UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

LUCI MEIRE CORRÊA ANASTÁCIO

ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ-ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO-DEPARTAMENTO DE AMAMBAY/PARAGUAY



DOURADOS-MS
2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

LUCI MEIRE CORRÊA ANASTÁCIO

ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ-ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO-DEPARTAMENTO DE AMAMBAY/PARAGUAY

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação – Doutorado em Geografia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Leandro Mondardo

DOURADOS-MS
2026

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

A534a Anastácio, Luci Meire Corrêa
Acesso aos serviços públicos de saúde na fronteira de Ponta Porã-Estado de Mato Grosso do Sul/Brasil e Pedro Juan Caballero-Departamento de Amambay/Paraguay [recurso eletrônico] / Luci Meire Corrêa Anastácio. . Pág 202 2026.

Orientador: Marcos Leandro Mondardo.

Tese (Doutorado em Geografia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2026.
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:
https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio

1. Cidade gêmea. 2. Fronteira Brasil e Paraguai. 3. Saúde Pública. 4. Fronteiriços indocumentados. I. Mondardo, Marcos Leandro. II. Título.

ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ-ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO-DEPARTAMENTO DE AMAMBAY/PARAGUAY

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Marcos Leandro Mondardo - UFGD
Presidente da banca

_____

Profª. Drª Adriana Dorfman - UFRGS
Membro titular da banca

_____

Prof. Dr. Edgar Aparecido da Costa - UFMS
Membro titular da banca

_____

Profª. Drª Juliana Grasiéli Bueno Mota –UFGD
Membro titular da banca

_____

Prof. Dr. Bruno José Rodrigues Frank - UFGD
Membro titular da banca

Dourados, 16 de setembro de 2026.

RESUMO

Esta tese trata do acesso à saúde pública e fronteira, envolvendo o recorte espacial das cidades gêmeas de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul-Brasil, e Pedro Juan Caballero, Amambay-Paraguay, territórios onde ocorrem interações, vivências, trocas e experiências de forma intensa e dinâmica. Defende-se que os fronteiriços indocumentados pobres têm direito ao acesso aos serviços públicos de saúde, sendo a saúde pública brasileira direito básico, garantida constitucionalmente como universal e gratuita. No Paraguai, a legislação aborda a saúde somente aos nacionais, contudo, observa-se que a saúde pública não contempla nem a totalidade dos nacionais do país. Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é analisar o acesso aos serviços públicos de saúde pelos fronteiriços pobres indocumentados, no período de 2019-2024, nesse recorte espacial. São objetivos específicos: comparar o ordenamento jurídico do Brasil e do Paraguai quanto à garantia, o compartilhamento e a efetivação do direito ao acesso à saúde, em especial, quanto à disponibilização e financiamento dos serviços públicos de saúde. A metodologia aplicada enfoca a pesquisa qualitativa e quantitativa, de cunho exploratório, envolvendo estudos e pesquisas de teses, dissertações, artigos publicados e documentos oficiais das duas cidades gêmeas, cuja abordagem engloba os temas de fronteira e saúde pública, além de questionamento e entrevistas de pessoas usuárias dos serviços públicos dos dois lados da fronteira e de gestores públicos das duas cidades. O Mercosul apresenta legislações voltadas aos fronteiriços e, nesse sentido, analisa-se o fenômeno da municipalidade e do poder bilateral e como as políticas nacionais de gestão compartilhada da saúde, para cidades de fronteira internacional, contribuem (ou não) efetivamente para a integração regional entre seus países. Assim, revelou-se o papel central das redes de relacionamentos entre os fronteiriços, envolvendo a amizade presente nesse espaço. Ademais, foram feitas comparações das legislações federal/nacional, estadual/departamental e municipal, buscando registros legais voltados aos direitos ao acesso dos serviços públicos de saúde das populações binacionais. Apresenta-se como os diferentes sujeitos fronteiriços acessam os serviços públicos de saúde (ou não), de ambos os lados da fronteira, evidenciando a existência de possibilidades de governança transfronteiriça, com exemplos em diferentes áreas. Foi também apresentado o evento da pandemia do vírus covid-19, com desdobramentos de seus efeitos sobre os fronteiriços, o qual impactou a vida dos habitantes devido ao fechamento da fronteira pelos paraguaios, inviabilizando o acesso de brasileiros, paraguaios e migrantes aos serviços públicos de saúde, além de não conseguirem receber o auxílio do governo proporcionado às pessoas de baixa renda e/ou vulneráveis economicamente, naquele momento. A pesquisa permite afirmar que precisam ser articulados os poderes em escalas federal, estadual e municipal das duas cidades gêmeas para a efetivação do acesso ao serviço público de saúde. Sentimentos conflituosos e esperançosos dos fronteiriços sugerem que os problemas de acesso aos serviços de saúde precisam ser tratados e resolvidos de forma integrada, em ambas as cidades. Devem ser vistos de forma conjunta, o que será benéfico para todos os habitantes locais.

Palavras-chave: Cidade gêmea; Fronteira Brasil e Paraguai; Saúde pública; Fronteiriços indocumentados.

ABSTRACT

This thesis addresses access to public health on the border, focusing on the spatial delimitation of the twin cities of Ponta Porã (Mato Grosso do Sul-Brazil) and Pedro Juan Caballero (Amambay-Paraguay), territories characterized by intense and dynamic interactions, life experiences, exchanges, and encounters. It argues that poor, undocumented border residents have a right to access public health services, given that Brazilian public health is a fundamental right, constitutionally guaranteed as universal and free of charge. In Paraguay, the legislation addresses health strictly regarding its own nationals; however, it is observed that public health does not even cover the totality of the country's population. Thus, the general objective of this study is to analyze access to public health services by poor, undocumented border residents in this spatial delimitation from 2019 to 2024. The specific objectives are: to compare the legal frameworks of Brazil and Paraguay regarding the guarantee, sharing, and enforcement of the right to health access, particularly concerning the provision and financing of the system. The methodology encompasses qualitative and quantitative exploratory research, involving the study of theses, dissertations, published articles, and official documents from both municipalities, focusing on border and public health issues, as well as questionnaires and interviews with users and public managers from both sides of the border. Mercosur presents legislation tailored to border residents; in this regard, this study analyzes the phenomenon of municipality and bilateral power, and how national policies for shared health management in international border cities effectively contribute (or not) to regional integration. Consequently, it reveals the central role of networks of relationships among border residents, including the bonds of friendship within this space. Furthermore, comparisons are made among federal/national, state/departmental, and municipal legislations to identify legal records addressing the rights of binational populations to access health services. It demonstrates how different border subjects access (or fail to access) care on both sides, highlighting opportunities for cross-border governance with examples from various fields. The COVID-19 pandemic is also presented alongside the unfolding of its effects on border residents, which impacted inhabitants' lives due to the border closure by Paraguay. This closure hindered access to health services and prevented residents from receiving the government emergency aid provided to low-income and economically vulnerable individuals at that time. The research allows to state that powers at the federal, state, and municipal levels of both twin cities must be articulated to ensure effective access to public health services. The conflicting yet hopeful sentiments of border residents suggest that healthcare access issues must be addressed and resolved in an integrated manner across both cities. These challenges should be viewed collectively, which will ultimately benefit all local inhabitants.

Keywords: Twin city. Brazil-Paraguay border. Public health. Undocumented border residents.

RESUMEN

Esta tesis trata sobre el acceso a la salud pública y fronteriza, involucrando el recorte espacial de las ciudades gemelas de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul-Brasil y Pedro Juan Caballero-Amambay-Paraguay. Estos municipios son territorios donde ocurren interacciones, vivencias, intercambios y experiencias de forma intensa y dinámica. Se sostiene la tesis de que los fronterizos pobres indocumentados tienen derecho al acceso a los servicios públicos de salud, mientras que la salud pública brasileña es un derecho básico, garantizado constitucionalmente como universal y gratuito. En Paraguay, la legislación aborda la salud solamente para los nacionales. Observamos que la salud pública ni siquiera contempla a la totalidad de los nacionales de ese país. El objetivo general es analizar el acceso a los servicios públicos de salud por parte de los fronterizos pobres indocumentados, en el período de 2019-2024, en este recorte espacial. Son objetivos específicos: - comparar el ordenamiento jurídico de Brasil y Paraguay en cuanto a la garantía; y – compartir y hacer efectivo el derecho al acceso a la salud, especialmente en lo que respecta a la disponibilidad y financiación de los servicios públicos de salud. La metodología aplicada se centra en la investigación cualitativa y cuantitativa, de carácter exploratorio, que involucra estudios e investigaciones de tesis, disertaciones, artículos publicados, documentos oficiales, de las dos ciudades gemelas, cuyo enfoque abarca los temas de frontera y salud pública, además de cuestionarios y entrevistas a personas usuarias de los servicios públicos de ambos lados de la frontera, y de gestores públicos de las dos ciudades. El MERCOSUR presenta legislaciones dirigidas a las personas fronterizas. En ese sentido, analizamos el fenómeno de la municipalidad y del poder bilateral, y cómo las políticas nacionales de gestión compartida de la salud, para ciudades de frontera internacional contribuyen (o no) efectivamente a la integración regional entre sus países. Se reveló el papel central de las redes de relaciones entre los fronterizos, incluyendo la amistad presente en ese espacio. Se hicieron comparaciones de las legislaciones federal/nacional, estatal/departamental y municipal, buscando registros legales orientados a los derechos de acceso a los servicios públicos de salud de las poblaciones binacionales. Presentamos cómo los diferentes sujetos fronterizos acceden a los servicios públicos de salud (o no), de ambos lados de la frontera. La tesis evidenció la existencia de posibilidades de gobernanza transfronteriza, presentando ejemplos en diferentes áreas. Se mencionó el evento de la pandemia del virus covid-19, con las repercusiones de sus efectos sobre las zonas fronterizas, que impactaron la vida de los habitantes, debido al cierre de la frontera por parte de los paraguayos, imposibilitando el acceso de brasileños, paraguayos y migrantes a los servicios públicos de salud, además de no poder recibir la ayuda del gobierno destinada a personas de bajos ingresos y/o económicamente vulnerables en ese momento. La investigación permite afirmar que es necesario articular los poderes a nivel federal, estatal y municipal de las dos ciudades gemelas para garantizar el acceso al servicio público de salud. Sentimientos conflictivos y esperanzadores de los habitantes fronterizos sugieren que los problemas de acceso a los servicios de salud necesitan ser tratados y resueltos de forma integrada, en ambas ciudades. Deben ser vistos de manera conjunta, lo que será beneficioso para todos los habitantes locales.

