e das crianças negras de 22,3.

Os programas nacionais Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, instrumentos de reorganização da Atenção Básica no Brasil, são importantes atores

### **Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

O PSF foi criado no Brasil na década de 90, inspirado nas experiências desenvolvidas na área de saúde pública em países como Cuba, Inglaterra e Canadá. Com características próprias, adaptado à realidade dos estados brasileiros, o Programa foi oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde em 1994.

O PSF é constituído por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e odontologistas. Cada equipe é responsável por famílias de uma determinada área do município. O PSF tem como prioridades as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O Pacs que é um programa que trabalha com Agentes Comunitários de Saúde, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS. Visa essencialmente promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local. A proposta básica consiste no esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidade que não possa ser suprida pelos próprios agentes. De acordo com a pesquisa "Uma Avaliação do Impacto do PSF na Mortalidade Infantil no Brasil", do Ministério da Saúde, para cada 10% de aumento na cobertura populacional do PSF há uma redução média de 4,6% na taxa de mortalidade infantil (TMI).

### **Pastoral da Criança**

A Pastoral da Criança é um organismo de Ação Social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) que trabalha com saúde, nutrição e educação da criança, da gravidez aos seis anos de vida, envolvendo famílias e comunidades. Suas atividades iniciaram em 1983, no Paraná. Hoje, presente em todo o Brasil, a Pastoral da Criança criou metodologia própria, tendo como centro a criança dentro do contexto familiar e comunitário.

A Pastoral da Criança atua, especialmente, nas periferias das grandes cidades e nos bolsões de pobreza e miséria dos pequenos e médios municípios brasileiros, tanto no meio urbano e rural quanto em áreas indígenas.

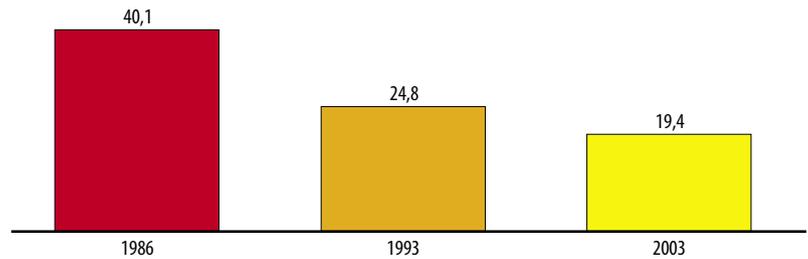
A base de todo o trabalho da Pastoral da Criança é a família e a comunidade. A dinâmica consiste em capacitar líderes comunitários, que residem na própria comunidade, para mobilização das famílias nos cuidados com os filhos. Esta metodologia conta com três grandes momentos de intercâmbio de informações que ajudam no fortalecimento da solidariedade: visitas domiciliares mensais, realizadas pelos líderes, a cada família acompanhada; Dia do Peso, quando cada comunidade se reúne para pesar todas as suas crianças; e reuniões mensais entre os líderes de uma mesma comunidade, para refletir e avaliar o trabalho realizado no mês anterior e para reforçar a soma de esforços para superar as dificuldades. Em todas as comunidades atendidas, coloca-se em prática um conjunto de ações que vão daquelas voltadas para a sobrevivência e o desenvolvimento integral da criança até a melhoria da qualidade de vida das famílias carentes. Entre essas ações, destacam-se o apoio integral às gestantes; incentivo ao aleitamento materno; vigilância nutricional; alimentação enriquecida (ações concretas para o aproveitamento de produtos de grande valor nutricional e de baixo custo, disponíveis nas próprias comunidades, além de evitar os desperdícios de grande parte dos alimentos, como folhas, cascas e sementes); controle de doenças diarreicas; controle de doenças respiratórias; remédios caseiros (educação das mães e demais familiares para as práticas de medicina natural e caseira); estímulo à vacinação de rotina das crianças e das gestantes; brinquedos e brincadeiras; prevenção de acidentes domésticos; educação para Paz; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; saúde bucal e catequese.

no combate à mortalidade infantil, assim como a Pastoral da Criança. A saúde das crianças indígenas é responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que mantém em cada aldeia um posto de atenção básica.

Na região brasileira estudada, existem também inúmeros programas e projetos estaduais e municipais de proteção à saúde da criança sendo executados, muitos deles com a participação de organizações não-governamentais.

No Paraguai, de acordo com dados elaborados pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para o ano de 2003, a taxa de mortalidade infantil registrada para o país é de 19,4. A seguir, a tendência da TMI do Paraguai, que é de queda desse indicador.

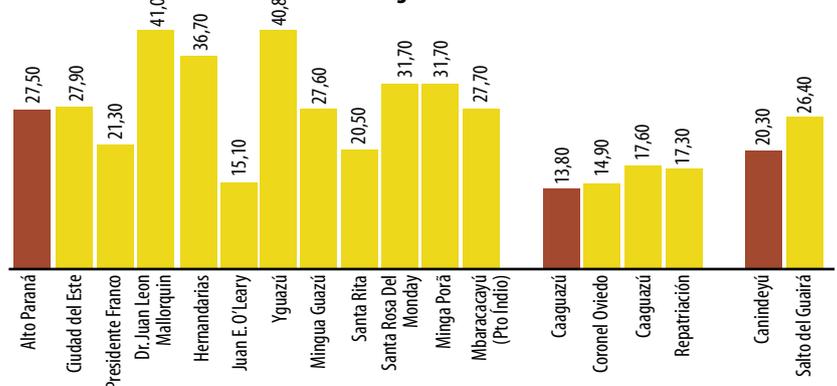
**Taxa de mortalidade infantil no Paraguai de 1986 a 2003**



Fonte: Indicadores de Mortalidad. Departamento de Bioestadística Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2003

As informações para 2003 mostram as TMI do Alto Paraná (27,5), Caaguazú (13,8) e Canindeyú (20,3). Dos municípios selecionados, 73% têm uma taxa de mortalidade infantil acima da média nacional, oscilando entre 14,9 (Coronel Oviedo) e 41,0 (Juan León Mallorquín). No gráfico a seguir é possível perceber como estão as TMI de departamentos e municípios selecionados.

**Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos - Paraguai - 2003**



Fonte: Certificados de Defunción registrados. Departamento de Bioestadística. Dirección General de Planificación. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Año 2003

No Paraguai, na análise causal das mortes de menores de cinco anos, identificou-se que as crianças seguem morrendo de lesões devidas ao parto, infecções de recém-nascido, prematuridade, diarreia e pneumonia.

As causas de mortalidade infantil, apontadas nos estudos por país precisam ser analisadas em conjunto com outros indicadores correlacionados, especialmente a cobertura pré-natal, a imunização, a gravidez na adolescência, a prevenção de doenças e o acesso aos serviços de saúde e assistência social.

Neste sentido, possíveis ações para abordar as causas da mortalidade infantil e que poderiam contribuir para acelerar sua diminuição incidem diretamente sobre o sistema público de saúde, que precisa redobrar seus investimentos no atendimento pré-natal, parto e pós-parto de qualidade e no atendimento ao neonato, em campanhas de vacinação da mulher e do bebê, campanhas para prevenir a gravidez na adolescência e programas específicos para este público, além da ampliação das redes de saneamento básico e água potável

## 4.2 MORTALIDADE MATERNA E DIREITO À SAÚDE

A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao pós-parto é, em sua grande maioria, evitável. A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) é um importante indicador sobre a saúde da mulher, retratando as iniquidades existentes entre as regiões.

Na Argentina, conforme o documento *Estadísticas Vitales 2003*, do Ministerio de Salud (2002), a taxa de mortalidade materna do país era de 4,4 (por 10.000 nascidos vivos). Na província de Misiones, essa taxa era de 6,2, maior que a média nacional.

No que se refere à mortalidade materna, os dados referentes aos municípios brasileiros selecionados precisam ser contextualizados. No Brasil, estudos mostram uma sub-notificação dos óbitos maternos decorrente de vários fatores, como o mau preenchimento da declaração de óbito pelos médicos, principalmente no quesito referente à gravidez.

Mesmo com essas ressalvas, os resultados que têm sido divulgados evidenciam uma elevada mortalidade materna no país. Segundo estudo realizado por Dr. Ruy Laurenti<sup>2</sup>, a razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras em 2002 é 54,3 por 100 mil nascidos vivos. Na região Sul, esta taxa é de 42 e na região Centro-Oeste 49,3. Segundo a última estimativa oficial, decorrente do estudo citado, referente a 2002, a razão de mortalidade materna brasileira era de 74,8 por cem mil nascidos vivos.

Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná indicam que no universo de 16.498 nascidos vivos no ano de 2004, nos 31 municípios do estado selecionados, aconteceram 13 mortes maternas. Os municípios com ocorrência de morte materna foram Cascavel (três), Foz do Iguaçu (quatro), Guairá

(dois), Santa Helena (dois), Santa Terezinha do Itaipu (um) e Toledo (um). Na 9ª Regional de Saúde<sup>3</sup>, o Coeficiente de Mortalidade Materna é 70,68; na 10ª Regional, 79,89; e na 20ª Regional, 102,54. Em todo o estado este indicador é de 69,69.

Vale registrar que as taxas altas do Paraná estão diretamente ligadas ao rigor na notificação, considerada a melhor do país. O estado dispõe de Comitês de Prevenção de Mortes Maternas em todos os municípios.

Conforme o SISNAC (2002), neste ano não há registro de morte materna no município de Mundo Novo (MS).

Embora não tenhamos esta informação por municípios, em termos nacionais as causas predominantes de morte materna são as obstétricas diretas<sup>4</sup>, que em todas as regiões do Brasil representam mais da metade. Dentre as causas indiretas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, anemias, defeitos de coagulação. Das causas diretas, destaca-se a doença hipertensiva específica da gestação (a eclampsia e a pré-eclampsia)<sup>5</sup>.

O pré-natal e o parto de qualidade evitam mais de 90% das mortes maternas. Em função disso, o governo, por meio do Ministério da Saúde e a sociedade civil brasileira, com apoio de dezenas de instituições, entre elas a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e o UNICEF, lançaram em março de 2005, o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, que tem como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico, nas próximas duas décadas, a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS).



<sup>2</sup> "Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras". Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 7, Nº 4, 2004.

<sup>3</sup> A 9ª Regional de Saúde é formada pelos municípios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. A 10ª Regional de Saúde é formada por Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, Vera Cruz do Oeste. A 20ª Regional de Saúde é formada por Toledo, Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guairá, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

<sup>4</sup> Mortes obstétricas diretas - Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas. Mortes obstétricas indiretas - Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doç

siológicos da gravidez.

<sup>5</sup> Fonte: Saúde Brasil 2004 - "Uma Análise da Situação de Saúde". Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal pretende garantir que toda brasileira grávida receba acompanhamento no pré-natal para que tenha uma gestação saudável. Dessa forma, os eventuais riscos e agravos podem ser detectados precocemente e tratados adequadamente. O Pacto também busca garantir o pronto atendimento hospitalar da gestante no momento do parto.

No Paraguai, a taxa de mortalidade materna (2003) é 174 para cada 100 mil nascidos vivos e a estimada, devido ao elevado subregistro, é de 336 para 100 mil nascidos vivos. Esta taxa situa o Paraguai entre os países de Alta Taxa de Mortalidade Materna, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>6</sup>.

A TMM por departamentos, objetos de estudo (2003), é superior à média nacional: Alto Paraná 201, Caaguazú 318 e Canindeyú 327 por 100 mil nascidos vivos. Observe-se que Caaguazú e Canindeyú quase duplicam a média nacional.

Em 2003, em nível nacional, a primeira causa de morte materna foi o aborto (24%), seguido pela pré-eclampsia ou toxemia (22%) e a hemorragia (18,5%), ficando em quarto lugar a septicemia (11%). As quatro causas mais frequentes de morte materna no Paraguai, no período entre 1996 e 2003 (hemorragia, aborto, pré-eclampsia e septicemia), são altamente preveníveis com o melhoramento da qualidade da oferta e o acesso aos serviços.

Na análise por departamentos (2003), constata-se que em Alto Paraná a primeira causa de morte foi a hemorragia, seguida do aborto e pré-eclampsia. Em Caaguazú, a primeira causa também foi a hemorragia, seguida de septicemia e pré-eclampsia. Em Canindeyú, a primeira causa foi a pré-eclampsia, seguida de hemorragia e aborto. Todas causas altamente preveníveis com pré-natais, partos e pós-partos de qualidade.

É evidente que nos três países as gestantes não estão tendo os seus direitos assegurados. É fundamental que os países tenham os dados disponíveis da TMM, para que as causas do óbito sejam melhor analisadas. Tê-los atualizados, confiáveis e disponíveis é um desafio para os três países. Tendo esse indicador atualizado, facilita o desenvolvimento de estratégias para se combater a mortalidade materna.

As causas de mortalidade materna estão principalmente relacionadas a deficiências da atenção no pré-natal, parto e pós-parto de qualidade. A redução dramática da mortalidade materna é um ODM que apenas será alcançado se garantida a atenção integral da saúde das mulheres em idade reprodutiva como um todo.



<sup>6</sup> Conforme publicação "Guia de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal". Paraguay 2005.

## 4.3 ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO

**A**s ações de combate às causas da mortalidade infantil e da mortalidade materna, identificadas nos itens anteriores, devem focalizar a assistência à gestação e ao parto, à prevenção das doenças prevalentes na infância e ao atendimento à saúde.

Os cuidados têm de começar antes mesmo da criança nascer. A mulher grávida precisa fazer pelo menos seis consultas pré-natais e de orientações sobre como garantir o melhor começo de vida a seu bebê.

O pré-natal tem por objetivo avaliar o estado de saúde materno e fetal, identificar fatores de risco que possam afetar a duração da gestação ou o crescimento intra-uterino, e acompanhar, por meio de um monitoramento periódico, o crescimento fetal. O pré-natal adequado diminui os índices de morbimortalidade materno-infantil.

A gravidez na adolescência está ligada quase sempre à pobreza e ao nível educacional da mãe. A relação entre a maternidade na adolescência e a pobreza favorece, por sua vez, outros graves problemas, como Taxa de Mortalidade Infantil, DST/Aids e vulnerabilidade à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e ao tráfico de seres humanos.

No que se refere à Argentina, verifica-se que Misiones é uma das províncias com maior porcentagem de recém nascidos de mães de 10 a 19 anos (18,9%, 5,3 pontos mais que a média nacional) e com maior Taxa de Natalidade específica para o grupo de idade entre 10 e 19 anos (20,5 por mil, 6,4 pontos acima da média nacional).

Os departamentos General Manuel Belgrano, San Pedro e Guaraní têm as maiores porcentagens de recém nascidos de mães de 10 a 19, aproximadamente 25%. Dentro da área de estudo, as maiores taxas de gravidez de adolescente estão nos departamentos rurais e com índices de masculinidade altos, que coincidem com as zonas de maior pobreza e condições de habitação mais precárias. (Quadros A4 a A9 - anexos)

O programa Maternidade e Infância, iniciado há três décadas, realiza ações normativas sobre saúde materno-infantil (sobretudo relacionadas à atenção primária na criança, a gravidez, o puerpério e a atenção adequada no segundo e terceiro nível de atenção do parto, gravidez de

risco e neonato); executa ações de capacitação sobre saúde materno-infantil e financia campanhas de comunicação para incentivar a amamentação e a entrega de suplemento alimentar (leite) a grávidas, lactantes e crianças desnutridas.

O Plan Nacer, que consiste num seguro de saúde para grávidas, puerpéreas e crianças até seis anos, ainda não começou a ser aplicado nos municípios em estudo. Estão em implementação na região o Programa Nacional de Imunización e o Programa Viga (epidemiológico), este último com o objetivo de criar comitês de análise de mortes materno-infantis.

No Brasil, no que se refere à faixa etária da mãe, conforme dados de 2004 da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, a 9ª Regional registra 0,9% de mães entre 10 a 14 anos; e 19,4% de mães com 15 a 19. A 10ª Regional registra 1% de mães de 10 a 14 anos; e 20% com 15 a 19 anos. A 20ª

Regional registra 0,8% de mães de 10-14 anos e 17,6% de mães na faixa de 15 a 19 anos. No estado, 0,8% das mães têm de 10 a 14 anos e 19,9% têm de 15 a 19 anos. (Quadro B5- anexo)

Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, apontam para 1,39% de mães com 0-14 anos e 27% de 15 a 19 em Mundo Novo, enquanto no estado esta proporção é, respectivamente, de 1,4% e 23,4%.

O pré-natal ideal deve ter sete ou mais consultas. Conforme documento Pacto de Indicadores de Atenção Básica-2005, do Ministério da Saúde, dados do SISNAC-2002 apontam para uma proporção de 47,84 nascidos vivos de

mães com sete ou mais consultas de pré-natal. No Paraná, esta proporção é de 68,07 e no Mato Grosso do Sul é de 59,23. Entre os municípios selecionados, os indicadores variam de 29,25 (Mundo Novo) a 92,31 (Mercedes).

Dados de 2004, da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, apontam para uma porcentagem de gestantes com sete e mais consultas pré-natal de 57,1% na 9ª Regional de Saúde; 68,7% na 10ª Regional; e 68,4% na 20ª Regional. Os indicadores de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal variam de 29,4 (Guaíra) a 94,7 (Quatro Pontes). No estado, a porcentagem de gestantes com mais de sete consultas é de 70,6%. (Quadros B6 - anexo)

Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, referentes a 2004, indicam em Mundo Novo 63,29%



dos nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal. No estado, esta proporção é de 58,3%.

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, que tem como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, é iniciativa fundamental para mudar esta situação, pelo investimento a ser feito nas consultas de pré-natal e campanhas públicas de esclarecimento.

No Paraguai, segundo a Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva (ENDSSR) 2004, 71,3% das grávidas tiveram cinco ou mais controles pré-natais. Na região Leste (departamentos de Alto Paraná, Canindeyú, Caaguazú e Itapúa) 7,7% das mães nunca foram a um controle.

Em nível nacional, o levantamento encontrou uma cobertura com proteção antitetânica de 93,6% dos casos. Para a região Leste (Canindeyú, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa), essa cobertura foi de 93,5%.

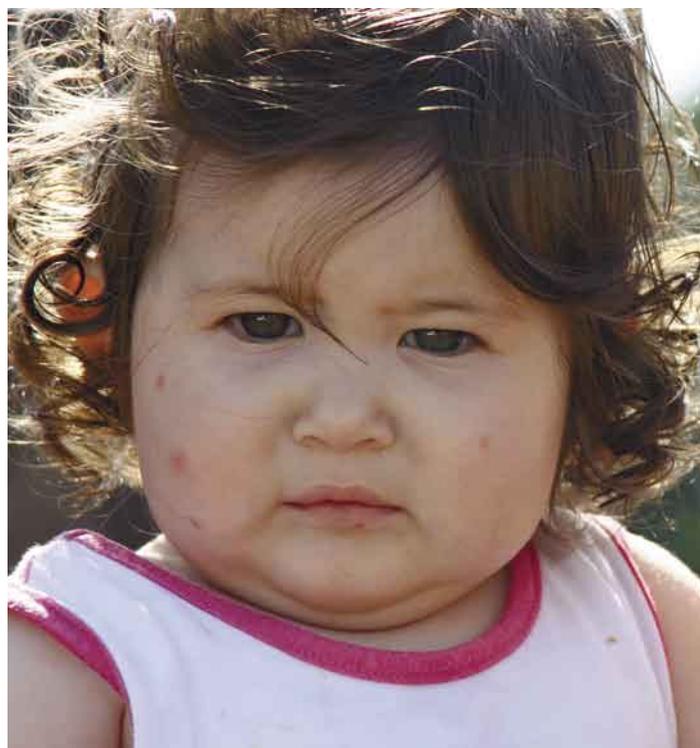
Segundo dados do Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional (SISVAN) do Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), a prevalência de baixo peso em grávidas durante o período 2000-2003 no Departamento de Canindeyú foi de 36,4%. No município de Saltos del Guairá, em 2002, a prevalência de gestantes com baixo peso foi de 35,7% e 39,1% em 2003. Segundo a mesma fonte (SISVAN 2002), a prevalência de grávidas com baixo peso no Alto Paraná foi de 34,4%, em Juan E. O'Leary 25% e em Santa Rita 33,3%.

De acordo com o Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), em 2003, 18% dos nascimentos registrados no país foram de mães adolescentes (10 a 19 anos). Em 2003, o MSP y BS registrou 24 mortes de adolescentes entre 15 e 19 anos, por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, constituindo 3,8% das mortes nessa faixa etária. *(Quadro P5 - anexo)*

Os seminários-consulta realizados nos três países mostraram que a gravidez na adolescência, ligada quase sempre à pobreza e ao nível educacional, é um problema que está preocupando as autoridades e a sociedade civil. Trata-se de grande fator de risco para mães e bebês.

A soma deste indicador, ao insuficiente número de consultas de pré-natal registrado em muitos municípios, aponta para um quadro preocupante. A mãe que não realiza um pré-natal adequado expõe sua saúde e a da criança.

Por tratar-se de região de grande circulação de pessoas, com alguns municípios com alta taxa populacional, vivendo em área rural e com estratégias de busca de serviços de saúde do outro lado da fronteira, a assistência à gestação e ao parto deve ser uma das questões enfrentadas com urgência pelos três países.



