

ROSANA KEIKO DOKKO

**SERVIÇOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA: ESTUDO DE
CASO SOBRE PONTA PORÃ (BRASIL) E PEDRO JUAN
CABALLERO (PARAGUAI)**

Dourados – 2014

ROSANA KEIKO DOKKO

**SERVIÇOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA: ESTUDO DE CASO SOBRE
PONTA PORÃ (BRASIL) E PEDRO JUAN CABALLERO (PARAGUAI)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Geografia - da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientadora: Prof. Dra. Lisandra Pereira Lamoso

Dourados – 2014

ROSANA KEIKO DOKKO

**SERVIÇOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA: ESTUDO DE CASO SOBRE
PONTA PORÃ (BRASIL) E PEDRO JUAN CABALLERO (PARAGUAI)**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Dr^a Lisandra Pereira Lamoso

1º Examinador: Dr. Marco Aurélio Machado de Oliveira

2ª Examinadora: Dr^a Flaviana Gasparotti Nunes

Dourados, 30 de abril de 2014.

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, Teresa (*in memoriam*) e Arnaldo, que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha família, aos meus pais, aos meus irmãos e à minha cunhada, que me incentivaram.

O agradecimento especial é à minha orientadora, Dra. Lisandra Pereira Lamoso, que teve muita paciência e dedicação na orientação à dissertação. Pelo acolhimento no grupo de pesquisa e pelas aulas ministradas.

À Universidade Federal da Grande Dourados, ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, que sempre esteve à disposição para ajudar os alunos.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, especialmente à Dra. Lia Osório Machado, que autorizou a ida para cursar matérias, e pela disponibilidade de material do seu laboratório.

Aos professores, Dra. Flaviana Gasparotti Nunes, Dr. Guillermo Alfredo Johnson, Dr. Eduardo Salinas Chávez, Dra. Olga Maria Schild Becker e, em especial, ao Dr. Roberto Lobato Corrêa, que me ajudaram na minha formação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de mestrado, que permitiu a realização da pesquisa. Agradeço também ao Programa Nacional de Cooperação Acadêmica - PROCAD, pelo financiamento da bolsa para o estudo na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Aos convênios de saúde de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que me forneceram dados. Aos estabelecimentos de saúde de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que me forneceram dados e permitiram com que eu aplicasse os questionários e as entrevistas. Às pessoas que responderam os questionários e as entrevistas.

Ao Ramão Jasin, pelo desenho da planta urbana, marcando os estabelecimentos de saúde privado. E a todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram na pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE ABREVIATURAS.....	11
Resumo	13
Abstract.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I.....	19
1. A discussão sobre a Fronteira: limites e interações.....	19
1.1. Limite e fronteira.....	19
1.2. Cidades-gêmeas	29
1.3. Redes e fronteira.....	34
1.4. Interações espaciais	37
CAPÍTULO II.....	44
2. Os municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.....	44
2.1. Histórico	45
2.2. População e Economia.....	49
CAPÍTULO III	55
3. Sistema de saúde.....	55
3.1. Antecedentes do sistema de assistência à saúde do Brasil	55
3.2. Sistema de Saúde no Brasil	59
3.3. Antecedentes do sistema de assistência à saúde do Paraguai.....	61
3.4. Sistema de Saúde no Paraguai	62
3.5. Sistema de Saúde na fronteira	64
3.6. Os convênios	71
3.6.1. UNIMED	72
3.6.2. CASSEMS.....	72

3.6.3. FUSEx	74
3.6.4. CASSI.....	75
3.6.5. ASSEFAZ.....	75
3.6.6. Pax Primavera.....	76
3.6.7. Nipoassist	76
3.6.8. COMED.....	77
3.6.9. Asismed	77
3.6.10. Medilife	77
3.6.11. Odontomédica.....	78
3.6.12. Migone.....	78
3.7. Estabelecimentos de saúde de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero	81
3.7.1. Estabelecimentos em Ponta Porã.....	82
3.7.1.1. Centro Oftamológico de Ponta Porã.....	82
3.7.1.2. Clínica da Mulher	83
3.7.1.3. Gastrocentro.....	83
3.7.1.4. Meu Eu	84
3.7.1.5. Gineclínica.....	85
3.7.2. Estabelecimentos em Pedro Juan Caballero	86
3.7.2.1. Clínica Diaz de Vivar	86
3.7.2.2. Clínica San Antonio	87
3.7.2.3. Hospital Viva Vida	88
3.7.2.4. Hospital San Lucas	89
3.7.2.5. Hospital San Francisco	90
3.8. Os usuários na fronteira.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
Anexos.....	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Limite entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.....	20
Figura 2 – Visão da Av. Brasil - entre Brasil-Paraguai	21
Figura 3 – Faixa de fronteira	28
Figura 4 – Articulação entre cidades-gêmeas que faz fronteira com o Brasil.....	33
Figura 5 – Tipologia das interações transfronteiriças.....	39
Figura 6 – Mapa do Paraguai e os territórios perdidos a favor da Argentina e do Brasil (1876)	46
Figura 7 – Plano Diretor do Município de Ponta Porã e Plano de Ordenamento Territorial e Ambiental de Pedro Juan Caballero	50
Figura 8 – MATO GROSSO DO SUL - Estabelecimentos de saúde do SUS	60
Figura 9 – Hospital da Cassems unidade de Ponta Porã.....	73
Figura 10 – Centro Oftalmológico Ponta Porã	82
Figura 11 – Clínica da Mulher.....	83
Figura 12 – Gastrocentro	84
Figura 13 – Clínica Meu eu	85
Figura 14 – Gineclínica	86
Figura 15 – Clínica Diaz de Vivar.....	87
Figura 16 – Clínica San Antonio	88
Figura 17 – Hospital Viva Vida.....	89
Figura 18 – Hospital San Lucas.....	90
Figura 19 – Hospital San Francisco.....	91
Figura 20 – Estabelecimentos de Saúde Privada de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pedro Juan Caballero: nacionalidade dos pacientes nas clínicas e hospitais privados	96
Tabela 2 – Pedro Juan Caballero: Porcentagem de utilização de convênios pelos entrevistados	96
Tabela 3 – Pedro Juan Caballero: motivo de escolha do estabelecimento de saúde dos hospitais e clínicas privados	97
Tabela 4 – Ponta Porã: nacionalidade dos pacientes nas clínicas privados.....	97
Tabela 5 – Ponta Porã: convênios dos pacientes nas clínicas e hospitais privados.....	97
Tabela 6 – Ponta Porã: motivo de escolha do estabelecimento de saúde das clínicas privados	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos convênios utilizados na fronteira Ponta Porã – Pedro Juan Caballero.....	79
Quadro 2 – Estabelecimentos selecionados para investigação das características do sistema de saúde privado na cidade de Pedro Juan Caballero – Paraguai.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
ASSEFAZ – Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensão
Cassems – Caixa de Assistência aos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul
CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMED – Cooperativa de saúde de Pedro Juan Caballero
Conaps – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário
CPF – Cadastro de Pessoas Físicas
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FUSEx – Fundo de Saúde do Exército pelo Governo Federal
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
II PND – II Plano Nacional de Desenvolvimento
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto de Previdência Social
IPS – Instituto de Previsión Social
IPS – Instituto de Previsión Social (Paraguai)
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
Mercosul – Mercado Comum do Sul
MESP – Ministério da Educação e da Saúde Pública
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MSPyBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguai)
NOAS – Norma Operacional Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAIS – Programa das Ações Integradas de Saúde
PDFF – Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PDI – Programação e Orçamentação Integrada

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPA – Plano de Pronta Ação
PRA – Programa de Racionalização Ambulatorial
SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMMED – Sistema de Atendimento Médico-hospitalar dos Militares do Exército
Sinpas – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SIS Fronteira – Programa de Sistema Integrado de Saúde da Fronteira
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
Unimed – Cooperativa de trabalho médico
ZAP – Zona de Adensamento Prioritário
ZAS – Zona de Adensamento Secundário
ZEEU – Zonas Especiais de Estruturação Urbanística
ZEIHC – Zonas Especiais de Interesse Histórico e Cultural
ZEM – Zonas Empresariais
ZEPA – Zonas Especiais de Proteção Ambiental

RESUMO

As cidades gêmeas de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai) são conurbadas, a divisão é dada por uma rua, o que caracteriza a condição de fronteira-seca. Diferentes legislações se aplicam nos três níveis hierárquicos (Municipal, Estadual, Federal), tornando a região particular. O objetivo do trabalho é verificar se os serviços de saúde privada são compartilhados pela população de ambas as cidades, se os custos em Pedro Juan Caballero atraem a população de Ponta Porã e vice-versa. O objetivo específico é pesquisar o que motiva a busca por serviços de saúde privado em Ponta Porã e em Pedro Juan Caballero pela população que tem condições de pagar por planos de saúde, o que a leva buscar serviços de um ou de outro lado da fronteira. Esta pesquisa foi dividida em pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa de campo foi feita em escritórios dos convênios de saúde, clínicas e hospitais privados de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Foram aplicados 56 questionários, sendo 7 questionários para cada estabelecimento. As pessoas escolhidas foram as que estavam chegando ou esperando por atendimento médico nas clínicas e hospitais pesquisados e foram realizadas quatro entrevistas com usuários e uma entrevista com a Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã. O estudo demonstrou que os serviços de saúde privada são compartilhados pela população de ambas as cidades, principalmente os serviços de saúde privado de Pedro Juan Caballero, que atrai a população pagante pontaporanense, sendo cerca de 35,71%. Já o serviço de saúde privado de Ponta Porã não tem um número significativo de usuários Paraguaio, sendo apenas 3,57%. Na maioria dos estabelecimentos privados de Pedro Juan Caballero, a população não utilizava muito os convênios de saúde, apresentando 14,28% que utilizavam convênios médicos. Já no Município de Ponta Porã 53,57% utilizavam convênios médicos. Mesmo os convênios montando um plano de pagamento, há uma dificuldade de acesso aos mesmos que pode ser derivada do reduzido poder aquisitivo e da renda per capita da população paraguaia. Ainda em Pedro Juan Caballero, os motivos de escolha dos estabelecimentos de saúde dos hospitais e clínicas privadas foram os seguintes: 64,28% pela opção pelo médico, 28,57% pelo preço da consulta e 7,14% pela opção oferecida pelo convênio. Já os motivos de escolha do estabelecimento de saúde privada em Ponta Porã foram 75% pela opção do médico e 25% pela opção oferecida pelo convênio. Em ambas as cidades, o motivo de escolha predominante é a opção pelo médico, geralmente por indicação de parentes, amigos, ou conhecidos. A segunda opção é pelo preço da consulta em Pedro Juan Caballero. E em Ponta Porã a segunda opção é a opção oferecida pelo convênio. Os dados são amostrais mas podem ser utilizados para subsidiar políticas públicas para serviços de saúde em municípios fronteiriços.

Palavras-chaves: Fronteira; Cidades-Gêmeas; Serviços de Saúde; Planos de Saúde

ABSTRACT

The twin cities of Ponta Pora (Brazil) and Pedro Juan Caballero (Paraguay) are conurbated, the division is given by a street , which characterizes the boundary condition dry. Different laws apply in three hierarchical levels (municipal, state , federal) , making the particular region . The objective is to verify that the private health services are shared by the population of both cities , the costs in Pedro Juan Caballero attract the population of Ponta Pora and vice versa . The specific objective is to investigate what motivates the search for private health services in Ponta Pora and Pedro Juan Caballero by people who can afford to pay for health insurance , which leads her to seek one or the other side of the border services . This research was divided into literature and field research . The fieldwork was done in offices of health plans , private clinics and hospitals in Ponta Pora and Pedro Juan Caballero . 56 questionnaires were completed , with 7 questionnaires for each property . The chosen people were the ones who were waiting for medical care in clinics and hospitals surveyed and four interviews with users and an interview with the Coordinator of Primary Care Health Ponta Pora were performed . The study showed that private health services are shared by the population of both cities , especially the services of private health Pedro Juan Caballero , which attracts pontaporanense paying population , being about 35.71 % . Have the service of private health Ponta Pora has a significant number of users Paraguay , being only 3.57 % . In most private establishments Pedro Juan Caballero , the population did not use a lot of the health plans , with 14.28 % who used health insurance . Have the city of Ponta Pora 53.57 % used health insurance . Even the covenants riding a payment plan , there is a difficulty of accessing them can be derived from the reduced purchasing power and per capita income of the Paraguayan population . Yet in Pedro Juan Caballero , reasons for choice of health facilities of hospitals and private clinics were as follows : 64.28 % for the option by the doctor , for the price of 28.57 % and 7.14 % for the query option offered by the agreement . Have the reasons for choosing the establishment of private healthcare in Ponta Pora were 75 % for the physician's choice, and 25 % offered by the option agreement . In both cities , the predominant cause of choice is the choice of doctor , usually by indicaçãoparentes , friends , or acquaintances The second option is the price of the consultation in Pedro Juan Caballero . And in Ponta Pora the second option is the option offered by the agreement . The data sample but can be used to support public policies for health services in border towns .

Keywords : Frontier ; Twin Cities ; Health Services ; Health Plans

INTRODUÇÃO

O fato de morar em Ponta Porã por muitos anos, vendo os conflitos e as integrações de uma cidade de fronteira, fez com que eu me interessasse pelo tema de fronteira, o qual me motivou a fazer o mestrado. Inicialmente, o projeto foi sobre a complementaridade das atividades comerciais dos Municípios de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai). Quando iniciei a revisão bibliográfica, constatei que já havia um trabalho acadêmico com a mesma temática, o que fez com que eu mudasse a pesquisa para a atual proposta.

No primeiro semestre, cursei as disciplinas na Universidade Federal da Grande Dourados: Tópicos Especiais em Geografia, Integração Latino-Americana: perspectivas econômicas e políticas, e Paisajes y ordenación del território: teoría e práctica. Tais disciplinas foram importantes para a minha formação e estiveram presentes em algumas das interpretações que ora faço.

No segundo semestre, participei do Programa de Cooperação Acadêmica (Procad), cursando as seguintes disciplinas na Universidade Federal do Rio de Janeiro: Mobilidade e Imobilidade Espacial da População e Espaço Urbano e Cultura. Lá tive a oportunidade de ter acesso ao grupo Retis, onde tive acesso a diferentes referências bibliográficas, podendo participar de um *workshop*, com experiências maravilhosas de estudo. O ano seguinte foi dedicado à pesquisas bibliográfica e de campo, além do próprio grupo de estudos. Todas as etapas foram muito importantes para a minha formação.

A vida acadêmica e o contato com o Grupo Retis fortaleceram a opção pelo estudo da fronteira e assim foi desenvolvido projeto sobre a temática da prestação de serviço de saúde nas cidades de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai), que possuem particularidades pela condição de conurbação das duas cidades, na qual o fluxo de pessoas, bens e mercadorias é intenso, principalmente pelo fato de ser fronteira seca.

Temos os limites estabelecidos pelas duas cidades, que são as linhas divisórias que separam duas legislações diferentes que, por sua vez, regulam o acesso aos serviços de saúde. Há, por parte da legislação brasileira, programas que tentam integrar o acesso pelas populações das duas cidades, como o Programa Sistema Integrado de Saúde da Fronteira - SIS Fronteira – que, através de acordos bilaterais ou multilaterais, tenta integração entre esses 121 municípios de fronteira.

Entre as duas cidades, os bens e os serviços sanitários possuem diferentes dimensões pela estrutura e economia de cada país, tendo reflexo direto nas respectivas cidades. É uma dificuldade conseguir dados de quantos estabelecimentos de prestação de serviço existem na Secretaria de Saúde ou da Vigilância Sanitária do lado paraguaio. Apenas cinco clínicas constavam na Vigilância Sanitária de Pedro Juan Caballero. Por isso, delimitamos o estudo dos estabelecimentos a clínicas mais frequentadas e conhecidas, porém sabemos que são muitas clínicas de pequeno porte espalhadas pela cidade sem que se tenha cadastro em órgãos da Secretaria de Saúde ou na Vigilância Sanitária. O critério de serem as mais conhecidas foi extraído da própria experiência de moradora em Ponta Porã, de observar o movimento e a procura por esses estabelecimentos. No lado brasileiro, encontramos os dados na Secretaria de Saúde, onde nos foi indicado o *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, do DATASUS).

O objetivo do trabalho foi verificar se os serviços de saúde privada são compartilhados pela população de ambas as cidades, se os custos em Pedro Juan Caballero atraem a população de Ponta Porã e vice-versa. Recortamos os serviços privados porque os serviços públicos já tem um funcionamento que se pretende ser compartilhado entre as cidades gêmeas, mais recentemente, com a implantação de Programas como o SIS Fronteira, que será comentado adiante. O objetivo específico é pesquisar o que motiva a busca por serviços de saúde privado em Ponta Porã e em Pedro Juan Caballero, pela população que tem

condições de pagar por planos de saúde, o que a leva buscar serviços de um ou de outro lado da fronteira.

O trabalho está dividido metodologicamente em pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa de campo foi feita em escritórios dos convênios de saúde, clínicas e hospitais privados de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Foram aplicados 56 questionários, sendo 7 questionários para cada estabelecimento. As pessoas escolhidas foram as que estavam esperando ou chegando para o atendimento médico nas clínicas e hospitais pesquisados, e foram realizadas quatro entrevistas com usuários, e uma entrevista com a Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã.

Este trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo discute a temática de limite e da fronteira, a condição de particularidade entre os Municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero porque consideramos que a própria evolução da percepção oficial sobre o que seja fronteira tem permitido maior atenção a utilização dos serviços de saúde pela população dos dois países. Por isso, buscamos discutir que a fronteira como limite passa a ser uma fronteira como interação.

No segundo capítulo, abrangeremos as características históricas e econômicas das duas cidades: como elas se transformaram, sendo que, após a Guerra do Paraguai, foi criada Ponta Porã, do lado brasileiro, e Pedro Juan Caballero, do lado paraguaio. A história de compartilhamento e convivência também reflete no ir e vir para usar serviços no país vizinho. No terceiro capítulo, vamos apresentar brevemente as características dos sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai, sendo que no Brasil há o Sistema Único de Saúde – SUS, bem como os planos privados de saúde que possuem binacionalidade, suas características e as características da prestação de saúde privado de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Também destacamos o movimento da população de um município a outro em busca de serviços de saúde.

CAPÍTULO I

A discussão sobre a Fronteira: limites e interações

CAPÍTULO I

A discussão sobre a Fronteira: limites e interações

1.1 Limite e fronteira

O limite entre as cidades de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai) é estabelecido por apenas uma rua, que separa legislações diferentes. O limite é utilizado para a delimitação do território interno, como afirma Silva (2014, p.5), pois o “limite, por outro lado, é a marca divisória de dois sistemas políticos soberanos”. Pelo fato de seu limite ser estabelecido por uma rua e não possuir uma barreira, quem não conhece a cidade, não percebe, no primeiro momento, esse limite. Como relata Benitez,

Innumerables veces oí de visitantes que no se hablan percatado de que lado del hito estaban; y que lês parecia tan sui gêneris, el hecho de que dos ciudades pertenientes cada una a um país, parecían una sola. Percibiéndose las individualidades solamente al prestarse atención em lós carteles, idiomas, símbolos e infraestructura (BENÍTEZ, 2008, p.13).

Os conceitos de limite e fronteira mudaram de sentido com o tempo. Tratados sobre limites tiveram início nas principais potências européias em meados do século XVIII, e a demarcação completa dos limites internacionais somente no século XIX. Assim, o processo político refere-se à noção de Estado Nacional. A nacionalidade comparece como fonte de identidade, compartilhamento de língua, cultura, tradição e história, permitindo que as pessoas se reconheçam umas às outras.

A Figura 1 Mostra uma área de estacionamento entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, reforçando a condição física de fronteira.



Figura 1. Limite entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.
Foto: DOKKO (2012).

A palavra “limite” tem origem latina e designa o fim de uma coesa unidade político-territorial, uma ligação interna, como expõe Machado:

A palavra *limite*, de origem latina, foi criada para designar o fim daquilo que mantém coesa uma unidade político-territorial, ou seja, sua ligação interna. Essa conotação política foi reforçada pelo moderno conceito do Estado, onde a soberania corresponde a um processo absoluto de *territorialização*. O monopólio legítimo do uso da força física, a capacidade exclusiva de forjar normas de trocas sociais reprodutivas (a moeda, os impostos), a capacidade de estruturar, de maneira singular, as formas de comunicação (a língua nacional, o sistema educativo, etc.) são elementos constitutivos da soberania do estado, correspondendo ao território cujo controle efetivo é exercido pelo governo central (o *estado territorial*) (MACHADO, 1998, p.42-23).