Palabras clave: Ciudades gemelas; frontera Brasil-Paraguay; salud pública; residentes fronterizos indocumentados.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento de conclusão do doutorado em geografia, é impossível não reconhecer o cuidado e proteção de Deus em todos os momentos. É a Ele minha gratidão maior, pois, sem Ele, nada teria se concretizado. Gratidão, Deus!

Agradeço imensamente a minha família, que me entendeu, deu-me forças e compreendeu minhas ausências de convívio, pela necessidade de afastamento para estudos, pesquisa e escrita. Vocês foram meu refúgio seguro e certo! Meu amado filho Thiago, meu inseparável amor, companheiro, parceiro e amigo de todas as horas. Tenho um elo eterno com você e fico muito feliz por isso. Meu amado e querido pai Dário, muito presente, cuidadoso, preocupado com meus estudos, sempre me perguntando como estou e se estou conseguindo avançar nas pesquisas, a minha mãe Aidir (*In memoriam*), que, com certeza, torceria muito por mim se estivesse entre nós. Meus irmãos queridos e amados, mano Alan (e minha cunhada maravilhosa tia Maria) e mano Ney, muito obrigada a cada um de vocês, meus amores para sempre.

Ao diretor e diretora adjunta da Escola Estadual Coronel Ramiro Noronha, Geraldo Franco Fernandes e Francisca Coinete Marques, da escola anterior, na qual atuei como professora. Com muita gratidão e saudades, não esquecerei da compreensão nas minhas ausências das atividades propostas pela escola, em que eu sempre justificava e era incentivada a continuar minha pesquisa. Gratidão a todos vocês.

Ao meu atual diretor e diretora adjunta, Robson Valdez e Karina da Costa, da Escola Estadual Pedro Afonso Pereira Goldoni, escola em que trabalho atualmente. Vocês estão sendo uma bênção para mim, compreendendo minhas ausências para finalizar este trabalho. Esse apoio recebido é inenarrável e foi muito importante para proporcionar o tempo de conclusão da tese. Jamais esquecerei a bondade e humanidade de vocês com todos os profissionais da escola, onde eu me incluo. Vocês são profissionais excepcionais e pessoas incríveis.

Ao meu coordenador Valério do Amaral, meu muito obrigada pela compreensão em todos os momentos, sempre fiquei tranquila, sabendo que poderia contar contigo. Você é um ser humano incrível.

Agradeço imensamente a todos e todas da fronteira que aceitaram participar, por meio de conversas informais, entrevistas, relatos vivenciados, que dedicaram o tempo, respondendo a perguntas com muito empenho e paciência, relatando o que vivenciam na saúde fronteiriça. Sei também das expectativas que foram criadas ao imaginar uma fronteira sem distinção de

classe, origem, prioritariamente no acesso aos serviços públicos de saúde. Espero, sinceramente, que a realidade esperada por todos e todas que residem na fronteira seja ouvida e vivida de forma digna, como é direito de todo ser humano. Que a indistinção no atendimento dos serviços de saúde (SUS) seja uma realidade, pois essa é uma proposta que também espero que aconteça. Daí veio a necessidade que senti de pesquisar e buscar explicações e, quem sabe um dia, possa haver resultados.

Não poderia deixar de agradecer a todos meus amigos e amigas que tenho na fronteira, todos compreendendo minhas ausências, pois muitas vezes não consegui participar de eventos sociais por estar focada nos estudos. Muito obrigada a cada uma e cada um! Vocês são muito importantes para mim, são minha grande família da fronteira que amo muito.

Quero aqui, com muita gratidão, dirigir-me à Renata Icassatti e César Icassatti, como sempre, meus amigos leais, amados, irmãos presentes em todos os momentos. Sei que posso contar com vocês nos momentos bons e/ou ruins, assim como vocês podem contar comigo também em todos os momentos, bons e/ou ruins. Deus os recompense sempre.

Existem incontáveis outros amigos e amigas dessa fronteira linda que amo, vou agradecer sempre e não esquecerei de vocês. Eu correria grande risco de me esquecer de alguém, então opto por agradecer a todos e todas por tudo.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGG), da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), minha universidade querida. Levarei para a vida os momentos de aprendizado e rico conhecimento que adquiri com professores e colegas das disciplinas que participei.

A coordenação e secretária do curso Érika, que foram e são de grande importância para mim desde a matrícula. Atenderam-me com muito profissionalismo, ética e humanidade. Também não me esquecerei de vocês, dando-me todo apoio e suporte na parte administrativa do curso. Obrigada por serem o que são: muito competentes e eficientes.

Ao meu querido professor Dr. Marcos Leandro Mondardo, geógrafo de excelência, meu orientador maravilhoso. Mostrou-me caminhos que nem eu imaginava que iria trilhar. Muito obrigado é pouco para o profissional e ser humano que você é. Admiro-o muito. Gratidão pela compreensão dos momentos difíceis que passei, na questão da vulnerabilidade na saúde, mostrando toda generosidade e compaixão como ser humano. Você foi mostrando como existem pessoas que se importam com as outras, eu fui percebendo isso a cada problema de saúde que fui enfrentando e você me compreendendo. Graças a Deus superei cada um deles.

Foi devido a sua postura de empatia que consegui concluir este trabalho, sem esse seu

sentimento, eu não iria avançar. Como você bem dizia para mim: avance! Eu obedeci e cá estou, concluindo. E deu tudo certo, como você dizia também que daria certo.

Gratidão aos componentes das bancas da qualificação e da defesa, que, com suas importantes análises e contribuições, puderam enriquecer o trabalho: obrigada professora Dra. Juliana Grasiéli Bueno Mota, da UFGD, professora com quem aprendi muito e a admirar também. Foi de grande valia suas contribuições na banca de qualificação.

Professora Dra. Adriana Dorfman, grande pesquisadora da fronteira, a quem admiro muito pelos textos abordando os assuntos pertinentes à fronteira. Muito obrigada pelas contribuições enriquecedoras nas bancas da qualificação e da defesa, que contribuíram muito na sequência da minha escrita.

Professor Dr. Edgar Aparecido da Costa, da UFMS de Corumbá, sou grande admiradora do seu trabalho. O senhor também vive e convive em fronteira como eu. Suas pontuações para correção do meu trabalho, nas bancas da qualificação e da defesa, foram muito certeiros e melhorou consideravelmente meu entendimento, com seus apontamentos de textos para estudos, o que me ajudou a construir o presente texto.

Ao professor Prof. Dr. Bruno José Rodrigues Frank da UFGD, que compôs a banca da defesa, meu muito obrigada pela participação e pontuações para correções e pelo incentivo do trabalho, fatores cruciais para que continuasse a acertar na escrita.

Todos vocês são especiais pelo compartilhamento do conhecimento, demonstrando os professores eficientes e capacitados que são.

A todos e todas que, direta ou indiretamente contribuíram e colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conurbação entre Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY).....48

Figura 2 – Vista aérea da parte central do Município de Pedro Juan Caballero – Amambay – Paraguai.....49

Figura 3 – Bandeiras e marco simbólico delimitando os territórios paraguaio e brasileiro.....50

Figura 4 – Cidades gêmeas e tipologia das sub-regiões da Faixa de Fronteira.....57

Figura 5 -Hospital Regional Dr. José de Simone Neto de Ponta Porã-MS.....71

Figura 6 - Fachada do consultório de rua, localizado na faixa de fronteira, onde os pacientes são atendidos, sem discriminação alguma, como etnia, raça, origem. O consultório é mantido pela secretaria municipal de saúde local.....73

Figura 7 – Campanha direcionada ao atendimento público, que precisam de médicos especialistas.....74

Figura 8 – Cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY, em que o Brasil se encontra abaixo da foto e na parte superior o Paraguai.....77

Figura 9 – Delimita a distância entre Pedro Juan Caballero (PY) e Assunção (PY), demonstrando a distância percorrida pelos pacientes de Pedro Juan Caballero para ter acesso à saúde em Assunção (PY).....110

Figura 10 – Identificação das cidades de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY), demonstrando a localização das cidades separadas por uma rua e dos hospitais de Ponta Porã (BR).....111

Figura 11 – Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente” de Pedro Juan Caballero-PY.....113

Figura 12 – Divisão sanitária de Pedro Juan Caballero-PY.....114

Figura 13 – Entrada do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero-PY da XIII Región Sanitaria Amambay.....115

Figura 14 –Farmácias, na quadra em frente ao Hospital Regional Dr.Anibal Leoncio Medina Valiente, de Pedro Juan Caballero-PY.....116

Figura 15 – Localização dos Hospitais e das Unidades Básicas de Saúde de Ponta Porã-MS.....125

Figura 16 – Localização dos Hospitais e Atenção Primária de Saúde – APS – de Pedro Juan Caballero-PY, em que o Hospital encontra-se no centro de Pedro Juan Caballero e os postos de saúde espalhados pelo município.....130