## 4.4 PREVENÇÃO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) é uma estratégia elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que foi apresentada em 1996 como a principal estratégia para melhorar a saúde na infância. A AIDPI incorpora um forte conteúdo preventivo e de promoção da saúde como parte da atenção. Assim, contribui, entre outros benefícios, para aumentar a cobertura de vacinação e para melhorar o conhecimento e as práticas de cuidado e atenção dos menores de cinco anos no lar, de forma a contribuir para um crescimento e um desenvolvimento saudáveis.

Na província de Misiones, na Argentina, não existem dados que permitam avaliar mais detalhadamente a saúde materno-infantil, no que se refere à regularidade no controle da criança sadia, ao cumprimento do calendário de vacinação, ao estado nutricional e às morbidades.

Entrevistas realizadas com profissionais de saúde da região apontam, no entanto, para um conjunto de principais problemas enfrentados nesta área: desnutrição, maus-tratos, gravidez na adolescência, escasso controle sanitário na gravidez e em crianças saudáveis (consulta apenas por patologias), esquemas de vacinação incompletos, amamentação escassa, intoxicações por agrotóxicos, abortos clandestinos e partos domiciliares. Entre os motivos de consulta infantis mais freqüentes, estão as doenças respiratórias, diarreias e parasitoses.

No Brasil, conforme o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), de 2002, na faixa etária de um a quatro anos, as doenças do aparelho respiratório são a segunda maior causa de mortalidade (20,1%), seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (17,7%).

Nos municípios selecionados, as doenças infecciosas e parasitárias são a terceira causa da morte de menores de um ano, seguidas pelas doenças respiratórias<sup>7</sup>. Entre as causas de mortes evitáveis em menores de um ano, aparecem afecções respiratórias do recém-nascido, infecções respiratórias, diarreias e desidratação.

Conforme o Pacto de Indicadores de Atenção Básica 2005 (fonte SIH-SUS), a taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos, referente a 2004, é de 29,92 no Brasil, 36,25 no Paraná e 49,29 no Mato Grosso do Sul.

Dezoito dos municípios paranaenses estudados têm uma taxa de internação por IRA em menores de cinco anos maior que a estadual e, Mundo Novo, no Mato Grosso, tem um indicador de 86,71, muito acima da taxa estadual. Do total de 32 municípios brasileiros, quase 70% têm uma taxa maior que a nacional.

No Paraguai, de acordo com dados elaborados pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para o ano de 2003, as crianças paraguaias seguem morrendo de diarreia e pneumonia. A pneumonia é a segunda causa de mortalidade infantil em Alto Paraná e a quarta em Canindeyú. Entre as causas de mortalidade na infância (0-5 anos), também aparecem a pneumonia e a diarreia.

Os indicadores dos três países são preocupantes e demonstram que há muito a ser feito em termos de combate às Doenças Prevalentes na Infância (DPI). É preciso investir na rede de atendimento a neonatos e crianças, assim como no saneamento básico, pois é sabido que crianças que vivem em ambientes sem água potável, redes de esgoto e coleta de lixo estão expostas a uma série de doenças infecciosas e parasitárias.

Todo bebê precisa ser vacinado porque nasce sem defesa para algumas doenças. A vacinação é parte fundamental do direito do bebê a gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde, previsto na Convenção dos Direitos da Criança.

Na Argentina, a cartilha sanitária e a cobertura vacinal são implementadas pelo Ministerio de Salud Pública em toda a província de Misiones. No entanto, a continuidade no cumprimento do calendário de vacinação e a sistematização dos controles são feitos de forma irregular.

Entre os problemas assinalados nas entrevistas e as observações nos hospitais e postos de saúde dos municípios da área em estudo, percebe-se que as dificuldades se vinculam, fundamentalmente, à disposição irregular de cartilhas sanitárias para as gestantes, irregularidade na prescrição de vacinas, escassez de recursos humanos, problemas de equipamento, demora nas entregas de insumos, incapacidade na atenção da quantidade de demandas, greve de pessoal das instituições por melhorias salariais, entre outros.

No Brasil, funciona há 32 anos o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que tem entre suas atividades os Dias Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite. Além da erradicação da pólio, as formas graves de tuberculose, o tétano, a coqueluche, a difteria, a rubéola, a caxumba, dentre outras, estão em franca redução. Erradicou-se a febre amarela urbana e a varíola. Há alguns anos, não é registrado nenhum caso de sarampo adquirido no país.

Além de ampliar o rol dos imunobiológicos oferecidos à população, em 26 mil postos de rotina de vacinação, o PNI implantou a vacinação de adultos, principalmente em mulheres em idade fértil, entre 12 e 49 anos, que recebem a dupla bacteriana, contra tétano e difteria. Não existem, no entanto, dados regulares sobre imunização de gestantes no país, nem nos municípios selecionados.

<sup>7</sup> A taxa de mortalidade infantil por diarreia em 2004, no Brasil, é de 1,8 por mil nascidos vivos, no Paraná, o índice é o mesmo nacional, já no Mato Grosso do Sul, é de 2,3. A 20ª Regional de Saúde informa que de 2002 a 2004, foram registrados oito óbitos por diarreia e quatro por pneumonia em menores de cinco anos. A 9ª Regional registra, nll

Conforme o Calendário Básico de Imunização da Criança, toda criança ao nascer deve tomar uma dose única de BCG<sup>8</sup> e a 1ª dose de vacina contra Hepatite B, cuja segunda é tomada quando a criança completa um mês. Com 2, 4 e 6 meses, deve-se tomar as 1ª, 2ª e 3ª doses da vacina oral contra pólio<sup>9</sup> e da vacina Tetravalente<sup>10</sup>. No sexto mês, a criança recebe a terceira dose da vacina contra Hepatite B.

A vacina Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) é aplicada, em dose única, aos 12 meses. Quase 100% das crianças brasileiras são vacinadas contra o sarampo, fazendo com que todas as unidades da federação tenham atingido a meta de cobertura vacinal no primeiro ano de vida.

Conforme a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (2004) e os Cadernos Municipais de Saúde/Ministério da Saúde (2004), a cobertura vacinal de menores de 1 ano nos municípios selecionados (Quadro B7 - anexo) é a seguinte:

Local	Cobertura BCG	Cobertura Hepatite B	Cobertura Pólio	Cobertura Tetravalente
9ª	120,41%	87,36%	103,85%	104,91%
10ª	104,32%	96,39%	98,25%	100,05%
20ª	108,86%	99,20%	102,57%	102,57%
Mundo Novo	93,4%	81,8%	114,5%	84,0%

Os indicadores maiores que 100% demonstram que há uma subestimação da população de crianças menores de um ano na região em estudo. Nos demais casos, é preciso um esforço adicional para a cobertura total.

No Paraguai, segundo dados fornecidos pelo Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para 2004, a cobertura de vacinação em crianças menores de um ano e com um ano de idade completo, por departamento, é a seguinte:

Local	Cobertura BCG	Cobertura OPV <sup>11</sup>	Cobertura Pentavalente <sup>12</sup>	SPR <sup>13</sup>
Alto Paraná	96%	94%	94%	95%
Caaguazú	91%	90%	90%	89%
Canindeyú	94%	93%	92%	93%

Ainda que, globalmente, essas coberturas estejam dentro dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde, a análise por municípios aponta para outra realidade. Salto del Guairá, por exemplo, alcançou a cobertura de apenas 70% de BCG; 63% de antipoliomelítica oral (OPV); 62% de Pentavalente; e 69% de sarampo,

caxumba, rubéola, o que indica uma porcentagem de 30% a 40% de crianças desse município desprotegidas de doenças evitáveis por vacinação.

É preciso que os municípios com baixa cobertura de vacinação recebam uma atenção diferenciada.

Os municípios de Santa Rita, Santa Rosa del Monday, Caaguazú e Repatriación atingiram uma cobertura média de 85% em todas as vacinas. Os demais municípios atingem 90% ou mais de cobertura. (Quadro P5 - anexo)

Em relação à imunização de gestantes, em nível nacional no Paraguai, a Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva (ENDSSR) 2004 encontrou uma cobertura com proteção antitetânica de 93,6% dos casos. Para a região leste (Canindeyú, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa), esta cobertura foi de 93,5%.

Em resumo, os dados dos três países sobre as DPI ainda são insuficientes para uma análise fundamentada. É preciso um investimento maior dos governos na produção de indicadores, para que possam ser formuladas políticas públicas para o enfrentamento destas enfermidades.

Os três países têm programas e campanhas de vacinação de crianças e gestantes. A análise dos dados, no entanto, demonstra dois tipos de problemas: irregularidades na vacinação em algumas regiões e subestimação do público-alvo em outras. Preocupa, especialmente, a ausência de indicadores regulares de imunização materna, principalmente na Argentina e no Brasil.

A imunização da mãe e da criança é fundamental para diminuir os indicadores de mortalidade infantil e materna na região em estudo e todos os esforços devem ser realizados para atingir cobertura total.

Para melhorar a atenção a doenças prevalentes na infância, é preciso qualificar, com constantes atualizações e reciclagens, as equipes dos serviços de saúde, especialmente médicos e enfermeiros. Também é fundamental fortalecer as competências familiares na atenção às crianças de zero a 6 anos. Um bom exemplo nesse sentido é a qualificação de agentes comunitários de saúde e líderes da Pastoral da Criança, realizada pela Itaipu Binacional, em cooperação com o UNICEF. Uma vez capacitados, esses agentes comunitários e líderes da Pastoral replicam seus conhecimentos em suas áreas de atuação, qualificando as famílias com que trabalham.

<sup>8</sup> BCG - contra tuberculose.

<sup>9</sup> Anti Pólio - contra poliomielite.

<sup>10</sup> Tetravalente - contra difteria, tétano, coqueluche e hemophilus influenzae b.

<sup>12</sup> OPV - Antipoliomelítica Oral.

<sup>12</sup> Vacina que inclui os componentes contidos na vacina tríplice tradicional (Difteria, tóserina e tétano) mais outros dois componentes, que são Haemophilus influenza tipo b e Vírus da Hepatite B.

<sup>13</sup> SPR - Sarampión, Paperas, Rubéola. (sarampo, caxumba e rubéola)

## 4.5 ATENDIMENTO DE SAÚDE

**T**oda criança e todo adolescente deve ter assegurado o direito à saúde. Nos três países, esse direito é garantido pelo poder público, por meio de políticas voltadas à diminuição do risco de doenças e implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. No total, os 62 municípios contam com 85 estabelecimentos públicos com internação.

Na Argentina, o setor público, dependente do estado provincial, presta serviços nos municípios selecionados através de distintos estabelecimentos, categorizados da seguinte maneira: Posta Sanitaria, Consultorios Externos Periféricos, Unidad Sanitaria, Hospital de Área e Hospital Base de Zona. Cada um deles têm suas próprias características, que vão da menor à maior complexidade.

A área geográfica de estudo é assistida por 11 estabelecimentos públicos estatais com internação (dois hospitais Base de Zona, quatro Hospitais de Área e cinco Unidades Sanitarias). Também funcionam na região os Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), criados para a atenção de mulheres grávidas e crianças recém-nascidas.

Os leitos, que oferecem esses estabelecimentos mostram uma proporção aproximada de um leito a cada 600 habitantes. Essa quantidade parece suficiente para as necessidades atuais (nenhum dos estabelecimentos têm porcentagem ocupacional superior a 75%).

No entanto, a qualidade assistencial materno-infantil não está garantida. Nem todos contam com médicos especialistas em obstetria, em pediatria ou em medicina

### SISTEMAS DE SAÚDE

#### ARGENTINA

O Sistema de Salud argentino é composto por um Subsector Público, um Subsector de la Seguridad Social e um Subsector Privado. O Subsector Público é dependente do estado, que custeia seu financiamento (através dos impostos) e a prestação de serviços por meio de equipes próprias dependentes dos estados provinciais (Ministerios de Salud) e municipais (Secretarías de Salud), com características federais. Os estabelecimentos assistenciais dependentes do Ministerio Nacional são excepcionais. A cobertura é universal e gratuita, independentemente de outras coberturas e da capacidade de pagamento dos pacientes.

O Subsector de la Seguridad Social é composto pelas denominadas Obras Sociales, regidas pelas leis 23.600 e 23.661. O organismo estatal, encarregado de sua regulação, é a Superintendencia de Servicios de Salud. As Obras Sociales (OS) estão organizadas em OS Sindicais e OS Provinciais. No primeiro caso, atendem a trabalhadores de empresas privadas e, no segundo, a empregados da administração pública provincial. Este subsector se completa com o Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que atende, prioritariamente, à população da terceira idade. O financiamento do setor se realiza com os aportes dos trabalhadores e das empresas. A modalidade predominante das Obras Sociales é a compra de serviços a estabelecimentos privados, o desenvolvimento da capacidade instalada própria é escasso e tende à redução.

Já o Subsector Privado é composto por estabelecimentos assistenciais privados ou de empresas de saúde, que vendem seus serviços a particulares, a seguridade social e a planos de saúde. Estas últimas funcionam oferecendo cobertura ou seguros de doenças a associados voluntários que são seus financiadores. Esse setor está escassamente regulado.

#### BRASIL

A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementados por serviços privados contratados pelo governo, sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), chega a 75% da população. Nos serviços hospitalares, o sistema baseia-se, predominantemente, no reembolso público de serviços prestados por entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados). Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos. A cobertura dos planos e seguros privados alcançou, em 1995, 20% da população brasileira<sup>14</sup>.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como 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. A iniciativa privada participa SUS, em caráter complementar. É descentralizado, com mecanismos automáticos de transferência de recursos federais aos estados e municípios.

#### PARAGUAI

O Sistema Nacional de Salud (Lei 1032/96) conforma o Conselho Nacional de Salud, constituído por instituições do setor e presidido pelo Ministro de Salud Pública e Bienestar Social. O Conselho tem a responsabilidade legal de coordenar e controlar os planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas no setor. A atenção à saúde é responsabilidade de três subsectores (Público, Paraestatal e Privado).

O subsector público é formado pelo Ministerio de Salud Publica e Bienestar Social, pela Sanidade Militar, pela Sanidade Policial, pela Sanidade Municipal, pela Corporação de Obras Sanitarias e pelo Hospital de Clínicas da Universidad Nacional de Asunción.

No subsector paraestatal se integram o Instituto de Previsión Social (IPS), a Cruz Roja Paraguaya e o Hospital da Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

O subsector privado, unificado na Associação de Hospitais, Sanatórios e Clínicas Privadas, é constituído por múltiplos centros privados, laboratórios farmacêuticos e farmácias, com um grande crescimento nos últimos dez anos.

Do total da população nacional, o Ministerio de Salud Publica e Bienestar Social dá cobertura a 63%; os serviços privados a 15%; a Sanidade Militar cobre cerca de 3%; a Sanidade Policial a menos de 1% e o Hospital de Clínicas da Universidad Nacional atende aproximadamente a 5%. O Instituto de Previsión Social (IPS) é responsável pela atenção de saúde de cerca de 13% da população e com os riscos associados com as enfermidades ocupacionais, acidentes, invalidez e velhice.

Tanto o Ministerio de Salud Publica e Bienestar Social (MSP y BS) como o Instituto de Previsión Social (IPS), estão organizados em um sistema com diferentes níveis de complexidade. A Sanidade Municipal compete atender aspectos de saúde pública tais como a coleta dos resíduos domiciliares, a desinfecção de locais públicos, o controle de vendas de alimentos na rua e outros. A atenção para a mulher grávida e para o menor de cinco anos é gratuita na rede de serviços de saúde do Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social.

<sup>14</sup> Informações disponíveis

geral. Em alguns, o déficit de recursos humanos é notório (Quadro A10 - anexo). Todos esses estabelecimentos realizam partos. Apenas nos Hospitais Base Eldorado e Oberá são realizados mais de 1000 partos/ano. Além desses dois hospitais, as outras unidades da área em estudo, nos quais se realizam partos, apresentam déficits que dificultam a atenção quando existem situações de risco materno-infantil.

No Brasil, conforme o Ministério da Saúde (Departamento de Informações e Informática do Sistema Único de Saúde/DATASUS), dados de julho de 2003, mostram que os municípios estudados dispõem de 54 hospitais, sendo que apenas um deles é público municipal (Tupãssi), um universitário (Cascavel) e 52 privados. Dos hospitais privados, 47 são contratados (rede SUS), cinco são filantrópicos (Foz do Iguaçu, Matelândia, Medianeira, Nova Santa Rosa e Mundo Novo, no Mato Grosso).

Juntos, os 54 hospitais disponibilizam 3.110 leitos. Destes, 28% são de clínica médica, 18% de pediatria, 18% de psiquiatria, 16% cirúrgicos, 15% obstétricos, 2% (65 leitos) de UTI, 0,1% crônicos/FPT<sup>15</sup> e 0,1% hospital dia<sup>16</sup>. Não possuem hospitais cinco municípios: Ramilândia, Itaipulândia, Ouro Verde do Oeste, Santa Tereza do Oeste e Serranópolis. (Quadro B8 - anexo)

A rede ambulatorial nos municípios brasileiros selecionados é formada por 524 unidades, a maior parte é pública estadual, seguidas por privadas com fins lucrativos.

Entre os problemas identificados nos municípios brasileiros selecionados, estão a falta de prosseguimento no atendimento da gestante e do neonato; a gravidez na adolescência; a falta de equipamentos e recursos materiais em toda a rede de saúde para atendimentos mais complexos; a baixa capacidade de atendimento dos centros regionais de referência e a falta de UTIs neonatais e pediátricas.

Outra questão preocupante é o aumento de casos de crianças e adolescentes envolvidos com drogas (inclusive álcool) e com problemas psicológicos, o que leva a uma demanda dos municípios brasileiros selecionados por programas especializados, espaços de tratamento e capacitação profissional.

É preciso, nesse sentido, ampliar o atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), instituídos em 1992 como um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes. Os CAPs devem obedecer

a alguns princípios básicos dentre os quais se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço.

A rede pública de saúde de praticamente todos os municípios brasileiros selecionados é demandada por brasileiros residentes no Paraguai. As prefeituras que participaram dos seminários-consulta não consideram isto uma irregularidade, apenas reivindicam que os planejamentos públicos de saúde (federais e estaduais), levem esta informação em consideração.

As crianças indígenas são atendidas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, em postos de atenção básica existentes nas aldeias. Além disso, existe um convênio, via Sistema Único de Saúde (SUS), com alguns hospitais da região, para atendimento preferencial da população indígena. Esses serviços de saúde recebem uma grande demanda de população indígena do Paraguai e da Argentina.

No Paraguai, a rede do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, nos 15 municípios de estudo, conta com três Hospitais Regionais (hospital geral), seis Hospitais Distritais (atenção materno-infantil), seis Centros de Saúde (consulta e parto normal) e 47 Postos de Saúde (atenção primária).

Da rede do Instituto de Previsión Social, os municípios selecionados contam com dois Hospitais Cabeceiras (gerais), três Unidades Médicas (atenção médica e internação materno-infantil) e um Posto Sanitário (atenção médica).

Em resumo, pode-se afirmar que na Argentina a demanda da população é pela qualidade da assistência materno-infantil. No Brasil, por mais leitos especializados e UTIs neonatais e infantis e, no Paraguai, por uma maior cobertura do sistema público de saúde.

A rede hospitalar e ambulatorial existente precisa ser otimizada para atender à demanda de mulheres grávidas e crianças. Importantes iniciativas vêm sendo tomadas em relação ao Mercosul e de responsabilidade social da Itaipu Binacional, mas é preciso um maior envolvimento dos governos na ampliação da rede de atendimento e na sua universalização, dando especial atenção às necessidades de centros de especialização médica e UTIs neonatais e infantis.

<sup>15</sup> Fora de Possibilidade Terapêutica.

<sup>16</sup> Serviço com capacidade para atender pacientes que necessitem de acompanhamento médico diário e que possam prescindir de internação (ou pacientes que se submetam a cirurgias, exames ou procedimentos que necessitem menos de 24 horas de internação ou observação).

## INICIATIVAS PARA IMPULSIONAR UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO MERCOSUL

Em agosto de 2004, os quatro países membros do Mercosul reuniram-se em Porto Alegre e concordaram em criar um sistema integrado de saúde para facilitar o acesso dos habitantes das zonas fronteiriças a um atendimento médico melhor.

O primeiro passo é a unificação dos registros de usuários dos sistemas públicos de saúde nas regiões de fronteira, a fim de indicar o número de pessoas que poderão ser atendidas nesta rede regional. Isto deverá acabar com a indefinição de responsabilidades que, muitas vezes, causa problemas no atendimento médico oferecido nas regiões limítrofes.

Como resultado da parceria entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os Ministérios de Saúde da Argentina, do Brasil e do Paraguai, foi elaborado o documento "Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina-Brasil-Paraguai-2001-2002", que estabelece um diagnóstico da situação dos serviços de saúde das cidades fronteiriças de Puerto Iguazú, Foz do Iguaçu e Ciudad del Este.