O tratado de Westfalia (1648) aboliu a autoridade ou organização acima dos Estados soberanos. Segundo Machado (2002b, p.3), no âmbito interestatal e do sistema capitalista, “o

limite internacional é um princípio organizador do intercâmbio, seja qual for sua natureza, não só pelos territórios que delimita como para o sistema interestatal em conjunto”. Portanto, no sistema interestatal, o limite internacional é o perímetro máximo de controle por governos centrais (MACHADO, 2002b).

A Figura 2 tem uma visão do canteiro central que divide Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, estabelecido por apenas uma rua.



Figura 2. Visão da Av. Brasil - entre Brasil-Paraguai.
Foto: DOKKO(2013).

Segundo Machado (2002), os limites internacionais podem ser vistos como:

- 1) limite de extensão governamental do país;
- 2) limite de extensão territorial;
- 3) limite de caráter legal, fundamentado na soberania;
- 4) a legitimidade dos limites é dada pelas leis, mas, sobretudo, pelos integrantes desses países com seus valores culturais, de identidades e lealdades;

5) o limite territorial no qual o sistema capitalista passou a representar o papel de regulador e de produtor de redes de intercâmbio de todo tipo.

De acordo com Silva (2014, p.5), as práticas do território rural que limitava o território:

Na antiguidade, as fronteiras eram as práticas de uma sociedade rural que limitava o território até certa extremidade para além da qual se via frequentemente o desconhecido. Para uma parte da literatura consultada por Steiman (2008), é no período entre os séculos XIII e XV que surge a palavra “fronteira” na maioria das línguas europeias, deriva do latim *frons-frontis*.

A fronteira é o espaço intermediário entre as cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero onde as culturas, as sociedades e as línguas se integram. A fronteira vai além do limite estabelecido, onde as cidades e/ou os países se fundem. Como afirma Machado,

ao deslocar o enfoque de uma concepção ‘linear’, própria à noção de limite ou divisória internacional, para uma concepção de área ou região de fronteira, introduziu-se uma distinção muito relevante para este trabalho, entre faixa e zona de fronteira. Enquanto a faixa de fronteira constitui uma expressão *de jure*, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída é a da cidade-gêmea (MACHADO, 2005, p.96).

O conceito de fronteira é mais antigo do que o de limite. Os processos em que emergem o conceito de fronteira são a expansão de povos, a operação de guerra ou o controle militar; e o outro processo é a consolidação da ocupação dos territórios através da colonização das terras.

As guerras modernas foram guerras de fronteira, causadas por expansão de estados e reinos tanto para recuperar quanto para expandir territórios. A precipitação expansionista deu-se pelo rápido crescimento populacional e pela busca de novos mercados. A estabilização da fronteira estava próxima a vários fatores, como a conquista de “espaços vazios”, a divisão do mundo em esferas de influência de grandes potências, entre outros (MACHADO, 2002b).

Na noção de “espaço vital” e na metáfora do espaço como “organismo vivo”, Ratzel conseguiu captar três movimentos de expansão territorial do sistema capitalista do século XIX: a expansão das fronteiras externas, a expansão das fronteiras internas e a expansão não territorial, mas sistêmica, das fronteiras do regime capitalista. Até hoje a teoria do espaço vital não é estranha à lógica de argumentos e justificativas, mas aparece em forma de doutrinas (MACHADO, 2002b).

De acordo com Oliveira (2012, p. 55),

Jacques Ancel (1938), por sua vez, lembra Vallaux ao questionar as visões puramente cartográficas e naturais das fronteiras. De acordo com o autor, os elementos naturais não bastam por si só para configurarem fronteiras. São apenas referências que podem ou não ser adotadas de acordo com a dinâmica social e a correlação de forças entre as partes envolvidas. Para Ancel, a fronteira é uma noção construída intelectual e socialmente como resultado do equilíbrio de forças entre duas linhas de igual pressão, e passíveis de alteração conforme a história dos países. As fronteiras teriam, portanto, um caráter transitório, pois são modificadas quando ocorre uma alteração deste equilíbrio.

Portanto, para Ancel, a fronteira é intelectual e socialmente construída, como resultado de duas linhas de igual pressão. A fronteira, tendo um caráter transitório, pode ser modificada de acordo com o estado de força e equilíbrio entre as partes.

De acordo com Paixão (2006),

Nesse bojo, a fronteira passou a receber dos Estados novos equipamentos para unir ou separar povos e fluxos, também passou a ser reformatada, em casos como o do Vietnã, entre outros, não apenas para defender o avanço territorial do país vizinho, no modelo de construção territorial clássica dos Estados Modernos, mas também para resguardar um território do outro em todos os aspectos possíveis: migratório, cultural, ideológico, etc. E assim permaneceram muitas fronteiras até o fim da Guerra Fria, comprometendo também o fluxo do turismo em muitos lugares do espaço mundial (PAIXÃO, 2006, p.46).

Em nome da segurança nacional, na ditadura militar brasileira, houve a ideia de que os países não deveriam possuir investimentos em infraestrutura e bens de produção nas

proximidades do limite internacional pelo perigo da invasão pelos fronteiriços. Isso contribuiu para o isolamento das cidades de fronteira, com relação à comunicação e ao transporte. Porém, com o fim da ditadura militar, mais recentemente com o estímulo ao funcionamento do Mercosul, a concepção de fronteira como área de segurança nacional tem sido mudada, abrindo campo para políticas urbanas de desenvolvimento (CARNEIRO FILHO, 2008).

Fronteira designava que estava à frente, sendo que seu conceito não era político, como afirma Machado:

A palavra fronteira implica historicamente, aquilo que sua etimologia sugere – o que está na frente. A origem da palavra mostra que seu uso não estava associado a nenhum conceito legal e que não era um conceito essencialmente político ou intelectual. Nasceu como um fenômeno da vida social espontânea, indicando a margem do mundo habitado. Na medida que os padrões de civilização foram se desenvolvendo acima do nível de subsistência, as fronteiras entre ecúmeros tornaram-se *lugares de comunicação* e, por conseguinte, adquiriram um caráter político. Mesmo assim, não tinha a conotação de uma área ou zona que marcasse o limite definido ou fim de uma unidade política (MACHADO, 1998, p.41-42).

A fronteira vai além do fator geográfico, tendo outros fatores como o social, cultural, entre outros. Para compreendê-la, temos que retornar à expressão *regere fines* que significa traçar uma linha reta, os limites. É o mesmo que na construção de uma casa, ou uma cidade, quando se determina o espaço sobre o terreno, delimitando o interior e o exterior. Fronteira é ao mesmo tempo material e moral. Assim, fronteira não é apenas um fator geográfico, mas social, e rico de conotações religiosas implícitas. É também um fator biológico, pois a fronteira delimita um “para cá” e outro “para lá”, um antes e um depois, com um limite marcado por área de segurança (RAFFESTIN, 2005).

De acordo com Cataia (2008), toda fronteira é antes uma questão territorial. A fronteira nunca pode ser dissociada do território, o qual é interpretado pelo seu uso; e a fronteira é o resultado do uso político do território. O que interessa é o uso do território, o uso

não é limitado por dimensões geométricas ou físicas, nem reduzidos aos atributos formais, estes só designam a circunscrição de uma coisa (CATAIA, 2008).

Segundo Raffestin (2005, p.11), “fronteira [é] todo processo que desemboca em um processo cuja seqüência pode ser resumida em quatro momentos: diferenciação, tradução, relação e regulação”. A sociedade é inventora de diferenciação espaço-temporal, modos que condicionam a ordem vigente, tanto biologicamente como culturalmente. A fronteira surge, pois, como um dos elementos de comunicação biossocial que assume papel regulador (RAFFESTIN, 2005).

Para Lamberti (2010, p.42), a fronteira pode ser considerada como limite que separa nações e coloca em evidência as identidades:

A fronteira pode ser descrita como o limite que separa as nações (e coloca em evidência as identidades) e também como algo que dilui esses processos por indicar um espaço de tangência e, por isso, de potenciais identificações e de possibilidades sociais, culturais, econômicas e políticas. Essas possibilidades são elásticas e mutáveis perante os novos elementos que definem a dinâmica territorial. Embora as fronteiras sejam definidas numa escala intranacional como um subespaço nacional, elas podem estar mais ou menos integradas ou mais ou menos isoladas da dinâmica do país.

Na fronteira são criadas novas territorialidades específicas em que regulamentos internos são relaxados e modificados, criando territórios especiais com leis específicas no território nacional e territórios semelhantes, pelo histórico de maneira integrada e funcional (MACHADO, 2002). Os serviços de saúde que serão investigados representam um pouco do que Machado expressa, principalmente quando são os agentes de saúde do lado brasileiro que decidem se atendem ou não os pacientes paraguaios, vai havendo uma construção de relações pessoais que às vezes se sobrepõe às leis específicas dos territórios, como veremos adiante.

Barros Coelho & Reis (2011, p.4) estudam a lógica espacial e a lógica local nas cidades de fronteira à luz da percepção do cidadão:

Esse fator de vizinhança, e de identificação com “o outro”, faz com que se criem especificidades de uso do espaço. A lógica espacial se dá de maneira integrada, e a cidade vizinha é utilizada, em maior ou menor grau, como espaço complementar.

As cidades de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã se constroem numa lógica espacial integrada onde a cidade vizinha é utilizada em maior ou menor grau, como competição e complementaridade.

Como afirma Albuquerque (s/d),

Nestas novas configurações da fronteira-território e da fronteira-metáfora, tanto como limite como fluidez, outros estudiosos fronteiriços entram em cena. Nas últimas décadas do século XX houve uma preocupação crescente de antropólogos, sociólogos, pesquisadores dos estudos culturais e pós-coloniais em olhar as micro-relações das populações locais nas regiões de confluências entre duas ou mais culturas, nas relações entre nação colonizadora e colonizadas, nas zonas fronteiriças entre regiões, estados e nações e outras formas de grupos sociais. No que diz respeito à especificidade das fronteiras nacionais, os novos estudos priorizam a articulação entre a esfera local, região, nacional e transnacional nos espaços fronteiriços, a dinâmica das identificações, formas de integração e conflito, bem como as representações sobre o “outro” nas zonas de contato entre duas ou mais nações. Além disso, estes trabalhos focalizam as estratégias e instrumentalização de fronteira política operacionalizada pela população fronteiriça e a reflexão sobre tantas outras fronteiras (sociais, culturais, simbólicas) que se formam, se sobrepõem, se complementam e entram em conflitos em relação à noção de fronteira política ou estatal (ALBUQUERQUE, s/d, p.2).

O limite é fixo, onde se designa o território, e interno, configurando um território no qual atua um poder de Estado-Nação. A fronteira é móvel, movimenta-se e interage constantemente de acordo com determinados interesses.

Segundo Haesbaert (2011), certa forma de “viver no limite” possui dupla conotação: primeiro viver no limiar do novo e, segundo, vivenciar uma condição de passagem constantemente de fronteiras, de diferentes territórios. Tais conotações nos impõem, ao mesmo tempo, contestações, afirmações e relativizações.

É importante, então, destacar a diferença entre zona de fronteira e faixa de fronteira. Esta é associada aos limites territoriais, enquanto aquela é um espaço de interação.

Na faixa de fronteira, programas de ações conjuntas atuam para impor a jurisdição sobre políticas internas de cada país que delimita os 150 km a partir do limite internacional.

Assim, a

faixa de fronteira constitui uma expressão *de jure*, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída é a das cidades-gemêas (MACHADO *et. al.*, 2005, p.95).

Pertencem à faixa de fronteira as cidades localizadas no polígono de 150 km do limite internacional. A Lei 8.183/1991, do Conselho de Defesa Nacional, também institui condições e critérios de utilização da faixa de fronteira (Figura 3). Pedro Juan Caballero está incluída na Lei 2.532/05 do Paraguai, que estabelece a zona de Seguridad Fronteriza de la Republica del Paraguay, como a zona de segurança da fronteira a faixa de 50 km adjacentes à linha de fronteira terrestre ou fluvial dentro do território nacional

As zonas de fronteira têm como composição faixas territoriais de cada lado do limite internacional, de dimensão variável às condições de interação e uso do território (SILVA, 2014).

Para Brasil (2005 *apud* Silva, 2008), a zona de fronteiras

é composta por ‘faixas’ territoriais de cada lado do limite internacional, sendo sua extensão geograficamente limitada a algumas dezenas de quilômetros a ambos os lados do *linde*. Na América do Sul, grande parte possuem i) um baixo nível de desenvolvimento; ii) menores densidades de população; iii) tendências à monocultura; e iv) fortes dependências em termos comerciais, financeiros e políticos dos principais centros de decisão de seus respectivos países (BRASIL, 2005 *apud* SILVA, 2008, p.47).

Zona de fronteira é produto de interações econômicas, culturais e políticas, podendo ser espontâneas ou promovidas. A zona de fronteira é o espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações local e internacional, e o espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos Estados nacionais (MACHADO *et al.*, 2005).



- Portos Secos (instalados e em implantação)
- ★ Área de Livre Comércio
- Zona Franca (países limítrofes)
- ∩ Faixa Oficial da Fronteira Brasileira (150 km)

Fontes: Base Espacial: IBGE, DCW, ESRI. Base de Dados: IBGE.

Organizado por Lia Osorio Machado, Departamento de Geografia - UFRJ.
SIG: Murilo Cardoso de Castro - UFRJ.

Figura 3 – Faixa de fronteira.

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero limitam-se por uma rua de fácil acesso entre as duas cidades. Este limite é fixo, sendo a linha internacional que designa aos processos

administrativos e jurídicos. O que ocorre na faixa de fronteira segue as leis de seus respectivos países.

1.2.Cidades-gêmeas

As cidades-gêmeas são cidades localizadas em núcleos de um lado e outro do limite internacional na qual a interdependência é maior do que de cada cidade com sua região ou com o território nacional. No caso da fronteira internacional é bastante diversificada, dificilmente apresentam tamanhos urbanos similares, sendo que algumas não chegam a ser uma ‘cidade’ (MACHADO, 2006).

As cidades-gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero se afirmam no conceito do Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça (2010):

Para entender o conceito de cidade-gêmea é importante ter a noção de zona de fronteira. Em linhas gerais, a zona de fronteira é composta pelas ‘faixas’ territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, apenas perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças. Na escala local/regional, o meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades-gêmeas. Estes adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que nesse espaço adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (GRUPO DE TRABALHO INTERFEDERATIVO DE INTEGRAÇÃO FRONTEIRIÇA, 2010, p.23).

As cidades não só interagem como elas entram em conflitos, dependendo dos interesses particulares de cada fração da sociedade e de seu poder de impor projetos, interesses e decisões. Porém, elas entram em acordos para uma boa relação de vizinhança quando as trocas são fundamentais para a sobrevivência, como declara Oliveira (2005):

Não há, no ambiente fronteiro, em especial, nas cidades gêmeas, apenas a difusão de comunidades condicionadas a demandar relações de convivência onde se entrelaça sangue, línguas e capitais, ou seja, trocas. Há, por sua vez, um monitoramento dos ruídos que ameaçam ou violam a integridade territorial, e uma vigilância constante sobre a soberania e sobre o fio da existência cultural. É um local onde os direitos servem mais a si, enquanto os deveres servem mais aos vizinhos, ou seja, trocos. São as existências das ricas trocas e dos trocos nas relações ambíguas e suas acomodações, que definem um comportamento invulgar, leve e ríspido (OLIVEIRA, 2005, p. 379).

Estas cidades, assim como várias cidades da faixa de fronteira, possuem potencial econômico de integração entre os países de que fazem parte. Porém, essas regiões apresentam-se pouco desenvolvidas economicamente, com serviços e bens públicos distantes, problemas de segurança, falta de coesão social, com condições de cidadanias precárias (MINISTÉRIO DE INTEGRAÇÃO, 2009).

É importante desenvolver as cidades-gêmeas, fazendo com que as cidades tenham um melhor contato com o Estado Nacional. Os conflitos locais podem ser atenuados com a cooperação, ajuda mútua para resolução de problemas comuns, porém com dificuldades pelas normas vigentes em cada governo central.

Instituições municipais deveriam incluir secretarias ou assessorias de relações exteriores para monitorar ações políticas públicas ou privadas, informando os grupos de interesse local e sugerindo pautas de negociação.

As cidades de fronteira frequentemente podem abrigar pessoas de diferentes lugares do mundo, grande diversidade cultural e étnica que pode ser absorvida para desenvolver o ambiente urbano como músicas, alimentos, bilinguismo, arquitetura, entre outros (MACHADO, 2006).

A continuidade física é o ponto de partida para analisar o território conurbado, que advém da extensão territorial de duas ou mais cidades. A conurbação por uma área urbana é composta por várias cidades organizadas, podendo ou não estar presentes a hierarquia, a

autonomia do ponto de vista das atividades e da administração, a contiguidade das edificações, independentemente dos limites territoriais, a junção de dois centros urbanos por ocupação contínua e a dependência e a espacialização funcional (LAMBERTI, 2010).

Para definir as cidades-gêmeas, usamos a Portaria n° 125, de 21 de março de 2014, no qual o Ministério da Integração Nacional estabelece o conceito de cidades-gêmeas nas linhas de fronteira nacionais, tendo em vista as crescentes demandas pelos Municípios de políticas públicas específicas e para a integração sul-americana (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2014):

Art. 1° Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Art. 2° Não serão consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentam, individualmente, população inferior a 2.000 (dois mil) habitantes.

Art. 3° A lista de cidades-gêmeas nacionais encontra-se no Anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Os municípios designados como localidades fronteiriças vinculadas em acordos internacionais celebrados pela República Federativa do Brasil e ratificados pelo Congresso Nacional, que não constam na lista de Anexo desta Portaria, serão equiparados às cidades-gêmeas.

Art. 4° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2014, p. 45).

Em seu anexo, constam, em Mato Grosso do Sul, seis cidades-gêmeas: Bela Vista, Corumbá, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã e Porto Murtinho. Ponta Porã, com a estatística de população de 2010 com 77.872 habitantes, é a quinta maior cidade-gêmea do Brasil em termos de população (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2014).

As cidades-gêmeas são cidades que estão próximas ao limite internacional, as quais podem aparecer conurbadas, como é o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero; elas possuem articulação terrestre, diversas culturas e alto grau de interações. Na Figura 4,

podemos observar as cidades gêmeas na fronteira brasileira com os países vizinhos, onde se encontram Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, possuindo articulação terrestre.

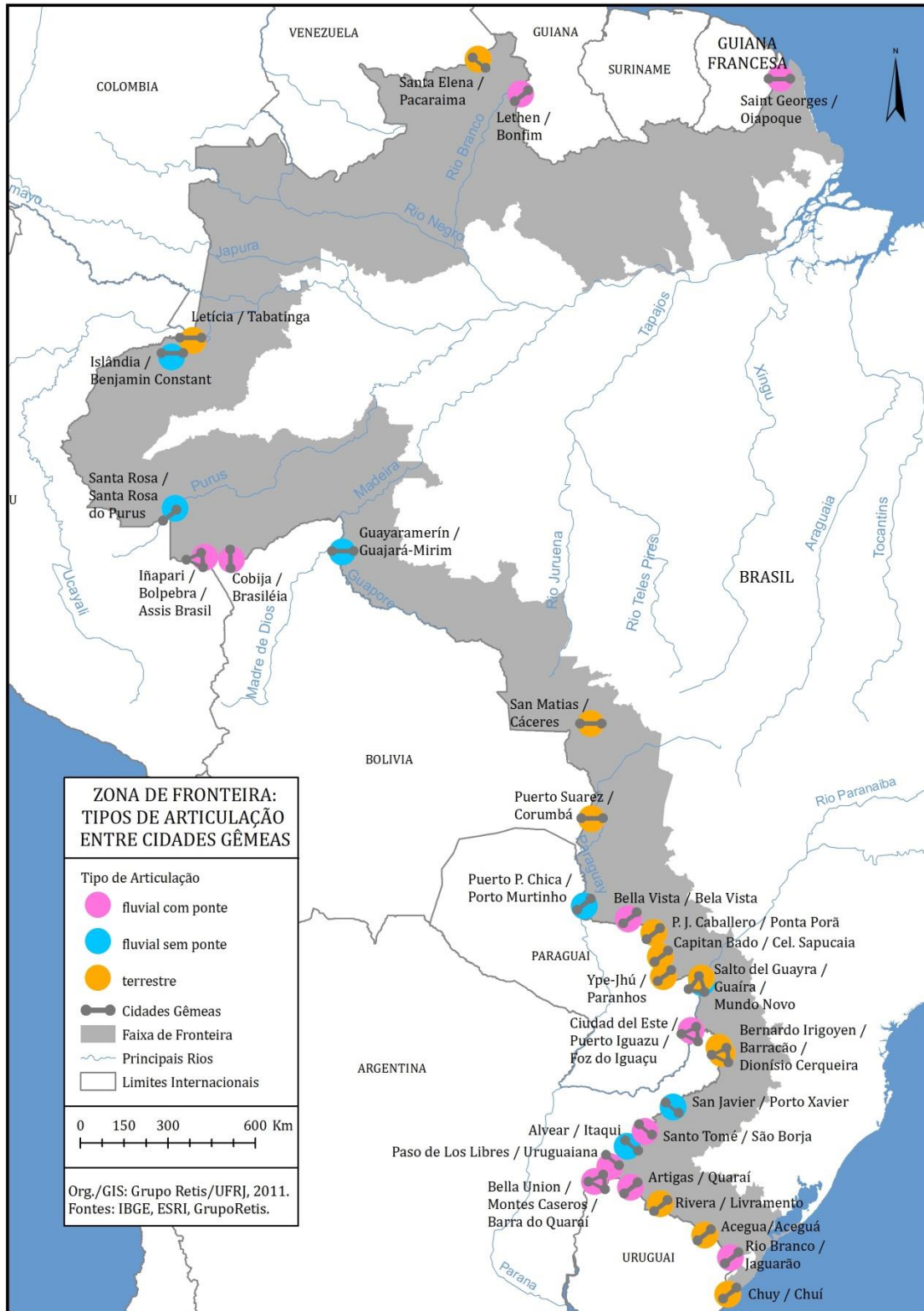


Figura 4 – Articulação entre cidades-gêmeas que faz fronteira com o Brasil.