Figura 17 – Símbolos culturais, de placa, monumento instalado em canteiro transversal da linha internacional e marco dos limites dos países Brasil e Paraguai.....140

Figura 18 – Marco demarcatório acompanhado de pista de ciclovia, que perpassa dos dois lados de fronteira e que foi construída ao longo da faixa de fronteira (2026).....141

Figura 19 – Paraguay, apresentando as cidades gêmeas internacionais, fronteira com o Brasil.....146

Figura 20 – Barreiras e a passagem, quando autorizada pelos guardas nacionais, com a devida desinfecção dos veículos que eles faziam, antes da permissão (2020).....154

Figura 21 – Barreiras física e humana, de contenção na fronteira entre Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY) na pandemia de covid-19. (2020).....155

Figura 22 – Um dia antes do fechamento da fronteira, em reunião no Paço Municipal, em Ponta Porã, com o prefeito Hélio Peluffo Filho, na cabeceira da mesa, usando camisa branca e o Intendente (prefeito) José Carlos Acevedo, usando terno, no momento em que foram conversar sobre o fechamento da fronteira, com assessores e toda a imprensa fronteiriça. (2020).....158

Figura 23 – Notícia da imprensa sobre o fechamento da fronteira Brasil-Paraguai.....158

Figura 24 - Mensagem e imagem refletindo o sentimento fronteiriço, sobre o fechamento da fronteira e mudança de território de Pedro Juan Caballero para o município de Cerro Corá, o Histórico Parque Nacional de Cerro Corá, parque histórico do Paraguai, que preserva memórias da guerra do Paraguai (2020).....160

Figura 25 – Barreira humana e física, realizada pelos guardas nacionais, entrevistando e verificando a possibilidade de aceitar para a transposição territorial do Paraguai, se aprovada a entrada, o veículo era desinfetado por eles.....162

Figura 26 - Barreira física construída em 2020, com tambores de metal e pelos guardas nacionais, evitando a passagem em uma das ruas entre Pedro Juan Caballero e Ponta Porã-MS. 165

Figura 27 – Relações de pais com professores, trocando informações e atividades entre as cercas e aramados, na pandemia de covid-19, ano de 2020.....165

Figura 28 – Barreiras físicas para conter a passagem e reportagem jornalística informando que essa fronteira de Pedro Juan Caballero ainda não foi liberada a passagem.....167

Figura 29 – Mensagem e imagem refletindo o sentimento fronteiriço, sobre o fechamento da fronteira e mudança de território de Pedro Juan Caballero para o município de Cerro Corá, o parque histórico Nacional de Cerro Corá, parque histórico do Paraguai, que preserva memórias da guerra do Paraguai.....168

Figura 30 – Imagem de um dos marcos existentes na linha do limite internacional entre Ponta Porã-MS/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguai.....169

Figura 31 - Barreiras físicas, no período noturno, em que a vigilância humana dos soldados nacionais estava mais dispersa.....170

Figura 32 - Cerca colocada na fronteira entre as cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY.....171

Figura 33 – Valas e barreiras físicas, que foram colocadas entre as cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY na pandemia de covid-19.....172

Figura 34– Rondas da Guarda Nacional do Paraguai e das cercas e barricadas feitas na fronteira das cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY durante a pandemia da covid-19 (2020)..... 173

Figura 35 – Fechamento da Fronteira pelos guardas nacionais de Pedro Juan Caballero/Paraguai (covid-19) em 2020.....174

Figura 36 – Noticiário que a fronteira de Pedro Juan Caballero ainda não foi autorizada a abertura das trincheiras e liberada pelos guardas nacionais.....175

Figura 37 – Reabertura da fronteira com exigência de cuidados sanitários nos comércios de Pedro Juan Caballero-PY.....177

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nacionalidade (s) dos entrevistados na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai).....35

Gráfico 2 - Percepção dos entrevistados sobre o acesso e a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil e no Paraguai.....36

Gráfico 3 - Índice da Saúde em 2023, do município de Ponta Porã-MS.....92

Gráfico 4 - Evolução anual de 2013 até 2023 da saúde do município de Ponta Porã-MS.....93

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Participantes da pesquisa, com profissão, nacionalidade e avaliação da saúde pública brasileira ou paraguaia.....33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
PEIF – Programa de Escolas Interculturais de Fronteira
SEM – Setor Educacional do Mercosul
SUS – Sistema Único de saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MIN – Ministério da Integração Nacional
PDFF – Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PNDR – Política Nacional de Desenvolvimento Regional
SGT 11 – Sub Grupo de Trabalho 11 Saúde
ESPIN – Emergência em saúde pública de importância nacional
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
PDIF – Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira
ONU – Organização das Nações Unidas
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
IPCA – Índice de preço ao consumidor amplo
RCL – Receita Corrente Líquida
CF – Constituição Federal
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
PES – Plano Estadual de Saúde
CV – Coberturas Vacinais
PMS – Plano Municipal de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
ESF – Equipes de Saúde da Família
APS – Atenção Primária da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PTIn – Parque Internacional Tecnológico
CEIMPP – Centro de Cultura, Empreendedorismo, Inovação e Memória do Tereré
UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
IFMS – Instituto Federal de Mato Grosso do Sul

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SEBRAE – Serviço Brasileiro às Micro e Pequenas Empresas

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SIS-FRONTEIRAS – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 211
Trajetória da pesquisadora na fronteira..... 22
Procedimentos metodológicos..... 322
Estrutura da tese..... 388
1 – ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO/PARAGUAI: OS FRONTEIRIÇOS INDOCUMENTADOS POBRES E A CIDADANIA 40
1.1 A fronteira e a saúde: os desafios para os fronteiriços indocumentados no acesso ao serviço público de saúde..... 56
1.2 Integração x (des)integração no acesso à saúde pública 67
1.3 – Desenvolvimento das cidades gêmeas 87
1.4 - Apresentação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero..... 87
1.5 - Índices de Desenvolvimento Municipal de Ponta Porã..... 91
2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO 97
2.1 A saúde e o Mercosul..... 97
2.2 A saúde na fronteira e a Constituição Federal Brasileira de 1988..... 104
2.3 Classificação de estrangeiro e migrante utilizada na fronteira..... 107
2.4 Legislações da saúde nos Planos Estadual de Mato Grosso do Sul e Municipal de Ponta Porã-MS..... 121
2.5 Legislações da saúde pública do Paraguai 126
3 – PANDEMIA DA COVID-19 E O FECHAMENTO DA(S) FRONTEIRA(S) 138
3.1 Possibilidades de governança transfronteiriça 14848
3.2 Possibilidades e limites da governança transfronteiriça: exemplos de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero..... 15050
3.3 Legislação dos países para a fronteira na pandemia..... 154
3.4 Reabertura gradual e parcial da fronteira na pandemia..... 175
3.5 Falas dos fronteiriços com relação do fechamento da fronteira na pandemia de covid-19, no ano de 2020..... 178
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 184

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....189
ANEXOS.....200

INTRODUÇÃO

> "Para a população fronteiriça, os "outros" são o estrangeiro, que são ao mesmo tempo o vizinho, o parente e, em determinados contextos, esses se transformam em um "nós"."
> (Silva; Morais, 2011, p. 4).

A relação entre saúde e a fronteira ganhou relevância, especialmente, no âmbito do Mercosul[1], bloco criado, inicialmente, com enfoque econômico. Posteriormente, foram também inclusas, na agenda do Mercosul, ações voltadas às questões sociais, como saúde, educação e serviços sociais. Por reconhecer a importância de estudos relacionados a temas voltados às populações fronteiriças e como o foco desta pesquisa é saúde, compreende-se a necessidade de abrangência dessa temática nos estudos fronteiriços, principalmente aos habitantes de recorte espacial tão afastados dos grandes centros e que buscam atendimento a locais mais próximos e mais acessíveis. Desse modo, as fronteiras passam a ser repensadas para ter papel essencial na percepção sobre as demandas sociais, bem como sobre as adequações das políticas públicas que comportem uma efetiva cooperação para um desenvolvimento e real integração social entre os países do bloco.

Nesse quesito, a fronteira é formada por territórios, nos quais ocorrem as interações, vivências, trocas, experiências de maneira mais significativa e latente, em especial na fronteira entre Brasil e Paraguai. Segundo Sack (1986) *apud* Silva e Morais (2011):

> A questão fronteiriça, como ressaltado em Raffestin (1993), deve ser compreendida a partir de sua historicidade, uma vez que o sentido de fronteira muda ao longo do tempo. E essa mudança é detrimento das modificações sociopolíticas e socioeconômicas. Os limites e fronteiras refletem o poder daqueles que moldam, influenciam ou controlam atividades. (Sack (1986) *apud* Silva e Morais, 2011, p. 3).

As autoras abordam a fronteira como sendo mutável e única, configurada pela sua historicidade e moldada pelo poder, refletido pelos limites e fronteiras.

---

[1] O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é um bloco cujo principal objetivo é garantir a construção de uma consolidação econômica, política e social entre os países membros, com a livre circulação de bens, pessoas e serviços. Fazem parte os países membros: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, denominados "Estados Partes", com acordo firmado em Assunção em 26 de março de 1991. Estruturado institucionalmente, em dezembro de 1994, pelo Protocolo de Ouro Preto, firmado em 17 de dezembro de 1994, e em vigor desde dezembro de 1995. Quase todos os países da América do Sul estão ligados ao Mercosul, seja como Estados Partes ou como associados ao bloco, como: Chile, Peru, Colômbia, Guiana, Suriname e Bolívia. Atualmente, a Argentina, Paraguai, Brasil, Uruguai e a Bolívia fazem parte do Mercosul. A Venezuela está suspensa do bloco desde dezembro de 2016. (BAUMANN, Renato. Mercosul: Avanços e Desafios da Integração. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), 2001.).