A partir deste diagnóstico, o documento aponta propostas de planejamento do setor de saúde, recomendando: 1) o primeiro passo da cooperação centrado na geração de um sistema de informação comum, com definições, sistemas de coleta e de análise de informações similares; 2) estabelecimento de "Prioridades Sanitárias da Trílice Fronteira"; 3) aplicação de estratégias de reconversão de leitos, de forma a contar com um pool de leitos que permita estabelecer compensações entre os serviços com baixa demanda e os de alta demanda; 4) geração de instâncias de articulação da rede, que permitam verificar a oportunidade e pertinência do processo de derivação e contra-derivação, além de otimizar o conjunto de recursos disponíveis para a atenção.

Vale registrar que, desde 2003, o Grupo de Trabalho Itaipu/Saúde, formado por representantes de todas as esferas da gestão da Saúde no Brasil e no Paraguai, vem apoiando e buscando uniformizar as ações de saúde na região de influência da Itaipu. Sua primeira tarefa foi identificar os problemas de saúde na região, tendo sido detectados 61 deles. Em seguida, foi elaborado um plano que prevê 32 ações, entre elas apoio a campanhas de vacinação contra raiva canina e poliomielite nos dois países, campanhas de combate à dengue e apoio à Campanha Ibero-Americana de Multivacinação.

O GT também organizou vários seminários e oficinas binacionais sobre temas variados, entre eles, saúde da mulher, humanização da saúde pública, com duas turmas, uma em Toledo e a outra em Ciudad del Este, políticas nacionais de saúde e modelos de atenção na região da fronteira. Além disso, a saúde indígena na fronteira também foi tema de seminário que buscou a qualificação de profissionais de saúde para a realização de trabalhos junto a esse público.

O GT também promoveu cursos de capacitação orientados para os problemas da região, definiu um conjunto de indicadores para o monitoramento das condições de saúde na fronteira. Também está em planejamento a implantação de um Centro de Referência de Aids em Ciudad del Este, unindo políticas de serviços de saúde dos dois países para o combate a essa doença.



## 4.6 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DESNUTRIÇÃO

**A** segurança alimentar e nutricional é condição fundamental para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes e para que se possa atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Uma alimentação saudável garante o desenvolvimento físico e mental de crianças e adultos e diminui a morbi-mortalidade infantil. Nos primeiros anos de vida, a alimentação e a nutrição são fundamentais para a saúde infantil.

### **Aleitamento materno**

A amamentação é extremamente importante para o crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente como fator de proteção contra doenças infecciosas. Toda criança deveria ser amamentada exclusivamente até os seis meses e o desmame deveria ocorrer preferencialmente após os dois anos de idade.

Na Argentina, conforme dados da Encuesta Provincial de Lactancia Materna Infantil, primeiro estudo deste tipo realizado na província de Misiones (2001), a lactância materna exclusiva até seis meses de idade apresenta índices baixos, que vão diminuindo conforme a criança vai crescendo (11% no quarto mês).

No Brasil, o aleitamento materno exclusivo aos seis meses, conforme pesquisa de 1999 do Ministério da Saúde, é de 9,7%. Nos municípios brasileiros selecionados, o aleitamento materno é bastante estimulado por campanhas e programas específicos. Em Foz do Iguaçu, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti faz parte da rede de Hospitais Amigos da Criança, cujos profissionais estimulam a amamentação.

No entanto, os Indicadores de Atenção Básica (Cadernos de Informações de Saúde/Ministério da Saúde), tendo como referência apenas a população atendida pelo Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), em 2004, deixam a desejar.

O indicador utilizado é o número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento materno exclusivo. Mesmo neste universo distante do ideal, a porcentagem de crianças que recebem aleitamento materno exclusivo nos municípios brasileiros selecionados varia de 48,6% (Medianeira) a 90,7% (Ouro Verde do Oeste). Abaixo da média nacional (69,5%) estão 10 municípios.

Em termos de unidades da federação, os indicadores também são preocupantes. A porcentagem de crianças com menos de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, atendidas pelo PACS e PSF (2003), é de 78,3% no Paraná e 76,2% no Mato Grosso do Sul.

No Paraguai, a Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 (CEPEP/USAID/UNFPA) identificou que, na região Este (Canindeyú, Alto Paraná, Caaguazú e Itapúa), o aleitamento materno exclusivo em

menores de três meses é de 36,4% e em menores de cinco meses de 27,6%.

Além disso, a pesquisa demonstrou que na mesma região 8% dos menores de três meses e 10,4% dos menores de cinco meses não recebiam aleitamento materno; 3,2% das crianças de seis a nove meses têm aleitamento complementar e 38,7% têm aleitamento continuado de 12 a 15 meses.

Embora os dados da Argentina sejam antigos e precisem ser relativizados, pode-se concluir que o aleitamento materno ainda é muito baixo em toda a região em estudo.

Para reverter este quadro, é preciso garantir que toda a população tenha acesso às informações sobre os benefícios do aleitamento materno. É obrigação de cada governo fazer com que as pessoas tenham acesso a essas informações.

É preciso também ampliar o número de Hospitais Amigos da Criança, uma iniciativa da OMS e do UNICEF, cujo objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

É fundamental que se fortaleça o aleitamento materno exclusivo aos seis meses, sensibilizando e mobilizando técnicos e mães.

### **Baixo peso ao nascer**

O baixo peso ao nascer mede a porcentagem de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2.500 g), em relação ao total de nascidos vivos. O baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil, além de afetar substancialmente a incidência de doenças perinatais. Quanto menor o peso ao nascer, maior a possibilidade de morte precoce.

Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil, especialmente as consultas pré-natais.

Na Argentina, conforme o documento Estadísticas Vitales – Ministerio de Salud (2003), a taxa de crianças com baixo peso ao nascer, em todo o país, é de 7,8%. Em Misiones, este indicador é de 7,4%. Tanto em nível nacional quanto provincial, essa taxa vem aumentando desde 1990, quando o valor tanto para a Argentina, quanto para Misiones, era de 6,1%.

Nos municípios brasileiros selecionados, conforme dados da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (2004), a porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer é de 7,6% na 9ª Regional, 7,6% na 10ª e 6,7 na 20ª Regional. Os

indicadores variam de 1,5% (Ramilândia) a 9,2% (Ouro Verde do Oeste) (Quadro B9 – anexo). Conforme a Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, em 2005, a porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer no município de Mundo Novo é de 3,6% (no estado é de 6,9%).

O documento Pacto de Indicadores de Atenção Básica 2005 (SISNAC 2000/MS), que tem como referência apenas a população atendida pelo Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), indica que a proporção de nascidos vivos com baixo peso no Brasil é de 8,07%; no Paraná 8,34% e no Mato Grosso do Sul 7,24%. (Quadro B10 – anexo)

Entre os departamentos selecionados no Paraguai, segundo dados da Encuesta Integrada de Hogares EIH 2000/01, a prevalência de baixo peso ao nascer no departamento Caaguazú foi 6,5%, no departamento Alto Paraná 7,1% e em Canindeyú 9,2%. No Paraguai, este indicador era de 9,1%.

#### **Suplementação (Ferro, Vitamina A e Iodo)<sup>17</sup>**

A ausência de micronutrientes, especialmente Ferro, Vitamina A e Iodo, tem um impacto negativo no desenvolvimento das crianças, por isso a importância de programas de suplementação de Ferro e Vitamina A e de adição de iodo ao sal de consumo humano.

Na Argentina, a implementação destes suplementos diários se dá como parte do Programa de Seguridad Alimentaria, que inclui entregas de cestas alimentares (balanço nutricional exato necessário para o adequado crescimento das crianças), polivitamínicos e sulfato ferroso para administrar a crianças e mães. O Programa Materno Infantil indica ácido fólico a grávidas e crianças até um ano.

Os programas funcionam na maioria dos municípios argentinos selecionados, por meio do controle de profissionais de saúde pública. Há quarenta anos, a partir de uma legislação nacional, se inclui iodo ao sal de mesa, acessível à maioria da população.

No Brasil, em relação à suplementação, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) prevê a fortificação com ferro das farinhas de trigo e milho, alimentos de longo consumo e baixo custo.

No combate a hipovitaminose A, nas áreas reconhecidas como de risco, é realizada a aplicação periódica e eventualmente emergencial de megadoses de Vitamina A. A região da Tríplice Fronteira não é considerada, no momento, área de risco.

No Brasil, a iodatação está sendo feita, há décadas, mediante a iodatação do sal de consumo humano. No entanto, o controle ainda carece de maior rigidez e acompanhamento.

No Paraguai, em 2002, dados fornecidos pelo Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (SISVAN) registram que a prevalência de anemia em mulheres grávidas é de 33,8% no departamento de Canindeyú, e de 21,3% no departamento de Alto Paraná, em comparação com 11,9% de gestantes com anemia do departamento Central.

Em abril de 1998, foi promulgado o Decreto 20.830, que declara obrigatória a fortificação da farinha de trigo com ferro e vitaminas do complexo B (entre estas aumentou o nível de fortificação do ácido fólico para prevenir defeitos do tubo neural).

O Paraguai carece de fontes próprias de produção de sal e todo o sal importado para consumo humano, animal e industrial alimentício deverá estar iodado, segundo estabelece o Decreto Nº 3597/1999, que regulamenta o artigo 182 do Código Sanitário.

Segundo dados da Dirección General Encuestas Estadísticas y Censo/DGEEC (EIH 2000/1), a disponibilidade de sal iodado por municípios, no Alto Paraná, em 2002, é de 75% em Santa Rita, e de 88,9% em Presidente Franco, muito abaixo da média nacional. É preciso que 100% do sal de consumo humano seja iodado.

Embora os três países possuam programas de suplementação de Vitamina A, ferro e iodo, chama a atenção a inexistência de pesquisas atualizadas, de âmbito nacional, sobre o assunto. Sem a informação oficial, a sociedade não tem os instrumentos necessários para cobrar dos governos a efetivação de políticas específicas de suplementação.

#### **Desnutrição**

A desnutrição está associada à pobreza e à desigualdade. Valores abaixo de 4% são aceitáveis internacionalmente.

Na Argentina, existem dados de 2004 de uma pesquisa do Departamento de Nutrición de la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación e da Coordinación de Programas Materno Infantiles del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, que analisou uma população de crianças menores de seis anos assistidas pelo Programa Materno Infantil (população subsidiária de estabelecimentos estatais públicos), incluindo nove dos municípios selecionados para esta pesquisa.

O estudo indica que 10,31% da população estudada de crianças menores de um ano e 19,28% das crianças maiores de um ano se encontram em risco nutricional. São crianças que requerem acompanhamento para evitar as consequências de um possível estado de desnutrição.

<sup>17</sup> A suplementação com vitamina A e ferro protege a criança contra doenças infecciosas. A Hipovitaminose A é uma causa freqüente de cegueira prevenível entre crianças, estando associada ao aumento da mortalidade por doenças infecciosas, principalmente diarreia e infecção respiratória. A carência de ferro leva à anemia ferropriva, ou anemia por carência de ferro, sendo este distúrbio nutricional mais freqüente na infância. Crianças, gestantes, nutrízes (mulheres que estão amamentando), meninas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva são os grupos de maior risco. Até os seis meses, o leite materno é capaz de suprir as necessidades das crianças que nasceram a termo (37 semanas ou mais de idade gestacional). O iodo é um componente essencial dos hormônios da tireóide (tiroxina e triditironina). A deficiência de iodo leva à produção insuficiente desses hormônios. As consequências dos distúrbios causados pela falta de iodo incluem o retardo mental e outros defeitos no desenvolvimento do sistema nervoso, bócio (aumento no tamanho da tireóide), cansaço físico e retardo do crescimento.

Nos municípios brasileiros selecionados, conforme os Cadernos de Informação de Saúde, a prevalência de desnutrição em menores de 2 anos, por 100, em 2004, entre o público atendido pelo PACS/PSF, varia de 0 (Quatro Pontes e São José das Palmeiras) a 15,3 (São Pedro do Iguazu). Apenas este município tem uma taxa maior que a brasileira. Além de São Pedro, outros três superam a taxa paranaense: Ramlândia (5,1), Santa Tereza do Oeste (3,8) e Vera Cruz do Oeste (5,5). No Brasil, esta taxa é de 5,7, no Paraná, 2,5 no e no Mato Grosso do Sul, 3,2.

No Paraguai, a análise do estado nutricional dos menores de cinco anos de idade, por departamentos, encontra uma alta disparidade. Canindeyú (9,1%) e Caaguazú (5,5%) apresentam prevalências de desnutrição global, superiores à média nacional. Alto Paraná (2,9%) apresenta uma prevalência de desnutrição global que representa a metade da média nacional. Em relação à desnutrição crônica, a disparidade é notória: Canindeyú (22,2%), Caaguazú (12,2%) e Alto Paraná (11,4%).

Segundo dados nacionais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), de 2000 a 2003 houve um incremento nos casos de desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade que procuram os serviços de saúde dos Hospitais Regionais.

Em Canindeyú, a desnutrição global em menores de cinco anos aumentou de 9,2% (2002), para 20% (2003). Segundo a mesma fonte, no departamento Alto Paraná, em 2002, a prevalência de desnutrição global em menores de cinco anos foi de 10,2%, o risco de desnutrição de 15,4%, e de desnutrição crônica de 25,8%. No departamento de Caaguazú, conforme dados de 2001, havia uma prevalência de desnutrição crônica em menores de cinco anos de 14,5% e 7% de risco de baixa estatura.

Os indicadores de desnutrição são preocupantes, especialmente no Paraguai, onde vêm aumentando. Conforme apresentado no item 3.2 (Políticas e programas sociais existentes), os três países possuem programas de segurança alimentar e nutricional, mas ainda há muito a ser feito.

Além da pobreza de renda, por trás da desnutrição e da insegurança alimentar e nutricional, estão a desigualdade no acesso a alimentos de qualidade e a outros bens e serviços básicos por parte de grande parcela da população.

No Brasil, por exemplo, a insegurança alimentar e nutricional tem duas faces muito características: a desnutrição e a obesidade (acompanhada de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares).

Conforme o Ministério da Saúde<sup>18</sup>, estas duas expressões de insegurança alimentar estão intimamente relacionadas, pois uma criança na fase precoce da vida que tenha sofrido

deficiência nutricional, tem um risco muito maior de vir a desenvolver obesidade e doenças crônicas não transmissíveis.

Ou seja, o grande desafio dos governos não deve ser apenas o de garantir o acesso à alimentação, mas também o de municiar a população, por meio de informações adequadas, para a seleção de uma alimentação saudável.

No que se refere especificamente à criança, além de programas de transferência de renda e distribuição de alimentos, é essencial que se ampliem os programas de nutrientes e de estímulo à amamentação.

#### ARGENTINA

Na Argentina, em razão da crise econômica, social e política que o país atravessou, as partidas orçamentárias para políticas de segurança alimentar aumentaram 20 vezes, em termos de volume de recursos. Em 2003, quando uma grande quantidade da população sofria a falta de alimentos, o governo nacional criou a Sub-Secretaria de Políticas Alimentares no Ministério de Desenvolvimento Social da Nação. O Plano Nacional de Segurança Alimentar "El Hambre Más Urgente" foi elaborado, respaldado por uma lei especial aprovada pelo Congresso Nacional. O Plano consistiu inicialmente da provisão de comida a 1,2 milhões famílias pobres. Junto com os alimentos, as famílias recebem capacitação para a produção caseira de alimentos, produção em pequena escala e educação alimentar. A Sub-Secretaria de Políticas Alimentares aproveitou a oportunidade que oferecia este plano, juntamente com a cooperação do UNICEF, e desenvolveu o Projeto Famílias e Nutrição. Este projeto, que incrementalmente alcançará a todas as famílias do Plano Nacional de Segurança Alimentar, tem um enfoque integral e de base comunitária. O projeto aspira a fortalecer e a acompanhar as famílias na criação e no cuidado de suas crianças, em aspectos de nutrição e em relação ao direito das crianças ao lazer, à leitura e à aprendizagem precoce, através de redes locais. O projeto se baseia em uma estratégia de capacitação de facilitadores locais, a cargo de uma equipe central, focalizando-se em aspectos de desenvolvimento infantil precoce e no fortalecimento das redes locais. Atualmente, o projeto está sendo implementado em 24 municípios de seis províncias (Buenos Aires, Jujuy, Chaco, Tucumán, Santa Fé y Misiones), e os acordos iniciais estão desenvolvendo-se em quatro novas províncias (Formosa, Corrientes, San Juan y Entre Ríos). Em 2005, foram elaboradas e publicadas sete cadernetas para apoiar a capacitação e o trabalho dos facilitadores (20.000 cadernetas em total). Os facilitadores também recebem dois kits com materiais para que as crianças brinquem e leiam. O Projeto vai atender 15.000 famílias e 30.000 crianças menores de cinco anos até julho de 2006. Recentemente, o Conselho Nacional de Coordenação de Políticas Sociais incluiu este projeto dentro de outro mais ambicioso relacionado com o desenvolvimento infantil precoce integral. Neste projeto mais amplo, os Ministérios de Educação e Saúde coordenarão ações para assegurar que as crianças tenham a oportunidade, em sua primeira infância, de desenvolver-se plenamente de acordo aos seus direitos.

#### BRASIL

No Brasil, o Programa Fome Zero, estratégia impulsionada pelo governo federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada, priorizando as pessoas com dificuldade de acesso aos alimentos, envolve nove ministérios, a Casa Civil, a Secretaria-Geral da Presidência e a Assessoria Especial da Presidência, além do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea). O Fome Zero tem 31 ações e programas que integram quatro eixos articuladores: ampliação do acesso à alimentação, fortalecimento da agricultura familiar, promoção de processos de geração de renda e articulação, mobilização e controle social.

Entre as ações que fazem parte do Fome Zero está o Bolsa Família, um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 100 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. Os estados do Paraná e Mato Grosso do Sul são beneficiários deste programa e possuem programas locais de segurança alimentar.

(Quadro B4).

<sup>18</sup> Conforme entrevista de Fátima Carvalho, Coordenadora da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, disponível em <http://www.brasil.gov.br/emquestao/ent12.htm> (acessado em 30/10/2005).

## 4.7 PROTEÇÃO CONTRA DST/AIDS E MALÁRIA

Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a sexta meta prevê que, até 2015, seja detida a propagação do HIV/Aids e a incidência da malária e de outras doenças importantes.

### Aids

Na região em estudo, há um sério problema de precariedade de dados relativos à Aids. Apenas o Brasil tem dados por municípios, Argentina e Paraguai os têm por província/departamento.

Esta é uma das áreas de maior vulnerabilidade para as crianças e os adolescentes da região, uma vez que especialistas em Aids dos três países já identificaram que atualmente as regiões de fronteira são os maiores focos de transmissão do vírus HIV e que teriam aumentado os casos de contaminação de mulheres, de transmissão vertical e de crianças órfãs. A doença atinge os adolescentes por meio de relações sexuais sem proteção ou por uso de drogas injetáveis.

O aumento de casos de Aids nas fronteiras estaria ligado ao livre trânsito de pessoas, inclusive com utilização de serviços de saúde de países vizinhos, ao tráfico de drogas e à prostituição (ver Box "Aids e fronteira").

Embora esses dados não possam ser verificados em todos os municípios selecionados, são indicativos de um sinal vermelho que se acende para os governantes.

A Argentina sancionou, em 1990, a Lei 23798, denominada Lei Nacional de SIDA, que estabelece que o estado deve garantir o acesso à testagem ou diagnóstico. Em 1995, a Lei 34.455 obriga as Obras Sociais a dispensarem o tratamento médico, psicológico e farmacológico das pessoas com HIV/Aids. Em 1996, a Lei 24.754 incorpora a atenção às pessoas com HIV/Aids por parte dos seguros de saúde privados.

Na Argentina, o aumento da Aids em mulheres vivendo em situação de pobreza é alarmante, tornando necessários programas de gestação responsável, fortalecimento da mulher e informação, capacitação de profissionais dos serviços de saúde, difusão da utilização dos métodos de barreira, e garantir a distribuição de preservativos.

A gratuidade nos tratamentos precisa ser acompanhada de programas sociais que garantam que o doente tenha condições econômicas de deslocar-se até os hospitais além de alimentar-se de forma saudável.

Na província de Misiones (Argentina), a taxa de notificação de casos de Aids (0,77 casos por 10 mil habitantes em 2003) é aproximadamente duas vezes e meia superior à taxa média nacional (0,29). Em 2003, a província de Misiones se achava em segundo lugar entre as províncias com maior notificação de casos de Aids. Entre 2003 e 2004, incrementou-se a notificação em 23% (de 77 casos para 100). (Gráfico A3 - anexo)

Conforme o boletim sobre HIV-Aids, Ano X, 2003, de 1986 a 2003 foram notificados 1.607 casos de Aids em menores de 13 anos, em toda a Argentina. Na província de Misiones, no mesmo período e para a mesma faixa etária, foram notificados 45 casos. A nível nacional, para as crianças menores de 13 anos, a transmissão vertical representa a via de contágio em 97,5% dos casos.

No Brasil, os exames de HIV, gratuitos, são feitos em 247 centros de testagem e aconselhamento e nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) espalhadas por todos os estados. O Ministério da Saúde garante 100% do tratamento gratuito para as pessoas que vivem com Aids. Desde 1996, quando começou a política de distribuição gratuita dos anti-retrovirais pela rede pública de saúde, a taxa de mortes por Aids diminuiu em 50% e as internações hospitalares causadas por infecções oportunistas caiu de 60% a 80%.