1.3. Redes e fronteira

As cidades ganham formas e funções novas e velhas com as redes, sendo tais diferenças mais nítidas na fronteira. De acordo com Corrêa (2000), a

cidade e, por extensão, a rede urbana, por menor que seja, apresenta formas dotadas de grande fixidez e, por isso mesmo apresentando uma relativamente grande capacidade de refuncionalização. Por meio desta e da continuidade do processo de criações de novas funções e suas correspondentes formas – próprio das formações espaciais capitalistas – a cidade e a rede urbana reatualizam-se, possibilitando a coexistência de formas e funções novas e velhas (CORRÊA, 2000, p.125).

O modo de produção capitalista com suas diversas formações espaciais inclui a rede urbana particular de vários tipos, na qual a rede dendrítica é a mais apropriada para esse trabalho que, segundo Corrêa (2000, p.126), a “rede dendrítica, por sua vez, parece estar geneticamente vinculada a uma formação espacial periférica de base colonial, marcada por um específico padrão de circulação”. Ponta Porã e Pedro Juan Caballero estão vinculadas a uma formação espacial periférica de base colonial e possui um específico padrão de circulação.

Na geografia, a rede designa ação associada à extensão territorial. A condição material do território não pode ser oposta à condição imaterial da ação à distância (MACHADO, 1998). Já Silva & Oliveira (2008, p.3) relatam a importância de diferentes espaços e temporalidades:

No fundo, há uma lógica territorial que irá fazer com que, nestes novos tempos e espaços, haja uma apropriação das regiões fronteiriças, visto que nas redes, nenhum espaço pode ser desprezado. Todos os espaços têm uma função e, de uma forma ou de outra, estão inseridas na globalização, mesmo que seja como reserva de meios de produção e/ou mercados consumidores.

Em relação à escala, Carneiro Filho (2008, p.33) afirma:

Ao serem definidas as escalas de ação e do resultado, não há um foco em uma ordem hierárquica de escalas fixas. É importante que haja uma definição dos poderes que as representam, da maneira como as representam e das relações que estes estabelecem com outras escalas. Essa definição não deve privilegiar o conceito de território, sempre atrelado à noção de escala e sim a partir da idéia de uma relação entre território e rede. Redes e configurações escalares constituem mutuamente umas as outras de maneira complexa. As redes ajudam não apenas a construir e disputar escalas, mas também a reconfigurar relações escalares. Da mesma maneira, estruturas escalares constroem e disputam redes (CARNEIRO Filho, 2008, p.33).

Com a globalização, surge novos redirecionamentos espaciais, sendo todos importantes, independentemente do tempo e do espaço. Sempre levando em consideração território e rede, cujo destino tem relação com a distância, as redes ajudam a reconfigurar relações escalares.

É importante falar sobre as redes na fronteira, que possuem um grande papel de ligação no processo de interação de diferentes culturas. Segundo Machado, a

expansão e domínio de redes de intercâmbio e de poder estados, corporações ou organizações supõe um processo de integração de espaços econômicos, políticos e simbólicos e não somente do espaço geográfico no sentido de anexação de territórios pertencentes a outros estados (MACHADO, 2002, p.7).

São diversas as redes classificadas, segundo Machado (1998), em: redes naturais (redes fluviais e de caminhos); redes infraestruturais ou técnicas (transporte e comunicação); redes transacionais (poder econômico-político); e redes informacionais (cognitivas). A Região Norte do Brasil, por exemplo, possui mais conexões diversificadas do que a Sul, porém a Região Sul possui maior densidade de conexões e, uma clara territorialidade.

As redes são formadas por relações de parentesco, amizade e mesmo etnicidade, sendo reforçadas em detrimento da regulação da lei, a qual muitas vezes pode não ser cumprida. Assim, paraísos fiscais e centros financeiros proliferam mundo afora, lugares onde se dá a interface entre o sistema de estados territoriais e o sistema financeiro internacional

(MACHADO, 1998). Nas cidades pesquisadas tem-se uma rede de parentesco e de amizade que ajuda as pessoas na satisfação de necessidades básicas, como quando tem que comprovar residência.

Da fronteira separação passa-se para a fronteira cooperação, como afirmam Oliveira César & Albuquerque (2012, p.213): “Na abordagem de interdependência complexa, as fronteiras-separação se transformam em fronteiras-cooperação, e as linhas rígidas dos limites fronteiriços geopolíticos em zonas flexíveis de cooperação econômicas em redes”.

As cidades de linha de fronteira, pela posição geográfica, possuem forte potencial de atuar como núdulos articuladores de redes locais, regionais, nacionais e transnacionais. Devido à heterogeneidade, há maior possibilidade de articulação de redes de diversos tipos e origens (MACHADO, 2006). Os serviços de saúde, nesse sentido, devem receber políticas para organização em rede, para que se possa otimizar o atendimento e o emprego dos recursos públicos.

O comércio fronteiriço amplia o atrativo e qualifica as funções dos Municípios de fronteira, como relatam Oliveira *et al.* (2011, p. 90):

Independente do posicionamento entre os centros da hierarquia urbana, a importância das cidades da faixa de fronteira está na intensa mobilidade e conectividade que realizam e nos fluxos globais que perpassam seu território. Ademais, estas cidades têm apresentado elevado crescimento nas últimas décadas, especialmente em comparação com o crescimento médio observado nas cidades interioranas do país. O comércio fronteiriço também é um atrativo que amplia e qualifica as funções que estes municípios desempenham, sendo procurados não só pelo turismo de consumo mas também por comerciantes que se estabelecem nas cidades ou se servem delas como entreposto de abastecimento para a atividade comercial que exercem em outras porções do Brasil. Com isso, a condição de passagem é também um elemento típico de todas estas cidades e aglomerações. Além de uma crescente população fixa, este também crescente volume de população flutuante provoca demandas particulares e distintas aos já fragilizados poderes locais. Ampliam, assim as dificuldades que estas centralidades fronteiriças devem enfrentar e reforçam uma posição peculiar no conjunto da rede urbana brasileira

Os autores supracitados mencionam as características do papel da rede urbana e da dinâmica na área de fronteira, que devem ser consideradas sob duas perspectivas: uma voltada às relações internas, no que envolve a própria faixa de fronteira, do estado e/ou do país; e outra voltada para as relações estabelecidas com o país vizinho (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

As diversas redes implicam nos mercados lícito e ilícito, de acordo com o território inserido, nas cidades de fronteira, que podem facilitar diversos fluxos de informações, mercadorias, dinheiro, pessoas, serviços, entre outros.

As redes informacionais possuem os movimentos de informação ou fluxos informacionais que são mediadoras no processo de rede de parentesco e amizade.

De acordo com Dias (2005, p.20):

A lógica territorial também deve ser desvendada como resultado de mecanismos endógenos – relações que acontecem nos lugares entre agentes conectados pelos laços de proximidade espacial – e mecanismos exógenos – que fazem com que um mesmo lugar participe de várias escalas de organização espacial.

O processo de rede de parentesco e amizade ocorre nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Onde a lógica territorial endógena e exógena influencia a rede.

1.4. Interações espaciais

Interações espaciais são um amplo conjunto de deslocamento de mercadorias, pessoas, capital e informações sobre o espaço geográfico. Podem variar em sua intensidade e velocidade, conforme a frequência, a distância e a direção (CORRÊA, 2006)

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero são cidades identificadas historicamente, mas que também possuem assimetrias. Sendo assim, Corrêa (2006, p.280) explica:

No que se refere à existência e reprodução social as interações espaciais refletem as diferenças de lugares historicamente identificados. No que concerne às transformações, as interações espaciais caracterizam-se, preponderantemente, por assimetria, isto é, por relações que tendem a favorecer um lugar em detrimento de outro, ampliando as diferenças já existentes, isto é, transformando os lugares.

As interações espaciais são direcionalmente variáveis, derivando da especialização produtiva criada por capitais locais. As interações espaciais são influenciadas pela distância, na medida em que aumenta a distância diminui a intensidade de interação pelos custos de transporte, tempo e esforço físico (CORRÊA, 2006).

De acordo com as interações transfronteiriças, segundo as diferenças geográficas e da relação com os vizinhos, eis as seguintes tipologias:

A-1) Margem: interação transfronteiriça mantém pouco contato entre si; as relações são mais fortes em âmbito nacional de cada país, ausência de infraestrutura para conectar os povos em seus respectivos núcleos centrais;

A-2) Zona-tampão: locais estratégicos onde o Estado interdita ou restringe a zona transfronteiriça criando parques naturais, áreas de reservas, entre outros. Como exemplo, temos as terras indígenas;

A-3) Frentes: frentes de povoamento onde as interações transfronteiriças designam outros tipos de dinâmicas espaciais, como as frentes cultural, indígena ou militar;

A-4) Capilar: ocorrem interações somente no nível local, em que o Estado intervém pouco, sem patrocinar infraestrutura de articulação transfronteiriça;

A-5) Sinapse: alto grau de trocas entre as populações, com apoio dos Estados contíguos.

As cidades-gêmeas mais dinâmicas se caracterizam no modelo (Figura 5) a seguir:

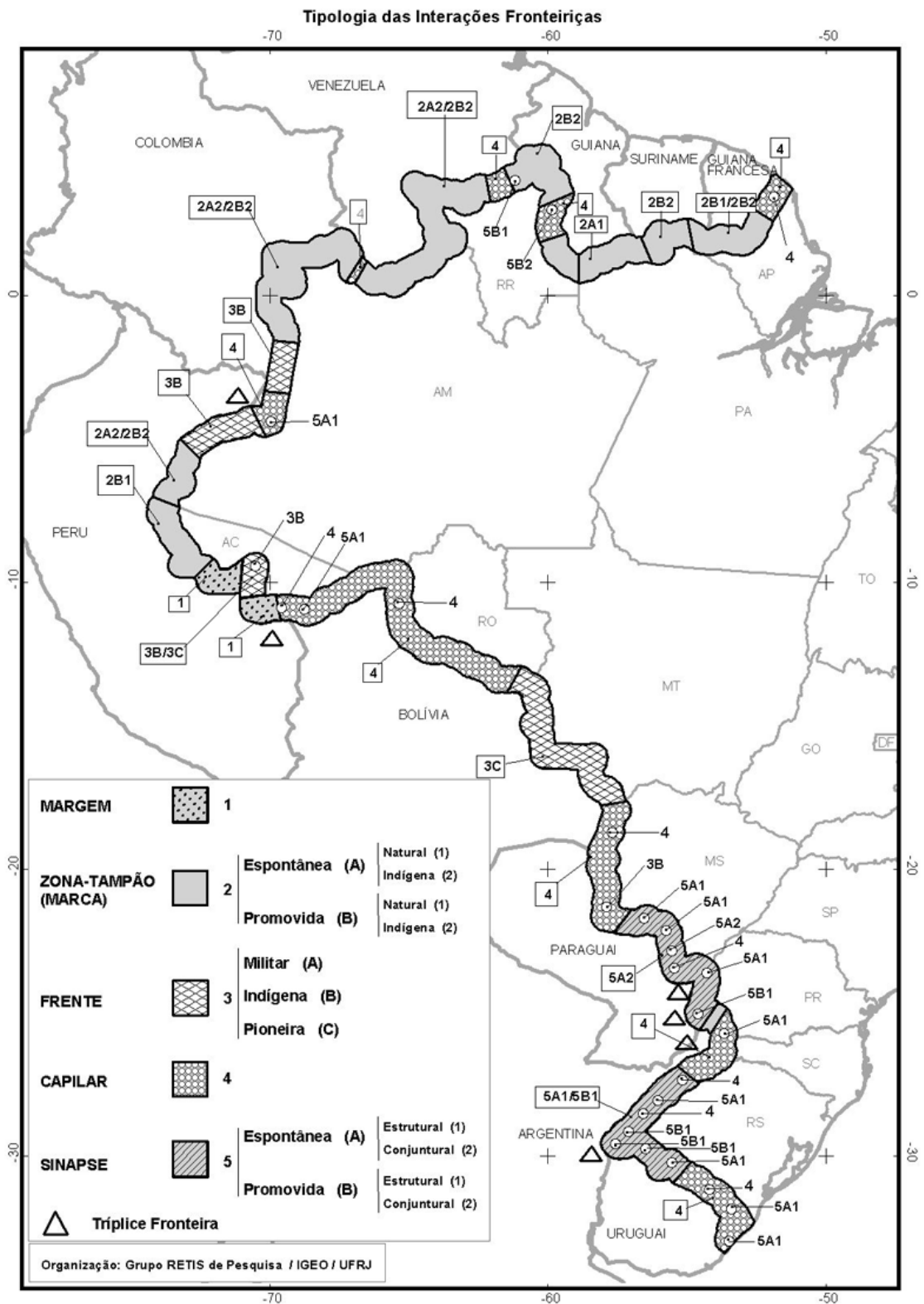


Figura 5 – Tipologia das interações transfronteiriças.

De acordo com esta tipologia de interações transfronteiriças, a cidade de Ponta Porã se enquadra na Sinapse Espontânea Estrutural, pois possuem alto grau de trocas comerciais

entre as populações, e ambos os Estados apoiam a interação das cidades. São historicamente identificadas as transformações em ambos os lados. Como afirmam Silva & Oliveira (2008, p.3), as

interações espaciais na região de fronteira brasileira-platina, grosso modo, ocorrem por motivos estruturais e conjunturais, notadamente. Os fluxos de pessoas, bens, serviços e informações visíveis (legais) e invisíveis (contrabando) constituem a lógica estrutural. A ordem conjuntural é decorrente a flutuações monetárias e da oscilação das mercadorias produzidas na região.

[...] Como os fatores são complexos e bastante abertos, próprio da fronteira, os fluxos são instáveis.

As cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero interagem diretamente entre elas e outras cidades, atraindo até cidades e/ou Estados mais afastados pelo seu potencial de turismo de compras, em Pedro Juan Caballero.

Os principais meios de interações espaciais ocorrem nas rodovias: Ponta Porã possui a rodovia 463 e a MS 164, que distancia 324 quilômetros da capital estadual (Campo Grande) e 1346 quilômetros da capital federal (Brasília); em Pedro Juan Caballero, existe aruta 5°, distante 65 quilômetros de Assunción, e aeroportos (que não possuem voos comerciais, porém são utilizado para voos particulares) que ligam a seus respectivos centros.

As interações espaciais de mercadorias, pessoas, e capital, ocorrem principalmente por meio de transportes como carros, caminhões, ônibus, vans, motos. Podendo também ocorrer a pé, através de telefone e outros meios de comunicações. Representantes comerciais ou atacadistas tradicionais ou modernos e varejistas circulam em Pedro Juan Caballero, formando uma rede de trocas, fazendo com que cada lugar participe diferentemente do ciclo de reprodução do capital (CORRÊA, 2006).

De acordo com as interações espaciais em redes geográficas, Kansky (1963 *apud* CORRÊA, 2006, p.306) considera que “as interações espaciais efetivamente se realizam a partir de atributos das localizações e das possibilidades reais de se articularem entre si”.

Corrêa (2006) aborda ainda padrões de interações espaciais em rede, neste caso, o trabalho atribui as redes dendrítica onde:

Reporta-se a uma rede dendrítica caracterizada pela localização excêntrica do centro nodal mais importante e por vias de fluxos que se distribuem segundo um padrão análogo ao de uma rede fluvial. A excentricidade do centro mais importante, ponto final (e inicial) dos fluxos, gera interações espaciais direcionalmente orientadas. A hierarquia dos centros, por outro lado, é mais desenvolvida que na rede solar, associando-se nitidamente à acessibilidade, de modo que à medida que a distância ao centro principal aumenta, o nível hierárquico dos demais centros progressivamente diminui. Semelhantemente à rede solar não há ligações laterais entre nós ou centros de mesmo nível hierárquico, evidenciando a função da rede dendrítica de drenagem de recursos em geral da hinterlândia por parte do principal centro nodal. Há assim, uma nítida relação entre função e forma espacial.

Neste caso, o fluxo de veículos é maior do lado brasileiro, pelas BR464 e MS 164 do que pela ruta 5° de Pedro Juan Caballero, tornando-se uma rede dendrítica em relação ao centro de compras das cidades gêmeas.

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, por serem cidades-gêmeas, possuem características particulares. Corrêa explica a particularidade de uma região da seguinte forma:

A particularidade traduz-se, no plano espacial, na região. Esta resulta de processos universais que assumiram especificidades espaciais através da combinação dos processos de inércia, isto é, a ação das especificidades herdadas do passado e solidamente ancoradas no espaço, de coesão ou economias regionais de aglomeração que significa a concentração espacial de elementos comuns numa dada porção do espaço e de DIFUSÃO que implica no espraiamento dos elementos de diferenciação e em seus limites espaciais impostos por barreiras naturais ou socialmente criadas (CORRÊA, 2010, p.192).

Outro estudo de Corrêa (2010) é o comportamento espacial dos consumidores em áreas onde moram populações de *status* socioeconômico de alto, médio e baixo. As populações de alto e médio *status* são constituídas de moradores de poder aquisitivo e mobilidade que se podem deslocar em busca de bens e serviços que não encontram localmente. Normalmente as mercadorias, os bens e os serviços são adquiridos em centros locais, centros sub-regionais e regionais. A população de baixo *status* possui limitada

mobilidade espacial, portanto, faz compras apenas no centro local. O estudo nos mostra que existe uma hierarquia de localidades centrais.

Baseado no estudo acima de Corrêa (2010), de acordo com o *status* socioeconômico dos consumidores (alto e médio *status*) que fazem turismo de compra nas cidades-gêmeas, eles buscam mercadorias do circuito médio ou superior. Já os intermediários normalmente frequentam apenas os centros comerciais de Pedro Juan Caballero que, nas duas primeiras ruas, possuem mercadorias com características do circuito inferior.

Além das interações espaciais provocadas pelas trocas comerciais, há também interações que surgem em função da busca por serviços de saúde. As interações espaciais ocorrem na saúde quando usuários de Ponta Porã vão para Pedro Juan Caballero para utilizar os serviços de saúde, ou quando usuários de saúde de Pedro Juan Caballero vão em busca de serviços de saúde de Ponta Porã. Assim como, as interações espaciais que ocorrem quando pacientes de Ponta Porã ou Pedro Juan Caballero vão para a cidade de Dourados em busca de serviços de saúde, pois Dourados possui um pólo de saúde muito importante na região Sul de Mato Grosso do Sul. Os convênios brasileiros possuem muitos profissionais de saúde vinculados em Dourados, o que pode atrair usuários de convênios médicos brasileiros.

CAPÍTULO II

Os municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

CAPÍTULO II

2. Os Municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

O Município de Ponta Porã está localizado no Estado de Mato Grosso do Sul, no Brasil. Faz limite com o Município de Pedro Juan Caballero, que é capital do Distrito de Amambay, no Paraguai. Ponta Porã possui uma área territorial de 5.330,448 km², de acordo com o IBGE, enquanto Pedro Juan Caballero conta uma área territorial de 5.259,60 km², segundo os dados obtidos no livro *Mato Grosso do Sul sem fronteiras*, do SEBRAE. A densidade demográfica das duas cidades é a seguinte: Ponta Porã possui 14,55 hab/km² e Pedro Juan Caballero, 17,86 hab/km² (IBGE, 2014; SEBRAE/MS, 2010).

Ponta Porã está localizada no sul do Estado de Mato Grosso do Sul, delimitada com Pedro Juan Caballero (Paraguai). Sua localização está sobre uma altitude média de 655 m, na serra de Maracaju. A sudoeste do Estado, a cidade faz divisa com os Municípios de Antônio João, Bela Vista, Jardim, Guia Lopes da Laguna, Maracaju, Dourados, Laguna Carapã e Aral Moreira (OLIVEIRA, 2010).