Machado *et al*. (2005, p. 89), por sua vez, contribuem afirmando: “Os Estados encontram-se, portanto, diante da necessidade de ajustar suas políticas públicas à ‘permeabilidade’ das fronteiras e, ao mesmo tempo, fomentar a articulação da faixa de fronteira às outras regiões do país”. Os autores continuam complementando, ao pontuar que isso ocorre “diante do fato dela estar situada à frente do processo de integração sul-americana” (Machado *et al*., 2005, p. 89).

Carneiro Filho e Camara (2019, p. 9) corroboram a realidade fronteiriça ao afirmar: “Com exceção de alguns municípios de grande porte situados na faixa de fronteira, os municípios fronteiriços possuem dificuldades institucionais para a formulação de projetos e para se habilitarem a participar dos convênios federais.”. Os autores questionam os obstáculos enfrentados pelos gestores municipais fronteiriços frente às burocracias existentes na adesão aos convênios federais. Muitas vezes, o município não tem porte administrativo para se adequar às exigências requeridas. A contribuição desses autores é particularmente relevante para esta pesquisa porque evidencia que as dificuldades institucionais dos municípios fronteiriços podem limitar a implementação de políticas públicas que dependem de articulação com outras esferas governamentais.

Em recorte espacial, Ponta Porã – Estado de Mato Grosso do Sul/Brasil – e Pedro Juan Caballero – Departamento del Amambay/Paraguay, cuja divisão do território se dá apenas por uma rua, portanto, divisa seca. As cidades foram fundadas lado a lado[2], caracterizadas como cidades gêmeas[3]. Como tal, as interações socioespaciais ocorrem de maneira dinâmica e intensa, em diferentes níveis da sociedade das duas cidades, ocorrendo processos de concorrência e complementaridade rotineiramente no cotidiano.

Trajetória da pesquisadora na fronteira

[2] **Ponta Porã** foi criada pelo Decreto (Resolução) n.º 617**,** de 18 de julho de 1912, e **Pedro Juan Caballero**-PY foi criada pelo Decreto do Poder Executivo de 1º de dezembro de 1899, que criou uma comissaria policial no então povoado de *Punta Porã* (marcando a presença institucional do Estado paraguaio no local), e o Decreto de 30 de agosto de 1901, por meio do qual o Congresso Nacional oficializou a mudança definitiva do nome do povoado para Pedro Juan Caballero.

[3]Cidade-gêmea ou cidade gêmea? Segundo o dicionário Houaiss, deve-se escrever sem hífen: cidade natal, cidade baixa, cidade universitária, cidade alta, cidade aberta, cidade dos pés juntos, cidade das sete colinas. Escreve-se com hífen quando o segundo elemento é substantivo: cidade-dormitório, cidade-satélite, cidade-jardim, cidade-museu. A palavra gêmea pode ser adjetivo ou substantivo. No caso em questão é um adjetivo, então não cabe hífen. O correto seria cidade gêmea. Gêmea – Adjetivo: De mesma aparência, que não possui diferença (s), igual, idêntico. Substantivo feminino: Pessoa do sexo feminino nascida no mesmo parto que outra: ela tem uma irmã gêmea. Optou-se, portanto, neste trabalho, acionar os termos referidos, sem hífen. Embora nos documentos oficiais e em muitos trabalhos constam hífen. PORTARIA n.º 213, de 19 de julho de 2016, é o documento que oficializa as cidades gêmeas, cidades internacionais formadas lado a lado e que serão tratadas no capítulo 1, com maiores esclarecimentos.

Todo objeto de estudo possui uma motivação inicial: possui uma história e, muitas vezes, pode ser confundida com a história do pesquisador. O interesse advém da experiência de vida da autora e a construção da identidade dos fronteiriços, percebida pela negação do atendimento a serviços públicos de saúde, uma vez que a legislação vigente é garantida por ser gratuita e universal. Viver e trabalhar na fronteira trouxe questões e reflexões importantes sobre um contexto no qual o preconceito étnico, cultural e linguístico se faz presentes e convivem lado a lado com esse sentimento transnacional.

O interesse temático dos estudos foi após o fechamento da fronteira, com o evento da pandemia do coronavírus covid-19, no ano de 2020. Nesses meses, foram feitas filmagens, fotografias de fatos vivenciados de perto pelos moradores dos dois lados, assim como as experiências da contenção territorial por famílias que tinham laços dos dois lados, pela necessidade de atravessar a linha, para trabalhar, voltar para casa e/ou receber atendimento médico. Embora o comércio estivesse quase totalmente fechado, existia a necessidade de continuação das atividades nos serviços considerados essenciais, como farmácia, postos de saúde, clínicas, hospital, supermercados etc.

Na fronteira, devido a especificidade de cidades gêmeas, com o ir e vir cotidiano e contínuo desde a fundação, foi marcante a contenção desse trânsito entre os habitantes, uma vez que transitavam livremente nessa faixa de fronteira e, no ano de 2020, houve a interrupção da passagem e interação física entre as cidades. Ocorreu indignação dos moradores, todos ficaram incrédulos por perceber a limitação de trânsito, porque muitos moram de um lado e trabalham e/ou estudam de outro lado, além de utilizarem o comércio dos dois lados conforme a conveniência de preços. A maioria possui parentes ou amigos dos dois lados, convivendo de forma natural, apesar do limite fronteiriço.

Um local a que todos recorreram foi o ambiente virtual, que desconhece barreiras e contenções, para se comunicar, mantendo contatos com mensagens, áudios e vídeos sobre a situação do momento local e mundial, de contenção e da pandemia, mantendo atualizadas as ocorrências de contágio e até de perda de vidas. Nessa direção, Haesbaert (2014) reconhece o aparato tecnológico-informacional utilizado para “conectividade virtual”:

> Além disso, mais do que de superposição espacial, como enfatiza o autor Lacoste-1988), trata-se hoje, principalmente como o novo aparato tecnológico-informacional à nossa disposição, de uma multiterritorialidade não apenas por deslocamento físico, como também por “conectividade virtual”, a capacidade de interagirmos a distância, influenciando e, de alguma forma, interagindo com e integrando outros territórios. (Haesbaert, 2014, p. 79).

O autor trata da ideia de multiterritorialidade, visto que aborda a relação com diferentes territórios que, para a realização, antes, dependia principalmente do deslocamento físico.

Na contemporaneidade, é possível participar de diferentes territórios virtualmente, por meio das tecnologias da informação e da comunicação (internet, redes sociais, aplicativos, videoconferências etc.), podendo estar fisicamente num lugar, mas manter relações sociais, econômicas, culturais e políticas com outros lugares ao mesmo tempo, ampliando a capacidade de interagir, influenciar e fazer parte de vários territórios simultaneamente.

Mondardo (2018) corrobora a existência do contato virtual quando afirma:

> Ora, tanto as fronteiras não são barreiras à globalização informacional do mundo, como estas podem e estão sendo criadas ou recriadas pela difusão da informação. A fronteira transmite informação, é fluxo, sinal, "deixa passar", serve de advertência e/ou proibição, pode tornar-se norma, regra, exceção, um modo de vida ou possibilita ainda conhecer, reconhecer ou prever algum fenômeno. (Mondardo, 2018, p. 45).

Haesbaert (2014, p. 283) complementa, analisando a existência da "'mobilidade virtual' que, apesar de menos intensa, eles também compartem", como densificação da rede, interligando distintas regiões transfronteiriças.

Mondardo (2018, p. 274) confirma a mobilidade virtual, além das mobilidades concretas, ao pontuar: "Com isso, estaríamos vivenciando uma multiterritorialidade a partir das redes, desde as concretas até as virtuais, numa imbricação de dimensões.".

A experiência da pandemia acentuou a reflexão acerca do tema fronteira e, naquele momento, sobre a saúde de todo o mundo, que estava comprometida ou vulnerável, o que demandaria atenção especial nesse recorte específico dessa fronteira e de outras fronteiras existentes no mundo. Nos momentos em que se registrava, fotografando e filmando o fechamento, tornavam-se tensos, porque foram recebidas ameaças dos guardas nacionais do Paraguai. Estes pediam para não aproximar da cerca e nem deles, por questão sanitária, e, embora estivessem com máscaras, não admitiam a presença próxima à barreira imposta por eles.

O interesse em pesquisar o tema da saúde e fronteira surgiu no evento da pandemia de covid-19, no qual todas as pessoas do mundo estavam com a vida em risco pelo contágio do vírus. Essa população indocumentada pobre, residente em Pedro Juan Caballero, dependia dos sistemas de saúde dos países em que se encontrava. Efetuavam-se registros dos acontecimentos e, nesse momento, era feito contato com pessoas que relatavam as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Foi uma época de muita tensão frente ao vírus desconhecido e letal que pairava sobre o mundo todo.

No momento dos registros, as pessoas relatavam, por meio das cercas ou por contato virtual, pelos grupos de WhatsApp, que necessitavam buscar alternativas para salvar a vida no país, onde fosse mais acessível, no caso, o território brasileiro, ou mesmo que gostariam de serem atendidas no Paraguai, onde se encontravam, embora tentavam sem sucesso, por não ter estruturas para tantos atendimentos.

Segundo Torrecilha (2013, p. 152), as cidades gêmeas: "Com simetrias e assimetrias, Ponta Porã e Pedro Juan, vivem as diferenças e as possibilidades que a condição fronteiriça imprime nessa dialética.". Uma vez que a saúde pública paraguaia não conseguia atender a população em tempos normais, em tempos de pandemia, a situação ficou pior para os indocumentados pobres, por não ter acessos aos serviços públicos daquela cidade.