O Brasil também adota, desde 1997, uma política de oferecimento universal do teste anti-HIV para as gestantes no pré-natal. A realização do teste não é compulsória, sendo obrigatória a solicitação do consentimento verbal da mulher, devendo o exame ser acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

No entanto, ainda é baixa a testagem de gestantes no país. Muitas vezes, não existe o exame na unidade de saúde ou o profissional não foi treinado para o serviço. A solução, de acordo com especialistas, estaria então na capacitação de pessoal, inclusive no aconselhamento à gestante soropositiva.

No Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde, registra-se atualmente uma preocupante tendência à feminização da epidemia de Aids (a epidemia cresce nove vezes mais entre mulheres, do que entre homens), confirmada pelo aumento do número de órfãos. As possibilidades de transmissão vertical, em função disso, são preocupantes.

O Brasil oferece medicamentos para gestantes HIV positivas para reduzir as possibilidades de transmissão vertical. Além disso, é oferecido um substituto de leite materno às crianças nascidas de mães HIV positivas, para evitar que a mãe amamente seu filho e transmita a doença.

Conforme o Sistema Nacional de Nascidos Vivos e o Sistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde, de 1980 a 2004, o Brasil registrou 362.364 casos de Aids, o Paraná 17.903 e o Mato Grosso do Sul 4.187.

De acordo com a Coordenação Estadual DST/Aids do Paraná, de 1984 a 2003 foram diagnosticados como portadores de Aids no estado, 549 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. Destes, 36,97% com menos de um ano, 44,80% de um a quatro anos, 14,75% de cinco a nove anos, e 3,46% de 10 a 14 anos. (Quadra B11 - anexo)

A distribuição de casos e o coeficiente de incidência (100.000 habitantes) no período 2000-2004 é maior na 9ª Regional de Saúde, com 432 casos, seguida pela 10ª Regional, com 314 casos e pela 20ª Regional, com 102 casos<sup>19</sup>. (Quadro B12 – anexo)

A transmissão vertical foi responsável por 83,6% dos casos de Aids em menores de 13 anos no Paraná, de 1983 a 2004. Do total de 9.122 casos, 54,5% foram registrados em crianças de 1 ano ou menos. Conforme a Coordenação Estadual DST/Aids do Paraná, entre 1975 e 2005, há o registro de 210 diagnósticos de gestantes com HIV positivo (crianças expostas) nos municípios selecionados, sendo Foz do Iguaçu o município com o maior registro (96). (Quadro B13 – anexo)

Já que é uma política nacional, é preciso garantir, no Brasil, o aconselhamento, a testagem e o tratamento para todas as gestantes, crianças de mãe soropositivas e adolescentes.

No Paraguai, os exames de HIV/Aids são realizados gratuitamente pelos serviços de saúde do Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social, através do Programa Nacional de Controle da Aids/ITS (PRONASIDA). A partir de dezembro de 2005, com o lançamento do Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical, o PRONASIDA garantirá o acesso gratuito a testagem e ao aconselhamento, pré e pós-teste, a 100% das mulheres gestantes do país e também a seus parceiros.

O estado paraguaio, através do PRONASIDA, assegura o direito de acesso gratuito ao tratamento anti-retroviral para aquelas pessoas que padecem da enfermidade. Graças a uma importante colaboração do governo brasileiro, o Paraguai está recebendo, a título de doação, medicamentos anti-retrovirais (ARVs), de forma regular, para 100% das pessoas que o necessitam no país.

As investigações sobre VIH/Aids se iniciaram no Paraguai no final de 1985. Desde essa data, a epidemia de Aids se instalou de maneira silenciosa e crescente. Como na Argentina e no Brasil, cresce de forma preocupante a quantidade de mulheres infectadas. No caso paraguaio, identifica-se igualmente que essas mulheres são cada vez mais jovens e vivem no interior do país.

Segundo dados de agosto de 2005, do Departamento de Epidemiología de PRONASIDA, o número estimado de crianças órfãs por VIH/Aids, entre 2001 e 2004, seria de 1.306. Os casos em mulheres, que representavam uma porcentagem quase inexistente de 1985 a 1990, nos últimos cinco anos atingem de 35% a 40% dos casos registrados.

Segundo dados do Programa Nacional de Control de SIDA/ITS (PRONASIDA) de MSP y BS, referente aos

departamentos selecionados, a maior parte de casos notificados corresponde a Alto Paraná, seguido de Caaguazú e Canindeyú.

Segundo a mesma fonte, entre 2000 e 2003, aumentou o número de mortes de menores de dez anos em nível nacional. Em 2003, morreram de Aids seis crianças no país, cifra que duplica a dos anos 2001 e 2002.

As ações possíveis para abordar as causas do aumento de Aids na fronteira já estão sendo enfrentadas pelos governos dos três países, no âmbito do Mercosul, conforme box a seguir.

O trabalho em conjunto dos três países é fundamental,

#### AIDS E FRONTEIRA

Coordenadores dos programas de Aids do Brasil, Argentina, Bolívia, Chile, Paraguai e Uruguai aprovaram em maio de 2005, em Foz do Iguaçu, um documento propondo uma política conjunta para o enfrentamento da doença nos municípios de fronteira. Segundo eles, está havendo um aumento preocupante das transmissões do HIV nas regiões limítrofes, onde o aumento da epidemia teria sido superior a 96% nos últimos anos, chegando a uma média de 600% em municípios como Cárceres, Uruguaiana, Chapecó e Cascavel.

Foz do Iguaçu é apontado como um dos municípios com maior número de casos notificados. Os técnicos explicam esse aumento pelo livre trânsito de pessoas, inclusive com utilização de serviços de saúde de países vizinhos, o tráfico de drogas, a prostituição e o transporte de cargas. Um dado alarmante: casos de crianças nascendo com HIV por falta de assistência no pré-natal.

A idéia é que os seis países usem a mesma metodologia para a vigilância epidemiológica do HIV, a prevenção, o tratamento e a assistência. O documento foi encaminhado à Coordenação de Aids do Mercosul e aos ministros de saúde dos seis países, para análise e aprovação.

pois é significativo o número de mulheres grávidas que realizam algum exame de pré-natal em outro país. A gratuidade e universalização da testagem precisa acontecer, assim como campanhas massivas de prevenção da doença.

Mais uma vez, torna-se evidente a importância de uma estrutura eficiente de atendimento pré-natal, com instalações próprias e equipes capacitadas para incentivar a testagem e acompanhar o tratamento da mãe com HIV positivo.

A circulação de drogas na região é outro fator de risco. Torna-se urgente a realização de estudos, campanhas e programas envolvendo a cooperação entre os três países para deter a doença.

#### Sífilis

É absolutamente necessário fazer o exame de sífilis na gestação e o tratamento, quando necessário. O exame de sífilis e seu tratamento podem ser considerados indicadores da qualidade do serviço de saúde do país.

Na província de Misiones (Argentina) não existem dados por departamentos nem por municípios. A evolução dos casos de sífilis congênita entre os anos 1997 e 2004 evidencia que as taxas da província de Misiones sempre estiveram acima da

<sup>19</sup> 9ª Regional de Saúde- 79 casos (20,82) em 2000, 99 (25,42) em 2001, 95 (23,93) em 2002, 70 (17,27) em 2003 e 79 (19,11) em 2004.

<sup>10</sup>ª Regional - 63 casos (14,41) em 2000, 77 (17,46) em 2001, 76 (17,09) em 2002, 61 (17,09) em 2003 e 37 (8,19) em 2004.

<sup>20</sup>ª Regional - 19 casos (5,9) em 2000, 21 (6,52) em 2001, 22 (6,82) em 2002, 28 (8,68) em 2003 e 12 (3,72) em 2004.

média nacional. A partir de 2000, a curva provincial mostra um aumento importante, que se mantém até 2002. A partir de então, a tendência se reverte para chegar a 2004 com uma taxa de 5,07 casos por mil nascidos vivos, ainda assim muito alta. Ocorre o mesmo com a taxa de notificação de sífilis adquirida: para 2003, a taxa provincial por mil habitantes é aproximadamente cinco vezes maior que a taxa média nacional (10,81 e 1,96 respectivamente). (Quadros A11 e A12 - anexo)

No Brasil, conforme o Programa Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde, a taxa de incidência nacional de sífilis congênita, por mil nascidos vivos, foi de 1,5. No Paraná, no mesmo ano, foram feitos 480 registros (1,6), e no Mato Grosso do Sul 24 (0,6).

A Coordenação Estadual do Paraná do Programa DST/Aids contabiliza 440 registros (casos acumulados) nos municípios selecionados. (Quadro B14 - anexo)

No Paraguai, segundo o registro de consultas de grávidas do Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social, para o ano de 2003, nos Departamentos de Canindeyú, Alto Paraná e Caaguazú, os municípios com mais casos registrados de sífilis em grávidas são Hernandarias e Coronel Oviedo. Chama a atenção a ausência de registro em nove de 15 municípios estudados.

Nos três países, é preciso universalizar a testagem em mulheres grávidas, por meio de programas de pré-natal ampliados e aprimorados. A sífilis congênita ainda é alta em muitos dos municípios analisados. Esse dado reforça a recomendação de que mulheres grávidas precisam receber uma atenção básica de melhor qualidade.

### Malária

A região da Tríplice Fronteira é considerada pelo Ministério da Saúde do Brasil como de baixo risco em termos de propagação de malária.

Na Argentina, segundo a Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, Boletín Epidemiológicos 2002-2003 e 2004, foram registrados 29 casos de malária em Misiones em 2002. Nos anos seguintes, não houve nenhum registro da doença.

No Brasil, o estado do Paraná é considerado área de risco baixo para malária, ou seja, área de malária instável. Com o fechamento da barragem de Itaipu, em 1982, a área de influência do lago de Itaipu contribuiu no aumento da incidência do *A. darlingi*, com a ocorrência do surto da doença em 1989, com 1067 casos registrados. Em 1995, houve um aumento considerável da frequência, com 84 casos, no município de Santa Terezinha do Itaipu.

Com base na situação epidemiológica observada na última década, foram priorizados 11 municípios limítrofes ao lago de Itaipu (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Santa Helena, Missal, Itaipulândia, Entre Rios

do Oeste, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Mercedes e Guaíra) e Ilhas do Rio Paraná (acima de Icaraíma), considerados de médio risco, onde houve estruturação adequada de laboratórios de referência, diagnóstico e tratamento<sup>20</sup>.

No Paraguai, conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), referentes a 2001, a malária representa um problema residual, com um número estável de casos nos últimos anos. Até 90% desses casos se concentram em oito municípios dos departamentos Alto Paraná, Caaguazú e Canindeyú. Não obstante, o número total de casos não é considerado elevado. Segundo a OMS, houve 1.392 casos de malária em 2003 em todo o Paraguai.

Pelas características da malária na região da Tríplice Fronteira, é necessário que se mantenha uma vigilância constante quanto à possibilidade de novos casos. Isto acontecendo, é necessário um rápido diagnóstico e tratamento, para quebrar o ciclo da doença.

### BRASIL + 6, INICIATIVA PARA EXPANDIR A ATENÇÃO E O APOIO A MULHERES GRÁVIDAS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS ÁREAS DE HIV/Aids E SÍFILIS

Em 2004, o governo brasileiro, em parceria com o UNICEF, lançou a "Iniciativa para Expandir a Atenção e o Apoio a Mulheres Grávidas, Crianças e Adolescentes nas áreas de HIV/Aids e Sífilis".

Através dessa Iniciativa, espera-se expandir a disponibilidade e o acesso a serviços de testagem e de aconselhamento em HIV/Aids e sífilis para adolescentes, mulheres gestantes e seus pares, nos países participantes.

Com isto, garante-se o direito de mulheres grávidas, crianças e adolescentes conhecerem o seu estado de saúde em relação a essas enfermidades, reforçando-se métodos de prevenção e promovendo-se aconselhamento sobre tratamento e transmissão vertical do HIV/Aids (da mãe para a criança, durante a gestação ou durante o parto).

Em função dessa iniciativa, o governo brasileiro está fornecendo, a título de doação, medicamentos anti-retrovirais (ARVs) a seis países: Bolívia, Paraguai, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Timor Leste. Os medicamentos são enviados regularmente aos Programas Nacionais de Aids/ITS destes países, que os utilizam para expandir a atenção em HIV/Aids e sífilis aos que necessitam, com especial ênfase em mulheres grávidas e adolescentes. Além dos medicamentos, cada Programa Nacional dos países beneficiados pela iniciativa está desenvolvendo campanhas de prevenção da transmissão vertical, campanhas de mobilização e informação, e aumentando a cobertura de tratamento nas áreas de HIV/Aids e sífilis.

Esta iniciativa está tendo grande êxito nos países que dela participam. No Paraguai, por exemplo, a iniciativa está assegurando ao Programa Nacional de SIDA/ITS (PRONASIDA) o fornecimento de ARVs para 100% das pessoas que necessitam de tratamento. Também graças a esta Iniciativa, o PRONASIDA lançará, em dezembro de 2005, um Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical, no qual se assegurará a 100% das mulheres grávidas do país, e a seus pares, acesso gratuito ao teste rápido de VIH/SIDA, assim como a aconselhamento pré- e pós-teste, para que possam conhecer seu estado sorológico. Os testes serão realizados de maneira totalmente voluntária.

Esta iniciativa demonstra o grande potencial de cooperação Sul-Sul entre países em desenvolvimento. É uma prova de que é possível promover a cooperação para o desenvolvimento entre países do hemisfério sul que têm interesses comuns em função da garantia dos direitos dos seres humanos, especialmente das gestantes, crianças e adolescentes.

<sup>20</sup> Conforme o Boletim Epidemiológico Saúde no Paraná, da Secretaria de Estado da Saúde Ano III - nº 11 - Primavera/2000.

## 4.8 DIREITO AO NOME E À IDENTIDADE

**A** Convenção dos Direitos da Criança determina que a criança será registrada imediatamente após o seu nascimento e terá, desde o seu nascimento, direito a um nome e a uma identidade.

O registro civil e o direito a um nome e uma identidade antes de um ano de vida são fundamentais para que as crianças tenham acesso aos serviços sociais básicos, principalmente os de saúde e educação.

Por isso, o registro civil é o primeiro passo em busca da cidadania e dos direitos da criança perante a família e, sobretudo, em relação ao estado.

Criança não registrada é invisível aos olhos do estado. Além disso, a tomada de decisões em políticas públicas e a elaboração de orçamentos e programas são feitos a partir do número de crianças registradas.

Na Argentina, a entidade responsável em nível provincial para registro e documentação é o Registro Provincial de las Personas, que tem delegações em praticamente todos os municípios. Conforme a Lei 23.776, modificada pela Lei 25.819, que começou a vigorar a partir de 2004, os registros para a cédula de identidade (Documento Nacional de Identidad/DNI) são gratuitos para crianças de 0 a 10 anos.

A partir desta nova Lei, em Misiones, os registros mensais passaram de 2.500 em 2003, para 4 mil em 2004. Atualmente, realizam-se na província de 12 mil a 15 mil trâmites mensais de solicitação de DNI. Os pedidos são feitos à mão, pois o setor não é informatizado e não conta com banco de dados. Entre os municípios selecionados, Eldorado, Puerto Iguazú, Puerto Esperanza, San Vicente e Oberá contam com escritórios de registro civil nos hospitais.

Não existem dados quantitativos sobre a quantidade de crianças registradas em comparação com a quantidade de nascidos vivos nos municípios selecionados da Argentina.

No Brasil, a lei nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997, assegura que não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento e pelo assento de óbito, bem como pela

primeira certidão respectiva. O art. 236 da Constituição prevê que no Brasil os serviços notariais e de registro são exercidos em caráter privado, por delegação do Poder Público<sup>21</sup>.

Embora o sub-registro esteja gradativamente diminuindo no Brasil (23,4% em 1993, para 21,6% em 2003), segundo dados do IBGE (Estatísticas do Registro Civil, v. 30, 2003), cerca de 850 mil crianças deixaram de ser registradas no processo legal em 2002. Neste ano, a taxa de sub-registro de nascimento no Brasil era de 15,3%, a do Paraná 7,3% e do Mato Grosso do Sul 12,9%.

Entre os municípios brasileiros selecionados, dois tinham um percentual de cobertura de registro civil menor de 75%: Santa Tereza do Oeste e Matelândia. É necessário, pois, avançar em campanhas de registro civil na região, para alcançarmos patamares próximos aos estaduais.

Vários dos municípios brasileiros selecionados aproveitam o “Dia da Cidadania”, além de outros projetos, para essas campanhas. Na ocasião, muitos brasiguaios comparecem, buscando registrar seus filhos e obter documentação pessoal, sem necessidade de pagamento de tradução (considerado excessivamente oneroso).

Foi criada no Brasil, em 1999, a Campanha Nacional do Registro Civil, uma articulação oficial envolvendo várias instituições e gratificações dadas pelo Ministério da Saúde para as unidades de assistência à saúde, que estimulem as famílias a registrarem seus filhos antes da alta hospitalar, além de incentivar a instalação de postos dos cartórios do registro civil nas maternidades.

Na região em estudo, apenas o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, de Foz do Iguaçu, emite registros civis em suas instalações, através do trabalho do Cartório de Registro Civil do município. Este hospital foi criado para atender aos colaboradores de Itaipu em 1979 e hoje atende os moradores de Foz do Iguaçu e região.

É o único da região a oferecer, desde novembro de 2004, o serviço de registro civil no próprio local. Diariamente, um cartorário fica no HMCC para efetuar os registros. Atualmente, cerca de 120 registros são emitidos no próprio hospital, em um universo de 200 nascimentos mensais.



<sup>21</sup> Para obter o registro civil de uma criança, se os pais forem casados oficialmente, um dos pais deve comparecer ao cartório para fazer o registro, levando consigo a declaração de nascido vivo, fornecida pelo hospital, seus documentos de identificação e a certidão de casamento. Se os pais não forem casados oficialmente, os dois devem comparecer ao cartório. Se a criança não nasceu em maternidade ou não possui a declaração de nascido vivo, acompanhando o pai ou a mãe devem ir duas testemunhas que tenham o conhecimento do parto, portando os seus documentos civis.

Embora os registros sejam gratuitos, muitas crianças deixam o HMCC sem o documento por dois motivos principais. Primeiro, porque muitas vezes os pais não estão no hospital e as mães não estão de posse de seus documentos para registrar as crianças. Segundo, porque as crianças que nascem no final de semana, muitas vezes têm alta antes do cartório chegar ao hospital. O HMCC está negociando, para que também seja disponibilizado um horário pela manhã para a realização dos registros.

No Paraguai, todos os municípios selecionados têm escritórios de Registro Civil, ligados à Dirección General del Registro Civil del Ministerio de Justicia y Trabajo<sup>22</sup>.

Apesar dos esforços realizados no país para diminuir o sub-registro, ele ainda é alto. Segundo o Censo Nacional 2002, 91,1% da população entre 0 e 19 anos está inscrita no Registro Civil.

Isto implica em cerca de 500 mil não registrados, a maioria vivendo na área rural. Segundo o estudo "Déficit en el Registro de la Niñez 1992 – 2002", entre os quatro departamentos com maior déficit estão Alto Paraná (15,9%) e Caaguazú (11,1%). Canindeyú está entre os de menor déficit (4,3%).



Consoante o Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, existe uma grande variação de porcentagens de registro de nascidos vivos nos 15 municípios do estudo: de 13,4% em Mbaracayú, a 67,2% em Coronel Oviedo. Entre os municípios do Alto Paraná, os três primeiros com melhor registro são Juan León Mallorquín com 59,5%; Hernandarias com 58,9% e Ciudad del Este com 57,2%. Saltos del Guairá só tem 36% de nascidos vivos registrados. (Quadro P6 - anexo)

Entre as causas para o baixo registro civil em algumas das regiões que fazem parte deste estudo, aparece a questão das migrações. Inversamente, a migração também está ligada a uma outra característica da região, que não aparece nos indicadores: o duplo ou triplo registro, estratégia da população fronteiriça, utilizada para garantir o acesso aos serviços públicos de países vizinhos.

Na região em estudo, há muito ainda a ser feito para garantir o direito ao registro civil e à identidade. O exemplo da Argentina, onde há uma política de estímulo para a instalação de cartórios nas maternidades e unidades móveis de saúde que também realizam o registro civil, deve inspirar os demais países.

O não registro está ligado à pobreza, à distância que muitas vezes existe entre o local de moradia das famílias e os centros urbanos e à desinformação sobre a necessidade do registro e a sua gratuidade. Daí a importância de garantir que a criança seja registrada gratuitamente antes de sair do hospital, evitando desta forma a necessidade de retorno de um dos pais à sede municipal.

<sup>22</sup> Para obter o Registro Civil de uma criança, se os pais são casados, basta um deles apresentar o Certificado de Nascido Vivo expedido pelo hospital, a "libreta de familia" do registro civil e as cédulas de identidade dos pais. Se a criança não nasceu no hospital, o pai ou a mãe deve ir até o serviço de saúde, acompanhado da parteira, com duas testemunhas portando seus documentos de identidade, para solicitar o Certificado de Nascido Vivo e, com esse documento, ir ao Registro Civil.