O terreno do Município de Ponta Porã é composto por rochas eruptivas básicas, integrantes do derrame basáltico da Bacia Sedimentar do Paraná, conhecida como formação Serra Geral, e por arenitos do Grupo Bauru (BRASIL, 1982 *apud* OLIVEIRA, 2010). A formação Serra Geral é constituída por basaltos, cuja idade remonta ao fim do período jurássico e início do cretáceo, sobre as quais está presente um ambiente fluvial e lacustre e onde se depositam arenitos, o que constitui o Grupo Bauru. Essas rochas são susceptíveis à erosão (OLIVEIRA, 2010).

Em Ponta Porã estão presentes as duas maiores bacias hidrográficas da Bacia Platina, a bacia hidrográfica do Paraná e a do Alto Paraguai. Na bacia hidrográfica do Paraná temos o rio São João, com nascente em Ponta Porã; e na do Alto Paraguai localizam-se as nascentes

dos rios Miranda e Apa. Sua vegetação era formada pela Floresta Atlântica e pelo Chaco paraguaio (OLIVEIRA, 2010).

2.1 Histórico

Os primeiros habitantes da região pertenceram às tribos Guaranis e Cuiás (Caa-i-vas= tomadores de mate). Um pouco antes da Guerra do Paraguai, o Imperador Dom Pedro II estabeleceu uma colônia militar para garantir a fronteira e propiciar contato frequente da região para a capital, pois ele temia a invasão do território nacional. A guarnição se instalou na encosta da serra do Amambai, sobre a cabeceira do rio Dourados (IBGE, 2014).

Os dois Municípios (Ponta Porã e Pedro Juan Baballero) possuem a sua história na mesma base, visto que ambas pertenciam ao reino espanhol, portanto era do Paraguai antes da Guerra da Tríplice Aliança. Era chamada de Punta Porã que, segundo historiadores, significa “Punta Bonita”, pois possuía uma visão muito bonita numa área localizada acima da cordilheira e composta por árvores de perobas, que forneciam boa sombra para o descanso. Aquele nome deu origem atualmente a Ponta Porã (Brasil) depois da Guerra da Tríplice Aliança, sendo refeita a demarcação dos limites. Assim, Punta Porã (antiga Pedro Juan Caballero) foi dividida em Pedro Juan Caballero (Paraguai) e Ponta Porã (Brasil) (BENÍTEZ, 2008).

A Guerra da Tríplice aliança aconteceu entre 1865-1870, em que Brasil, Argentina e Uruguai se opuseram ao Paraguai (BERGO, 2011). Após a Guerra do Paraguai, este País perdeu parte do seu território, como afirma Lerman (1987, p.76 *apud* MOLINIER, 2012, p.212):

Em materia de límites territoriales, aún cuando no se cumplió lo establecido por el Tratado de la Triple Alianza, por el que todo el territorio del Chaco debía pasar a manos de la Argentina, el Paraguay perdió 94.090 km², a favor

de dicho país, y 62.325 km² a favor del Brasil, um total de 25% de su territorio (LERMAN, 1978 *apud* MOLINIER, 2012).

Nos territórios que pertenciam ao Paraguai¹, conforme Molinier (2012), Ponta Porã estava inclusa, como mostra a Figura 6 a seguir:

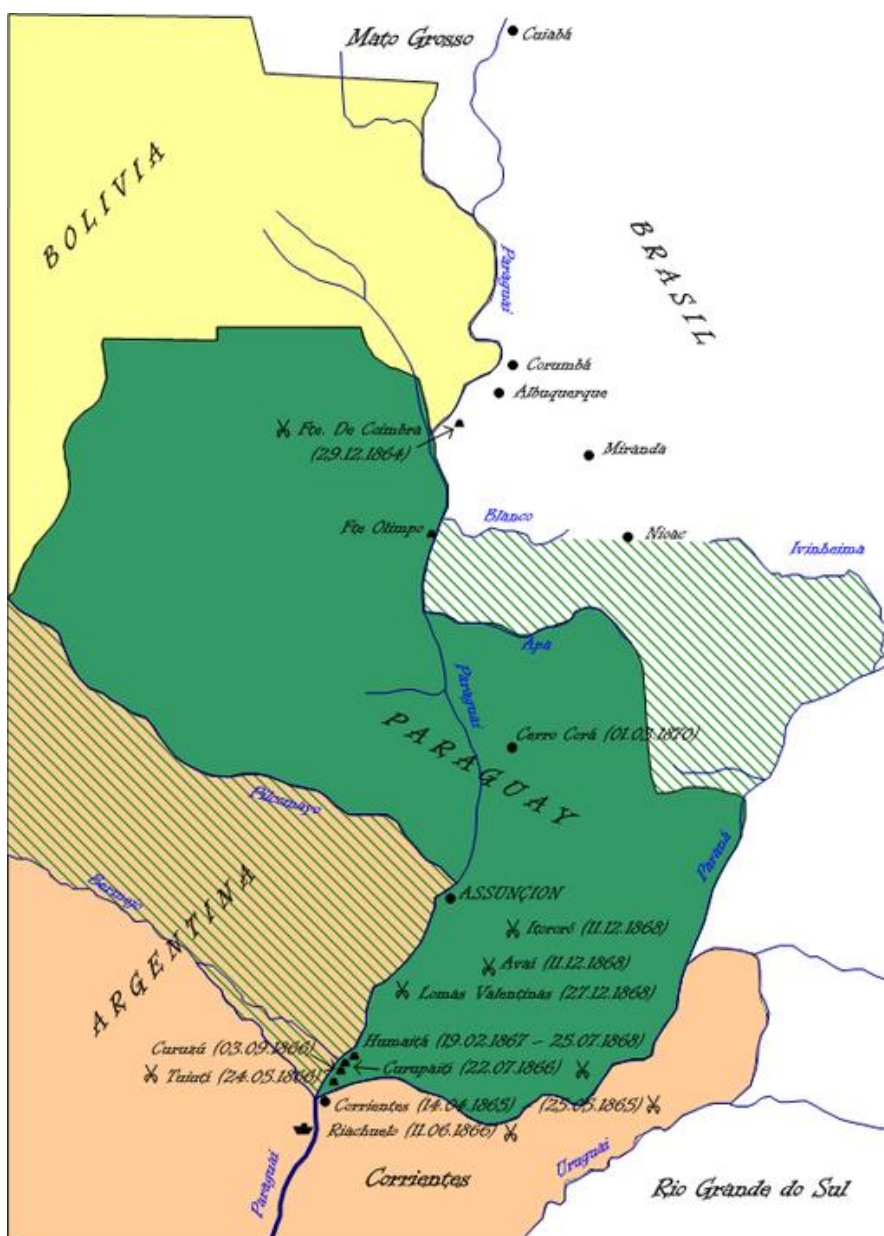


Figura 6 - Mapa do Paraguai e os territórios perdidos a favor da Argentina e do Brasil (1876), segundo Molinier.

Fonte:

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Krigsteater_trippealliansekrigen.png#filelinks(MOLINIER 2012, p.2012).

¹ Apresentamos o mapa não com o objetivo de confirmar a tese da perda do território nessa extensão, mas para demonstrar uma visão bastante difundida no Paraguai, que é a do sul do Mato Grosso do Sul ter sido parte de seu território.

De acordo com Torrecilha (2013), dois fatos políticos foram de grande importância na estruturação da fronteira: a Guerra da Tríplice Aliança, que resultou na dizimação de quase toda a população masculina paraguaia, e a exploração dos ervais nativos pela Companhia Matte Laranjeira, que por muitos anos teve apoio dos governos locais. Nesse último caso, seus empregados não conseguiam sobreviver por muito tempo, devido às dificuldades de transportar fardos pesados de erva nas costas das plantações dos ervais no interior do sul de Mato Grosso (região de Bela Vista), passando por Ponta Porã até Concepción, para embarcar rumo à Argentina.

O primeiro morador dedicado ao comércio na cidade de Pedro Juan Caballero foi Pablino Ramírez, que se instalou próximo à laguna principal, na qual os transportadores de erva mate produzida pela empresa de Tomaz Laranjeira paravam para descansar, como relata Goiris (1999, p. 154):

se hace referencia a seguir a las personas consideradas “fundadoras de los asentamientos”. Estas personas seguramente tenían alguna relación con las actividades comerciales, particularmente con la exploración de la yerba mate, que existía en zonas aledañas a la frontera. El señor Pablino Ramírez se destaca entre los pioneros “fundadores”, pues parece haber sido el idealizador y primer poblador del llamado *Paraje Punta Porã*.

Pablino Ramírez forma um núcleo na localidade de Punta Porã, que cresceu tendo vocação para entreposto comercial. Em 1897, o Paraguai extingue o acordo que isentava a cobrança de impostos a mercadorias trazidas de Mato Grosso, tendo como justificativa a livre circulação de erva-mate brasileira, enquanto à erva-mate paraguaia era cobrado imposto de exportação. Em represália, o governo brasileiro proibiu o tráfico comercial paraguaio no Brasil. No final do século XIX, comerciantes de Concepción se mudaram para Punta Porã (atual Pedro Juan Caballero) expandindo o comércio da cidade, iniciado por Pablito Ramírez (RAMÍREZ, 2002 *apud* OLIVEIRA, 2011).

A formação da cidade de Ponta Porã começou na chamada picada de Chiriguélo, que era o local de armazenamento da erva-mate transportada para o porto de Concepción. João Antonio de Trindade, que lutou na Guerra da Tríplice Aliança, e por muitos anos foi Juiz de Paz, foi o fundador ou o primeiro a se instalar em Ponta Porã, por volta de 1892. No ano seguinte, chegaram famílias de emigrantes gaúchos que foram derrotados na Revolução Federalista. Já no início do século XX chegaram espanhóis, portugueses, italianos e uruguaios, atraídos pelo progresso da fronteira (GOIRIS, 1999 *apud* OLIVEIRA, 2011).

Segundo aponta Torrecilha (2013): “as cidades já nascem definindo a vocação comercial e a interdependência entre elas” (TORRECILHA, 2013, p. 146). De acordo com o IBGE (2014), o desbravamento completo correu em 1883:

O completo desbravamento da região verificou-se, todavia, em 1883, quando Tomaz Laranjeira estabeleceu o primeiro arranhamento à margem direita do rio Verde, distante oito léguas da atual sede municipal (de acordo com o Decreto Imperial nº 8799, de 9 de dezembro de 1882, que lhe concedia o privilégio de colher erva-mate na zona fronteira com a República do Paraguai, entre os marcos “Rincão do Júlio” e “Cabeceiras do Iguatemi”). O local teve, a princípio, o nome de “Nhu-verá”, que foi substituído posteriormente por “Antônio João” e, finalmente, por “Ponta Porã”.

A cidade de Ponta Porã teve várias formas administrativas, sendo subordinada Nioaque e Bela Vista; mas só em 18 de julho de 1912 Ponta Porã se tornou um Município autônomo. Em 1943, foi criado o Território Federal de Ponta Porã, com capital na cidade de Ponta Porã (a capital passou a ser Maracaju, mas em 1944 voltou a ser Ponta Porã). Mais seis Municípios faziam parte; contudo, em 1946 foi extinto o Território Federal de Ponta Porã e voltaram a fazer parte de Mato Grosso todos os Municípios que o compunham. Ao longo da história, vários municípios próximos foram membros e depois se desmembraram de Ponta Porã. Em 2007, três unidades de distritos fazem parte: Distrito Sede, Sanga Puitã e Cabeceira do Apa (OLIVEIRA, 2010).

Após a Guerra da Tríplice Aliança, o Governo de Mato Grosso estava enfraquecido, dependendo basicamente da atividade pecuária. Enquanto isso, Buenos Aires estava se fortalecendo, conseqüentemente tornando-se um mercado consumidor de erva-mate importante. O porto de Concepción no Paraguai estava constantemente exportando erva-mate. Tendo essa visão, Thomaz Laranjeira, que veio à Região Sul, pediu concessão de terras ao governo imperial e se aliou ao comerciante Francisco Mendes Gonçalves na exploração da erva-mate nativa. O sucesso da produção da erva-mate atraiu os sulistas devido à Revolução Federalista em 1890, para se apropriarem de terras públicas. Naquela época, a base econômica estava na exploração da erva-mate, na pecuária e nas atividades comerciais (contrabandos transfronteiriços e os pontos de trocas dos povoados que surgiram na fronteira). A exploração da erva-mate promoveu o dinamismo econômico e a integração regional, o que atraiu a população e conseqüentemente expandiu as atividades complementares de toda ordem. A partir da década de 60, a atividade ervateira decaiu e a pecuária e a agricultura passaram a ser o centro das atividades econômicas de Mato Grosso. Em 1977, a Presidência de República separou o Estado e então passou a pertencer a Mato Grosso do Sul (OLIVEIRA, 2010).

2.2 População e Economia

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), Ponta Porã possui uma população de 83.747 habitantes. Segundo dados do Atlas do censo de Amambay (2002), Pedro Juan Caballero possui 88.189 habitantes.

O crescimento da cidade de Ponta Porã está mais ao longo da linha divisória no sentido norte-sul do que no leste-oeste, devido às barreiras institucionais do Exército e do aeroporto. Já em Pedro Juan Caballero está em traçado ortogonal, sendo homogêneo e compacto. É no sentido leste-oeste que se direciona à capital Assunção. A linha internacional

concentra e desenvolve as principais atividades (socioculturais, comércio, serviço, indústrias, e financeira), onde o centro está nos limites desse espaço (TORRECILHA, 2013).

Na Figura 7, elaborada por Torrecilha (2013), constam o Plano Diretor do Município de Ponta Porã (do ano de 2012, com Lei Complementar de 2012) e o Plano de Ordenamento Territorial e Ambiental de Pedro Juan Caballero (2010).

O Plano Diretor de Ponta Porã cria sete zonas, sendo elas: Zona de Adensamento Prioritário (ZAP), Zona de Adensamento Secundário (ZAS), Zonas Empresariais (ZEM), Zonas Especiais de Estruturação Urbanística (ZEEU), Zonas Especiais de Proteção Ambiental (ZEPA), Zonas Especiais de Interesse Histórico e Cultural (ZEIHC), Zonas Especiais de Economia Solidária) e Corredores de Múltiplo Uso (TORRECILHA, 2013).

O Plano de Ordenamento Territorial e Ambiental de Pedro Juan Caballero possui nove zonas: Zona comercial, Zona Residencial I e II, Zona Industrial, Zona Mista I e II, Área Verde, Zonas de Uso Específico, Área de Saúde e Educação, Área de Transição, Centro Histórico.

Em Ponta Porã, a maioria dos estabelecimentos de saúde privado encontra-se na Zona de Adensamento Prioritário. Já em Pedro Juan Caballero, os estabelecimentos de saúde privado estão localizados na Zona Histórica e na Zona de Uso Misto.

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero possuem sua base econômica na prestação de serviços. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o Município de Ponta Porã possui sua base econômica na prestação de serviços e, em segundo lugar, na agropecuária. Em Pedro Juan Caballero, de acordo com o Atlas Censal del Paraguay (2002), sua economia está baseada também no comércio e serviços, em seguida aparece a agropecuária.

**PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ
PLAN DE ORDENAMENTO TERRITORIAL Y AMBIENTAL DE PEDRO JUAN CABALLERO**

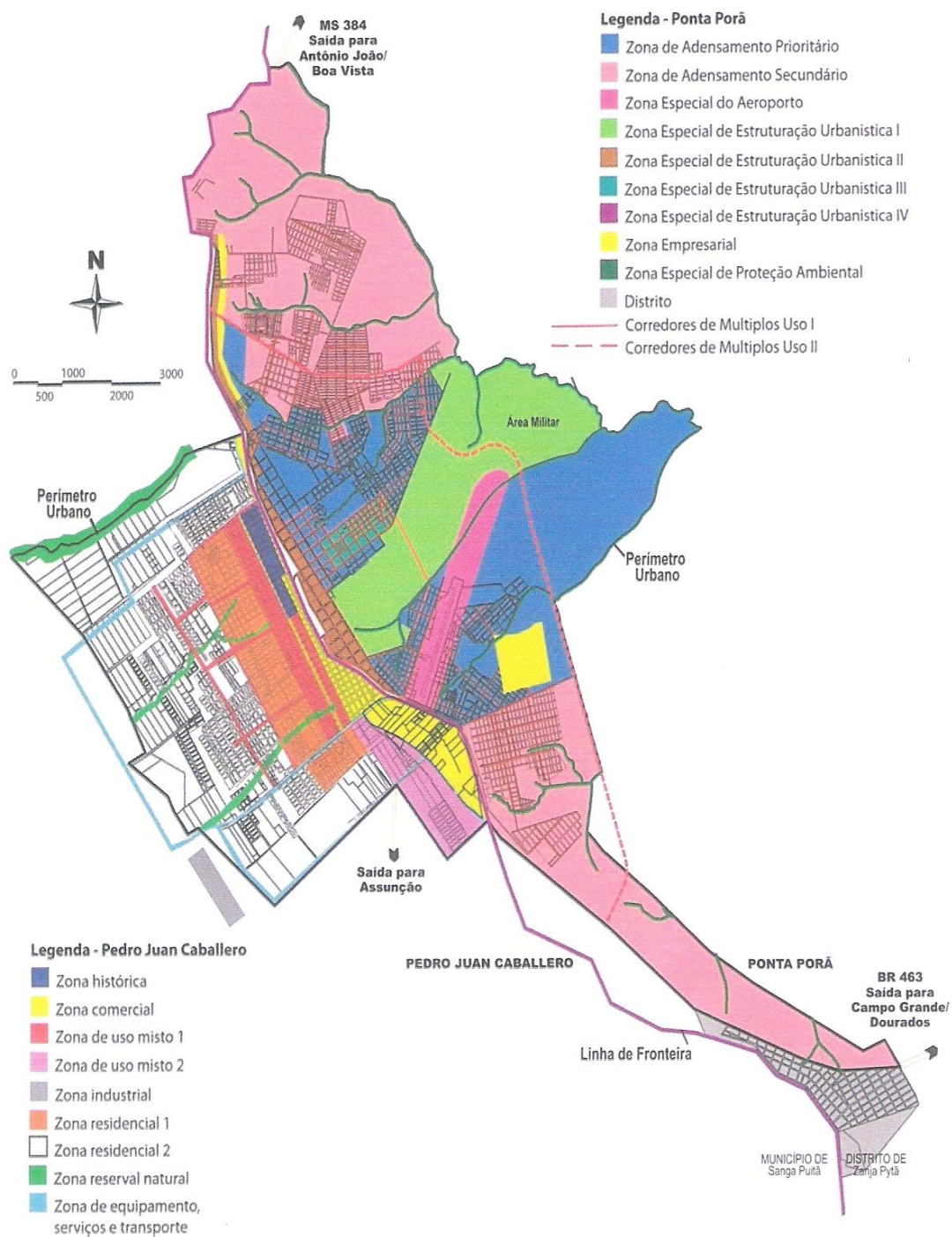


Figura 7. Plano Diretor do Município de Ponta Porã e Plano de Ordenamento Territorial e Ambiental de Pedro Juan Caballero.
Fonte: Torrecilha (2013).

Porém vamos dar ênfase às atividades comerciais que merecem ser focalizadas, devido à sua importância na geração de emprego, pois as atividades agropecuárias atualmente modernizadas são poupadoras de mão de obra. Assim, Oliveira (2010, p. 72 -73) expõe a importância das atividades comerciais nas duas cidades para geração de emprego. E até a pressão salarial empurra para baixo o salário, devido a grandes quantidades de trabalhadores disponíveis nas duas cidades. Além disso, a atividade informal é estimulada tanto para complementar a renda quanto pela falta de emprego, ou pelo fácil acesso aos produtos contrabandeados e pirateados para se comercializar.

No espaço fronteiriço, ocorre uma mútua correspondência com o exterior, com uma capacidade de complementaridade e competitividade no mercado internacional próximo. Porém, inseridas no quadro de novas tendências descentralizadoras, as duas legislações diferentes se contrapõem ou se impõem (OLIVEIRA, 2005). O Ministério da Integração Nacional (2009) passa a buscar formas para incentivar estas regiões de faixas de fronteira, incentivando trocas comerciais entre países da América do Sul e ativando as potencialidades locais, devido à estruturação física, econômica e social. Dessa maneira, o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) surge com o objetivo de desenvolver a faixa de fronteira, buscando fortalecer a sociedade civil e os Arranjos Produtivos Locais, estimular a infraestrutura social e econômica, respeitando a diversidade da região e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR).