Torrecilha (2013) aponta os obstáculos. Apesar da condição de fronteira seca, existem rupturas, principalmente nos serviços de saúde:

> A condição de fronteira seca, cujas tessituras urbanas apresentam continuidade, permite atravessar apenas uma avenida para se chegar ao outro lado do país. A ruptura não é espacial, mas política e institucional já que essas cidades resultam de uma mesma população, com duas nacionalidades, dois municípios, dois governos (estadual e departamental), dois estados nacionais. O planejamento e a gestão da cidade, excluindo a sua contiguidade espacial e as possibilidades de tratamento com propostas isolacionistas, como é o caso dos serviços de saúde. (...) As soluções conjuntas diminuem os conflitos e democratizam a produção do espaço urbano. (Torrecilha, 2013, p. 155).

A autora continua analisando o distanciamento das políticas públicas entre as cidades quando apresenta: "Entre as muitas ações de políticas públicas que não são compartilhadas entre as duas cidades, a questão da saúde é uma das mais emblemáticas. Tanto o lado brasileiro quanto o paraguaio atuam de forma individualizada sem uma integração cotidiana." (Torrecilha, 2013, p. 170).

Ainda para Torrecilha (2013, p. 173), o entrave político-administrativo causa impacto na população fronteiriça indocumentada pobre, conforme assinala: "O tratamento desigual dado a esses espaços urbanos tem suas raízes nas diversas formas de governo, programas, políticas e gestão urbana das municipalidades, no qual podemos considerar, nesse caso, um entrave político-administrativo.".

Os registros dos acontecimentos locais, verificados pela presença de guardas nacionais fortemente armados, com colocação de valas, cercas, pneus, estacas de madeira, mostram que o fechamento da fronteira pelo Paraguai foi iniciado e justificado pela insuficiência no atendimento médico e hospitalar do país. Foi um momento de muitas perguntas sem respostas, de muitas dúvidas quanto ao desfecho da pandemia e, sobretudo, quando e como reabriria o

acesso das duas cidades gêmeas. Isso motivou a pesquisar sobre a circulação dos fronteiriços e a saúde pública brasileira, além da análise da realidade das duas cidades quanto ao atendimento da saúde.

Os territórios fronteiriços de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero foram também objetos de estudo de dissertação intitulada "Fronteira e Educação pública: O Programa Escolas Interculturais de Fronteira (PEIF) em Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY)", no ano de 2018, voltado para educação.

As pesquisas para a dissertação despertaram o fato que viver na/da/em fronteira e trabalhar em escola de fronteira abrange questões importantes, cujo preconceito étnico, cultural e linguístico se faz presentes e convive lado a lado com o sentimento transnacional. Nesse sentido, a participação no Programa de Escolas Interculturais de Fronteira (PEIF), do Ministério da Educação, a partir de sua implantação, trouxe reflexão voltada ao tema de fronteira vivenciada pela autora.

Durante o processo de estudos para a produção da dissertação, foi pensada a possibilidade de que essa integração ocorra concretamente no futuro nesse território de fronteira, na esperança de que cada recorte espacial fronteiriço seja reconhecido legalmente e oficialmente, com suas especificidades e particularidades.

Desse modo, a experiência desenvolvida durante a pesquisa de mestrado, dedicada às relações entre fronteira e educação pública, constituiu um antecedente importante para a presente investigação. Embora ambas as pesquisas tenham como recorte espacial Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, a tese atual desloca o foco analítico para o acesso aos serviços públicos de saúde, especialmente por parte dos fronteiriços pobres e indocumentados.

A visão e o olhar de pesquisadora e habitante de fronteira é importante para mostrar os obstáculos, desafios, possibilidades e potencialidades a fim de registrar e tornar pública a vivência de forma empírica, cujas esperanças e angústias dos moradores sejam demonstradas e que tenham direito a voz e vez na (re)existência para alcançar visibilidade frente às instituições formais dos dois lados da fronteira.

Confere-se relevância acadêmica da pesquisa na medida em que auxilia no desenvolvimento de um processo que, mesmo num caso particular, pode contribuir para o entendimento de outras realidades e produzir conhecimento sobre as especificidades do acesso aos serviços de saúde pública no cenário fronteiriço, com possibilidades e limitações. Há muito a ser feito para o desenvolvimento de uma leitura desses contextos envolvendo a saúde pública fronteiriça.

Sou professora da educação básica da rede estadual de Mato Grosso do Sul, desde 2006, portanto, atuo há mais de vinte anos, e da rede municipal de Ponta Porã, onde atuei desde 1982, por mais de trinta anos. Esses fatores levaram à escolha desse tema no mestrado, também por ter participado do Programa de Escolas Interculturais de Fronteira (PEIF), idealizado pelo Ministério da Educação do Brasil, conjuntamente com o Ministério de Educación del Paraguay. O Programa foi iniciado em 2009, com cursos de capacitação para as equipes dos dois lados, e depois, dando continuidade, ministrando aulas no Paraguai, na Escuela Básica Generación de La Paz, por um período de seis meses. Depois, fora reiniciado em outra escola, a Escuela Básica n. 290 – Defensores del Chaco, de Pedro Juan Caballero, no Paraguai também, cujo intercâmbio se estendeu até 2012.

É interessante pontuar que os fronteiriços, principalmente os paraguaios, reconhecem e valorizam a profissão de professor, a qual chamam carinhosamente de mestre. O respeito e admiração são sentidos e percebidos, visto que os pais e comunidade tratam, confiam e acreditam no trabalho docente. Embora estes sentimentos – reconhecimento e valorização – não são percebidos e recebidos dos órgãos institucionais tanto dos brasileiros quanto dos paraguaios.

O Acordo teve como pressuposto desse processo, o Setor Educacional do Mercosul (SEM), que vê como objetivo a difusão do português e do espanhol nas instituições educacionais. Posteriormente, o SEM percebeu a necessidade de ampliar o olhar no território fronteiriço e focou na interculturalidade existente no cenário de fronteira, como efeito da interação e do diálogo entre os grupos envolvidos, relações entre as culturas, o reconhecimento das características próprias, o respeito mútuo e a valorização do diferente pelo diferente (e não como ‘melhor’ ou ‘pior’) (Argentina; Brasil, 2008).

As professoras receberam capacitação de seis meses pela equipe responsável pelo programa. A execução do PEIF ocorreu de 2009 a meados de 2011. Foram ministradas aulas, uma vez por semana, em escola do Paraguai, momento que as professoras paraguaias assumiam as aulas da escola de Ponta Porã, atuando em escola brasileira.

Essa experiência proporcionou aos professores participantes do PEIF terem uma visão idêntica à que eles vivenciam quando atravessam a linha para estudar, trabalhar e buscar acesso aos serviços de saúde. Quando vivenciamos um mesmo território fronteiriço, embora de cidades e países diferentes, fomos confrontados com os sentimentos vivenciados por cada fronteiriço quando são tratados com intolerância e falta de reconhecimento,

O evento da pandemia de covid-19 suscitou o tema da saúde. Diante da necessidade do acesso aos serviços públicos de saúde, os fronteiriços pobres indocumentados – aqueles que

não possuem Cadastro de Pessoa Física (CPF) nem cartão do SUS, caso dos paraguaios ou de indivíduos de outras nacionalidades ou etnias – tiveram o atendimento negado por não ter nacionalidade brasileira devido à pandemia mundial e à urgência em receber atendimentos médicos no Brasil, cujos questionamentos incidiam sobre a garantia de direitos da saúde apresentados na Constituição Federal brasileira de 1988 como universal e gratuita e também da Lei n. 13.445 de 24 de maio de 2017 – Lei da Migração[4].

Estabelecem-se as complexas redes de governança intraurbana e internacional, por serem díades que apresentam enorme peculiaridade geográfica e institucional, voltadas ao atendimento da saúde da população pobre, que dependem unicamente dos serviços públicos, visto que são em maior número no Brasil e no Paraguai. Assim, em menor quantidade estão os que possuem plano de saúde privado ou recursos financeiros para acessar o serviço de saúde privado nos dois lados da fronteira.

Nessa direção, fez-se necessário discutir e analisar o fenômeno da municipalidade e do poder local bilateral e como as políticas nacionais de gestão compartilhada da saúde, para cidades de fronteira internacional, contribuem efetivamente para a integração regional entre seus países.

A tese transita entre integração formal *versus* funcional, a fim de caracterizar o recorte espacial da fronteira e discernir a dinâmica das cidades. Formal, segundo Oliveira (2005), quando pactuada por meio de acordos; funcional, quando são dadas pelo funcionamento das práticas sociais e econômicas locais.

Volta-se a observar se a gestão compartilhada é fundada realmente numa necessidade prática e se constitui em benefícios à população fronteiriça. Desse modo, procura-se identificar os obstáculos políticos que impedem a cooperação mútua internacional, tão sonhada, pelo menos, nos discursos oficiais e aguardada efetivamente pela população fronteiriça pobre indocumentada. Conforme ainda Oliveira (2005), a saúde pública, nessa região fronteiriça, mostra elementos de transição da relação funcional para a formal, considerada como uma permissividade congênita nas fronteiras.

Conforme o IBGE (2022), a Faixa de Fronteira brasileira (150 km) apresenta uma área total de 1.421.344,688 Km2 (16,7% da área do Brasil em 2022), grande zona fronteiriça que permite a intensificação dos fluxos transnacionais. Esse estudo trata de cidades gêmeas, por serem formadas lado a lado, sendo delimitadas geograficamente por uma rua, uma fronteira

[4] Mais adiante, no capítulo1, subitem 1.1, faremos o desdobramento dessa lei.

seca, cujos visitantes mais desavisados, por vezes, não percebem o país em que se encontram pela permeabilidade de acesso de um país a outro.