## 4.9 DIREITO A VIVER NUM AMBIENTE SAUDÁVEL

Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio está a garantia da sustentabilidade ambiental, a partir da compreensão de que a falta de acesso à água e ao saneamento obstrui esforços para reduzir a pobreza em países em desenvolvimento.

Também a Convenção dos Direitos da Criança determina que os estados devem assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários (incluindo água potável) necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados básicos de saúde para combater as doenças e a desnutrição.

Viver em um ambiente saudável, com água potável, coleta de lixo e esgotamento sanitário é fundamental para que crianças e adolescentes tenham garantido seu direito à saúde e ao conforto. Viver em casas atendidas por esses serviços significa a proteção de crianças e adolescentes contra doenças infecciosas e parasitárias, particularmente as de origem diarreicas, e a garantia de um crescimento saudável.

Em Misiones, 32% da população obtém água fora de casa e 11% o fazem fora do terreno onde vivem. Com valores maiores que estes estão os departamentos de San Pedro (60% e 10%), Guaraní (60% e 13%) e General Manuel Belgrano (49% e 12%). Isto significa um número preocupante de crianças e adolescentes expostos a doenças.

No que se refere à procedência da água, 21% da população da província de Misiones a obtém de poços sem bomba, e 6,4% de rios, canais ou arroios, situação mais desfavorecida nos departamentos de Guaraní (43% e 21%), San Pedro (41% e 17%) e General Manuel Belgrano (39% e 15%). (Quadro A13 - anexo)

Na província de Misiones, 83% dos domicílios não possuem rede de esgoto. Dos departamentos estudados, Iguazú é o único que tem indicadores mais altos do que o provincial. Esse é mais um grave indicativo de violação dos direitos da criança à uma vida saudável.

A energia elétrica é um dos serviços com maior acesso. Só 10% do total de domicílios da província não possuem energia elétrica de rede. Se observarmos as porcentagens por departamento, os domicílios que não dispõem de eletricidade de rede se concentram em Guaraní (62%), General Manuel Belgrano (60%) e San Pedro (59%).

No Brasil, conforme o Censo 2000, dos 32 municípios selecionados, apenas Foz do Iguaçu tem mais de 50% dos domicílios particulares com fossa séptica ou ligados à rede geral de esgoto. No Brasil, este indicador é de 62%; no Paraná, 53%; e no Mato Grosso do Sul, 18,4%.

Entre os municípios selecionados, temos seis com indicadores de 30% a 54%, nove na faixa de 20% a 30%, quatro entre 10% e 20%, e 13 com menos de 5%. Isto significa que, na região estudada, de 50% a quase 100% dos domicílios não têm fossa séptica nem estão ligados à rede geral de esgotos, dado que representa uma grave violação aos direitos das crianças que ali vivem.

No Brasil, a porcentagem de domicílios sem ligação com a rede geral de abastecimento de água é de 23%, no Paraná, 17%, e no Mato Grosso do Sul 22%. Entre os municípios selecionados, este valor varia de 50,6% a 5%.

A porcentagem de domicílios sem acesso à rede de água é de menos de 10% em três municípios; entre 10% e 20% em dez municípios; de 20% a 30% em oito municípios; de 30%

Departamento	Lares (1)	Presença de serviço no segmento							
		Deságüe na Rede (cloaca)	Água de Rede	Energia elétrica de Rede	Iluminação Pública	Pavimentação	Coleta de lixo	Transporte Público	Telefone Público
		% que não possui	% que não possui	% que não possui	% que não possui	% que não possui	% que não possui	% que não possui	% que não possui
Total Pcia.	234.243	83	26	10	38	58	31	26	53
Eldorado	16.551	93	16	5	17	54	29	20	49
Gral M. Belgrano	7.750	92	60	30	58	86	56	52	86
Guaraní	12.933	99	62	35	69	76	70	51	83
Iguazú	15.353	83	12	6	18	58	14	19	57
Oberá	23.416	75	33	10	35	64	34	25	58
San Pedro	5.202	100	59	49	63	91	66	75	84

Fonte: Elaboração própria com base no Censo 2001. Indec. Inclui Municípios que não fazem parte da área de estudo e que possuem maiores índices

MUNICÍPIO	Domicílios particulares permanentes (100%)	Com fossa séptica ou ligados à rede geral de esgoto	Ligados à rede geral de abastecimento de água	Com acesso ao serviço de coleta de lixo	Com energia elétrica
Assis Chateaubriand	9.880	2.794 (28,3%)	7.885 (79,8%)	7.118 (72%)	99,4
Cascavel	67.257	30.847 (45,9%)	59.279 (88,1%)	62.367 (92,7%)	99,4
Céu Azul	2.897	671 (23,2%)	2.140 (73,9%)	2.051 (70,8%)	99,7
Diamante d'Oeste	1.250	6 (0,5%)	874 (69,9%)	619 (49,6%)	96,5
Entre Rios do Oeste	943	238 (25,2%)	897 (95,1%)	597 (63,3%)	99,9
Foz do Iguaçu	69.911	37.936 (54,4%)	66.399 (95%)	67.898 (97%)	99,5
Guaira	8.045	3.820 (47,5%)	6.832 (84,9%)	6.384 (79,4%)	98,9
Itaipulândia	1.760	17 (1%)	1.659 (94,3%)	1.304 (74,1%)	98,8
Marechal Cândido Rondon	11.983	2.734 (22,8%)	10.136 (84,6%)	9.220 (76,9%)	99,4
Maripá	1.711	280 (16,4%)	986 (57,6%)	1.005 (58,7%)	99,7
Matelândia	3.861	617 (16%)	2.892 (74,9%)	2.749 (71,2%)	98,9
Medianeira	10.606	2.948 (27,8%)	9.348 (88,1%)	9.329 (88%)	99,8
Mercedes	1.291	43 (3,3%)	784 (60,7%)	481 (37,3%)	99,9
Missal	2.896	41 (1,4%)	2.351 (81,2%)	1.702 (58,8%)	99,2
Mundo Novo (MS)	4.330	36 (0,8%)	3.771 (87,1%)	3.403 (78,6%)	98,1
Nova Santa Rosa	2.069	43 (2,1%)	1.235 (59,7%)	1.158 (56%)	99,7
Ouro Verde do Oeste	1.492	15 (1%)	989 (66,3%)	905 (60,7%)	99,2
Palotina	7.224	1.249 (17,3%)	5.927 (82%)	5.800 (80,3%)	99,4
Pato Bragado	1.160	232 (20%)	1.017 (87,7%)	744 (64,1%)	99,9
Quatro Pontes	1.076	131 (12,2%)	717 (66,6%)	577 (53,6%)	99,8
Ramilândia	856	105 (12,3%)	513 (59,9%)	449 (52,5%)	91,1
Santa Helena	5.571	1.986 (35,6%)	5.174 (92,9%)	3.720 (66,8%)	99,6
Santa Tereza do Oeste	2.713	50 (1,8%)	1.947 (71,8%)	1.999 (73,7%)	98,2
Santa Terezinha de Itaipu	4.904	224 (4,6%)	4.242 (86,5%)	4.375 (89,2%)	99
São Jose das Palmeiras	1.096	195 (17,8%)	705 (64,3%)	640 (58,4%)	97,6
São Miguel do Iguaçu	6.418	2.971 (46,3%)	4.868 (75,8%)	4.314 (67,2%)	96,7
São Pedro do Iguaçu	1.927	8 (0,4%)	1.146 (59,5%)	947 (49,1%)	96,4
Serranópolis do Iguaçu	1.292	8 (0,6%)	638 (49,4%)	911 (70,5%)	99,2
Terra Roxa	4.693	78 (1,7%)	3.384 (72,1%)	3.361 (71,6%)	99,3
Toledo	27.909	10.337 (37%)	24.401 (87,4%)	23.606 (84,6%)	99,8
Tupãssi	2.359	5 (0,2%)	1.808 (76,6%)	1.653 (70,1%)	99,5
Vera Cruz do Oeste	2.654	531 (20%)	1.883 (70,9%)	1.838 (69,3%)	98,9

a 40% em cinco; e de 40% a 50% em três municípios. Apenas um dos municípios selecionados tem mais de 50% dos seus domicílios sem acesso à rede geral de abastecimento de água.

Os domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo são 21% no Brasil, 17% no Paraná, e 20% no Mato Grosso do Sul. Entre os municípios, os indicadores de domicílios sem coleta de lixo variam de 3% a 62,7%.

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano Brasil 2000, o serviço de energia elétrica beneficia mais de 99% dos domicílios em 23 dos municípios selecionados, sendo que a menor cobertura é de 91,10.

No Paraguai, segundo dados do Censo Nacional de Población y Viviendas 2002, não têm acesso a eliminação de dejetos por rede pública ou fossa séptica, 39% dos domicílios de Alto Paraná; 69% de Caaguazú; e 70% de Canindeyú. Estes indicadores são preocupantes e apontam para uma violação dos direitos da criança a uma vida saudável.

Do total de domicílios dos 15 municípios selecionados, 67% não têm acesso à rede de esgoto. Destes, 29% correspondem a Ciudad del Este e 74% a Coronel Oviedo. Dos municípios restantes selecionados, 33% não têm eliminação domiciliar de dejetos.

Dos departamentos pesquisados, não têm acesso à água potável (rede pública) 76% das casas de Alto Paraná; 69% de Caaguazú; e 75% de Canindeyú. Nos municípios estudados, não têm acesso à água potável 70% dos domicílios, com variações de 96% em Mbaracayú; 91% em Minga Guazú; 51% em Caaguazú; e 55% em Santa Rita.

Dos 15 municípios selecionados, 68,2% não têm acesso a coleta de lixo, com variações de 100% em Mbaracayú a 48% em Ciudad del Este. Têm acesso à luz elétrica 93,5% dos domicílios dos 15 municípios.

Em grande número dos municípios estudados, o direito à sobrevivência da criança, no que se refere a este tema, está sendo violado. Cerca de 90% dos domicílios dos departamentos argentinos selecionados estão sem acesso à rede pública<sup>23</sup>. No Brasil e no Paraguai, os dados referem-se ao acesso à rede pública de esgoto ou fossa séptica, sendo que mais de 50% dos domicílios dos municípios brasileiros selecionados e 67% dos paraguaios não contam com esses serviços.

Não possuem água encanada de 12% a 62% dos domicílios argentinos dos departamentos selecionados, de 5% a 70% dos domicílios dos municípios brasileiros e 34% dos domicílios paraguaios.

Crianças vivem sem luz elétrica em cerca de 40% dos departamentos argentinos selecionados, 9% dos municípios brasileiros e 7% dos paraguaios.

Não existe coleta de lixo em 34% a 86% dos domicílios dos departamentos argentinos selecionados, 10% a 63% dos municípios brasileiros e 68,2% dos municípios paraguaios.

Há na região em estudo, nos três países, uma proporção considerável de crianças vivendo em domicílios sem saneamento e sem água potável, o que representa uma grave ameaça à sua saúde e ao seu bem-estar.

As causas para essa situação estão ligadas sobretudo à não prioridade dos governos para a área de saneamento básico. O saneamento básico e a saúde estão intimamente ligados e há necessidade de políticas efetivas para o setor.

É preciso que os governos dos três países garantam os recursos financeiros e orçamentários, assim como a decisão política, para resolver o problema do saneamento básico na região.

MUNICÍPIOS	Total domicílios	Com rede pública ou cloaca	% de domicílios conectados à rede pública ou cloaca	Fossa séptica	% de domicílios com fossa séptica	% de domicílios conectados à rede pública e fossa séptica	Acesso à água potável ESSAP / SENASA	% de domicílios conectados à água de rede	Poço com bomba	% de domicílios com poço com bomba	Coleta de lixo	% de domicílios com coleta de lixo	Acesso à luz elétrica	% de domicílios com luz elétrica
PARAGUAI	1.098.005	103.565	9	588.003	54	63	578639	53	161714	15	369231	34	978766	89
<b>ALTO PARANÁ</b>	<b>119.227</b>	<b>3.598</b>	<b>3</b>	<b>72.172</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>28168</b>	<b>24</b>	<b>51903</b>	<b>44</b>	<b>40468</b>	<b>34</b>	<b>109926</b>	<b>92</b>
Cuidad del Este	47.536	3.456	7	34.516	73	80	12.751	27	23.504	49	24.828	52	46.447	98
Presidente Franco	10.939	105	1	7.908	72	73	3.256	30	4.496	41	4.572	42	10.554	96
Dr. Juan Leon Mallorquin	3.194	0	0	970	30	30	813	25	550	17	80	3	2.891	91
Hernandarias	13.429	37	0	8.371	62	63	4.147	31	5.343	40	4.885	36	12.547	93
Juan E. O'Leary	3.131	0	0	736	24	24	460	15	720	23	251	8	2.743	88
Yguazú	1.874	0	0	844	45	45	535	29	648	35	70	4	1.572	84
Minga Guazú	10.121	0	0	5.145	51	51	915	9	5.049	50	1.805	18	9.514	94
Santa Rita	4.085	0	0	3.356	82	82	1.833	45	1.696	42	1.918	47	3.835	94
Santa Rosa del Monday	2.526	0	0	1.483	59	59	604	24	1.132	45	338	13	2.265	90
Minga Pora	2.423	0	0	955	39	39	264	11	1.220	50	32	1	2.093	86
Mbaracayú (Puerto Indio)	1.899	0	0	826	43	43	82	4	1.018	54	5	0	1.509	79
<b>CAAGUAZÚ</b>	<b>86.296</b>	<b>1.290</b>	<b>1</b>	<b>26.821</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>26.478</b>	<b>31</b>	<b>14.020</b>	<b>16</b>	<b>8.377</b>	<b>10</b>	<b>72.864</b>	<b>84</b>
Coronel Oviedo	17.831	1.269	7	8.604	48	55	6.619	37	2.914	16	3.584	20	16.736	94
Caaguazú	19.872	21	0	8.047	40	41	9.691	49	2.687	14	3.486	18	17.955	90
Repatriación	5.271		0	1.140	22	22	1.523	29	721	14	54	1	4.381	83
<b>CANINDEYU</b>	<b>29.396</b>		<b>0</b>	<b>8.823</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>7.260</b>	<b>25</b>	<b>6.892</b>	<b>23</b>	<b>3.154</b>	<b>11</b>	<b>19.801</b>	<b>67</b>
Salto del Guairá	2.743		0	1.705	62	62	1.160	42	718	26	750	27	2.264	83

<sup>23</sup> Não foi possível construir o dado argentino de "acesso à rede pública ou fossa séptica", pois os indicadores utilizados no Censo são "inodoro com descarga de água y deságüe a red pública" e "inodoro com descarga de água y deságüe em camara séptica y pozo ciego".



# 5

## DIREITO À EDUCAÇÃO E AO LAZER

Alcançar o ensino básico universal é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que recomenda que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.

A Convenção dos Direitos da Criança também garante a toda criança o direito à educação, orientada no sentido de desenvolver a personalidade, as aptidões, as habilidades, a capacidade mental e física da criança em todo seu potencial.

É fundamental que se garanta a educação plena e de qualidade para todas as crianças e os adolescentes da Tríplice Fronteira. A educação é fator chave para o desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, ao formar cidadãos e estimular habilidades e competências para o futuro.

O Sistema Educativo de Misiones, província Argentina selecionada para este trabalho, é formado por 1.363 estabelecimentos, dos quais aproximadamente 25% estão localizados na área em estudo, onde há uma forte concentração da matrícula nos departamentos com maior densidade demográfica: Oberá, Eldorado e Iguazú.

*(Gráfico A4 - anexo)*

A porcentagem de crianças de três a quatro anos que freqüentam jardins de infância, centros infantis e creches é de 10%. Na faixa etária de cinco anos 50%<sup>1</sup> freqüentam a escola; entre seis a 11 anos, essa porcentagem é superior a 90%.

Nos grupos de idade seguintes, há uma diminuição na freqüência à escola, sendo especialmente preocupante o grupo de 15 a 17 anos nos departamentos com maior proporção de população rural. (Gráfico A5 - anexo)

As cifras de repetência, que variam de 13,6% a 16,7%, são altas em relação à média nacional, principalmente nos departamentos com alta proporção de população rural: Guaraní, General Manuel Belgrano e San Pedro. (Gráfico A6 - anexo)

Os casos mais graves de abandono escolar se dão nos departamentos Guaraní, San Pedro e General Manuel Belgrano, entre 9 % e 20% de abandono interanual médio para a Educação Geral Básica 1 e 2. (Gráfico A7 - anexo)

É preciso investigar se a evasão escolar e a repetência estão ligadas à falta de adequação do sistema educativo às realidades locais. Nas áreas rurais são comuns as aulas onde vários níveis de ensino funcionam numa mesma sala, com um só docente, e onde os recursos materiais e humanos costumam ser escassos e irregulares.

Nos municípios brasileiros selecionados, conforme o Censo Escolar 2004, produzido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação, existem 690 estabelecimentos de Educação Infantil, sendo 179 Creches (117 municipais e 62 particulares) e 511 Pré-Escolas (391 municipais e 120 particulares). Não possuem creches os municípios paranaenses de Mercedes, Quatro Pontes, Santa Tereza do Oeste, Ramilândia e Serranópolis.

O Ensino Fundamental é oferecido em 555 escolas, sendo 175 estaduais, 298 municipais e 78 particulares. O Ensino Médio é oferecido em 173 escolas, sendo 130 estaduais, 42 particulares e uma federal.

Existem, ainda, nos municípios brasileiros selecionados, 132 escolas de Educação Especial (101 municipais, 30 particulares e uma estadual) e 18 escolas de Educação Profissional (dez estaduais, sete particulares e uma federal). O Ensino Profissional é oferecido em nove municípios: Assis Chateaubriand, Cascavel, Foz do Iguaçu, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Medianeira, Palotina, Santa Terezinha de Itaipu e Toledo.

Do total de 32 municípios selecionados, 24 dispõem de escolas de Ensino Supletivo, num total de 112 escolas.

O Censo Escolar 2004 contabiliza 8.548 crianças matriculadas em creches, 29.964 em pré-escolas, 178.748 no ensino fundamental e 51.960 no ensino médio, além de 5.476 matrículas de educação especial. (Quadro B15 e B16 - anexo)

No que se refere a Taxas de Rendimento, o INEP tem dados do Censo Escolar de 2002, que indicam que no Ensino Fundamental, da 1ª à 4ª série, a evasão é pequena na maior parte dos municípios selecionados, embora preocupe o indicador de 9,1% em Ramilândia, 7,8% em Guaíra, 5,4% em Mundo Novo, 4,5% em Foz do Iguaçu e Diamante d'Oeste, e 4,2% em Vera Cruz do Oeste.

Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental a evasão aumenta: 11 municípios têm taxa de abandono maior que 5%, especialmente Mundo Novo (13,7%), Foz do Iguaçu (11,4%), Diamante d'Oeste (11%), Itaipulândia (9,8%) e Matelândia (9,5%).

As taxas de abandono são maiores no Ensino Médio. Dos 32 municípios selecionados, 21 têm uma taxa de evasão maior que 15%. Os piores indicadores estão em Terra Roxa (40,5%), Itaipulândia (34,8%), Ramilândia (27%) Santa Terezinha de Itaipu (24,4%), Foz do Iguaçu (24,1%), Mundo Novo (22,6%), São José das Palmeiras (21,5%), São Pedro do Iguaçu (20,2%) e Pato Bragado (19,4%).

Em termos de taxas de reprovação, preocupam as taxas de reprovação da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental, que é maior de 10% em 18 municípios, sendo que em quatro deles esta taxa é igual ou maior que 15%: Ramilândia (23,1%), São Pedro do Iguaçu (18,7%), Itaipulândia (17%) e São José das Palmeiras (15%)

No Ensino Fundamental, 12 municípios têm mais de 10% de reprovação na 5ª a 8ª série, sendo os piores indicadores os de Itaipulândia (23,5%), Mundo Novo (21,9%), Serranópolis do Iguaçu (19,5%), Matelândia (15,3%), Ramilândia (14%) e Medianeira (13%).

No Ensino Médio, 21 municípios têm indicadores maiores que 5%, sendo as situações mais preocupantes aquelas verificadas em São Miguel do Iguaçu (19,2%), Mundo Novo (14,1%), Itaipulândia (11,1%), Toledo (10,9%), Pato Bragado e Palotina (10,11%).

Embora não tenhamos dados recentes de repetência, defasagem idade/série nem a estimativa de crianças fora do ensino fundamental e médio<sup>2</sup>, o Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil 2000 aponta para uma freqüência à escola, em todas as faixas etárias, maior que a nacional. (Quadro B17 - anexo)

<sup>1</sup> Esta informação precisa ser relativizada, uma vez que a escolarização obrigatória para o nível pré-escolar corresponde a idade de cinco anos e sete meses até seis anos e cinco meses. A forma como se constrói o indicador idade e a data da pesquisa incidem no resultado do indicador.

<sup>2</sup> Para reduzir esses números, Estado, Poder Judiciário e Ministério Público Estadual assinaram em novembro de 2005 um convênio que pretende identificar os alunos com dificuldades de freqüência escolar para tentar a re-inserção. O projeto, que se chama Programa de Mobilização para a Inclusão Escolar, visa conscientizar os pais e os alunos para a importância da escola.