O cotidiano na fronteira presencia muitos brasileiros fazendo compras de supermercados na cidade de Pedro Juan Caballero, na qual muitos estabelecimentos disponibilizam produtos de indústrias brasileiras, porém com o preço mais acessível, devido à carga tributária paraguaia ser menor. Outro exemplo é o abastecimento de combustíveis, em que muitos moradores de Ponta Porã e turistas optavam por abastecerem seus automóveis no lado vizinho de Pedro Juan Caballero, quando a moeda dólar dos Estados Unidos estava

desvalorizada frente ao real. Atualmente há pouca diferença de preço entre as duas cidades, onde o litro de gasolina comum em Pedro Juan Caballero está em média R\$ 2,80, enquanto em Ponta Porã está em média R\$ 2,90. Pela diferença de preço hoje, muitos brasileiros optam por abastecer seus automóveis no lado brasileiro mesmo (DOKKO & LAMOSO, 2012).

Já os serviços de saúde são controversos, pois ao mesmo tempo em que muitos moradores de Pedro Juan Caballero utilizam os serviços gratuitos hospitalares de caráter público de Ponta Porã, muitos pontaporanenses de classe média vão à cidade vizinha utilizar serviços médicos e hospitalares privados por um preço mais acessível. Na área de comércio de móveis e eletrodomésticos, a cidade de Ponta Porã possui produtos diferentes da cidade vizinha, pois em Pedro Juan Caballero não existe o mecanismo do crediário para parcelar o pagamento dos produtos. No campo de eletroeletrônicos, muitos pontaporanenses e turistas brasileiros realizam suas compras no comércio de Pedro Juan Caballero. Além das duas cidades possuírem suas atividades comerciais no turismo, na indústria e na prestação de serviços, elas possuem uma economia baseada na agropecuária. Para entendermos melhor até que ponto as atividades comerciais dos dois Municípios se complementam e até que ponto elas competem entre si, é preciso aprofundar o estudo (DOKKO & LAMOSO, 2012).

O comércio informal está presente na cidade de Pedro Juan Caballero com camelódromos e vendedores ambulantes, tornando o circuito inferior dominante na cidade. Assim como o comércio de Ponta Porã está mais presente com lojas intermediárias, além de lojas de artigo de luxo (joalherias, móveis planejados etc.), bancos, hotelaria, entre outros, com características de circuito médio e superior. Os circuitos das duas cidades ora competem (postos de combustíveis, mercados, eletrônicos etc.), ora se complementam (setor hoteleiro, lojas de artigos de luxo, prestação de serviços etc.), porém interagem e dinamiza o comércio de ambas as cidades, sobrepondo os limites territoriais (DOKKO & LAMOSO, 2012).

CAPÍTULO III

SISTEMA DE SAÚDE

CAPÍTULO III

SISTEMA DE SAÚDE

3.1. Antecedentes do sistema de assistência à saúde do Brasil

A Constituição de 1891, na qual determinava aos Estados a responsabilidade de saúde e saneamento, ocorreu devido às mudanças no modo de produção, buscando exportar produtos brasileiros. Além disso, na época, o panorama das doenças era visto de acordo com a referida taxa de morbidade. Assim, foi criada em 1897 a Diretoria Geral de Saúde Pública e órgãos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal (criado em 1900), que passou a ser renomeado para Instituto Oswaldo Cruz, com o qual grandes avanços ocorreram no controle, no combate e no conhecimento de algumas doenças, onde a maior parte da população ainda não possuía recursos próprios para a assistência à saúde (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Em 1923, surgiu a lei nº 4.682, que instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), atendendo a trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores, nos serviços previdenciários, na assistência médica e no fornecimento de medicamentos, onde cada órgão estabelecia seu regulamento, tornando-se fragmentário (FINKELMAN, 2002).

Como havia muitas pessoas que ficavam fora da cobertura de previdência social, foi criada em 1930 o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), que se responsabilizava por todos que não possuíam os benefícios, como os pobres, os desempregados e os que exerciam atividades informais (CARVALHO & FÉLIX, 2013).

No final de 1932, já havia cerca de 140 CAPs com algo em torno de 19 mil segurados ativos, sendo 10.300 aposentados e 8.800 pensionistas. Para substituir o sistema

CAPs, criaram-se então os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que reuniram o conjunto dos trabalhadores de um dado setor de atividade. Os trabalhadores tinham que contribuir mensalmente para ter direito ao benefício público de previdência social (FINKELMAN, 2002).

Entre 1945 e 1968 ocorreu a crise do regime de capitalização e o conseqüente nascimento do sanitarismo desenvolvimentista, como afirmam Figueiredo Neto *et al.* (2010, p.2):

Com a queda de Vargas, em outubro de 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública passou a ter uma estrutura mais centralizada com programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Assim a saúde pública e a assistência médica passaram a ser decididas em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação.

Nessa época, ocorreu um grande discurso sobre o custo econômico das doenças como um obstáculo para o desenvolvimento do país. Assim, a ideologia desenvolvimentista, na qual se via a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, teve como necessidade melhorar a saúde da população para se obter o desenvolvimento. Visando a um sistema de saúde universal, buscando a prevenção das doenças transmissíveis, tal modelo, contudo, ainda não assegurava a todo cidadão brasileiro o direito integral e irrestrito à saúde (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Com a Lei nº 3.807, de 26/08/1960, instituiu-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e as instituições de previdência social passaram a ter um serviço público descentralizado da União, de personalidade jurídica e de natureza autárquica (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

De acordo ainda com Figueiredo Neto *et al.* (2010, p.2), o “golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com destaque na assistência médica, no

crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário”. A partir de então, o sistema privado começa a crescer.

Em 1966, ocorre a unificação entre os Institutos de Aposentadorias e Pensões (ASPs) e o Instituto de Previdência Social (INPS), padronizando os benefícios prestados e ampliando para cobertura psiquiátrica, que antes estava apenas disponível no atendimento privado (FIGUEIREDO NETO *et al.*,2010).

Após a crise política e econômica da década de 1970, novas estratégias foram criadas, entre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo. Grandes pressões por reforma política na saúde possibilitaram algumas transformações, de acordo com Baptista (2005 *apud* FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010, p.3), que ressalta:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelas diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constitui em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização da saúde;
- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Ainda estava longe o direito à saúde de caráter universal, pois o INAMPS beneficiava somente os trabalhadores que possuíam “carteira assinada”, e seus dependentes. Nesta época, a população brasileira estava dividida entre as que podiam pagar pelos

serviços vinculados ao INAMPS, e os que não possuíam direito nenhum (CARVALHO & FÉLIX, 2013).

A década de 1980 foi marcada por movimentos de contestação ao sistema de saúde, sendo criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (Conaps), em 1981, que deveria buscar entender a razão da crise no setor, organizando e racionalizando a assistência médica, buscando ainda diminuir os gastos. A Conasp detectou diversas alterações como: serviços inadequados, insuficiência de diversas prestadoras, recursos financeiros insuficientes, desvalorização dos serviços e superprodução dos serviços contratados. Foram criadas então propostas para reestruturação do setor, como o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), a Programação e Orçamentação Integrada (PDI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Logo após, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foi a principal saída para a universalização do direito à saúde, visando à integração e à racionalização dos serviços públicos, articulando-se com a rede conveniada e contratada. A proposta era de assinatura de convênios entre os Inamps e os Estados e os Municípios, com o compromisso do governo em oferecer assistência gratuita a toda população, não apenas aos beneficiários de convênios. Em 1985, com o fim do regime militar e a chegada da Nova República, o AIS foi retomado impulsionando a reformulação do sistema de saúde.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi aprovada por unanimidade a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo, além do fortalecimento do setor público. No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde consta:

- Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das

formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (FIGUEIREDO NETO *et al*,2010, p.4).

Em 1988, ocorreu uma mudança com a Constituição Federal onde o serviço de saúde que era prestado somente para os beneficiários de previdência passou a ser prestado a todos, em um Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como características o serviço público como dever do Estado de maneira universal, integral, equitativa e gratuita (CARVALHO & FÉLIX, 2013).A assistência à saúde no Brasil é composta por dois regimes: público – oferecida pelo Estado; e privado – desenvolvido pela iniciativa privada (CARVALHO & FÉLIX, 2013).

3.2. Sistema de saúde no Brasil

O sistema de saúde no Brasil é composto pelas esferas pública e privada. A esfera pública é representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange todos os serviços de saúde na esfera pública, como afirmam Carvalho e Félix (2013, p. 59):

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange todas as ações e serviços na área de saúde pública, reunindo diversas atividades finalísticas da Administração pública, tais como o serviço público em sentido restrito prestado diretamente ao usuário através da assistência à saúde (atendimento ambulatoriais e hospitalares), polícia administrativa (ações da vigilância), o fomento (programas de saúde), e a regulação (controle do fluxo de vagas do sistema).

O Sistema Único de Saúde é universal, pois prevê o acesso de todos os usuários com igualdade ao serviço. Além disso, compõe-se de integralidade, que designa a totalidade de assistência à saúde, e gratuidade, onde não se cobra taxa do usuário, pois tal serviço é

financiado por recursos orçamentários de seguridade social político (CARVALHO & FÉLIX, 2013).

Atualmente, Ponta Porã possui 21 estabelecimentos atendidos pelo SUS. Na Figura 8, podemos observar a distribuição dos estabelecimentos no Estado de Mato Grosso do Sul:

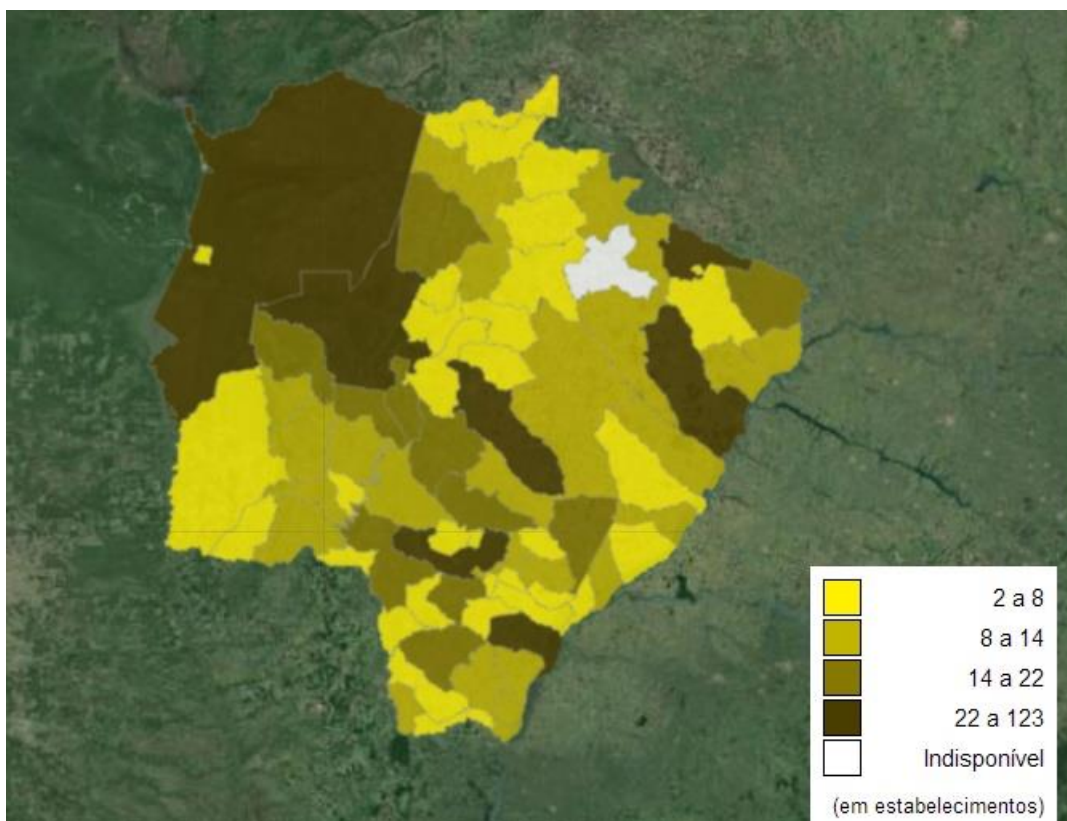


Figura 8 - MATO GROSSO DO SUL - Estabelecimentos de saúde do SUS.
Fonte: IBGE, 2014.

A esfera privada é dividida em dois subsectores, como afirma o Ministério da Saúde (2007) *apud* PIETROBON *et al.*, (2008, p.768):

O subsistema privado é dividido em dois subsectores: o subsector saúde suplementar e o subsector liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde,

serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada.

O sistema de saúde no Brasil é misto, podendo ser público ou privado. Este trabalho tem como foco o sistema privado, composto pela saúde suplementar e pelo sistema liberal clássico. O subsetor de saúde suplementar em Ponta Porã é composto por convênios, como Unimed, Pax Primavera, Nipoassist, Cassems, entre outros, descritos no Quadro 2. E o sistema liberal clássico é composto por diversos estabelecimentos de saúde.

Segundo os dados do IBGE (2014), a cidade de Ponta Porã, possui 13 estabelecimentos de saúde privados, 19 estabelecimentos de saúde públicos de esfera municipal, 1 estabelecimento de saúde público de esfera federal, mas nenhum estabelecimento de saúde de esfera estadual.

3.3. Antecedentes do sistema de assistência à saúde do Paraguai

Em 1936, criou-se o Ministério de Salud Pública no governo do coronel Rafael Franco, mediante a promulgação do Decreto Lei N° 2.000/36 de 15/06/1936, enquanto que o Decreto Lei N° 2.001/36 estabeleceu a organização e as funções da Secretaria do Estado. Antes de 1936, todos os serviços de saúde eram fornecidos e administrados pelo Ministerio del Interior, porém, devido às sequelas sanitárias produzidas na Guerra do Chaco (1932-1935), o governo paraguaio criou o Ministerio de Salud Pública (PARAGUAY, 2014).

Um dos objetivos principais do Estado era ofertar assistência médica para os feridos e mutilados da Guerra do Chaco, de acordo com o relato abaixo:

En ese entonces, uno de los objetivos principales de la cartera de Estado era brindar asistencia médica a los heridos y mutilados de la contienda chaqueña, y controlar efectivamente el tratamiento y la transmisión de enfermedades como el paludismo, la disentería y la tifoidea, que migraron

hacia la Región Occidental una vez concluida la Guerra del Chaco, con el retorno de los combatientes a sus hogares (PARAGUAY, 2014).

Em 1998, o Decreto Lei N° 2.001/36 foi revogado com o Decreto N° 21.376/98, que estabeleceu nova organização funcional do Ministério de Saúde e Bem Estar Social com o Presidente da República Juan Carlos Wasmosy e o Ministro Andrés Vidovich Morales, por meio da Constituição Nacional e do desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. Com esta normativa vigente, pôs-se em evidências a saúde humana e ambiental, e Bem estar social, que o Ministério da Saúde Pública deveria cumprir. A partir desse momento iniciou-se uma etapa de reformas e modernização legislativa (PARAGUAY, 2014).

3.4. Sistema de Saúde no Paraguai

O sistema nacional de saúde no Paraguai tem como objetivo prestar serviço para toda a população de maneira equitativa, baseado no acesso integral à saúde, sendo dividido nos subsetores público, privado ou misto.

De acordo com Valentim & Silva (2006, p.299), o subsetor público é formado por várias entidades, como

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS); Instituto de Previsión Social (IPS); Sanidad de las Fuerzas Armadas; Sanidad Policial; Universidad Nacional de Asunción; Municipíos y Gobernaciones; y empresas estatales descentralizadas.

O Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social é composto pelo poder executivo, que oferece serviços em 17 departamentos e Assunção, inclusive no Departamento de Amambay, onde se encontra Pedro Juan Caballero. O MSPyBS atua na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na reabilitação. O financiamento é realizado por diversos recursos,

como os do tesouro público, os de pagamentos originados na Central Hidroelétrica de Itaipu, os recursos gerados por estabelecimentos de saúde do Ministério, os recursos de crédito externo e os recursos especiais, entre outros recursos.

O IPS é a oferta de serviços médicos e hospitalares de um sistema de seguro social contributivo para veteranos da Guerra do Chaco e seus familiares, além de professores, empregados, trabalhadores domésticos em Assunção e empregados de autarquias. As Forças Armadas possuem seus estabelecimentos de saúde, que oferecem o serviço a todos os militares ativos ou aposentados e seus respectivos familiares, e em regiões que não existem centros assistenciais públicos ou privados. O sistema da polícia atende a funcionários, ex-funcionários, familiares e presidiários. A Universidade Nacional de Assunção presta serviços parcialmente gratuitos. O processo de descentralização do sistema de saúde presta serviços por meio de postos e centros de saúde. Já as empresas estatais prestam serviços de saúde e seguro médico adicional aos seus funcionários e familiares em instalações próprias (VALENTIM & SILVA, 2006, p.299).

As instituições mistas, como a Cruz Vermelha Paraguaia, são financiadas por uma fundação privada sem fins lucrativos, onde o salário dos funcionários são financiados pelo MSPyBS (VALENTIM & SILVA, 2006, p.299). Já o serviço subsetor privado é composto por instituições lucrativas e não lucrativas, sendo clínicas, hospitais, laboratórios, serviços de emergência etc. Incluem-se empresas pré-pagas e seguradoras e pagamentos diretos do usuário (VALENTIM & SILVA, 2006, p.299).

O trabalho tem como foco o subsetor privado de Pedro Juan Caballero, no qual se encontram empresas seguradoras como COMED, Assismed, Medilife, Odontomédica, Migone, entre outros, descritos no Quadro 2. Há também os estabelecimentos privados, que aceitam tanto convênios como pagamentos diretamente do usuário.

3.5. Sistema de Saúde na fronteira

Nas últimas décadas, tem-se percebido maior atenção à necessidade de compartilhamento dos serviços de saúde por populações que residem em municípios de fronteira.

Na literatura, Giovanella *et al.* (2007) discutiram a saúde nas fronteiras e outros temas correlatos como o acesso e as demandas de estrangeiros² e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), na perspectiva dos secretários municipais de saúde. O trabalho de Giovanella *et al.* (2007) tem como objetivo analisar as condições de acesso e as demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL. Para isso, foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde de cidades brasileiras localizadas na linha de fronteira em 69 localidades, sendo estas nos Estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, do Paraná e de Mato Grosso do Sul. Pôde-se constatar que a busca pelo atendimento pela população de outros países é uma realidade nos municípios de fronteira.

A dinâmica de territórios na zona de fronteira constitui realidades epidemiológicas e problemas de saúde compartilhados, requerendo, cada vez mais, ações conjuntas para se alcançar o controle e a garantia de acesso à saúde. O estudo de Giovanella *et al.* (2007) apresentou outra dificuldade, que é a interpretação do direito à garantia do sistema de saúde, devido à diversidade de concepções de “estrangeiro”, considerado como brasileiros não residentes no Brasil, brasileiros com dupla nacionalidade, filhos de brasileiros nascidos em outro país, ou filhos de estrangeiros nascidos no Brasil (sem documentação brasileira, devido à falta de recursos econômicos) (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

² A palavra estrangeiro é utilizado pelos seguintes autores: Giovanella *et al.*, 2007; Cazola *et al.*, 2011; Pereira, 2013; Augustini & Nogueira, 2010.

É necessário comentar sobre a questão da binacionalidade, sobre as pessoas que possuem dupla nacionalidade em regiões de fronteira, como afirma Biolchi, 2006, p.46:

A dupla nacionalidade é normal nas cidades fronteiriças, principalmente em fronteiras secas. Observa-se um comportamento diferente no departamento de Amambá em relação às outras regiões de fronteira do país, em particular podemos citar a população de Cidade do Leste que tem nacionalidades bem definidas. Em Pedro Juan, a maioria da população nativa tem dupla nacionalidade, muito Paraguaio tem documento de identidade brasileira e vice-versa. A identificação como nacionais de um ou de outro país se dá, principalmente, àqueles que nasceram em outras cidades ou lugarejos de fronteira, razão esta que, provavelmente explica o alto índice de documentação das populações destas cidades.

Sabendo que em Pedro Juan Caballero, possui muitas pessoas com dupla nacionalidade, a probabilidade das pessoas com dupla nacionalidade conseguirem a documentação necessária para fazer o cadastro do cartão SUS é maior. Sendo assim, essas pessoas não são contabilizadas como estrangeiras no Sistema Único de Saúde.