Assim, além da persistência de antigas questões relacionadas à faixa de fronteira[5], como a discrepância na proteção social entre os países, o aumento nos fluxos transnacionais nos extensos limites internacionais do Brasil com os demais países da América do Sul, especialmente os integrantes do Mercosul, vêm sendo objeto de preocupações, principalmente quanto ao acesso de pessoas indocumentadas pobres aos serviços públicos de saúde, pois apresentam reflexos diretos sobre o setor social de todo o país e, sobremaneira, das regiões fronteiriças.

Em especial, as ações de garantia ao acesso à saúde pela população mais vulnerável financeiramente têm sido limitadas nessas áreas em razão da inexistência de harmonização das legislações internacionais para garantir o acesso à saúde pública nos países vizinhos. É nesse ponto que há a procura pelos serviços públicos de saúde por usuários pobres, representados por pessoas sem documentação brasileira, que possuem baixa renda. A maioria é composta por trabalhadores informais e, portanto, sem vínculo empregatício, incluindo pessoas idosas e/ou doentes incapacitados ao trabalho que não se enquadram na aposentadoria do seu país de origem, subtraídos de direitos de saúde e sociais, que se mostra como uma face dessa dinâmica de interação, e não de integração, destacando a assimetria existente. De acordo com a Constituição Federal brasileira de 1988, no art. 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde”. (Brasil, 1988),

O acesso à saúde é direito básico garantido constitucionalmente a todos que possuam cidadania brasileira ou estrangeiros residentes no país, considerado como universal e gratuito, possuindo ainda status de direitos humanos fundamentais, porém desconsidera a(s) realidade(s) fronteiriça(s) existente(s) ao longo de toda faixa de fronteira brasileira.

Com a descentralização, a Constituição Federal brasileira (1988) delegou ao Estado a responsabilidade de garantir o direito à saúde, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país de acordo com suas diretrizes, que

[5] De acordo com Vargas (2017), a faixa de fronteira é regida pela Constituição Federal de 1988 e pela legislação ordinária. A faixa de fronteira brasileira é considerada fundamental para assegurar a soberania nacional, propiciar defesa, manter o controle e promover o desenvolvimento de uma zona territorial periférica, distanciada dos principais centros decisórios do país. Embora apresente baixa densidade demográfica, a faixa de fronteira representa uma diversidade social, econômica, cultural e ambiental ímpar, não referida na Constituição brasileira.

são: Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, com a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

Como elemento de efetivação da ordem constitucional, na Constituição Federal (1988), no art. 194: "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Em seu inciso I, aponta como "universalidade da cobertura e do atendimento." (Brasil, 1988).

E continua, no art. 198, constante na Constituição Federal (1988): "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (...)". Entretanto, como o texto constitucional atribui o direito ao acesso à saúde apenas aos residentes no país, quando da instituição do modo de divisão orçamentária para o custeio da saúde, por meio do SUS, não atinge os usuários não residentes. (Brasil, 1988).

O Ministério da Integração Nacional, doravante MIN (Brasil, 2005), reconheceu que as fronteiras têm papel respeitável na dinâmica da integração regional. Reconhece-se que, especialmente em cidades gêmeas, como Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, a visão é que apresentam uma espécie de "laboratórios" em menor escala da integração internacional, uma vez que, nessas cidades, a cooperação é um fenômeno cotidiano que ocorre por meio dos fluxos de pessoas, serviços, mercadorias etc. (Brasil, 2005).

Bento (2012, p. 21) analisa, baseado em Gallino (2006), que "para a sociologia, integração significa estado de integração, fato social, estado de vida coletiva onde a maioria (não se exige unanimidade) da população ordena de forma regular, ordinária, eficaz, reciprocamente, as suas ações sociais cotidianas". O autor continua destacando que "o estado de integração social se caracteriza por baixo nível de conflito, ou seja, maior índice de consenso social, também pela gestão eficaz dos conflitos, que evita rupturas e fortalece a integração, mantendo a diversidade." (Bento, 2012, p. 21).

Para os geógrafos, a integração perpassa pelas pessoas e natureza complexa, dinâmica e estratégica. Consoante Machado *et al*. (2005):

> Produto de processos e interações econômicas, culturais e políticas, a zona de fronteira é o espaço teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças e expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos Estados nacionais. (Machado *et al*, 2005, p. 96).

Os autores apontam que, por ser onde as dinâmicas locais se chocam diretamente com as legislações nacionais de países vizinhos, a fronteira exige soluções práticas e imediatas. É o laboratório ideal para acordos bilaterais, acordos de trânsito transfronteiriço, cooperação em saúde, assim como em outros fatores sociais existentes.

Dorfman e Rosés (2005, p. 201-202), por sua vez, destacam: “A partir da instituição do Mercosul, busca-se mostrar a fronteira, como precursora da integração, como exemplo pragmático. Cada par de cidades-gêmeas demanda uma investigação específica, ao mesmo tempo em que apresentam elementos comuns.”.

Haesbaert (2011, p. 280) analisa a perspectiva integradora ao afirmar: “Territorializar-se significa também, hoje, construir e/ou controlar fluxos/redes e criar referenciais simbólicos num espaço em movimento, no e pelo movimento”. Espaço e saúde na fronteira se processam contraditoriamente no controle, no e pelo constante movimento.

O MIN instituiu o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, doravante PDFF, e, desde o início do Programa, o objetivo era a redução das desigualdades, das oportunidades, da garantia da soberania e da cidadania e o reconhecimento do abandono desses espaços territoriais por parte do Governo (Brasil, 2009). Para o planejamento e a reformulação do PDFF, o MIN contratou, para um levantamento detalhado, visando à sub-regionalização da faixa de fronteira, o Grupo Retis (2005), coordenado pela professora Dra. Lia Osório Machado, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Atualmente, a base territorial das ações do Governo Federal para a Faixa de Fronteira estabelece como áreas de planejamento três grandes Arcos, definidos a partir da proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF – 2005), com base na Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) do Ministério da Integração.

O primeiro é o Arco Norte, que compreende a Faixa de Fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas e os Estados de Roraima e Acre; o segundo é o Arco Central, que compreende a Faixa de Fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e o terceiro é o Arco Sul, que inclui a fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Como nos outros Arcos, diferenças na base produtiva e na identidade cultural foram os critérios adotados para a divisão em sub-regiões (Brasil, 2005).

Nessa busca de dinamização das sub-regiões, enfoca-se o fortalecimento dos atores locais e a articulação das atividades econômicas regionais. Ponta Porã localiza-se no Arco Central e faz parte da XIV Sub-região Cone Sul-mato-grossense (Sub-região Cultural Cone Sul mato-grossense). (Brasil, 2005).

Nesse contexto, o presente trabalho apresenta como objetivo geral analisar o acesso aos serviços públicos de saúde pelos fronteiriços pobres indocumentados, no período de 2019-2024, na fronteira de Ponta Porã-MS/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguai. Como objetivos específicos, pretende-se comparar o ordenamento jurídico do Brasil e do Paraguai quanto à garantia, compartilhamento e efetivação do direito ao acesso à saúde, em especial, quanto à disponibilização e financiamento dos serviços públicos de saúde.

Procedimentos metodológicos

Quanto à metodologia, o trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa e quantitativa, de cunho exploratória, pautada em análise bibliográfica e documental, a partir de análise de teses, dissertações, artigos e livros, voltados ao tema de acesso aos serviços públicos de saúde na fronteira, abarcando, especialmente, os fronteiriços indocumentados pobres, no intuito de constituir uma integração regional nos direitos à saúde pública. Na metodologia foram feitas entrevistas com gestores da saúde dos dois municípios, fronteiriços de Pedro Juan Caballero e de Ponta Porã. Também estudos de leis, normas, tratados, decretos, ordenamentos e demais legislações, com análise comparada dos ordenamentos jurídicos, brasileiro e paraguaio quanto à garantia do acesso à saúde, especialmente quantos aos serviços públicos de saúde às pessoas desprovidas de recursos.

Seguem-se 37 entrevistas com questões abertas e semiabertas, envolvendo pessoas de Pedro Juan Caballero e de Ponta Porã, em diversos pontos das cidades, com diferentes níveis sociais e educacionais. Alguns foram pontualmente escolhidos para responderem questionários semiabertos, enquanto outros entrevistados foram por meio de conversas informais, durante os percursos dos dois municípios, principalmente nos momentos de registro das fotos da saúde dos municípios, nos quais se abordou pacientes aguardando consultas e/ou parentes que estava consultando nos hospitais e em alguns postos de saúde dos dois lados. Também, pacientes que aguardavam atendimento durante as entrevistas aos gestores da saúde pública, dos dois lados dos municípios.

Cabe ressaltar aqui, que três pessoas entrevistadas disseram possuir duas nacionalidades, fato comum nessa fronteira, porém, habitualmente quem possui essa característica, não assume, com receio de represálias de um dos países a que pertencem. A primeira nacionalidade, normalmente é a paraguaia, depois eles adquirem nacionalidade

brasileira, que conseguem pelo *jus sanguinis*[6], que é garantida pela descendência da família, tratada no capítulo 1. O mesmo do brasileiro, que adquire a segunda nacionalidade paraguaia, por necessidades de trabalho e estudos. Também identificaram-se duas pessoas paraguaias e que são indígenas da etnia guarani.