Em todo o estado do Paraná, conforme informações do Ministério Público Estadual, 64 mil crianças entre sete e 14 anos de idade estão fora da escola. No ensino fundamental, o índice de evasão chega a 15%, percentual que sobe para 30% no ensino médio<sup>3</sup>.

Os dados do Censo Escolar 2002 apontam para problemas de evasão escolar (mais de 15%) no ensino médio em 65% dos municípios brasileiros selecionados. Em função desta realidade, os municípios da região demandam políticas específicas para manter a criança na escola. É preciso, igualmente, identificar quais as causas da evasão, para melhor planejamento das políticas públicas.

As taxas de reprovação da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental indicam a necessidade de um maior investimento nestas séries e de estudos causais que identifiquem quais as principais dificuldades das crianças. Uma das possibilidades a ser investigada é a dificuldade de aprendizagem em crianças cujas famílias são migrantes.

Verificou-se uma demanda muito grande, na região estudada, por cursos profissionalizantes para adolescentes. Embora já existam diversos cursos em convênio com o Serviço Nacional do Comércio (SE-NAC), a reivindicação é por cursos profissionalizantes de ensino médio, que permitam ao adolescente sair capacitado para o mercado de trabalho.

Nas cidades mais populosas, verifica-se uma preocupação com a qualidade do ensino e com a violência nas escolas, onde muitas vezes o adolescente acaba entrando em contato com drogas e redes de exploração sexual comercial.

Finalmente, identifica-se o problema da descontinuidade das políticas públicas quando se dá a troca de governo (nos três âmbitos) e a necessidade de trabalho em rede entre a administração pública e as entidades que fazem o atendimento à criança e ao adolescente.

No Paraguai, segundo o Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, nos 15 municípios selecionados, existem 222 estabelecimentos de Educação Pré-escolar, 964 escolas do Nível Escolar Básico e 222 de Escola Média. Nesses estabelecimentos, estão matriculados 16.669 crianças na

Educação Inicial, 179.546 crianças na Educação Escolar Básica e 23.251 adolescentes na Educação Média. (Quadro P7 - anexo)

Segundo o Censo de 2002, 21,5% da população do Alto Paraná, 24% de Caaguazú, e 27,8% de Canindeyú têm menos de quatro anos de estudo, com diferenças municipais que vão de 17% em Ciudad del Este a 30% em Minga Porã, e 33% em Mbaracayú, com uma média de 23% para os demais municípios.

Nos municípios estudados, a média de população com nove anos de estudo é de 50%. A média de analfabetismo é de 10% com variações de 5,5% para Coronel Oviedo até 18% para Minga Porã e Mbaracayú. (Quadro P8 - anexo)

Segundo o Atlas de Desarrollo Humano Paraguay 2005, nos 15 municípios existem 44.490 pessoas com Necessidades Básicas Insatisfeitas em Educação, com variações que vão de 914 para Santa Rosa del Monday a 11.444 em Ciudad del Este. (Quadro P9 - anexo)



A situação da educação nos três países tem particularidades. Na Argentina, há uma preocupação com o acesso de crianças que vivem na zona rural e a qualidade da escola em geral. O número de repetentes e de evasão escolar também é considerado alto. Existe ainda a necessidade de inclusão de crianças menores de cinco anos no sistema escolar

No Brasil, os indicadores apontam para problemas de evasão escolar, principalmente no Ensino Médio e repetência nas primeiras séries do Ensino Fundamental. Há, além disso, uma demanda da população local por uma maior inclusão de crianças menores de cinco anos no sistema escolar e de cursos profissionalizantes e opções de lazer para adolescentes.

O Paraguai preocupa-se com a baixa porcentagem de adolescentes com acesso à educação e altas taxas de analfabetismo.

Pode-se afirmar que um dos déficits educativos na região se concentra na faixa etária de zero a cinco anos, ou seja, na oferta de centros de educação infantil. É preciso avançar muito nesta área, uma vez que o desenvolvimento da criança nesta faixa de idade, em centros de educação infantil, é um

<sup>3</sup> Estudantes matriculados na rede estadual de ensino que deixarem de comparecer por cinco dias consecutivos ou sete alternados em um mês, terão os pais convocados para explicar as ausências. Caso essa etapa não dê resultados e o aluno continuar a faltar, a direção da escola deverá comunicar o Conselho Tutelar, que terá dez dias para providenciar o retorno do aluno aos estudos. Se isso também não der certo, o Ministério Público também terá dez dias para resolver o problema, podendo até adotar medidas administrativas e judiciais contra os pais.

grande investimento na socialização das crianças e um apoio fundamental para seu desenvolvimento escolar.

Uma criança com acesso à educação infantil evade menos da escola e repete menos as séries escolares, além de contribuir para quebrar o ciclo de pobreza de uma nação.

Outro déficit apontado foi o da repetência ou evasão escolar. São necessários programas e estratégias para manter essas crianças na escola.

Na Argentina, a situação escolar dos municípios selecionados está abaixo da média nacional. No Brasil, na maioria dos indicadores, os municípios selecionados estão acima da média nacional. No Paraguai, embora estejam sendo enfrentados os problemas de baixa cobertura da Escola Básica e altas taxas de analfabetismo, permanece preocupante a qualidade do ensino e a iniquidade observada na política educativa no que se refere a sexo, área de residência, idioma falado em casa e nível socioeconômico.

É preciso investigar a fundo as causas desses déficits. No que se refere à oferta de educação infantil, os sistemas educativos dos três países (ver box a seguir) tratam diferentemente desta questão. Enquanto na Argentina há um nível pré-escolar obrigatório, que abarca crianças de cinco e seis anos, no Brasil e no Paraguai, é obrigatório apenas o ensino fundamental/educação escolar básica, a partir dos seis anos.

Um dos grandes empecilhos para a ampliação da oferta de educação infantil é a contraparte que o estado deverá garantir em seus orçamentos para a oferta deste serviço.

Além disso, é preciso qualificar as competências da família na atenção de crianças de até seis anos. Não se trata de uma substituição à educação infantil, mas de um processo fundamental de fortalecimento das unidades familiares em benefício das crianças.

Em relação ao problema da repetência ou evasão, especialmente a partir da adolescência, é preciso verificar se esse fenômeno tem a ver com o trabalho infantil e encontrar formas de reverter esse quadro, com alternativas como o programa brasileiro Bolsa Família, que transfere uma renda mensal às famílias em situação de vulnerabilidade por filhos que comprovadamente freqüentam a escola.

É preocupante a situação do adolescente, que precisa ter garantido seu direito à uma escola de qualidade, com cursos profissionalizantes que assegurem sua inserção no mercado de trabalho. Da mesma forma, é preciso oferecer ao adolescente alternativas saudáveis de lazer, com ênfase em atividades esportivas e culturais.

Todos os esforços devem ser feitos pelos governos e pela sociedade civil dos três países para garantir a educação universal e obrigatória, de qualidade, para todas as crianças da Tríplice Fronteira.

## SISTEMAS EDUCACIONAIS

### ARGENTINA

O sistema educativo público é composto por: (a) Um nível pré-escolar que abarca crianças de cinco a seis anos de idade, de frequência obrigatória. (b) Uma Educação Geral Básica 1, 2 e 3 que forma o Nível Básico (do primeiro ao nono grau), sendo obrigatório, gratuito e laico. Abarca as crianças de seis a 14 anos de idade. (c) Um nível secundário ou polimodal que oferece diferentes orientações: humanísticas, ciências sociais, biológicas, etc. Abarca principalmente os adolescentes de 15 a 18 anos de idade. (d) Um nível não formal de educação de ofícios. (e) Um nível terciário que inclui especializações técnicas e um nível universitário que oferece carreiras de graduação e pós-graduação.

### BRASIL

A educação escolar é composta por educação básica e educação superior. A educação básica é dividida em três níveis: educação infantil (ou pré-escola), ensino fundamental (que compreende da 1ª a 8ª série) e ensino médio. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação estabelece a obrigatoriedade e gratuidade do ensino fundamental, com duração de nove anos, para todas as crianças dos 6 aos 14 anos, inclusive para quem não teve acesso na idade apropriada. A Constituição Federal de 1988 introduziu diversas mudanças legais, conferindo maior autonomia e descentralização ao ensino. Dentre essas, foi estabelecida uma ampliação do repasse de recursos da união para estados e municípios. No que se refere ao financiamento do ensino, a Constituição determina que o governo federal deve aplicar, no mínimo, 18% de suas receitas em impostos e transferências, com a manutenção e o desenvolvimento da educação como um todo, enquanto os governos estaduais e municipais obrigam-se a aplicar ao menos 25%.

### PARAGUAI

Segundo a Constituição Nacional, no Paraguai, a Educação Escolar Básica é gratuita e obrigatória. O sistema educativo está dividido em três níveis de ensino. No primeiro nível se incluem a Educação Inicial (EI) e a Escolar Básica (EB). No segundo nível se incluiu a Educação Escolar Média (EEM) e no terceiro nível a Educação Superior. A Educação Inicial abarca de zero a cinco anos (zero-três anos, maternal; quatro anos, jardim; e cinco anos, pré-escolar). A Educação Escolar Básica atende a crianças de seis a 14 anos e inclui três ciclos: 1º ciclo, do primeiro ao terceiro grau; 2º ciclo, do quarto ao sexto grau e 3º ciclo, do sétimo ao nono grau. A Educação Escolar Média abarca três anos (do primeiro ao terceiro ano). A Educação Superior inclui a universitária e a não universitária.

## 5.1 TRABALHO INFANTIL E EDUCAÇÃO

O trabalho infantil é aquele realizado por crianças e adolescentes, com idade menor daquela autorizada pela legislação dos países onde vivem, para entrar no mercado de trabalho. Neste processo, crianças e adolescentes acabam abandonando a escola ou sendo reprovados sistematicamente.

A principal causa que leva crianças e adolescentes a trabalhar é a pobreza. Como integrantes de famílias empobrecidas, são forçadas a assumir responsabilidades de trabalho dentro de suas próprias casas ou nas ruas, onde buscam complementar a renda familiar.

Outros fatores que influenciam fortemente o trabalho precoce são os valores culturais dados ao mesmo e a percepção das famílias em relação à importância da escola.

A Convenção dos Direitos da Criança determina que os estados partes devem reconhecer o direito da criança de estar protegida contra a exploração econômica e contra o desempenho de qualquer trabalho que possa ser perigoso ou interferir em sua educação, ou que seja nocivo para sua saúde ou para seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em sua Convenção 138, ratificada pela Argentina, pelo Brasil e pelo Paraguai, estabelece uma idade mínima para o trabalho, a ser incorporada a normativa interna de cada país.

A Argentina, por meio da Lei n° 20.744 (Contrato de Trabajo), estabelece que a partir dos quinze anos, com a autorização correspondente dos pais, homens e mulheres são considerados aptos para trabalhar. No Brasil, conforme a Constituição, é proibido o trabalho para menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos. No Paraguai, o trabalho é permitido a partir dos 14 anos, com jornada máxima de 4 horas, até os 16 anos. De 16 a 18 anos, a jornada máxima é de 6 horas.

Os três países também assinaram a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho, sobre a Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para a sua Eliminação.

Entre as piores formas de trabalho previstas na Convenção 182 estão a escravidão e práticas análogas à escravidão – como a venda e tráfico de crianças, a servidão por dívida e o trabalho forçado –, a exploração sexual comercial, o aliciamento pelo tráfico de entorpecentes e outras tarefas insalubres e perigosas, que comprometam sua integridade física, moral e psicossocial.

O trabalho infantil é uma realidade nos três países. Na Argentina, principalmente na província de Misiones, ele aparece ligado sobretudo a atividades agrícolas e

agrofloretais, embora também seja comum nas cidades. No Brasil, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) aparece como um diferencial importante, que continua sendo necessário na região em estudo. No Paraguai, há a preocupação com a questão cultural, que naturaliza a inserção precoce da criança no mercado de trabalho. Brasil e Paraguai têm na Ponte da Amizade um grande desafio, dada a atração que exerce sobre crianças e adolescentes, cooptadas para todo tipo de trabalho.

Na província de Misiones (Argentina), crianças e adolescentes trabalham nas unidades agrícolas familiares, onde se privilegia a produção, em detrimento da escolaridade, da saúde ou da recreação. A maioria da população na zona rural missioneira não considera o trabalho infantil como forma de exploração, uma vez que as atividades agrícolas são compartilhadas entre todos os membros da família.

Nas cidades, crianças e adolescentes trabalham nas ruas, em pequenos comércios e em casas de família, o que afeta sua frequência à escola e outras atividades.

A partir de informação qualitativa obtida nos diferentes municípios argentinos selecionados, pode-se classificar o trabalho infantil como: 1) crianças nas ruas em zonas de fronteira, onde vendem, compram e trocam todo tipo de mercadorias; 2) crianças nas ruas em zonas urbanas, fazendo coleta de garrafas e papéis, vendendo alimentos, engraxando sapatos, limpando jardins, etc.; 3) crianças dedicadas ao trabalho rural, junto com suas famílias, com severas dificuldades de acesso à escola e exposição a graves problemas de saúde (agrotóxicos); e 4) crianças que realizam trabalhos domésticos em suas próprias casas (cuidado da casa e dos irmãos menores).

No Brasil, o trabalho infantil vem sendo enfrentado desde 1996 pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), que consiste no pagamento de uma bolsa para a criança que frequentar a escola, junto com a oferta de atividades complementares, lúdicas, culturais, esportivas e de reforço escolar (em jornada ampliada de até 4 horas por dia), que potencializam o desenvolvimento de habilidades e da auto-estima da criança, assegurando-lhe maior chance de sucesso escolar. Também envolve atividades socioeducativas e inserção produtiva para os pais.

Os avanços na redução do trabalho infantil no país resultam de um esforço de articulação estimulado pelo Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil e seus fóruns estaduais, juntando atores do governo e da sociedade civil, e articulando ações de fiscalização por órgãos de cumprimento da lei, como o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho, com programas de inclusão social e educacional.

Segundo a PNAD 2003 no Brasil, 2,7 milhões de crianças de cinco a 15 anos (7,46%) trabalham. Em 1995, um ano

antes da criação do PETI, eram 5,1 milhões. São atendidos pelo PETI 15 dos municípios selecionados, beneficiando cerca de 5 mil crianças. Nos seminários-consulta realizados, outros municípios demandaram a instalação do programa.

Com o anúncio, pelo governo federal, da expansão e universalização do PETI em 2006, recomenda-se a esses municípios a realização de diagnósticos para aferir e encaminhar estas demandas para o programa e organizar a oferta de jornadas ampliadas.

A utilização de crianças em atividades agrícolas não familiares, o trabalho em lixões e o comércio informal são os principais problemas que vêm sendo enfrentados na região. No que se refere especificamente ao trabalho em lixões, destaca-se a atuação do Fórum Estadual Lixo e Cidadania, que conseguiu excelentes resultados na organização dos catadores de lixo e encaminhamento das crianças para as escolas.

O principal desafio para as cidades brasileiras fronteiriças é a utilização de crianças no comércio de mercadorias contrabandeadas. Muitas delas cruzam a Ponte da Amizade acompanhando as mães, o que as torna igualmente vulneráveis. Pela Ponte transitam diariamente centenas de crianças, expostas a todo tipo de violação de direitos.

Um dos dados de maior invisibilidade é o trabalho infantil doméstico, que envolve principalmente meninas menores de 16 anos. Dados da PNAD 2001 referem-se a 27.108 crianças executando trabalhos domésticos em todo o estado do Paraná. Em Foz do Iguaçu, observa-se a utilização do trabalho doméstico de crianças e adolescentes paraguaias, cujos direitos trabalhistas são ignorados.

No Paraguai, a Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), com base na Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/2002, informa que 13,6% das crianças de cinco a 17 anos (cerca de 265.706 pessoas) trabalham no Paraguai. Destas, 21,4% têm entre 10 e 17 anos, e 2,9% entre cinco e nove anos. Da população de cinco a nove anos, 43,4% trabalham fora de casa, sobretudo nas áreas urbanas. No campo, 79,5% desta população trabalham de um a cinco dias por semana. Nas cidades, 64% trabalha de seis a sete dias por semana.

Da população que trabalha na faixa etária de dez a 17 anos, 20,5% têm formação primária; 26,4% secundária; e 26,3% não têm nenhuma instrução. Da população de cinco a 17 anos que trabalha, 34,9% não assiste a nenhuma instituição de ensino formal e os problemas econômicos são a principal razão para deixar os estudos. Entre dez a 17 anos de idade, 37,5% trabalham na agricultura e na pesca; 22% em serviços e venda; e 28,9% são trabalhadores não qualificados.

O trabalho nas ruas é preocupante na região de Ciudad del Este. Em 2005, a Consejería Municipal por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (Codeni) do município realizou



um censo que revela que existem 1.049 crianças em situação de rua. Estas se dedicam a vender produtos, limpar vidros dos carros ou mendigar. A maioria não frequenta a escola. Os principais pontos de concentração destas crianças são a Ponte da Amizade, o centro da cidade e o terminal de ônibus. A investigação também revelou que a maioria destas crianças não tem documentos de identificação e não vive com suas famílias.

O debate é muito intenso no Paraguai, pois parte da sociedade entende o trabalho infantil como uma necessidade de sobrevivência das famílias. Existem, inclusive, organizações de crianças trabalhadoras, que se posicionaram contra a ratificação da Convenção 138 da OIT, que estabeleceu a idade mínima de 14 anos para o trabalho no país.

Outro desafio para o Paraguai é a tradição de utilização de “criaditas”, trabalhadoras domésticas que vivem em uma família acolhedora em condições de grande vulnerabilidade a todo tipo de abuso e violações de seus direitos. Segundo a Secretaría de la Niñez y la Adolescencia, existem no país cerca de 40 mil “criaditas” de seis a 12 anos de idade, 12 mil apenas em Asunción.

Nos três países, o trabalho infantil está diretamente ligado à pobreza e ao nível educativo dos pais. São necessários programas de geração de renda para as famílias, para que o trabalho das crianças não seja mais necessário ao orçamento doméstico. Também são necessárias campanhas de esclarecimento sobre os prejuízos do trabalho infantil para o desenvolvimento integral das crianças.

É preciso construir ou ampliar programas de transferência de renda para as famílias, que tenham como contraparte a manutenção das crianças nas escolas. Também é preciso garantir escolas de qualidade, com atividades complementares, que atraiam as crianças e posteriormente ofereçam bons cursos profissionalizantes para adolescentes.

Os governos dos três países devem assumir o compromisso de erradicar o trabalho infantil na Tríplice Fronteira e garantir a todas as crianças e a todos os adolescentes seu direito a frequentar escolas de qualidade e desfrutar de um lazer saudável e criativo.



# 6

## DIREITO À PROTEÇÃO CONTRA ABUSOS, MAUS-TRATOS E EXPLORAÇÃO

*A Convenção dos Direitos da Criança determina que o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.*

*A proteção engloba todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente ou exploração, incluindo a violência sexual.*

O direito à proteção é fundamental para garantir a integridade física, psicológica e emocional de crianças e adolescentes, que formam um dos grupos da sociedade mais vulneráveis à violência.

A violência contra crianças e adolescentes se manifesta em distintos níveis e formas. Muitas vezes, acontece dentro de casa e é comum que seja justificada como forma de criar os filhos. É imprescindível que se perceba todas as formas de violência contra crianças e adolescentes como violação de direitos e que os responsáveis sejam denunciados.

A violência doméstica é invisível. É preocupante a ausência de informações estatísticas e de ferramentas adequadas para produzi-las.

Na província de Misiones (Argentina), a problemática da violência familiar levou à criação, em 1991, de um programa para atenção de mulheres espancadas. Em 1997, foi criada a “Linha 102”, destinada à atenção de crianças maltratadas. A linha recebe chamadas de pessoas de todos os setores sociais e culturais, incrementando-se notavelmente nos últimos anos os pedidos de ajuda<sup>1</sup>. Infelizmente, o programa não dispõe de registro estatístico das denúncias recebidas.

Em 2004, foi fundada a Comisaría de la Mujer e a Policía Comunitaria em Posadas (capital provincial). Os dois órgãos têm sucursais em Puerto Rico e San Vicente, e trabalham em conjunto com a capital, (desenvolvendo programas de prevenção no interior da província). São atendidas denúncias de violência e abusos familiares ou individuais, envolvendo crianças e adolescentes de ambos os sexos.

Infelizmente, não existem dados desagregados por departamentos ou municípios. Muitas vezes, a institucionalização das crianças é a única resposta estatal para as vítimas da violência.

Ainda em 2004, o Juizado de Menores de Eldorado, que atende a toda a zona norte da província de Misiones, registrou 850 casos de violência contra crianças e adolescentes. Os tipos de violência mais frequentes são o abuso sexual, o incesto, os espancamentos e o abandono. Também são preocupantes os casos de mães espancadas.

As denúncias de violência são registradas pelos professores nas escolas, nos postos de saúde, na polícia e em outros âmbitos públicos. Em função disso, campanhas públicas estão sendo realizadas para alertar as pessoas mais vulneráveis sobre a importância de denunciar e procurar ajuda.