A maioria dos secretários municipais considerou que os estrangeiros têm direito ao atendimento do SUS, sendo ainda identificadas barreiras no atendimento na saúde. Ferindo a legislação nacional, ainda que a legislação nacional não refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, abrangendo a todos os seres humanos, e que o acesso ao SUS deve ser às pessoas, independente da nacionalidade (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Para estrangeiros residentes em cidades fronteiriças, não há referência no *Estatuto do Estrangeiro* ao acesso e à atenção à saúde, ficando a responsabilidade da garantia dependente do poder discricionário da autoridade local. Existem ainda dificuldades burocráticas e financeiras para a regularização da situação de residência ou cidadania, o que gera um frequente número de pessoas sem a documentação necessária nas cidades de fronteira não podendo exigir seus direitos (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Ainda no estudo de Giovanella *et al.* (2007), os secretários de saúde dos Municípios estudados indicam ser a fronteira o laboratório de dilemas para a integração. O resultado do estudo demonstra uma necessidade de legislação específica para esses Municípios, como o acordo binacional Brasil-Uruguai, ou como o caso da União Europeia, que garante acesso transfronteiriço de serviço de saúde, assegurando aos cidadãos os mesmos direitos de tratamento.

Outro estudo importante é o de Cazola *et al.* (2011), sobre o atendimento a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. O estudo buscou identificar e analisar as características dos atendimentos do SUS a brasileiros residentes no exterior, nos Municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul com o Paraguai: Ponta Porã, Coronel Sapucaia, Paranhos e Sete Quedas. A metodologia utilizada foi a aplicação de questionários colhidos no período de 30 dias, os estudos de todos os serviços de saúde disponíveis pelo SUS e as entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde, gerentes das unidades de saúde e representantes do conselho municipal de saúde. Os resultados foram: a maior demanda de brasileiros não residentes no País foi nos serviços de atenção básica, sendo 11,9% nas unidades básicas de saúde da família de Coronel Sapucaia, 3,5 nos municípios de Paranhos e Ponta Porã, e 1,1% em Sete Quedas. As unidades básicas de saúde apresentaram 43,8% em Sete Quedas, 21,1% em Coronel Sapucaia, 14,7% em Paranhos e 2,3% em Ponta Porã. E as entrevistas confirmaram a percepção de que um número importante de brasileiros que moram no exterior recebe atenção pelo SUS nas cidades estudadas. Como esses usuários não estão no planejamento dos serviços de saúde prestado pelo SUS, isso pode causar impacto na qualidade da atenção prestada.

Ainda estudando a saúde na fronteira, Pereira (2013) fez uma análise do diagnóstico acerca do sistema integrado de saúde da fronteira em Mato Grosso do Sul, sendo especificamente nos Municípios de Corumbá e Ponta Porã. O Sistema Integrado de Saúde das

Fronteiras - SIS Fronteira é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa a integrar ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira. Tal projeto teve como objetivo elaborar diagnósticos locais de saúde e um plano para melhoria da saúde, com vistas a subsidiar a mobilidade política e legislativa através de acordos bilaterais ou multilaterais. De acordo com Pereira,

analisando o Diagnóstico de Saúde detalhado, relativo ao município de Ponta Porã, verificou-se que, do total de cadastrados nos programas Estratégia Saúde da Família e PACS, 1,38% (530/38.471) são “estrangeiros sem documentação, pessoas que acabaram ficando residência no Brasil, mesmo com situação irregular, e que possuem na família, descendentes brasileiros”. Nas Unidades Básicas, de 4.505 atendimentos no período de um mês, sete (0,15%) atendimentos foram a usuários estrangeiros. Nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, durante o período de um mês, do total de 9.303 atendimentos, 27 (0,29%) foram a estrangeiros sem documento de identidade brasileira – sendo que dois efetuaram exame pré-natal, o que pode ser indicativo de futuros partos no Brasil. Já na Unidade da Estratégia Saúde da Família, durante o período de um mês, do total de 9.303 atendimentos, 27 (0,29%) foram a estrangeiros residentes ou não no Brasil, sem documento de identidade brasileira, “que possivelmente só foram atendidos por apresentar alguma situação de urgência ou emergência. Nestes casos, geralmente é o município que arca com as despesas, não sendo ressarcido pelo SUS” (PEREIRA, 2013, p.75).

O estudo de Pereira revelou ainda que a quantidade de atendimento a estrangeiro está aquém do imaginado pelos informantes-chave – chegou-se a estimar que 40% do total de atendimentos seriam a estrangeiros. Outro dado que deve ser considerado é o de número de partos, que revela que 21,3% das parturientes são estrangeiras. Esses partos não são faturados porque o SUS não autoriza o pagamento para estrangeiros (só em situações de urgência e emergência a estrangeiros que o SUS paga), sendo o Município responsável pelo pagamento. Sendo que 20% dos atendimentos relacionados à obstetrícia em Ponta Porã são a estrangeiros e filhos de estrangeiros (PEREIRA, 2013).

Os repasses federais de orçamento para a saúde são realizados de acordo com a modalidade *per capita*, calculada segundo os dados do IBGE, e não inclui a população intinerante das cidades de fronteira. Dessa maneira, Ponta Porã recebe menos de R\$ 100,00

per capita e um número significativo de estrangeiros nos atendimentos à saúde; porém não existe instrumento normativo para regulamentar os atendimentos e conferir segurança jurídica à prestação desses serviços (PEREIRA, 2013).

Embora na teoria não sejam levados em consideração os atendimentos a estrangeiros no sistema público de saúde, eles ocorrem na prática. Uma possível solução seria a edição de instrumentos normativos internacionais que possam instituir regras unificadas entre os sistemas dos Municípios dos respectivos Países. Portanto, os governos locais precisam trabalhar junto aos respectivos governos federais, demonstrando a parlamentares e governantes a real necessidade de regulamentar o atendimento a estrangeiros (PEREIRA, 2013).

Augustini e Nogueira (2010) estudaram a descentralização da Política Nacional de Saúde, executada pelos sistemas municipais localizados na linha de fronteira com os demais países do Mercosul (Argentina, Paraguai e Uruguai). Tal estudo chegou a alguns resultados: quanto a regras, normas e pactos da Política Nacional de Saúde do SUS, afirma-se que a Política Nacional de Saúde e a adesão aos novos padrões das instituições de fronteira estão ocorrendo gradualmente, propiciando mudanças importantes com a descentralização, com destaque para a esfera municipal. A organização e as orientações do sistema, incluídas na Norma Operacional Básica (NOB), 1996, e na Norma Operacional Assistência à Saúde (NOAS) 2002, não vêm sendo seguidas, pois a maioria dos Municípios informou dificuldades na articulação entre os níveis de hierarquização, que pode estar ligada à reduzida preocupação dos atores políticos construtores das novas regras com a situação dos Municípios das fronteiras brasileiras.

Atualmente, com os processos de integração regional, as áreas de fronteira dinâmicas favoreceram os fluxos populacionais em busca de melhor atendimento, visando qualidade e facilidade de acesso, além de gratuidade. Essa demanda foi reconhecida pelos programas SIS

– Fronteiras e a inclusão do Pacto pela Saúde, que busca melhorar as informações entre os Países, para melhor controle das doenças e na atenção à saúde nos Municípios de fronteira. Cada Município elabora individualmente as estratégias adequadas para a sua particularidade. Normalmente, o atendimento ou não ao estrangeiro acontece de acordo com a compreensão dos profissionais (enfermeiros, agentes de saúde, médicos, ou auxiliares de enfermagem) acerca do direito à saúde no momento da procura, raramente incluindo nessa decisão inicial o setor administrativo (AUGUSTINI & NOGUEIRA, 2010)..

A diversidade de entendimento e de encaminhamentos de estrangeiros pelos secretários de saúde pode ser explicada devido à inexistência de protocolos e orientações sobre o atendimento, ocasionando uma incorporação caso a caso e impossibilitando a criação de rotinas administrativas articuladas entre os países (AUGUSTINI & NOGUEIRA, 2010).

Como o Sistema de saúde no Brasil não possui critérios efetivos para o atendimento aos fronteiriços, diversas interpretações são criadas sobre o direito ao acesso aos servidores de saúde, ofertado pelo SUS, onde o mais preocupante é a atuação dos profissionais de saúde na seleção para atendimento aos fronteiriços. Outra questão a ser abordada nesse estudo é a de os gestores usarem a “troca de favores” e os “laços de fronteira”, justificando o atendimento ao fronteiriço sem as documentações exigidas. Tal procedimento pode ser histórico, ou o reconhecimento tácito do não limite territorial.

O estudo de Augustini e Nogueira (2010) mostrou que, mesmo com iniciativas de cooperação e integração, a área social não foi contemplada de forma efetiva na construção do Mercosul. Essa iniciativa, entretanto, já foi tomada, porém ainda não foi suficiente para dar conta de regiões tão particulares como a fronteira. Sendo assim, os direitos sociais e o direito à saúde na região de fronteira ainda está nos planos discursivo e formal. Dessa forma, as leis, as normas, os acordos e os pactos que existem para a saúde ainda não constituem modelo

prático para atender às demandas dessas regiões fronteiriças (AUGUSTINI & NOGUEIRA, 2010).

No trabalho de campo, de levantamento de informações que realizamos, a Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã, enfermeira Juliana Zanett Albertini³ relatou que, “o SIS fronteira não está funcionando em Ponta Porã, desde 2011”.

Nessa mesma entrevista, de acordo com a Albertini,

Um novo projeto que está sendo feito na cidade de Ponta Porã é o da Planilha pertencente a Microrregião de Ponta Porã – Tabela de acompanhamento de atendimento às gestantes estrangeiras / fora da área nas Unidades Básicas de Saúde. Abrangendo os municípios de Aral Moreira, Sete Quedas, Coronel Sapucaia, Paranhos, Laguna Caarapã, e Ponta Porã. Visa tentar identificar a quantidade de gestantes estrangeiras atendidas na atenção básica. Para enviar o relatório para o Ministério da Saúde, onde visa divulgar e pedir recursos para estes casos específicos de fronteira. Futuramente vão estudar a implantação para identificar os estrangeiros em Geral.

Segundo Torrecilha (2013, p.170), o sistema de saúde pública de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero não é compartilhado, sem integração cotidiana. Como afirma a autora,

Apesar de existir no Brasil o projeto SIS Fronteira do Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o serviço de saúde em regiões de fronteira, em Ponta Porã o recurso não é suficiente pelo fato de a cidade ser um polo regional de atendimento às localidades fronteiriças. Isso sobrecarrega os hospitais e postos de saúde do município nos atendimentos realizados. Dessa forma, o sistema público de saúde (SUS) não atende de forma contínua a população paraguaia que, muitas vezes, procura os serviços de saúde no lado brasileiro. Somente alguns casos emergenciais são realizados nos postos de saúde. Além disso, pela legislação brasileira, o SUS exige o CPF e o comprovante de residência dos usuários para a liberação da carteira de atendimento.

Do lado de Pedro Juan Caballero, existe um sistema de saúde pública que ocasionalmente atende os brasileiros, mas faltam recursos para equipamentos e medicamentos.

³ Entrevista realizada dia 7 de abril de 2014.

Torrecilha (2013) entrevistou o governador do Departamento de Amambay, Juan Ramires, sobre o atendimento médico; este relatou que poucos brasileiros procuram atendimento médico público:

Normalmente as pessoas do Brasil não procuram atendimento médico no Paraguai porque a saúde no Brasil é melhor do que aqui. Mas aconteceu que nós tivemos um projeto de operação de cataratas gratuito e foi para 200 pessoas, financiado pelo governo paraguaio. Cinco brasileiros foram atendidos. Não teve problema. Em questão de vacinação nós estamos equiparados ao Brasil. Nós temos uma vacina de gripe (múltipla) que no Brasil não tem (RAMIRES, 2012 *apud* TORRECILHA, 2013, p.166).

Uma outra questão importante a ressaltar é sobre a procura de brasileiros por cursos de graduação em medicina, oferecidos por instituições privadas na cidade de Pedro Juan Caballero. Nesta cidade existem cinco instituições sendo elas: Universidad del Pacífico, Universidad del Norte, Universidad Politécnica y Artística del Paraguay, Universidad Internacional Tres Fronteras, Facultad de Medicina Sudamericana. O custo da mensalidade cobrada nas faculdades e/ou universidades que oferecem o curso de graduação em Medicina varia entre R\$ 500,00 e R\$ 1.100,00. Em março de 2014, o trabalho de campo constatou que o primeiro semestre do curso de Medicina da Universidad del Norte possuía cerca de 350 alunos, porém com o passar dos semestres pode variar na quantidade de alunos.

3.6. Os convênios

Em Ponta Porã, levantamos sete convênios, sendo três binacionais. Os convênios brasileiros pesquisados foram: UNIMED, CASSEMS, FUSEX, CASSI, Assefaz. E os binacionais foram: Pax Primavera e Nipoassist – com sede no Brasil; e COMED – com sede no Paraguai.

Em Pedro Juan Caballero, encontramos cinco convênios, são eles: COMED, Assismed, Medilife, Odontomédica, e Migone (ver Quadro 2).

A seguir, faremos uma breve caracterização desses convênios, que são agentes importantes que fazem a mediação entre usuários e serviços de saúde. É através deles e dos valores das prestações que os usuários tem pautado suas opções pelos serviços de saúde.

3.6.1. UNIMED

Unimed – Cooperativa de trabalho médico atua nas cidades de Dourados, Anaurilândia, Batayporã, Caarapó, Deodápolis, Eldorado, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Maracaju, Iguatemi, Itaporã, Itaquiraí, Laguna Caarapã, Mundo Novo, Naviraí, Nova Andradina, Rio Brilhante e Ponta Porã.

Possui dois tipos de planos, o Familiar e o Empresarial. Seus custos variam de acordo com a cobertura escolhida. Tem farmácia e laboratório de patologia clínica na cidade de Dourados, além da Medicina Preventiva, que desenvolve em programas de prevenção e qualidade de vida, como o Programa Saúde da Melhor Idade, Programa Hábitos Alimentares e Vida Saudável, curso para gestantes, Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo e Palestras nas Empresas (UNIMED Dourados, 2014).

3.6.2. CASSEMS

Após a extinção do órgão que oferecia assistência à saúde de servidores públicos estaduais (Previsul), com a reforma administrativa do Estado, no ano de 2000, foi criada a Cassems – Caixa de Assistência aos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul, como um modelo novo de assistência à saúde (CASSEMS, 2014).

Os beneficiários do referido plano são todos os servidores públicos estaduais de Mato Grosso do Sul. Pois os recursos obtidos são os descontos do percentual na folha de pagamento dos associados, acrescidos pelo Estado (CASSEMS, 2014). Seus custos variam de acordo com a cobertura.

A Cassems possui 73 unidades de atendimento, numa rede credenciada com mais de 2 mil profissionais de Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição. Sua rede própria conta com 18 centros odontológicos, 8 centros médicos e 7 hospitais, distribuídos em Aquidauana, Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, atendendo no total a mais de 180 mil pessoas (CASSEMS, 2014).

Em Ponta Porã possui um hospital da Cassems (Figura 9), o único hospital particular da cidade, porém, não conseguimos mais dados do hospital, porque mesmo insistindo, não foi possível contato com a diretora geral.



Figura 9 – Hospital da Cassems unidade de Ponta Porã.
Foto: DOKKO (2014).

3.6.3. FUSEx

O FUSEx é o Fundo de Saúde do Exército pelo Governo Federal, no qual os recursos arrecadados são destinados à assistência médico-hospitalar de militares, pensionistas e seus respectivos dependentes. O FUSEx complementa a assistência médico-hospitalar.

O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar dos Militares do Exército, Pensionistas (SAMMED) e seus dependentes possui cerca de 750 mil beneficiários no Brasil, com uma rede formada por 28 hospitais militares, 4 policlínicas e 24 postos médicos. Entre os atendidos pelo SAMMED, 570 mil são beneficiários do FUSEx (FUSEx, 2014).

O FUSEx amplia o atendimento prestado pelo SAMMED, que possui cerca de 3.325 organizações civis de saúde e 2.285 profissionais de saúde autônomos, contratados, conveniados ou credenciados. Possui características que se diferenciam dos planos de saúde existentes no mercado (FUSEx, 2014):

- a. inexistência de carência;
- b. não possui limite de prazo para internações hospitalares;
- c. não possui limite de prazo para internações em UTI;
- d. possui ampla cobertura de procedimentos;
- e. não restringe novas tecnologias, desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira;
- f. proporciona atendimento odontológico;
- g. fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos;
- h. fornece, em muitos casos, medicamentos de alto custo;
- i. tem baixo valor de contribuição, em comparação com os planos de saúde, principalmente para os menores graus hierárquicos;
- j. perdoa a dívida de titulares falecidos ou a que extrapole a capacidade de pagamentos do beneficiário;
- k. possibilita atendimento no exterior, em casos específicos;
- l. proporciona evacuação terrestre e aeromédica;
- m. não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

3.6.4. CASSI

A CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – possui aproximadamente 800 mil participantes, sendo a maior operadora de autogestão em saúde. Existe há 70 anos e possui atendimento aos funcionários da ativa e aposentados do Banco do Brasil, bem como aos seus respectivos dependentes.

Tem como objetivo “Assegurar ações efetivas de atenção à saúde por meio de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, para uma vida melhor dos participantes” (CASSI, 2014). Não existe carência e a adesão é feita a partir do ato de contrato do Banco do Brasil.

Além de coberturas com consultas, exames, internações e tratamentos em UTIs, os associados e beneficiários podem receber: cobertura para transplante de órgão, colocação de órteses e próteses, atenção à saúde mental, UTI aérea e terrestre, tratamento diferenciado para portadores de deficiência, abono de aparelhos e objetos com finalidade médica para uso domiciliar, abono de materiais e medicamentos de uso domiciliar para pacientes com doenças graves, crônicas ou degenerativas, auxílio funeral, serviços de enfermagem domiciliar e hospital (se forem autorizados).

3.6.5. ASSEFAZ

A Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda foi criada em 1961, como uma associação e transformada em fundação em 1984, para garantir saúde e bem-estar social a todos os servidores fazendários e seus dependentes. A Fundação ampliou e hoje oferece qualidade de vida a diversas categorias de servidores. Possui mais de 80 mil usuários, com uma vasta rede credenciada, com cerca de 14 mil prestadores, entre hospitais, clínicas, laboratórios e os melhores profissionais de saúde. Ela também conta com turismo e lazer, com espaços adequados para a recreação e a prática desportiva.

3.6.6. Pax Primavera

De acordo com o Pax Primavera (2014): a empresa está no mercado há 30 anos como uma das empresas mais sólidas e confiáveis do Brasil, para assistência familiar e assistência funeral, atendendo em mais de 50 cidades de Mato Grosso do Sul, Paraná e Paraguai. Possui uma ampla estrutura em várias cidades, atendendo na área clínica em policonsultórios próprios, além de convênios com farmácias, laboratórios e consultas com profissionais de várias especialidades. Conta com excelência em assistência fúnebre com cemitério próprio, capelas equipadas e profissionais treinados. Possui também um escritório e capela no assentamento Itamarati. É Binacional, ou seja, está presente no Brasil e no Paraguai.

3.6.7. Nipoassist

A Nipoassist Saúde é um plano de assistência médica e odontológica privada, criada em 1998, com sede em Campo Grande-MS. Seus associados possuem diversos benefícios em especialidades médicas, clínicas de fisioterapia, medicina alternativa, consultórios odontológicos e farmácias. Os aderentes possuem outros benefícios como: isenção total de carência, sem limites de idade, atendimento VIP, odontologia completa, medicina alternativa em todas as especialidades, medicamentos a preços especiais, atendimento 24 horas, auxílio funeral, seguro de acidentes pessoais, remissão por desemprego ou falecimento, sorteio semanal, cesta de alimentos. Tem também o projeto de Prevenção + Saúde, que utiliza uma unidade móvel itinerante, oferecendo serviços de prevenção, tratamento da saúde bucal e tratamento oftalmológico (NIPOASSIST, 2014).

Podem ser adquiridos nos planos: individual, casal, familiar ou empresarial. Assim como o anterior, ela é binacional.

3.6.8. COMED

É uma cooperativa de saúde de Pedro Juan Caballero, que possui vários profissionais conveniados. Tem um custo mensal de acordo com o tipo de plano de saúde, na qual os aderentes têm isenção de taxas para consultas e outros serviços. É binacional.

3.6.9. Asismed

De acordo com a Assismed (2014), nasce em agosto de 1997, com o objetivo de presentear a comunidade com serviços de saúde de alta qualidade a um custo razoável. A empresa conta com uma extensa e seletiva rede de prestadores de serviços em todo o Paraguai: mais de 500 médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos, laboratórios de análises, farmácias, ópticas, entre outros. Oferece serviços nos segmentos corporativo, individual, profissional, de afiliados e entidades e associados.

3.6.10. Medilife

Está há dez anos no mercado do Paraguai. Sua propaganda apregoa que: "com dedicação, esforço, coragem, vontade e decisão de se converter em uma empresa líder, transitando para novos caminhos, redesenhando fórmulas para aumentar os efeitos positivos para a sociedade" (MEDILIFE, 2014).

Possui uma rede de entidades prestadoras de serviços de saúde com reconhecidos profissionais e instituições, que se amplia a praticamente todo território nacional. Possui os planos: Básico, Estatal Executivo, Família, Efetivo e Terceira Idade.