Ser brasileiro/a para os paraguaios, significa adquirir benefícios sociais, como bolsa família, atendimento médico pelo SUS, direito à educação, aposentadoria, dentre outros. Enquanto, os brasileiros adquirem a nacionalidade paraguaia, para trabalhar, garantir o direito ao patrimônio adquirido naquele território, para estudar, principalmente no ensino superior, é obrigatório ser paraguaio, para continuar os estudos. Tratamos no texto a questão de acionar a nacionalidade que lhe convier naquele momento.

Apresentamos a tabela 1, com os participantes da pesquisa, com sua profissão e nacionalidade (s), indicando também a avaliação da saúde pública brasileira ou paraguaia, dependendo da procura do entrevistado, em suas necessidades de saúde.

Tabela 1 – Participantes da pesquisa, com profissão, nacionalidade e avaliação da saúde pública brasileira ou paraguaia.

Nome fictício do/a entrevistado/a	Profissão	Nacionalidade	Roteiro: Resposta sobre a saúde pública fronteiriça
1 – José	Autônomo	Paraguaio	Não obteve acesso à saúde pública brasileira
2 – Sara	Autônoma	Paraguaia/Etnia guarani	Não obteve acesso à saúde pública brasileira
3 - Raquel	Vendedora	Paraguaia	Não obteve acesso à saúde pública brasileira
4 – Laura	Dona de casa	Paraguaia/Etnia guarani	Não procurou acesso à saúde pública brasileira
5 – Telma	Dona de casa	brasileira	Saúde brasileira péssima
6 – Antonio	Pedreiro	Paraguaio	Saúde paraguaia péssima
7 – Alfredo	Marceneiro	Paraguaio	Saúde paraguaia péssima

[6] J*us solis* é a cidadania definida a partir do lugar de nascimento, enquanto o *jus sanguinis* é aquela nacionalidade garantida pela descendência da família.

8 – Gestor Público PY	Servidor Público PY	Paraguaio	Considera saúde paraguaia positiva
9 – Jovelina	Diarista	Paraguaia	Saúde paraguaia ruim
10 – Gestor Público BR	Secretária Mun. Saúde	Brasileiro	Trabalha na execução da saúde e considera positiva
11 – Marcio	Autônomo	Brasileiro	Avalia como ótima a saúde pública brasileira e recebeu rim em transplante pelo SUS
12 – Maria Helena	Diarista	Brasileira	A saúde brasileira é muito lenta
13 – Ana	Dona de casa	Brasileira	Avalia bem a saúde brasileira, gratuita
14 – Odair	Pedreiro	Paraguaio	Saúde paraguaia péssima
15 – José Luis	Empreendedor	Paraguaio	Saúde paraguaia não é boa
16 – Alda	Balconista	Paraguaia	Saúde paraguaia não é boa
17 – Aparecida	Dona de casa	Paraguaia	Saúde paraguaia é ruim
18 – Francisco	Pedreiro	paraguaio	Saúde paraguaia é ruim
19 – Venâncio	Guarda	Paraguaio/brasileiro	Saúde brasileira é muito boa
20 – Andreia	Diarista	Brasileira/paraguaia	Saúde brasileira é boa
21 – Agnaldo PARLIM	Vereador BR	Brasileiro	Atua para que exista real integração
22 – Amâncio	Eletricista/trabalhador autônomo	Brasileiro	Avalia gestão municipal brasileira e a saúde boas
23 – Amanda	Autônoma	Brasileira	Avalia boa a gestão paraguaia na saúde durante a pandemia
24 – Sara	Dona de casa	Brasileira	Saúde brasileira é boa
25 – Anísio	Autônomo	Brasileiro	Avalia o fechamento da fronteira
26 – Vitória – Participante 1	Professora	Brasileira	O acesso à saúde brasileira é bom
27 – Rose – Participante 2	Autônoma	Brasileira	Saúde brasileira é boa
28 – Tiago – Participante 3	Técnico Segurança do Trabalho	Brasileiro	Saúde brasileira é boa

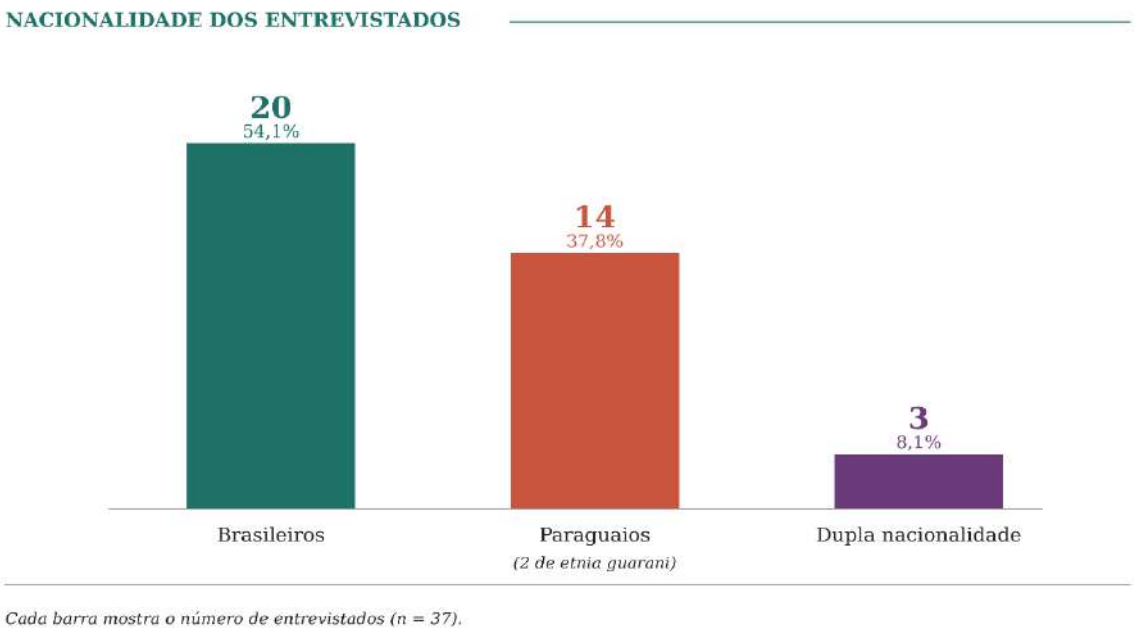
29 – Celina – participante 4	Farmacêutica	Brasileira	Saúde brasileira é boa
30 – Aparecida – participante 5	Cabeleireira	Paraguaia	Recebeu vacina no Brasil, mesmo sendo paraguaia, sem cartão SUS
31 – Tania- participante 6	Aposentada	Brasileira	Avalia como boa a saúde pública do Brasil
32 - Sofia – participante 7	Professora	Brasileira	Sugere integração na saúde da fronteira
33 – Juliana	Residência Medicina	Brasileira	Avalia insuficiente a saúde paraguaia
34 – Aline	Residência Medicina	brasileira	Avalia saúde paraguaia ineficaz
35 – Arlete	Dona de casa	Brasileira	Avalia boa a saúde pública brasileira
36 – Leandro	Autônomo	brasileiro	Avalia muito boa a saúde pública brasileira
37 – Maria	Diarista	Paraguaia/brasileira	Saúde pública é boa

Fonte: Elaborada pela pesquisadora. 2026.

Podemos observar, a partir da tabela 1 que a maioria dos entrevistados, independente da nacionalidade e da profissão, consideram que a saúde brasileira – SUS, é muito boa, que são atendidos e a saúde melhora com o acesso e tratamento que são ofertados, de maneira adequada e eficiente. As pessoas que avaliaram de maneira negativa o SUS, foi devido à demora no atendimento dos exames solicitados. Da mesma forma, podemos observar a maioria dos entrevistados avaliarem de forma negativa o atendimento da saúde pública no Paraguai, segundo eles, o acesso, atendimento e tratamento é ineficaz e ineficiente, além de não ser gratuito, como percebemos ao longo do texto. A maioria das profissões dos brasileiros e paraguaios entrevistados são autônomos/as, estão vulneráveis financeiramente, portanto necessitam de serviços públicos de saúde gratuitos, por terem renda familiar baixa e insuficiente para cobrir gastos com a saúde do entrevistado e de seus familiares.

Apresentamos o Gráfico 1, demonstrando as proporções de pessoas brasileiras e paraguaias, e de pessoas que se declararam ter dupla nacionalidade.