No Brasil, uma das principais portas de entrada para denúncias de violência contra crianças são os Conselhos Tutelares<sup>2</sup>. Estes devem garantir a notificação da violação para os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, requisitando o atendimento por serviços públicos e de defesa de direitos e a responsabilização dos agressores. A sistematização de todos os registros de violações deve ser feita pelo Sistema Nacional de Informações para a Infância e a Adolescência/SIPIA.

Todos os 32 municípios brasileiros selecionados têm Conselhos Tutelares instalados.

De janeiro de 1999 a outubro de 2005, foram encaminhadas ao SIPIA, pelos Conselhos Tutelares de 24 dos 32 municípios selecionados, 20.504 denúncias de violação de direitos de crianças e adolescentes. Os municípios com o maior registro de violência são Cascavel, Marechal Cândido Rondon, Foz do Iguaçu, Mundo Novo e Toledo.

No universo dos 24 municípios que enviaram informações ao SIPIA, mais de 44% dos atendimentos referem-se à violação do direito à “convivência familiar e comunitária”. A violação ao direito de “liberdade, respeito e dignidade” (que inclui a violência física, psicológica e sexual) é responsável por 25% das denúncias. Em seguida, aparece o direito violado à “educação, cultura, esporte e lazer” com 17%, à “profissionalização e proteção no trabalho” com 7% e à “vida e saúde” com 5% das ocorrências de violação de direitos.

Nos municípios brasileiros selecionados funcionam diversos abrigos e casas-lares, que atendem a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em estado de abandono familiar e/ou orfandade, na faixa etária de 0 a 18 anos. O estado do Paraná está finalizando um levantamento da situação desses abrigos e do número de crianças atendidas, mas os dados ainda não são públicos.

Em Foz de Iguaçu, as mulheres vítimas de violência contam com a casa Família Esperança e Vida, uma iniciativa da Itaipu, em parceria com a Delegacia da Mulher, que já atendeu a 40 mulheres e 65 crianças, que podem ficar até seis meses albergadas, junto com seus filhos.

Dados do Departamento de Estatística do Ministério Público demonstram que, em Ciudad del Este, foram feitas 34 denúncias de abuso sexual em crianças em 2002, 62 denúncias em 2003 e 44 em 2004. Em relação a tentativas de abuso sexual, foram sete denúncias em 2002, 13 em 2003 e 29 em 2004. Nos mesmos anos, foram feitas três denúncias de abuso sexual em pessoas sob tutela (“criaditas”).

<sup>1</sup> Conforme entrevista com Gloria Báez, responsável pelo Programa Provincial de Violência Familiar e de Gênero, ligado à Subsecretaria de la Mujer y la Familia del Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud da Província de Misiones, em julho de 2005.

<sup>2</sup> Conforme o art. 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.



Na mesma cidade foram denunciados, em 2003, dois casos de ato sexual contra menores de 18 anos. No que se refere a estupro, foram quatro denúncias em 2002, oito em 2003 e 32 em 2004. O maltrato a crianças e adolescentes com idades abaixo de 18 anos é a violência mais denunciada: 49 casos em 2002; 54 em 2003; e 83 em 2004. Foram registradas, em 2002, três denúncias de cafetinagem, 14 em 2003, e 16 em 2004.

Segundo dados da Secretaría de la Mujer, em Ciudad del Este são registrados cerca de 15 casos de abuso, violência doméstica e maltrato por dia. Em Presidente Franco, há entre duas a cinco denúncias de abuso por semana.

Nos três países, os instrumentos de contabilização dos dados precisam ser construídos ou aprimorados. Sistemas de proteção precisam ser ampliados. Na Argentina, os canais de denúncia ainda são poucos e é preciso conscientizar as pessoas sobre o direito de denunciar. No Brasil, existem vários canais de denúncia, mas o volume de ocorrência demonstra que a dimensão do problema é preocupante.

Igual preocupação também se deve ter com relação às estratégias de atendimento e responsabilização nos casos de violência denunciadas. No Brasil, os modelos de atendimento às crianças vítimas, ainda não chegaram a um patamar desejável. Poucas são as experiências que incorporam uma abordagem sistêmica sobre o conjunto da família onde ocorre a violência. Além disso, as medidas de responsabilização do agressor não estão articuladas com os modelos redução da reincidência (re-vitimização) sofrida pela criança.

No Paraguai, embora não exista um sistema amplo de encaminhamento de denúncias, os dados do Ministério Público e da Secretaría da Mujer apontam para um quadro grave de violação de direitos.

Este cenário de violências contra crianças e adolescentes tem entre suas principais causas a pobreza das famílias, o envolvimento de pais e responsáveis com drogas e álcool, a baixa escolaridade e a cultura patriarcal que ainda predomina em muitas famílias da região. Isto não significa

que programas de geração de renda para as famílias ou atendimento especializado para alcoólatras e drogados resolvam o problema a curto prazo.

A violência e o abuso são transmitidos de geração em geração. Trata-se de uma das áreas de maior complexidade para a assistência social, a saúde e os sistemas de segurança e justiça, exigindo capacitação de funcionários e acompanhamento especializado.

Além de um grande investimento na área de atendimento psicossocial, é preciso que os governantes dos três países avancem em instrumentos de produção de dados, necessários para a formulação de políticas públicas.

É preciso, igualmente, aprimorar os canais de denúncia e mostrar às crianças e aos adolescentes, vítimas de violência, que eles têm o direito de denunciar e serem protegidos pelo estado.

## 6.2 EXPLORAÇÃO SEXUAL E COMERCIAL E OUTRAS FORMAS DE EXPLORAÇÃO

**A** exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é uma violação fundamental dos direitos infanto-juvenis<sup>1</sup>.

Ela compreende o abuso sexual por adultos e a remuneração em espécie à criança, ao adolescente, a uma terceira pessoa ou várias. A criança e o adolescente são tratados como objeto sexual e mercadoria.

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes constitui uma forma de coerção e violência, que pode implicar o trabalho forçado e formas contemporâneas de escravidão. Essa prática é determinada não apenas pela violência estrutural, que constitui seu pano de fundo, como pela violência social e interpessoal.

A Convenção dos Direitos da Criança determina que o estado deve comprometer-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e abuso sexual.

A Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho, sobre as piores formas de trabalho infantil, inclui entre elas a exploração sexual comercial.

Em 25 de maio de 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou o Protocolo Facultativo para Convenção sobre os Direitos da Criança, relativo à venda de crianças, prostituição e pornografia infantis<sup>2</sup>.

Esses três acordos internacionais foram ratificados pela Argentina, pelo Brasil e pelo Paraguai. No entanto, a Tríplice Fronteira é uma região reconhecidamente marcada pela exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.

Em função disso, a OIT implementou um de seus programas internacionais de combate a esse delito naquela região. A OIT realizou diagnósticos da situação em Ciudad del Este, Foz do Iguaçu e Puerto Iguazú, revelando a existência de situações de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes nos três países, ligadas à pobreza, ao crime organizado e à impunidade dos exploradores e “clientes”.

Na Argentina, em todos os municípios selecionados, existem apenas dados qualitativos sobre abuso sexual<sup>3</sup> e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, fenômenos vinculados a situações de extrema pobreza e uma alta aglomeração de pessoas numa mesma casa, em zonas rurais e urbanas.

A exploração sexual comercial é reconhecida nas zonas urbanas e/ou nas zonas de fronteira e próximas às áreas de atividade econômica desenvolvidas essencialmente por pessoas do sexo masculino. Adquire diversas modalidades, desde o recrutamento de jovens para prostíbulos do Sul do país, até a combinação de trabalho na rua e atividades sexuais. O leque de idades é amplo, de nove a 17 anos, atingindo predominantemente mulheres.

Esta é a atividade de maior risco para crianças e adolescentes dos municípios argentinos selecionados. Os estudos e diagnósticos realizados pela OIT identificaram quatro modalidades de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em Puerto Iguazú, na Argentina, e demais localidades da área onde se localizam os postos de migrações (aduanas): (1) redes de recrutamento de jovens para prostíbulos; (2) serviços qualificados em hotéis; (3) crianças que trabalham nas ruas, exploradas sexual e comercialmente; e (4) centros de atração de crianças e adolescentes, como estacionamentos de caminhões, bares, sinucas e boliches.

O programa Luz de Infância, financiado pela OIT através do Ministério do Trabalho, Emprego e Seguridade Social, que se desenvolve desde 2003, em Puerto Iguazú, já recebeu mais de 100 denúncias, 50% delas de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e as demais de violência doméstica.

No Brasil, não existem dados confiáveis sobre a problemática, apenas estimativas, a partir dos atendimentos do Conselho Tutelar (encaminhados ao SIPIA), do Programa Sentinela (programa de governo voltado à proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual) e da Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes.

Dentre as denúncias enviadas ao SIPIA pelos Conselhos Tutelares dos municípios brasileiros selecionados, a violação ao direito de “liberdade, respeito e dignidade” (que inclui a violência física, psicológica e sexual) é responsável por 25% dos casos.

O Programa Sentinela está instalado em Cascavel, Diamante d’Oeste, Foz do Iguaçu, Medianeira e São Miguel do Iguaçu. Durante a realização dos seminários-consulta, reivindicaram este programa as prefeituras de Assis Chateaubriand, Guaíra, Ouro Verde do Oeste e Santa

<sup>1</sup> Conforme Declaração dl

<sup>2</sup> O Protocolo define venda de crianças como qualquer ato ou transação pelo qual uma criança seja transferida, por qualquer pessoa, ou grupo de pessoas, para outra pessoa, ou grupo, mediante remuneração ou qualquer outra retribuição; prostituição infantil como a utilização de uma criança em atividades sexuais mediante remuneração ou qualquer outra retribuição; e pornografia infantil como qualquer representação, por qualquer meio, de uma criança no desempenho de atividades sexuais explícitas reais ou simuladas ou qualquer representação dos órgãos sexuais de uma criança para fins predominantemente sexuais.

<sup>3</sup> Conforme o Informe del Grupo de Trabajo de la OMS sobre Violencia y Salud, 1996, abuso sexual é a participação de uma criança em uma atividade sexual que ela não compreende, para a qual

Terezinha de Itaipu, todas do Paraná e de Mundo Novo, no Mato Grosso do Sul, o que demonstra o avanço do problema de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes na região. Essa demanda é consideração relevante para a implantação dos novos Centros de Referência Especializada em Assistência Social, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).



A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes na região está ligada a outros tipos de crime, especialmente o tráfico de drogas e o tráfico de seres humanos. A proximidade da fronteira agrava o problema, pois facilita a circulação quase sem controle de crianças e adolescentes e permite aos criminosos e exploradores maiores possibilidades de fugas e de impunidade.

A Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (2005), coordenada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, com apoio técnico e financeiro do UNICEF, identifica situações de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu, Diamante d'Oeste, Mundo Novo, Cascavel e Assis Chateaubriand.

A OIT, com o apoio do Comitê Local de Enfrentamento à Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes de Foz de Iguaçu e da Itaipu, desenvolveu durante quatro anos o Programa de Combate à Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes na Triplíce Fronteira, com resultados bastante positivos, especialmente em termos de criação da Rede de Combate à Exploração Sexual Comercial Infanto-Juvenil, instalação de um disque-denúncia, capacitação e articulação de operadores de direito dos três países.

Como desdobramento do programa da OIT, várias iniciativas foram tomadas localmente, entre elas o Programa Acordar<sup>4</sup>, e a instalação, pelo governo do estado do Paraná, em parceria com a Itaipu, do Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência e Maus-Tratos (NUCRIA), delegacia especializada em crimes cometidos contra crianças e adolescentes.

A OIT identificou quatro níveis de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu: (1) crianças e adolescentes que trabalham nas ruas vendendo e transportando mercadorias contrabandeadas do Paraguai; (2) crianças e adolescentes que trabalham nas ruas fazendo programas e repassando drogas; (3) crianças e adolescentes que são exploradas sexualmente em pequenas casas de prostituição, pousadas, pequenos hotéis ou bares; e (4) crianças e adolescentes de classe média explorados sexualmente em boates, grandes casas de prostituição ou hotéis de médio e grande porte.

No Paraguai, o Informe do Relator Especial das Nações Unidas para o Tráfico de Crianças, a Prostituição e a Pornografia Infantil, Juan Manuel Petit, apresentado em dezembro de 2004, liga a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes diretamente ao contexto de pobreza e desigualdades sociais que caracterizam a região Leste paraguaia.

Segundo Juan Manuel Petit, duas de cada três trabalhadoras sexuais são crianças ou adolescentes, a maioria têm de 16 a 18 anos e começaram a ser exploradas entre 12 e 13 anos. Também se encontram meninas de oito anos. Cerca de 98% das trabalhadoras sexuais recebem entre 5 e 8 dólares americanos por atividade sexual realizada.

Os lugares de exploração são ruas, prostíbulos, centros comerciais, discotecas, locais noturnos, hotéis, casas de massagem, centros de caminhoneiros e terminais de ônibus. Petit afirma que há sinais claros de vinculação entre a exploração sexual comercial e o crime organizado.

Investigações realizadas pela OIT em Ciudad del Este, em 2002, registram que haviam na cidade aproximadamente 650 trabalhadoras sexuais e 250 crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. As áreas de maior incidência eram as proximidades da Ponte da Amizade e Aduanas.

Os estudos da OIT identificaram um perfil das crianças e adolescentes explorados sexual e comercialmente. Entre outras características, vítimas têm nacionalidade paraguaia, idade média de 16 anos, pais vivos, mas morando em lugares distantes de Ciudad del Este, têm pelo menos o primário concluído, mas abandonaram a escola, foram iniciadas na exploração entre os 14 e 15 anos, são exploradas na rua, atendem quatro pessoas por dia, em seu histórico pessoal sofreram abuso psicológico e físico, e só usam preservativos se seus "clientes" quiserem.

<sup>4</sup> O Programa Acordar é desenvolvido simultaneamente por quatro entidades que trabalham de forma complementar. A Sociedade Civil Nossa Senhora Aparecida é a responsável pelo gerenciamento do programa, também cuida das questões de saúde, através do políambulatorio e oferece oficinas profissionalizantes para as vítimas de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e familiares. O Núcleo de Ação Solidária Aids (Nasa) é responsável pela abordagem de rua ou *in loco*, em prostíbulos. A Casa do Teatro desenvolve oficinas em cinco pontos da cidade considerados críticos. Outra parceira do projeto é a Fundação Nosso Lar, que trabalha no atendimento às famílias, principalmente nas questões psicológicas.

A atuação da OIT foi fundamental para que sociedade e governo intensificassem o combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Hoje, existe em Ciudad del Este a Rede de Protección a la Niñez y Adolescencia de Alto Paraná, a Oficina Regional contra la Explotación Sexual y Comercial Infantil e o Centro de Atención, Prevención y Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes (CEAPRA), especializados no atendimento às vítimas.

Em novembro de 2005, a Oficina Regional contra la Explotación Sexual y Comercial Infantil divulgou que 35% das crianças em situação de rua, em Ciudad del Este, são exploradas sexualmente<sup>5</sup>.

Em Hernandarias, existe o projeto Proteção e Promoção Integral da Infância e da Adolescência, lançado pela Secretaria Nacional da Infância e da Adolescência do Paraguai, em parceria com a Itaipu Binacional.

A experiência da OIT na região demonstrou que o trabalho com as vítimas é complexo, envolvendo aspectos jurídicos, atendimento de saúde e acompanhamento psicológico. Hoje, se sabe que não basta prestar assistência às vítimas se não for feito um trabalho mais amplo com suas famílias e com a comunidade.

Pela contraface da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes com o crime organizado, foi criado o Grupo de Operadores de Direito da Tríplice Fronteira, para permitir a ação articulada de autoridades judiciais e policiais dos três países.

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes na Tríplice Fronteira representa uma grave violação de direitos. Exige dos governantes e da sociedade civil dos três países a continuidade e o aprofundamento nos programas existentes de enfrentamento ao delito.

#### **Programa de Prevenção e Eliminação da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes na Fronteira Argentina/Brasil/Paraguai**

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio do Programa de Eliminação do Trabalho Infantil, selecionou a Tríplice Fronteira para implementar um de seus programas mundiais de combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em função da complexa realidade local, com presença do crime organizado e do tráfico internacional de drogas, armas e seres humanos.

O fez também, porque já havia na região, especialmente em Foz do Iguaçu, uma mobilização importante da sociedade civil em termos de denúncia e combate à exploração sexual de crianças e adolescentes.

De setembro de 2001 a meados de 2005, com o financiamento do Departamento do Trabalho dos Estados Unidos, a OIT implementou nos municípios de Puerto Iguazú (Argentina), Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguai) o Programa de Prevenção e Eliminação da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes na Fronteira Argentina/Brasil/Paraguai.

O programa teve inúmeros méritos. O mais evidente está nos resultados obtidos em termos de identificar as lacunas legais e propor harmonizações entre os três países; contribuir na obtenção e análise de informações confiáveis e relevantes sobre a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes; fortalecer as instituições públicas e privadas na formulação e implementação de ações para eliminar a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes; proporcionar atenção nas áreas de saúde, educação, apoio psicossocial e jurídico a crianças e adolescentes sexualmente exploradas e contribuir na formulação de políticas e mecanismos de prevenção a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.

Para tanto, foram fundamentais as campanhas na mídia, o trabalho de capacitação, os centros de referência e o compromisso do setor policial.

O programa colocou no campo das redes de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes uma cunha de difícil remoção e isto, com certeza, poderá ser comprovado a longo prazo.

<sup>5</sup> Conforme La Nación, 07/11/2005. A mesma matéria registra que a Oficina assiste a 20 meninas vítimas de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes enquanto o CEAPRA atende cerca de 380 em seu centro de reabilitação.

## 6.3 TRÁFICO DE SERES HUMANOS

**E**m junho de 2000, o Conselho do Mercado Comum do Mercosul aprovou o Plano Geral de Cooperação e Coordenação Recíproca para a Segurança Regional em Matéria de Tráfico de Menores entre o Mercosul, a Bolívia e o Chile, que determina que os estados partes reafirmem a plena vigência das disposições da Convenção dos Direitos da Criança e da Convenção Interamericana sobre Restituição Internacional de Crianças.

Em junho de 2005, no âmbito da XVII Reunião de Ministros do Interior do Mercosul, foi assinado o “Acordo sobre Procedimento para Verificação da Documentação de Entrada e Saída de Menores”, de caráter operativo e com vigência imediata. O ato internacional pretende ampliar o controle no trânsito de menores entre as fronteiras do Mercosul, proporcionando, desse modo, maior proteção e segurança às crianças e aos adolescentes da região. A criação de um registro único de menores desaparecidos e de uma rotina de dupla verificação migratória, na entrada e saída de cada país tem como uma das metas dificultar o tráfico de pessoas.

Conforme o Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças, adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional, mais conhecida como Convenção de Palermo, o que configura o tráfico de pessoas é a atitude do aliciador de enganar ou coagir a vítima, apropriando-se da sua liberdade por dívida ou outro meio.

O Protocolo define o tráfico de seres humanos como “recrutamento, transporte, transferência, abrigo ou recebimento de pessoas, por meio de ameaça, ou uso da força, ou outras formas de coerção, de rapto, de fraude, de engano, do abuso de poder, ou de uma posição de vulnerabilidade, ou de dar ou receber pagamentos, ou benefícios para obter o consentimento para uma pessoa ter controle sobre outra pessoa, para o propósito de exploração”.

O Protocolo também define que exploração inclui, no mínimo, a exploração da prostituição ou outras formas de exploração sexual, trabalho ou serviços forçados, escravidão ou práticas análogas à escravidão, servidão ou a remoção de órgãos. O documento deixa claro 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 sob malogro.

Quanto às crianças, entendidas no protocolo como pessoas menores de 18 anos, é considerado tráfico o recrutamento, transporte, transferência, abrigo ou recebimento de uma criança para fins de exploração.

A Convenção dos Direitos da Criança determina que o estado tem a obrigação de tudo fazer para impedir o rapto, a venda ou o tráfico de crianças.

O tráfico de crianças e adolescentes na Tríplice Fronteira está ligado, sobretudo, à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Em junho de 2003, em Foz do Iguaçu, a Polícia Federal prendeu uma agenciadora internacional de meninas que levava brasileiras para serem exploradas em Buenos Aires. Um mês depois, o Conselho Tutelar de Foz de Iguaçu resgatou duas meninas brasileiras num prostíbulo de Los Cedrales (Paraguai), com o apoio da Promotoria Pública de Ciudad del Este e da Polícia Nacional paraguaia.

Estes dois casos são indicativos da gravidade do problema do tráfico na região. Infelizmente, ainda são poucos os casos que são denunciados, investigados e que levam à prisão os traficantes.

Na Argentina, conforme diagnóstico feito pelo Programa Luz de Infância/Ministério do Trabalho/OIT, verificou-se o recrutamento de adolescentes de Puerto Iguazú e arredores para o trabalho em prostíbulos de grandes centros urbanos argentinos e brasileiros. Notícias de jornais também têm apontado para a existência de rotas de recrutamento na região.

Entrevistas de campo, realizadas para este estudo, apontam para a existência de recrutadores que vão até as localidades atraindo crianças e adolescentes, com ofertas de trabalho que são, no final das contas, redes de exploração sexual.