3.6.11. Odontomédica

É uma medicina pré-paga com a maior cobertura no Paraguai, possuindo convênio com cerca de 150 hospitais, 122 laboratórios, 80 odontólogos e mais de 2000 profissionais médicos. Não temos muitos dados, porque a sede fica na capital Assunção. Não foi possível obter maiores informações a *home page* sempre esteve em manutenção durante o nosso período de acesso.

3.6.12. Migone

Segundo folheto promocional "Os serviços de saúde são de alto nível, com profissionais capacitados e comprometidos com uma atenção humanizada do paciente e sua família, com acesso a inovações tecnológicas em equipamentos e práticas médicas, sob uma gestão sustentável". Possui os seguintes planos: Migone Senior, Migone Total Clássico, Migone Superior. Possui diversas especialidades médicas conveniadas, assim como farmácias, convênios internacionais, odontologia, e assistência ao paciente que precisar de transporte.

Quadro 1– Características dos convênios utilizados na fronteira Ponta Porã/Pedro Juan Caballero.

Nome	Cidade	Cobertura	Características do plano
Pax Primavera*	Ponta Porã Pedro Juan Caballero	Binacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Descontos de 10 a 50%
Nipoassist*	Ponta Porã Pedro Juan Caballero	Binacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Descontos de 20 a 60%
COMED	Pedro Juan Caballero	Binacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Adesão com isenção de taxas para consulta
Asismed	Pedro Juan Caballero	Nacional	Quantos médicos são conveniados Legislação normativa Se há restrição de adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Adesão com isenção de taxas para consulta
Medilife	Pedro Juan Caballero	Nacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Adesão com isenção de taxas para consulta
Odontomédica	Pedro Juan Caballero	Nacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Adesão com isenção de taxas para consulta
Migone	Pedro Juan Caballeor	Nacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG

			Adesão com isenção de taxas para consulta
UNIMED	Ponta Porã	Nacional	Se há restrição para adesão de clientes: não Documentação necessária: CPF, RG Adesão com isenção de taxas para consulta
CASSEMS	Ponta Porã	Nacional	Descontados na Folha de Pagamento dos Funcionários Estaduais. Há restrições para adesão de clientes: tem que ser funcionário, dependentes ou pensionistas.
FUSEx (Fundo de Saúde do Exército)	Ponta Porã	Nacional	Descontados na Folha de Pagamento dos Militares do Comando do Exército. Há restrições para adesão de clientes: tem que ser funcionário, dependentes ou pensionistas.
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI)	Ponta Porã	Nacional	Descontados na Folha de Pagamento dos trabalhadores. Há restrições para adesão de clientes: tem que ser funcionário, dependentes, pensionistas, ou obter vínculo.
Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da fazenda (Assefaz)	Ponta Porã	Nacional	Descontados na Folha de Pagamento dos trabalhadores. Há restrições para adesão de clientes: tem que ser funcionário, dependentes, pensionistas, ou obter vínculo.

*O convênio dá direito a desconto e não isenção integral do pagamento.

Fonte: trabalho de campo, 2013.

3.7. Estabelecimentos de saúde de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

Os estabelecimentos de saúde na cidade de Ponta Porã foram estudados de acordo com a lista de estabelecimentos privados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS, a partir da visita à Secretaria de Saúde do Município, em que foi indicado o *site* para consulta.

As clínicas e os hospitais visitados na cidade de Ponta Porã foram: Centro Oftamológico de Ponta Porã, Clínica da Mulher, Gastrocentro, Clínica Meu Eu, Gineclínica. A Gineclínica não autorizou a aplicação do questionário da pesquisa de campo. Tentamos, por várias vezes, entrar em contato com o único hospital da cidade, a CASSEMS, mas a responsável não foi encontrada. A partir do cadastro do CNES, visitamos também o endereço do Hospital Samaritano, porém, chegando lá, fui informada que aquele espaço não era mais do hospital.

Já os estabelecimentos de saúde de Pedro Juan Caballero foram estudados de acordo com os dados da Vigilância Sanitária daquele Município. A Secretaria de Saúde do Distrito de Amambay, por exemplo, não possuía dados dos estabelecimentos de saúde, portanto, utilizamos os dados da Vigilância Sanitária de Pedro Juan Caballero, onde constava apenas o cadastro dos estabelecimentos e das clínicas mais frequentados e conhecidas. No entanto, sabemos que são muitas as clínicas de pequeno porte espalhadas pela cidade, mas sem cadastro em órgãos da Secretaria de Saúde ou mesmo na Vigilância Sanitária.

As clínicas e os hospitais visitados na cidade de Pedro Juan Caballero foram: Clínica Diaz de Vivar, Clínica San Antonio, Hospital Viva Vida, Hospital San Lucas, Hospital San Francisco. Apenas a Clínica Diaz de Vivar não autorizou a aplicação do questionário da pesquisa de campo.

Sobre os estabelecimentos privados de ambas as cidades, as informações foram sistematizadas e apresentadas no Quadro 2.

3.7.1. Estabelecimentos em Ponta Porã

3.7.1.1. Centro Oftalmológico de Ponta Porã

É uma clínica privada que contém quatro oftalmologistas. Possui os convênios UNIMED, CASSEMS, Pax Primavera, Nipomed, ASSEFAZ, CASSI, e FUSEx. Nesta clínica, foi aplicado o questionário da pesquisa de campo. Na figura 10 a seguir, mostra a foto do Centro Oftalmológico de Ponta Porã:



Figura10 – Centro Oftalmológico Ponta Porã.
Foto: DOKKO (2013).

3.7.1.2. Clínica da Mulher

Esta clínica possui atendimento privado de ginecologia e obstetrícia. Com um médico, possui convênio apenas com a UNIMED. Nesta clínica, foi aplicado o questionário para a pesquisa. Na figura 11 a seguir mostra a foto da Clínica da Mulher:



Figura 11 – Clínica da Mulher.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.1.3. Gastrocentro

A Gastrocentro realiza atendimento privado, nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Clínico Geral, Gastroenterologista, Angiologia, e Psicologia. Seu corpo clínico é formado por quatro profissionais, e possui os seguintes convênios: UNIMED, CASSEMS, Caixa Econômica, Mater Dei, Nipomed, Itapema, Candeias, Multimedic, Vida, Nipoassist.

Foi aplicado o questionário para a pesquisa. Na figura 12 a seguir mostra a foto da Gastrocentro:



Figura 12 – Gastrocentro.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.1.4. Clínica Meu Eu

Esta clínica possui atendimento privado de Psicologia e Psiquiatria. Composto por três profissionais, possui convênio apenas com o Sindiporã. Foi aplicado o questionário da pesquisa nesta clínica. Na figura 12 a seguir mostra a foto da Clínica Meu Eu:



Figura 13 – Clínica Meu eu.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.1.5. Gineclínica

Gineclínica é uma clínica de atendimento privado, com especialidade em Ginecologia e Obstetrícia, e Mastologia. Com três profissionais, atende aos convênios CASSEMS, UNIMED e Pax Primavera. A figura 14 a seguir mostra a foto da Gineclínica:



Figura 14 – Gineclínica.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.2. Estabelecimentos em Pedro Juan Caballero

3.7.2.1. Clínica Diaz de Vivar

A clínica Diaz de Vivar presta serviço privado e conta com as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínico Geral, Ginecologia, Pediatria, Psicologia e Traumatologia. Atuam na clínica sete especialistas conveniados com os planos: Pax primavera, COMED e Nipoassit. Na figura 15 a seguir mostra a foto da Clínica Diaz de Vivar:



5

Figura 15 – Clínica Diaz de Vivar.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.2.2. Clínica San Antonio

Esta clínica possui atendimento privado e oferece dez especialidades: Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Ginecologia, Nutrição, Odontologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia e Psiquiatria. É atendida por um total de dez especialistas, servindo ao convênio COMED. Foi aplicado o questionário de pesquisa neste estabelecimento. Na figura 15 a seguir mostra a foto da Clínica San Antonio:



Figura 16 – Clínica San Antonio.
Foto: DOKKO (2013).

3.7.2.3. Hospital Viva Vida

O hospital Viva Vida é um estabelecimento privado e atende às seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Diagnóstico por imagem, Fisioterapia, Gastroenterologia, Hematologia, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia e Urologia. Tem uma equipe composta por 35 profissionais, que possui convênio com a COMED. Foi aplicado o questionário de pesquisa nesse hospital. Na figura 16 a seguir mostra a foto do hospital Viva Vida:



Figura 17 – Hospital Viva Vida.
Foto: DOKKO (2013).

3.7.2.4. Hospital San Lucas

O hospital San Lucas possui atendimento privado e atende a diversas especialidades como: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Gastroenterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Urologia, Psiquiatria, Psicologia, Nutrição, Oftalmologia, Neurocirurgia e Neurologia. Possui cerca de 21 profissionais que atuam conveniados com a COMED. Foi aplicado o questionário de pesquisa no hospital San Lucas. Na figura 17 a seguir mostra a foto do hospital San Lucas:



Figura 18 – Hospital San Lucas.
Foto: DOKKO (2014).

3.7.2.5. Hospital San Francisco

Este hospital possui atendimento privado, atendendo às seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Gastroenterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia e Urologia. Seu corpo clínico é formado por cerca de 22 profissionais de saúde. E possui os seguintes convênios: Pax primavera, Asismed, Odontomédica, Migoni, Medlife, e COMED. Foi aplicado o questionário de pesquisa neste hospital. Na figura 18 a seguir mostra a foto do hospital San Francisco:



Figura 19 – Hospital San Francisco.
Foto: DOKKO (2013).

A localização dos estabelecimentos das clínicas privadas de saúde está apresentada na figura 20. Na Planta urbana observamos que, em Ponta Porã está situada bem no centro da cidade, misturada ao comércio, e próximo ao limite com Pedro Juan Caballero. Em Pedro Juan Caballero, também está situada ao centro da cidade, próximo ao comércio e ao limite com Ponta Porã.

As localizações dos estabelecimento em ambas as cidades são próximas ao limite internacional, no centro da cidade, o que gera fácil acesso entre as respectivas populações.

Quadro 2 – Estabelecimentos selecionados para investigação das características do sistema de saúde privado na cidade de Pedro Juan Caballero– Paraguai.

Cidade	Tipo	Nome do estabelecimento	Atendimento	Especialidades oferecidas	Quantidade de especialistas	Convênio
Pedro Juan Caballero	Clínica	Diaz de Vivar	Privado	Cirurgia geral Clínica geral Ginecologia Pediatria Psicologia Traumatologia	07	Pax Primavera COMED Nipoassist
	Clínica	San Antonio*	Privado	Cardiologia Clínico geral Dermatologia Ginecologia Nutrição Odontologia Otorrinolaringologia Pediatria Psicologia Psiquiatria	10	COMED
	Hospital	Viva Vida*	Privado	Anestesiologia Cardiologia Cirurgia Plástica Clínica geral Diagnóstico por imagem Fisioterapia Gastroenterologia Hematologia Neurologia Nutrição Oftalmologia Otorrinolaringologia Pediatria	35	COMED

				Pneumologia Urologia		
	Hospital	San Lucas*	Privado	Anestesiologia Cardiologia Cirurgia Plástica Clínica Geral Gastroenterologia Ginecologia e Obstetrícia Ortopedista Otorrinolaringologia Pediatria Pneumologia Urologia Psiquiatria Psicologia Nutrição Oftalmologia Neurocirurgia Neurologia	21	COMED
	Hospital	San Francisco*	Privado	Anestesiologia Cardiologia Cirurgia Plástica Clínica Geral Gastroenterologia Ginecologia e Obstetrícia Ortopedia Otorrinolaringologia Pediatria Pneumologia Urologia	22	Pax Primavera Asismed Odontomédica Migoni Medlife COMED
	Clínica	Centro Oftamológico de	Privado	Oftalmologia	4	UNIMED

Ponta Porã		Ponta Porã*				CASSEMS Pax Primavera Nipomed ASSEFAZ CASSI FUSEx
	Clínica	Clínica da Mulher*	Privado	Ginecologia e Obstetrícia	1	UNIMED
		Gastrocentro*	Privado	Ginecologia e Obstetrícia Clínica Geral Gastroenterologia Angeologia Psicologia	4	UNIMED CASSEMS Caixa Econômica Mater dei Nipomed Itapema Candeias Multimedica Vida Nipoassist
	Clínica	Meu eu*	Privado	Psicologia Psiquiatria	3	Sindiporã
	Clínica	Gineclínica	Privado	Ginecologia e Obstetrícia Mastologia	3	CASSEMS UNIMED Pax Primavera

*Estabelecimentos em que foi aplicado o questionário.

Fonte: trabalho de campo, 2013.



Figura 20 – Estabelecimentos privados de saúde de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)
 Fonte: Org. DOKKO, 2014

3.8. Os usuários na fronteira

Os dados que seguem foram obtidos de uma amostra derivada dos 56 questionários aplicados aos usuários (sendo 7 questionários para cada estabelecimento), no momento em que os pacientes chegavam ou esperavam para serem atendidos nos estabelecimentos de saúde.

De acordo com a pesquisa realizada com o questionário (cópia em anexo), podemos identificar as seguintes características:

Nos estabelecimentos de saúde privada de Pedro Juan Caballero, a nacionalidade dos pacientes foi de 64,28% de Paraguaio e 35,71% de nacionalidade brasileira. A cidade de domicílio desses pacientes apresentaram os mesmos dados, sendo de 64,28% residem no Paraguai, e 35,71% no Brasil, como mostra a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Pedro Juan Caballero: nacionalidade dos pacientes nas clínicas e hospitais privados.

	Brasileira	Paraguaia
Nacionalidade	35,71%	64,28%
Cidade de domicílio	35,71%	64,28%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

A maioria dos pacientes que responderam à pesquisa nos estabelecimentos de saúde de Pedro Juan Caballero não utilizou nenhum convênio médico 85,71%, contra 14,28% que possuíam convênio médico, conforme aponta a tabela 2:

Tabela 2 – Pedro Juan Caballero: porcentagem de utilização de convênios pelos entrevistados.

	Sim	Não
Convênios	14,28%	85,71%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

Mesmo convênios montando um plano de pagamento, há uma dificuldade de acesso aos mesmos que pode ser derivada do reduzido poder aquisitivo e da renda per capita da população paraguaia.

Ainda em Pedro Juan Caballero, os motivos de escolha dos estabelecimentos de saúde dos hospitais e clínicas privadas foram os seguintes: 64,28% pela opção pelo médico, 28,57% pelo preço da consulta e 7,14% pela opção oferecida pelo convênio. É o que destaca a tabela a seguir:

Tabela 3 – Pedro Juan Caballero: motivo de escolha do estabelecimento de saúde dos hospitais e clínicas privados.

	Opção pelo médico	Preço da consulta	Opção oferecida pelo convênio
Motivo de escolha do Estabelecimento	64,28%	28,57%	7,14%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

Nos estabelecimentos privados de saúde de Ponta Porã, a nacionalidade e a cidade de domicílio de domicílio dos pacientes foram 96,42% brasileira, e apenas 3,57% paraguaia.

Tabela 4 – Ponta Porã: nacionalidade dos pacientes nas clínicas privadas

	Brasileira	Paraguaia
Nacionalidade	96,42%	3,57%
Cidade de domicílio	96,42%	3,57%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

Os pacientes que utilizam os estabelecimentos de saúde privado em Ponta Porã se dividem em 53,57% com convênios e 46,42% sem convênios, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 5 – Ponta Porã: convênios dos pacientes nas clínicas e hospitais privados.

	Sim	Não
Convênios	53,57%	46,42%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

Já os motivos de escolha do estabelecimento de saúde foram 75% pela opção do médico e 25% pela opção oferecida pelo convênio. Como mostra a tabela abaixo:

Tabela 6 – Ponta Porã: motivo de escolha do estabelecimento de saúde das clínicas privados.

	Opção pelo médico	Opção oferecida pelo convênio
Motivo de escolha do Estabelecimento	75%	25%

Fonte: trabalho de campo (fev. 2014).

De acordo com a pesquisa, nos estabelecimentos privados de saúde de Pedro Juan Caballero, a maior parte dos pacientes que responderam ao questionário era de nacionalidade paraguaia, que residiam no Paraguai, porém foram encontrados brasileiros que residiam no Brasil, mas utilizam o serviço de Pedro Juan Caballero.

Nos estabelecimentos em Ponta Porã, foi encontrada uma quantidade muito baixa de pacientes de nacionalidade paraguaia que residiam no Paraguai, a maior parte tinha nacionalidade brasileira e moravam no Brasil. Quase metade dos pacientes possuía convênios médicos, a outra parte pagava direto o valor integral do serviço. O motivo de escolha do estabelecimento, em sua maior parte, residia na opção do médico, sendo poucos os que responderam ser pela opção oferecida pelo convênio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto neste trabalho, as cidades-gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, possuem particularidades devido a sua localização. Legislações diferentes de vários níveis hierárquicos (Municipal, Estadual e Federal) são normativas que regem a produção do espaço.

Os municípios de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero possuem sua base histórica marcada pela Guerra da Tríplice Aliança. A economia dos dois municípios teve a erva-mate como a principal atividade econômica, sendo área de produção e passagem da rota de comércio da erva exportada para Argentina. Aos poucos, as atividades comerciais foram se desenvolvendo para satisfazer essa população de passagem e consolidando o povoamento. Historiamente há uma construção de compartilhamento, relações de parentesco, vizinhança e trocas de ambos os lados. Isso também será refletido nos serviços de saúde.

Mais recentemente, a atenção ao compartilhamento de serviços foi alvo de políticas públicas federais. No Brasil, foi criado, pelo Ministério de Saúde, o Sistema de Integração de Saúde (SIS) na fronteira, que enviava recursos de acordo com o número de habitantes dos municípios de fronteira, destinado a ajudar os municípios que atendem usuários do país vizinho. Atualmente (2014), o SIS fronteira não está mais enviando recursos para o Município de Ponta Porã, sendo o município o responsável por destinar verbas para o atendimento aos fronteiriços.

Para os brasileiros terem acesso aos serviços públicos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde é preciso a apresentação do cartão SUS, que é feito com CPF, RG e comprovante de residência. Fronteiriços que possuem a documentação necessária (normalmente os que possuem dupla nacionalidade) são atendidos como se fossem brasileiros. Outros fronteiriços que não possuem recursos para retirar a documentação, não

conseguem atendimento. Só recebem atendimento sem a documentação necessária, em procedimentos de urgência e emergência. Quanto aos serviços particulares, investigamos se havia alguma forma de complementaridade.

Constatamos que os serviços de saúde privada são compartilhados pela população de ambas as cidades, principalmente os serviços de saúde privado de Pedro Juan Caballero, que atraem a população pontaporanense, sendo cerca de 35,71% do total da amostra pesquisada. Já o serviço de saúde privado de Ponta Porã não tem um número significativo de usuários Paraguaios, sendo apenas 3,57%. Por se tratar de 1/3 da amostra, significa que há margem de uma demanda brasileira até então não investigada pois os trabalhos pesquisados enfocaram a questão da saúde pública.

Na maioria dos estabelecimentos privados de Pedro Juan Caballero, a população não utilizavam muito os convênios de saúde, apresentando 14,28% que utilizavam convênios médicos. Já no Município de Ponta Porã 53,57% utilizavam convênios médicos. Mesmo os convênios montando um plano de pagamento, há uma dificuldade de acesso aos mesmos que pode ser derivada do reduzido poder aquisitivo e da renda per capita da população paraguaia.

Ainda em Pedro Juan Caballero, o que motivou a escolha dos estabelecimentos de saúde dos hospitais e clínicas privados foram os seguintes: 64,28% pela opção pelo médico, 28,57% pelo preço da consulta e 7,14% pela opção oferecida pelo convênio. Há médicos brasileiros residentes em Pedro Juan mas também o indicativo de que existe uma relação de confiança no profissional do município fronteiriço. Isso nos leva a comentar que algumas resistências à vinda de fronteiriços pelo Programa Mais Médicos⁴ merecem estudos locais e pode ser resultado de um esforço de propaganda corporativa, em defesa dos profissionais brasileiros.

⁴ O Programa Mais Médicos é um Programa que aceita médicos intercambistas cooperados para levar para regiões onde há escassez de profissionais.

Já os motivos de escolha do estabelecimento de saúde privada em Ponta Porã foram 75% pela opção do médico e 25% pela opção oferecida pelo convênio. Isso coloca o profissional de saúde como centro de referência para a elaboração de políticas públicas. Em ambas as cidades, o motivo de escolha predominante é a opção pelo médico, onde normalmente parentes, amigos, ou conhecidos indicam os médicos que já conhecem. A segunda opção é pelo preço da consulta em Pedro Juan Caballero. E em Ponta Porã a segunda opção é a opção oferecida pelo convênio.