No Brasil, conforme a Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil (Pestraf), publicada em 2002, existem 241 rotas terrestres, marítimas e aéreas de tráfico de crianças, jovens e mulheres para a exploração sexual no exterior e no interior do país.

O estudo identifica na região brasileira quatro rotas internacionais de tráfico de seres humanos. Do Paraná saem crianças e adolescentes para Hernandarias (Paraguai), Rio de Janeiro, Europa, e Argentina. Do Mato Grosso do Sul, saem rotas de tráfico para Bolívia, Paraguai, Chile, Itália e Espanha.

O Estudo Analítico do Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Brasil (1996 a 2004), realizado pelo Grupo de Pesquisa sobre Violência e Exploração Sexual (Violes), aponta para a gravidade do problema nas fronteiras brasileiras, especialmente em 104 municípios, onde o crime já tomou caráter transnacional, entre eles Foz do Iguaçu.

Também o estudo *La Trata de Personas en el Paraguay*, da Organização Internacional para as Migrações (OIM), mostra que o tráfico de mulheres paraguaias utiliza rotas terrestres que passam por Foz do Iguaçu, Cascavel e Curitiba.

No Paraguai, dentro dos programas de cooperação na luta contra o tráfico de pessoas, o governo dos Estados

Unidos doou mais de 100 mil dólares, a serem utilizados em ações concretas no combate a este delito. Os fundos serão administrados pela Secretaría de la Mujer.

Os principais fluxos de tráfico de seres humanos que saem do Paraguai dirigem-se a América do Norte, Europa e Oriente Médio, embora também existam fluxos internos, como demonstra a recente desarticulação, na Argentina, de uma rede de traficantes de crianças e adolescentes paraguaias, exploradas sexualmente em Buenos Aires.

No Estudo La Trata de Personas en el Paraguay, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) registra que, entre 2000 e 2004, foram identificados 118 casos de tráfico interno e internacional, nos quais foram envolvidas 495 mulheres e adolescentes, principalmente paraguaias. Destas, 145 tinham menos de 18 anos.

Do total de menores vitimadas, quase 30% são vítimas de tráfico interno e 70% de tráfico internacional. São 104 crianças e adolescentes recrutadas para serem exploradas sexualmente em países estrangeiros.

Segundo o mesmo estudo, 36% dos 89 casos sobre os quais se conhece a procedência da vítima correspondem a Asunción e departamento Central; 22% a Itapua; 8% a Alto Paraná; e 6% a Guairá. O restante se distribui entre os demais departamentos, inclusive Caaguazú.

O destino principal das adolescentes é a Argentina, com 62%, sendo que 40% delas são vítimas de tráfico interno. Chama a atenção a pequena quantidade de casos contabilizados de tráfico para o Brasil, pois há um movimento constante de crianças e adolescentes entre as cidades fronteiriças da região.

Os fluxos também se produzem na direção contrária, principalmente de Foz de Iguazu para Ciudad del Este e para as colônias agrícolas brasileiras próximas. São vários os casos de adolescentes procedentes de outras cidades do Paraná e Rio Grande do Sul (Brasil), encontradas em prostíbulos das colônias brasileiras de San Alberto, Santa Rita, Katueté e outras.

O estudo da OIM constatou que das cidades de Caaguazú, Ciudad del Este e Hernandarias também saem crianças e adolescentes para as colônias brasileiras de Santa Rita, San Alberto, Katueté, Mbaracayú e outras zonas de agricultura extensiva exploradas por estrangeiros residentes no país. Também registra o tráfico de crianças e adolescentes de outras cidades do interior do Paraguai, para as cidades de Hernandarias, Ciudad del Este, Coronel Oviedo, Encarnación e Asunción.

A existência de tráfico de crianças e adolescentes na Tríplice Fronteira exige dos governantes e da sociedade

civil ações urgentes de punição aos criminosos, programas especiais de resgate e recuperação das vítimas, e investigações mais sistemáticas sobre o tema.

O tráfico de seres humanos é uma das mais graves violações dos direitos de crianças e adolescentes. Crianças traficadas estão expostas a toda sorte de explorações e a uma série de perigos e vulnerabilidades.

## 6.4 ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, CRIANÇAS EM ABRIGOS E MÃES COM CRIANÇAS EM INSTITUIÇÕES PENAIS E CASAS DE ABRIGO

**A** Convenção dos Direitos da Criança (CDC) estabelece que o Estado deve zelar para que nenhuma criança seja privada de sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária.

Privar a criança de sua convivência familiar, para colocá-la em abrigos, deve ser uma medida tomada em conformidade com a lei e, apenas, como último recurso, e durante o mais breve período de tempo que for apropriado.

A CDC garante que toda criança privada de liberdade seja tratada com a humanidade e o respeito que merece, a dignidade inerente à pessoa humana, e levando-se em consideração as necessidades de uma pessoa de sua idade.

Em especial, toda criança privada de sua liberdade deve ficar separada dos adultos e terá direito de manter contato com sua família por meio de correspondência ou de visitas, salvo em circunstâncias excepcionais.

O conceito de privação de liberdade se encontra expressamente consignado nas Regras das Nações Unidas para a Proteção de Menores Privados de Liberdade (Resolução 45-113 da Assembléia Geral da ONU). Este documento estabelece que por privação de liberdade se entende toda forma de detenção ou encarceramento, assim como o internamento em um estabelecimento público ou privado do qual não se permita ao menor sair por sua própria vontade, por ordem de qualquer autoridade judicial, administrativa ou outra autoridade pública<sup>6</sup>.

Entre as características socioeconômicas que podem levar a uma incidência de casos de adolescentes em conflito com a lei, pode-se mencionar baixos níveis de renda, pobreza, desocupação, má nutrição e abandono escolar. Entre as características socioculturais, pode-se mencionar modos violentos de tratar as crianças, discriminação e proliferação de armas. Entre as características pessoais das crianças e adolescentes em conflito com a lei, pode-se mencionar abuso de substâncias tóxicas, maus-tratos durante a infância e perda de perspectivas em relação ao futuro.

Na Argentina, em nível nacional, o processo de adequação das normativas internas aos preceitos da CDC se completou em 2005 e, em nível local, somente as províncias de Mendoza, Chubut, Tierra del Fuego, Neuquén e Misiones, além da Cidade Autônoma de Buenos Aires, sancionaram

esse processo legislativo de adequação legal. Na província de Misiones (Argentina), não existem registros institucionais que permitam quantificar a incidência de atos delitivos praticados por crianças e adolescentes e, menos ainda, que permitam medir ou visualizar a quantidade de crianças e adolescentes institucionalizados.

Na maioria dos casos, os adolescentes acusados de delitos (roubos, assaltos, tráfico de drogas, etc.) são detidos para averiguação de antecedentes pela Polícia Provincial, pela Gendarmeria Nacional ou pela Prefectura (Fuerza de Seguridad Naval, que controla os portos e aduanas).

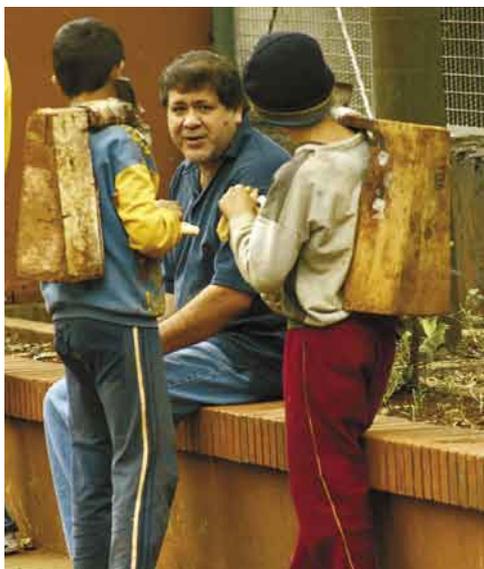
Na maioria dos casos reincidentes saem e entram da Alcaidia de Menores (unidades próprias para adolescentes) sem encontrar soluções satisfatórias de “reinserção” na sociedade, ante as limitações dos programas de assistência e capacitação profissional.

Em Misiones, existe apenas uma unidade penitenciária para jovens, localizada em Posadas (capital provincial), para a qual são levados os jovens detidos que habitam nos municípios em estudo. Isto dificulta ainda mais a manutenção dos vínculos familiares, pela distância geográfica.

Na província de Misiones, os presídios femininos permitem que as mães fiquem com seus filhos até os dois anos. Em Eldorado, localiza-se uma das três unidades carcerárias provinciais que albergam mulheres.

No Brasil, para atender ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê que o adolescente a quem se atribui autoria de ato infracional aguarde sentença em ambiente diferenciado das cadeias comuns, estão em funcionamento no Paraná os Serviços de Atendimento Social, de forma descentralizada e regionalizada.

A integração operacional dos órgãos do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e o Serviço de Atendimento Social (SAS) é denominado Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Infrator (CIAADI). Em Foz do Iguaçu, funciona um CIAADI/SAS que, em outubro de 2005, atendia a 26 adolescentes, pelo período máximo de 45 dias. Em parceria com os municípios, foram implantados SAS em Cascavel e Toledo. Em outubro de 2005, sete adolescentes estavam abrigados no SAS de Toledo e 26 no de Cascavel.



<sup>6</sup> Conforme Centro de Estudios

O adolescente que se encontra em cumprimento de medida socioeducativa, privativa de liberdade, determinada pelos Juizados das Varas da Infância e da Juventude, é encaminhado a centros de internação. Na região em estudo, existe uma unidade de internação em Foz do Iguaçu, que atendia, em outubro de 2005, a 70 adolescentes do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos.

No Mato Grosso do Sul, as unidades de internação e de semi-liberdade são municipalizadas. As mais próximas do município de Mundo Novo são a Unidade Educacional de Internação Masculina Laranja Doce e a Unidade Educacional de Internação Feminina Esperança, ambas no município de Dourados.

Durante os seminários-consulta, foram várias as demandas, por parte dos governos municipais, de programas e instalações adequadas para o cumprimento de medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade.

No Paraguai, estão privados de liberdade aproximadamente 296 adolescentes. Destes, 232 estão em centros separados da população adulta. A Corte Suprema de Justiça firmou convênio de cooperação com o UNICEF, em junho de 2004, para instalar um projeto piloto de atenção a adolescentes em conflito com a lei.

O relator especial das Nações Unidas para o Tráfico de Crianças, a Prostituição e a Pornografia Infantil, Juan Manuel Petit, em informe apresentado em dezembro de 2004, relata visitas feitas aos presídios de Ciudad del Este, Coronel Oviedo e Pedro Juan Caballero.

Neles, recolheu testemunhos de abusos contra adolescentes por parte de outros presos e funcionários de prisões. O espaço à disposição dos adolescentes é muito limitado nestes presídios. No Presídio de Ciudad del Este, estavam 20 adolescentes privados de liberdade, dividindo celas com adultos.

Em alguns dos municípios estudados, existem abrigos que albergam crianças, fundamentalmente órfãos, trabalhadores de rua, crianças maltratadas, abusadas ou abandonadas e crianças com problemas de drogadição. Em sua maioria, esses abrigos têm recursos fornecidos pela própria comunidade ou pela cooperação internacional para o desenvolvimento. Em alguns, o Ministério da Educação e Cultura paga o salário dos professores.

Existem dois presídios femininos no Paraguai. As mulheres presas podem ficar com seus filhos até que estes completem cinco anos de idade. Existem outros lugares de reclusão para mulheres, de pequena capacidade. Todos se localizam em presídios masculinos, em instalações separadas e muito precárias.

Nos três países, o problema de adolescentes envolvidos com algum tipo de crime vem aumentando, sem que a estrutura existente para garantir seus direitos e sua ressocialização consiga atender à demanda.

## RESPONSABILIDADE PENAL

### ARGENTINA

A Lei N° 23.849 e o Art. 75 da Constitución de la Nación Argentina determinam que, a partir dos 16 anos, adolescentes podem ser privados de sua liberdade se cometem delitos e podem ser internados em alcaidias ou penitenciárias.

### BRASIL

O Art. 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente determina que são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos, sujeitos às medidas socioeducativas previstas na Lei.

### PARAGUAI

A Lei 2.169 define como "adolescente" o indivíduo entre 14 e 17 anos. O Código de La Niñez afirma que os adolescentes são penalmente responsáveis, de acordo com as normas de seu Livro V.

## O DESAFIO DAS DROGAS

Durante a realização dos seminários-consulta, ficou clara a preocupação dos municípios brasileiros com a questão da drogadição. Mesmos aqueles com elevado IDH e atendimento de excelência ao público infanto-juvenil demonstram que precisam de apoio em termos de capacitações e construção de centros especializados para enfrentamento do problema.

A proximidade da fronteira é um agravante, pois as crianças e os adolescentes ficam expostos a rotas de tráfico internacional. Com as drogas, aumenta a vulnerabilidade à exploração sexual, Aids e toda espécie de violência. Não podemos esquecer que a pobreza e a falta de educação estão ligadas ao aumento do consumo de drogas e álcool.

Existem poucos estudos sobre o assunto. Em 2000, o UNICEF Brasil divulgou a publicação "A Voz dos Adolescentes", que indicava que 14,2% dos entrevistados (num universo de 5.280 adolescentes brasileiros) afirmaram ter usado drogas, legais ou ilegais.

Em fevereiro de 2005, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Paraná encaminhou ao governo estadual uma proposta de incluir nos currículos das escolas e universidades estaduais a disciplina de Cidadania e Qualidade de Vida, com ênfase na prevenção ao uso de drogas.

Esta é uma das áreas mais problemáticas identificadas por este estudo. É grande a preocupação dos governos e da sociedade locais com as perspectivas de vida dos adolescentes.

Numa situação social marcada pela pobreza, numa região geográfica que é rota de tráfico de drogas e outros delitos e numa sociedade que estimula o consumo, esses adolescentes tornam-se vítimas fáceis do aliciamento por criminosos.

Os governantes e a sociedade civil dos três países precisam dar prioridade ao problema da adolescência na região, investindo massivamente em cursos profissionais, programas de primeiro emprego, atividades esportivas e lazer.



# 7

## DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

Embora os governos e a sociedade civil estejam envolvidos em inúmeros programas de atendimento para crianças e adolescentes da região, pode-se afirmar, em termos gerais, que seus direitos, conforme explicitados na Convenção dos Direitos da Criança e nas normativas internas dos três países, não estão sendo plenamente respeitados e protegidos.

Foram verificados problemas em todos os indicadores selecionados. Milhares de crianças vivem em casas sem saneamento e água potável, se encontram em situação de pobreza, não têm garantido o atendimento médico e escolar de qualidade, estão expostas à Aids, não possuem documentos, alimentam-se mal, precisam trabalhar para ajudar no orçamento familiar, são vítimas de violência doméstica e estão desprotegidas numa região de comprovada existência de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e de tráfico de seres humanos.

As causas desta realidade são sobretudo econômicas. Os três países têm passado por crises que afetam profundamente as camadas mais desfavorecidas da sociedade. A necessidade de trabalho joga nas ruas, ou oculta em casas alheias, milhares de crianças e adolescentes. O trabalho infantil impede a escolarização, criando um círculo vicioso de pobreza.

Nos 62 municípios estudados, são grandes as diferenças de situações e desenvolvimento socioeconômico. Alguns deles têm excelentes indicadores sociais e programas exemplares de atendimento a crianças, adolescentes e gestantes. Outros têm problemas gravíssimos de saneamento, saúde e proteção. As diferenças existem também entre os municípios e o total do país.

Tais diferenças não se refletem apenas em termos de renda, mas também em termos de acesso de crianças e adolescentes a serviços sociais básicos e mecanismos de proteção, inclusive em função da sua situação particular de etnia ou lugar de residência. Estas disparidades não só perpetuam a situação de pobreza como também contribuem para a desintegração social, deixando mais complexas as problemáticas sociais identificadas neste estudo.

Existem também as questões de natureza política. É fundamental que os governos federais, estaduais e municipais priorizem a criança e o adolescente em suas propostas e execuções orçamentárias.

O crime organizado existente na região representa uma grave ameaça. Crianças e adolescentes são vítimas preferenciais. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, o tráfico de drogas, o tráfico de seres humanos e o contrabando de mercadorias andam juntos. É preciso reprimir os criminosos e criar programas de ressocialização para as vítimas.

A sociedade civil organizada tem um papel fundamental no enfrentamento das questões que vitimizam crianças e adolescentes da região. Precisa ter uma posição firme de não conivência com a exploração e uma atitude propositiva junto às autoridades locais.

Além de identificar os problemas e os responsáveis pela violação ou não realização dos direitos das crianças e dos adolescentes, o processo de realização deste trabalho identificou as boas práticas existentes para modificar esta realidade.

São inúmeros os programas federais, estaduais-departamentais-provinciais e municipais criados para proteger os direitos das crianças e dos adolescentes da Tríplice Fronteira, especialmente aqueles em situação de maior risco. A participação da sociedade civil também é exemplar. Sem ela, os governos não poderiam ter avançado tanto em programas específicos de atendimento.

Porém, em maior ou menor grau, nota-se que as ofertas institucionais orientadas para a infância e adolescência se ressentem de uma articulação entre as diversas políticas para o setor.

Vimos, neste trabalho, como as questões de saúde, gênero, raça, educação, segurança alimentar, saneamento e proteção andam juntas. As políticas públicas nestas diversas áreas devem articular-se levando em consideração o enfoque integral para o cumprimento de direitos.

A ausência desta articulação se expressa na sobreposição de ações e na dispersão de esforços, resultando em políticas de alcance limitado.

Os resultados desta análise de situação apontam para uma série de recomendações para a ação. Algumas delas estão citadas a seguir tais como:

- a necessidade de estabelecer uma oferta regular de registro civil em hospitais e maternidades; realização de campanhas que divulguem a gratuidade do serviço; e a importância do registro civil para os direitos de cidadania da criança;

- o estímulo ao aleitamento materno, a atenção às doenças prevalentes na infância (diarréias, pneumonias e desnutrição); a oferta regular da vacinação em crianças e mães em áreas de baixa cobertura; e o aparelhamento e capacitação dos serviços público de saúde são também de fundamental importância;

- a oferta regular nos sistemas de saúde; propostas de prevenção, de aconselhamento e testagem do vírus HIV e sífilis em gestantes; assim como de tratamento, quando necessário é urgente dada a crescente feminização da epidemia;

- a ampliação dos serviços de saneamento básico, com definições de atribuições municipais, estaduais/departamentais/provinciais; e garantia de execução orçamentária;

- Uma das maiores necessidades da região é uma rede ampliada de atendimento materno-infantil, que ofereça às mães e as crianças serviços de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido. Esta rede de serviços precisa levar em consideração as tendências migratórias da Tríplice Fronteira e buscar alternativas que impeçam a descontinuidade nos tratamentos;

- É preciso, igualmente, que os três países invistam numa educação de qualidade, que incorpore crianças de zero a cinco anos e crianças das zonas rurais, e que mantenham as crianças nas escolas, diminuindo os indicadores de evasão e repetência;

- Uma das etapas mais críticas para o desenvolvimento pleno das capacidades das crianças e adolescentes se dá nos primeiros anos de vida. Portanto, nos esforços que o estado realize para garantir os direitos das crianças mais novas, devem-se levar em consideração as necessidades que as crianças têm de contar com afeto e com um entorno protetor no âmbito familiar. Para isto, se requer o fortalecimento das famílias em sua capacidade de cuidado, alimentação e proteção no contexto de programas de desenvolvimento infantil integral;

- A análise mostra que os adolescentes são particularmente vulneráveis aos riscos de contágio de HIV/Aids, à exploração e ao abandono escolar. É importante que as políticas e ações enfocadas nos adolescentes mantenham uma abordagem integral dos problemas que este setor da população enfrenta, dando ênfase na sua permanência na escola e na conclusão dos ciclos educacionais, na prevenção do HIV/Aids e doenças de transmissão sexual, na expansão dos espaços de expressão e participação na busca de soluções às problemáticas que os afetam;

- É preciso ampliar experiências como a do Grupo de Operadores de Direito da Tríplice Fronteira, criado a partir da atuação regional da Organização Internacional do Trabalho no combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, para sua atuação também no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e do tráfico de seres humanos.

O UNICEF entende que é necessária a construção de uma agenda de trabalho conjunto dos três países, com metas, ações e mecanismos de

monitoramento para responder aos problemas identificados no estudo, de maneira global e integral.

Os diversos grupos temáticos do Mercosul, que contam com a representação dos três países envolvidos neste estudo, devem ser estimulados a priorizar ainda mais a criança e o adolescente em suas análises e planejamentos e a pensar a região da Tríplice Fronteira como área especial de atenção e atuação.

Crianças vulneráveis numa região insegura precisam de redes de proteção construídas em conjunto por governos e sociedade civil, com o apoio de organismos internacionais, quando se considere necessário e pertinente. Somente uma grande mobilização desses setores poderá transformar a realidade e garantir a proteção de todas as crianças e todos os adolescentes da Tríplice Fronteira.

Promover os direitos da criança e do adolescente nesta região é uma oportunidade de fortalecer a cooperação e integração com ações concretas no âmbito do Mercosul.

Este trabalho inicial de diagnóstico pretende ser uma contribuição a mais para esta tarefa urgente e necessária para promover a garantia, respeito e proteção dos direitos das crianças e adolescentes na região.