Usuários que possuem um melhor poder aquisitivo procuram também a cidade de Dourados que possui um pólo de serviços médicos, além de irem para Campo Grande ou metrópoles nacionais (dependendo do recurso e da gravidade do usuário). Assim como, em Pedro Juan Caballero, alguns usuários se deslocam para Assunção.

Em Pedro Juan Caballero, as consultas médicas estão em torno de 80,00 reais à 150,00 reais, dependendo da especialidade. Já em Ponta Porã, o preço de uma consulta varia entre 170,00 reais a 200,00 reais. Isto faz com que alguns brasileiros (normalmente que não possuem convênios médicos ou os que possuem convênios médicos binacionais) que residem em Ponta Porã, atravessem a linha de fronteira para utilizar serviços de saúde privado em Pedro Juan Caballero.

Na cidade de Ponta Porã existem vários profissionais, principalmente médicos que fazem sua graduação em Pedro Juan Caballero (ou Assunção) no Paraguai e conseguem revalidar o seu diploma e atuar no sistema público e/ou privado de Ponta Porã, isso embassa relações pessoais de conhecimento e podem interferir na opção da busca pelo serviço em outro país.

Uma possível solução seria construção de normas internacionais que possam instituir normas entre os sistemas Municipais de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero, os governos locais precisam trabalhar junto com os seus respectivos governos federais, apresentando a

particularidade do município aos governantes e a importância de regulamentar o atendimento a fronteiriços.

Este trabalho deixa indicado que a face privada dos serviços também pode ser alvo de políticas de melhoria e que há uma complementaridade até então não estudada, de brasileiros se valendo dos serviços fronteiriços quando predomina a idéia de que apenas os paraguaios se beneficiam da condição de fronteiriço.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: n. 102, p.222-243, 2010.

ALBUQUERQUE, Lindomar. **Conflito e integração na região de fronteira**. (s/d)

AMARAL, A. P. M.; CARVALHO, L. C. (org).**Direito do estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2013.

Asismed, Disponível em: <<http://www.asismed.com.py/nosotros.html>> Acesso em 20/02/2014.

BARROS COELHO, Karla Nunes de; REIS, Antônio Tarcísio da Luz. **Espaços urbanos em cidade de fronteira: lógica espacial X lógica global**. Grupo de Pesquisa Identidade e Território. Artigo do XIV Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional- ANPUR. Rio de Janeiro p. 1-16, maio 2011.

BENÍTEZ, Sacha Aníbal Cardona. **Ala sombra de los perobales**. Historia del poblado de Punta Porã Génesis de dos ciudades 1870 – 1902. Asuncion: Imprenta Salesiana, 2008. 500 p.

BERGO, Marcio Tadeu Battega. Aspectos da logística na Guerra da Tríplice Aliança 1864/1870. In: PEDROSA, Fernando Velôso Gomes *et al.* (orgs.,) **Seminário de História da Guerra da Tríplice Aliança**, Rio de Janeiro, 2011.

BIOLCHI, Marta Sulema Martins González. **Análise do abastecimento de hortifrutícolas em uma conurbação internacional**. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

CARNEIRO Filho, Camilo Pereira. **Interações espaciais e cidades-gêmeas na fronteira Brasil-Argentina: São Borja/Santo Tomé – Itaquí/Avelar**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

CARVALHO, Luciani Coimbra; FÉLIX, Ynesda Silva. O usuário do serviço público de assistência à saúde do Brasil: uma abordagem sobre o estrangeiro residente na fronteira de Mato Grosso do Sul. In: AMARAL, A. P. M.; CARVALHO, L. C. (orgs.).**Direito do estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2013.

CASSEMS. Disponível em <<http://www.cassems.com.br/site/#conheca/conhecaacassems>> Acesso em 20/02/2014.

CASSI, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=328&Itemid=350> Acesso em 20/02/2014.

CATAIA, Márcio Antônio. Fronteiras: territórios em conflitos. Transcrição de mesa-redonda “**Fronteiras: Territórios em Conflitos**”, do XIII Encontro Paranaense de Estudantes de

Geografia (EPEG), apresentada em 23 de maio de 2008. Transcrito por Diane Daniela Gemelli, Djoni Rios, Erwin Becker Marques, Gabriel Rodrigues da Silva, Leandro Daneluz Gonçalves e Leandro Neri Bortoluzzi.

CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; PÍCOLI, Renata Palópoli; TAMAKI, Edson Mamoru; PONTES, Elenir R. J. C.; AJALLA, Maria Elizabeth. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Panam Salud Publica**, 2011: 29 (3) p. 185-90.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2011.

CORRÊA, Roberto Lobato. Interações espaciais. *In*: CASTRO, I.E. *et al.* **Explorações geográficas**. 2ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CORRÊA, Roberto Lobato. Rede urbana e formação espacial – uma reflexão considerando o Brasil. **Revista Território**, Rio de Janeiro, ano V, n° 8, p.121-129, jan./jun. 2000.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajетórias geográficas**. 4° ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 304p.

DIAS, Leila Christina. Os sentidos da rede: notas para discussão. *In*: DIAS, Leila Christina; SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da (orgs.) **Redes, sociedades e territórios**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

DOKKO, Rosana Keiko; LAMOSO, Lisandra Pereira. Complementaridade das atividades comerciais dos municípios de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguay). **Anais do VXII Encontro Nacional de Geógrafos**. Belo Horizonte: 2012.

FIGUEIREDO Neto, Manoel Valente; SILVA, Priscyla Freitas da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SANTOS, Rafael Vitor Silva Gaioso dos. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. *In*: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n.76, maio 2010.

FINKELMAN, Jacobo. (org.) **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

FUSEx, Fundo de Saúde do Exército. Disponível em: <<http://www.dgp.eb.mil.br/index.php/fusex>> Acesso em: 02/2014

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís. **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S251-S266, 2007

GOIRIS, Fabio, **Descubriendo la Frontera: historia, sociedad y política en Pedro Juan Caballero**. Ponta Grossa: INPAG, 1999.

GRUPO DE TRABALHO INTERFEDERATIVO DE INTEGRAÇÃO FRONTEIRIÇA. Bases para uma proposta de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira. Brasília, DF: 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=500660#>> Acessado em Outubro de 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul|ponta-pora>> Acessado em Janeiro de 2014.

LAMBERTI, Eliana; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. As trocas e a territorialidade na fronteira de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai). In: OSÓRIO, Antônio do Nascimento *et al.* **América Platina: Educação, Integração e Desenvolvimento territorial**. Textos Escolhidos, Volume I, Campo Grande: Ed. UFMS, 2008.

LAMBERTI, Eliana; MARTINS, Patrícia Cristina Statella. **Reexportação e turismo de compras na fronteira: o caso das cidades-gêmeas Pedro Juan Caballero (Paraguai) e Ponta Porã (Brasil)**. Pelotas: Editora Universitária UFPEL, 2010.

MACHADO, Lia O. Limites, fronteira e redes. In: STROHAECKER, Tânia *et al.* (orgs). **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre: AGB. 1998. pp. 41-49.

MACHADO, Lia O. **Sistemas, fronteira e território**. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pdf/LIAconceitos.pdf> (acesso em 28/10/2008); <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02avulsoavulso01.htm> (acesso em 03/06/2007).

MACHADO, Lia Osório. **Sistemas, fronteiras e território**. Rio de Janeiro: Grupo Retis/UFRJ, 2002.

MACHADO, Lia Osório. Cidades de fronteira, conceitos e tipologia. In: **II Conferência Internacional, Desenvolvimento urbano em cidades de fronteira**, Foz do Iguaçu: IAB – PR, 2006.

MACHADO, Lia Osório. **Fronteira Brasil-Paraguai: perspectivas sobre o desenvolvimento econômico e social**. Grupo de RETIS. Centro Brasileiro de Relações Internacionais – CEBRI, Rio de Janeiro, out. 2007.

MACHADO, Lia Osório. **Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade**. Revista Território 8: 9-29, 2000.

MACHADO, Lia Osório; HAESBAERT, Rogério; RIBEIRO, Letícia P.; STEIMAN, Rebeca; PEITER, Paulo; NOVAES, André. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual-metodológica. In: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Territórios sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005, p.87-111.

Medilife, Disponível em: <<http://www.medilifeparaguay.com/>> Acesso em 20/02/2014.

Migone, Disponível em <<http://www.smb.com.py/providers/search>> Acesso em 20/02/2014.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **A PNDR em dois tempos: a experiência apreendida e o olhar pós 2010.** Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=a382cd18-d1d9-4d2b-ae3e-276f74ce81af&groupId=24915> Acesso 15/02/2012.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Bases para uma proposta de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira.** Grupo de trabalho interfederativo de integração fronteira. Brasília, DF: 2010. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/web/guest/bases-faixa-de-fronteira>> Acesso em 25/01/2012.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Faixa de fronteira, Programa de Promoção de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF.** Secretaria de Programas Regionais, Brasília, DF: 2009. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/pt/c/document_library/get_file?uuid=cd8c9e6a-a096-449b-826e-6ecb49744364&groupId=10157> Acesso em: 25/01/2012.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Gabinete do Ministro. Portaria N° 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 24 de março de 2014, p. 45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MOLINIER, L. La economía paraguaya de entreguerras. In: VILLAGRA, L. R. **Proceso histórico de la economía paraguaya.** Asunción: Secretaría Nacional de Cultura, 2012.

NIPOASSIST, Disponível em : <<http://www.nipoassist.com.br/>> Acesso em 02/2014.

OLIVEIRA CÉSAR, T. R. A; ALBUQUERQUE, E. S. As fronteiras na era da globalização e os novos rumos da geografia política. **Sociedade e Território**. Natal, v.24, n° 2, jul./dez.2012, p. 209-222.

OLIVEIRA, Márcio Gimene. **A formação das cidades-gêmeas Ponta Porã-Pedro Juan Caballero.** II Simpósio Nacional de Geografia Política, Território e Poder – I Simpósio Internacional de Geografia Política e Territórios Transfronteiriços. Foz do Iguaçu, 2011.

OLIVEIRA, Márcio Gimene. **As cidades-gêmeas Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Foz do Iguaçu-Ciudad del Este diante da des-articulação regional sul-americana.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (coord.) **Perspectivas para o meio ambiente urbano: GEO Ponta Porã.** Mato Grosso do Sul, Campo Grande: [s.n.] 2010.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Territórios sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005, 648 p.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de; HILGA, Tereza Cristina Cardoso de Souza; PAIXÃO, Roberto Ortiz; MOURA, Rosa; CARDOSO, Nelson Ari. Cidades de fronteiras e a rede urbana. In: PEREIRA, Rafael Henrique Moraes; FURTADO, Bernardo Alves. **Dinâmica urbano-regional: rede urbana e suas interfaces**. Brasília: Ipea, 2011.

PAIXÃO, Roberto Ortiz; MOURA, Rosa; CARDOSO, Nelson Ari. Cidades de fronteiras e a rede urbana. In: **Dinâmica Urbano-Regional: rede urbana e suas interfaces**. IPEA, 2011, p. 95.

PAIXÃO, Roberto Ortiz. **Globalização, turismo de fronteira, identidade e planejamento da região internacional de Corumbá/MS**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

PARAGUAY. **Atlas Central**. Disponível em: <<http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20Censal%20del%20Paraguay/1%20Presentacion%20Atlas.pdf>> Acesso em Abril de 2012-04-02

PARAGUAY, LEY 2.532/05, ZONA DEL SIGURIDAD FRONTERIZA. Ministro del Interior. Disponível em: <http://www.estudionotarial.com.py/pdf/ley_2532-05_seguridad_fronteriza.pdf> Acessado em Abril de 2012.

PARAGUAY, Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social. Disponível em:<<http://www.mspps.gov.py/v3/institucional/>> Acessado em Fevereiro de 2014.

PAX PRIMAVERA. Disponível em: <http://www.paxprimavera.com.br/> Acesso em 20/02/2014.

PEREIRA, Maria Augusta Capalbo. Uma análise do diagnóstico Sistema Integado de Saúde da Fronteira em Mato Grosso do Sul. In: AMARAL, A. P. M.; CARVALHO, L. C. (orgs.).**Direito do estrangeiro ao sistema único de saúde: um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2013, 168 p.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 767-783, 2008.

RAFFESTIN, Claude. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Territórios sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005, p.9-15.

SANTOS, Milton. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. Trad. Myrna T. Rego Vianna. 2. ed. São Paulo: Editora de Universidade de São Paulo, 2004.

SEBRAE/MS. **Mato Grosso do Sul sem fronteiras: características e interações territoriais: Brasil, Bolívia, Paraguai**. 1 ed. – Campo Grande, MS: 2010.

SILVA, Gutemberg de Vilhena. **Usos contemporâneos da fronteira franco-brasileira: entre os ditames globais e a articulação local.** Porto Alegre: IGEO/UFRGS, 2008.

SILVA, Gutemberg de Vilhena. **Considerações sobre dilemas clássicos e contemporâneos das fronteiras e dos limites internacionais.** Revista Acta geográfica. 2014, p 1-22.

SILVA, Ricardo Marques; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado. O mérito das cidades-gêmeas nos espaços fronteiriços. **Revista OIDLES.** Vol. 2, n° 5, dez. 2008.

TORRECILHA, Maria Lucia. **A gestão compartilhada como espaço de integração na fronteira: Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai).** São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia, 2013. 180f.

UNIMED, Disponível em : <<http://www.unimeddourados.com.br/>> Acesso em 20/02/2014.

VALENTIM, Joice; SILVA, Hudson Pacífico da. Entre o público e o privado: a saúde no Paraguai. *In:* BISOTO Junior, Geraldo; SILVA, Pedro Luís de Barros; DAIN, Sulamis (orgs.) **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ANEXOS

Questionário para usuários

1. Em atendimento no estabelecimento: _____
2. Nacionalidade: () brasileira () paraguaia
3. Cidade de domicílio: () Ponta Porã () Pedro Juan Caballero
4. Se possui convênio: () sim () não
 - 4.1. Em caso afirmativo, qual? _____
5. Motivo de escolha do estabelecimento de saúde para o atendimento:
() opção pelo médico; () preço da consulta;
() opção oferecida pelo convênio; () tempo de espera.

Entrevista com brasileiro usuário do sistema de saúde privado no Brasil:

USUÁRIO 1)

1 - Qual sistema de saúde você tem utilizado, do Paraguai ou do Brasil?

Primeiramente uso o sistema do Brasil somente por estar agregada ao plano de saúde do meu pai que é funcionário Público, pois ao meu ver, hoje em dia os planos de saúde estão cada dia mais caros e com maior descaso ao paciente.

2 - Como ficou sabendo do serviço?

Meu pai ficou sabendo via UNIMED mesmo, pois foram eles que ofereceram esse plano ao Servidor Público.

3 - O que acha do serviço em termos de qualidade do atendimento, resultados no tratamento de saúde, eficácia do atendimento.

O atendimento em grau de qualidade é péssimo, pois você paga um plano caro, é atendido muitas vezes de qualquer jeito, com pressa, com má vontade, fora quando tem que esperar a boa vontade do médico acordar a noite ou até mesmo chegar ao local de atendimento.

Hoje ao marcar uma consulta, você deve esperar no mínimo 15 dias dependendo do médico, ou às vezes até mais de 30 dias, fator esse inadmissível, pois se pagamos plano de saúde é para sermos atendidos quando necessitamos e ninguém vai ao médico por achar legal ou algo parecido, vai simplesmente por necessidade.

Os planos são úteis quando necessitamos de cirurgia emergencial, em questão de condições financeiras, mas quando se trata de consultas, exames, as coisas ficam bem mais difíceis.

4 - O que acha que pode melhorar no atendimento entre os dois países (ou dois municípios)?

Acredito que única maneira de melhorar o atendimento é punindo esses profissionais que fazem da sua profissão e da vida dos outros uma brincadeira. Pois se estamos em um estabelecimento médico, seja consultório ou hospital é porque realmente estamos com algum problema.

5 - Qual o ponto negativo do atendimento (se houve)

- * Atraso
- * má vontade
- * Dormir em plantão e demorar para acordar
- * Extensão do prazo das consultas

Entrevista com brasileiro usuário do sistema de saúde privado no Paraguai:

USUÁRIO 2)

1 - Qual sistema de saúde você tem utilizado, do Paraguai ou do Brasil?

No Paraguai já utilizei por não ter profissional especialista para o atendimento que necessitava no Brasil e pelo valor da consulta.

2 - Como ficou sabendo do serviço?

Através de amigos

3 - O que acha do serviço em termos de qualidade do atendimento, resultados no tratamento de saúde, eficácia do atendimento.

O serviço de atendimento no Paraguai é razoável, porém há demora no atendimento, mas, esse tipo de comportamento também é encontrado do lado brasileiro.

4 - O que acha que pode melhorar no atendimento entre os dois países (ou dois municípios)?

Contratação de mais médicos para ambos os municípios e principalmente recursos, materiais de trabalho, ou seja melhor estrutura física em hospitais públicos e postos de saúde.

5 - Qual o ponto negativo do atendimento (se houve)

Quando se trata de saúde, o ponto negativo é a espera para o atendimento médico.

Entrevista com brasileiro usuário do sistema de saúde privado no Paraguai:

USUÁRIO 3)

1 -Qual sistema de saúde você tem utilizado, do Paraguai ou do Brasil?

Uso o sistema de saúde no Paraguai por uma melhor acessibilidade [fácil acesso], um menor custo e bom atendimento.

2 - Como ficou sabendo do serviço?

Fiquei sabendo por morar na fronteira e também por ter conhecimentos com profissionais de saúde que residem lá.

3 - O que acha do serviço em termos de qualidade do atendimento, resultados no tratamento de saúde, eficácia do atendimento.

Sempre tive um atendimento de boa qualidade, eficácia e resultados benéficos no tratamento.

4 - o que acha que pode melhorar no atendimento entre os dois países (ou dois municípios)?

Melhorar o investimento e aumentar o numero de profissionais de saúde para que possam melhor atender a comunidade .

5 - Qual o ponto negativo do atendimento (se houve)

Não houve ponto negativo do atendimento.

Entrevista com paraguaio usuário do sistema de saúde privado no Paraguai:

USUÁRIO 4)

1 -Qual sistema de saúde você tem utilizado, do Paraguai ou do Brasil?

Utilizo mais para consultas de rotina.

2 - Como ficou sabendo do serviço?

Por amigos e família.

3 - O que acha do serviço em termos de qualidade do atendimento, resultados no tratamento de saúde, eficácia do atendimento.

Muito bom o atendimento particular aqui, deu um ótimo resultado no tratamento meu e do meu filho.

4 - O que acha que pode melhorar no atendimento entre os dois países (ou dois municípios)?

Falta de médico, no atendimento público paraguaio tem uma fila muito grande para atendimento, tem que esperar muito tempo para ser atendido.

5 - Qual o ponto negativo do atendimento (se houve)

No atendimento privado não teve. Mas, no atendimento público o atendimento é péssimo, pois te tratam mau.

Entrevista com a Coordenadora de Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã:

Foi marcada entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de Ponta Porã, porém, no horário marcado, a secretária nos encaminhou para entrevistar a Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã, enfermeira Juliana Zanett Albertini.

Entrevista realizada em 7 de abril de 2014.

1 – Há registros de reclamações de pessoas que consultam no Paraguai em clínicas privadas? O que avalia desse movimento?

Não possui reclamações. O que avalia do movimento é que quando esses pacientes procuram a Secretaria de Saúde para buscar medicamentos ou exames, não é fornecido porque tem que ser consultado em médicos no Brasil (Ponta Porã) para obter os medicamentos e os exames.

2 – O SIS fronteira está funcionando em Ponta Porã?

O SIS fronteira não está funcionando em Ponta Porã, desde 2011. Pode ser que tenha ocorrido o desligamento do SIS fronteira na cidade de Ponta Porã, devido o desmembramento do Paraguai do MERCOSUL.

3 – Sobre o cadastro do cartão SUS.

Tantos brasileiros como paraguaios (com dupla nacionalidade) que possuem CPF, RG e comprovante de residência podem fazer o seu cadastro do cartão SUS.

4 - Há algum projeto ou programa de saúde de fronteira do município.

Sim, o novo projeto que está sendo feito na cidade de Ponta Porã é o da Planilha pertencente a Microrregião de Ponta Porã – Tabela de acompanhamento de atendimento às gestantes estrangeiras / fora da área nas Unidades Básicas de Saúde. Abrangendo os municípios de Aral Moreira, Sete Quedas, Coronel Sapucaia, Paranhos, Laguna Caarapã, e Ponta Porã. Visa identificar a quantidade de gestantes estrangeiras atendidas na atenção básica. Para enviar o relatório para o Ministério da Saúde, onde visa divulgar e pedir recursos para estes casos específicos de fronteira. Futuramente vão estudar a implantação para identificar os estrangeiros em Geral.