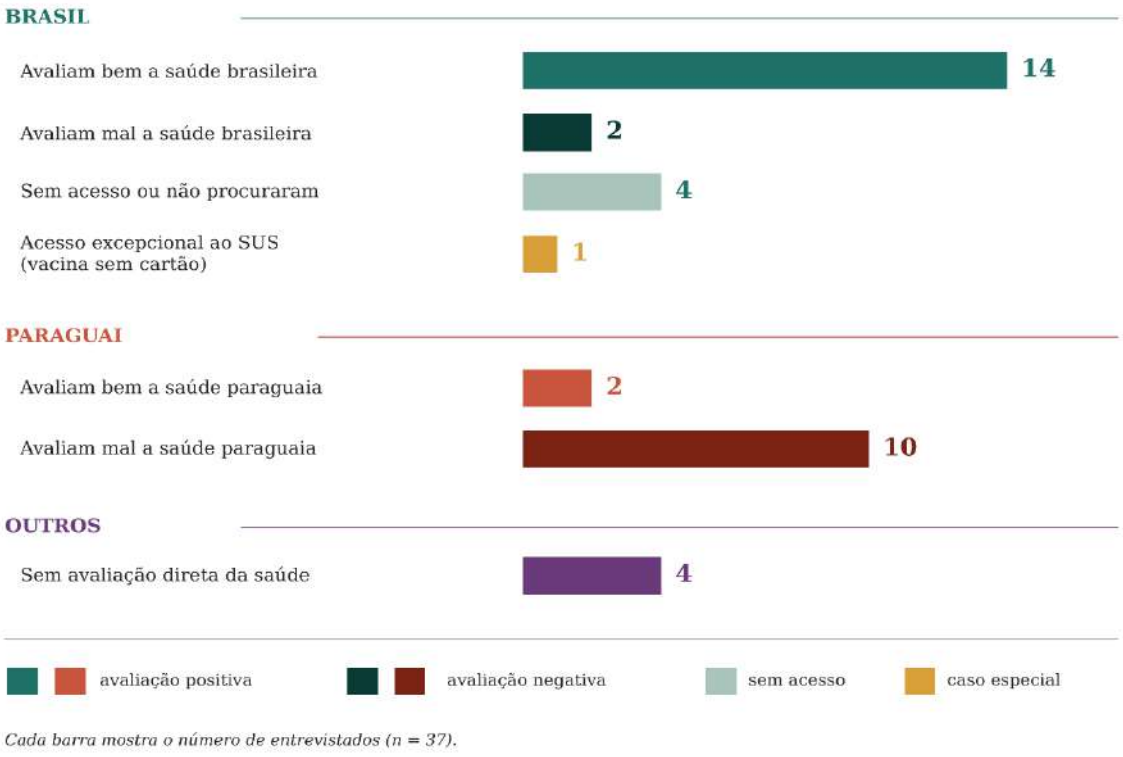
Gráfico 1 – Nacionalidade (s) dos entrevistados na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai).



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas na fronteira Ponta Porã–Pedro Juan Caballero (2019–2024).

Apresentamos o Gráfico 2, com avaliação entre os cidadãos brasileiros e paraguaios de forma distinta, mensurando a percepção de cada entrevistado, em suas experiências do serviço público de saúde das duas cidades gêmeas, incluindo pessoas que avaliaram as gestões dos municípios, resultado das experiências intensificadas no âmbito da saúde pública, durante a pandemia da Covid-19.

Gráfico 2 – Percepção dos entrevistados sobre o acesso e a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil e no Paraguai.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas na fronteira Ponta Porã–Pedro Juan Caballero (2019–2024).

Os questionamentos foram feitos sobre o serviço público de saúde, sem citar de qual país ou cidade, deixando o entrevistado livre para discorrer sua opinião e experiências. A/o entrevistada/o escolheria uma cidade ou um sistema público para responder. Normalmente, elas se posicionavam sobre suas últimas experiências do serviço público de saúde vivenciado por ela ou por familiares e avaliavam dizendo de qual cidade usufruíram, ou não, do serviço público de saúde. Excluindo, os gestores da saúde das duas cidades, Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, que responderam especificamente sobre a cidade e sobre os serviços públicos de saúde que estavam sob sua responsabilidade e pela qual atuavam.

As pessoas que responderam ao questionamento, relataram suas experiências e vivências referente ao acesso ou não aos serviços públicos de saúde. Analisaram em sua maioria de maneira positiva quanto aos serviços públicos de saúde brasileira, demonstrando a importância e relevância a existência do SUS para as pessoas, como um dos maiores, melhores e mais completos sistemas de saúde pública do mundo. Observa-se a necessidade de valorizarmos e defendermos a assistência médica do SUS, dedicada à todas as pessoas, em diferentes áreas da medicina, proporcionando melhora significativa na saúde e qualidade de vida para toda a população atendida.

Muito embora, segundo alguns entrevistados, a saúde pública brasileira ainda precise avançar, para atender de maneira eficaz os usuários do SUS, reduzindo o tempo de espera nas especialidades, cirurgias e exames solicitados pelos médicos.

Sinalizado no gráfico acima também, a deficiência da saúde pública ofertada no Paraguai, pelo baixo investimento financeiro daquele país na saúde, e conjuntamente, contribui com a baixa eficiência, o sistema público de saúde desintegrado e fragmentado, apresentado no país vizinho.

No momento das entrevistas, as abordagens eram recebidas com tranquilidade após a apresentação pessoal da pesquisadora como professora de escolas da fronteira, pela admiração e respeito que os fronteiriços têm pelos professores, conforme já aludido anteriormente. As escolas na qual a pesquisadora trabalhou encontram-se mais próximas do limite de fronteira, recebendo alto número de alunos que moram no município paraguaio.

Essas pessoas entrevistadas sentiam-se à vontade ao saber da profissão exercida na fronteira, inclusive algumas procuravam saber qual escola, que ano leciono e em que turno para tentar descobrir se fui ou sou professora dos seus filhos. Algumas chegaram a descobrir que fui professora de seus filhos e filhas. Essa conexão com as pessoas facilitou o acesso para as entrevistas, de maneira formal e informal, momento que se sentiam seguras para conversar e responder questionamentos.

Estrutura da tese

O presente trabalho está organizado em três capítulos, além da Introdução, Considerações finais, Referências bibliográficas e Anexos. No primeiro capítulo, será apresentada uma discussão sobre o Acesso aos Serviços Públicos de Saúde na Fronteira de Ponta Porã/Brasil e Pedro Juan Caballero/Paraguai: os fronteiriços indocumentados pobres e a cidadania. Assim, aborda-se a realidade de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero mediante a abertura para a integração regional; o acesso ao serviço público de saúde da população fronteiriça, a exemplo dos indocumentados, como os paraguaios, coreanos, com abordagem da inclusão (ou não) do direito à saúde dos cidadãos estrangeiros e os não residentes no território brasileiro como um desafio; a interação ou integração regional com a justificativa da inclusão do desenvolvimento social na agenda da integração regional.

Nesse ponto, discute-se a importância da cidadania nesse território fronteiriço, como direito humano, direito aos serviços de saúde pública, preconizada na Constituição Federal, em

que se prega ser “universal e gratuita”. Trará, também, uma análise do desenvolvimento das cidades gêmeas: fronteira e saúde, quanto ao desempenho do IDH dos países, para se entender a dinâmica das políticas nacionais que envolvem o (re)conhecimento e as legislações pertinentes à saúde na fronteira, buscando compreender o desempenho, o alcance e as práticas das políticas públicas das duas cidades. Apresentam-se relatórios do Índice do Desenvolvimento Humano (IDH) e a posição de cada país foco dessa pesquisa.

No segundo capítulo, analisa-se a legislação que regulamenta o direito ao acesso à saúde no Brasil e no Paraguai, abordando as políticas do Mercosul quanto à saúde pública das cidades gêmeas fronteiriças, da Constituição Federal Brasileira de 1988, do Ministério de Saúde Pública do Paraguai, do Plano Estadual de Saúde e Plano Municipal de Saúde, com ênfase na normatização dos sistemas públicos de saúde de ambos os países. Apresentam-se ainda exemplos de cidades gêmeas internacionais europeias em diferentes países, a análise das legislações dos dois países envolvidos na pesquisa, associada à realidade apresentada no cotidiano do cidadão fronteiriço, considerando a cidadania como imprescindível ao acesso a tais direitos.

Já o terceiro capítulo trata do fechamento da fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, com o advento da pandemia de covid-19, e os desdobramentos do fechamento da(s) fronteira(s), da população impedida de ir e vir nas duas cidades, fato inédito nesse espaço binacional, resultando em prejuízo econômico e social, uma vez que o município vizinho atende prioritariamente brasileiros no comércio e necessitavam acessar os serviços públicos de saúde ofertados no município de Ponta Porã. Abordam-se atendimentos nos serviços de saúde pública dos fronteiriços residentes no Paraguai, as possibilidades de governança transfronteiriça, exemplos de existência de governança transfronteiriça ocorrida com duplo sentimento: da pandemia (restrição sanitária) e cerceamento da liberdade de ir e vir nas cidades (fechamento da fronteira) e também as legislações dos países para a fronteira na pandemia. Por fim, apresentam-se as Considerações finais da pesquisa.

1 – ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO/PARAGUAI: OS FRONTEIRIÇOS INDOCUMENTADOS POBRES E A CIDADANIA

> As assimetrias existem na exata medida da inexistência de decisões políticas dos governos nacionais ou de decisões contidas nos governos municipais.
> (Torrecilha, 2013, p. 175)

Atualmente, assiste-se a um recente interesse e despertar para os assuntos pertinentes à fronteira em suas diferentes dimensões, seja integração, social, educação, econômico, saúde, dentre outras. O interesse recente se deu por questões de saúde, relativos à pandemia de covid-19, em 2020, e pelo fechamento das fronteiras latino-americanas, incluindo Ponta Porã e Pedro Juan Caballero,

Esse estudo trata do último tema, saúde, cujo capítulo aborda a dinâmica da fronteira internacional vivenciada pelo recorte empírico das cidades gêmeas de Ponta Porã-Mato Grosso do Sul/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguay, envolvendo as questões do acesso (ou não) aos serviços públicos de saúde dos fronteiriços pobres indocumentados e a cidadania.

Essas cidades são formadas lado a lado, sendo delimitadas geograficamente por uma rua, uma fronteira seca, cujos visitantes mais desavisados, por vezes, não percebem o país em que se encontram. Tal é a permeabilidade de acesso de um país a outro, evidenciando a dinâmica de pessoas, bens e serviços, como educação, saúde, entre outros, envolvidos nesse processo de interação, caracterizada pelas intensas convivências binacionais, diferenciando-as dos demais espaços de ambos os países.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH-1948) pontua que a origem do direito à saúde advém da concepção de direitos humanos e ocupa um papel fundamental na garantia da condição humana do indivíduo. Apesar da constante evolução de direitos humanos, que deveriam ser garantidos de forma universal, um evento se mostrou de vital importância para a discussão globalizada do tema. As barbáries vivenciadas na Segunda Guerra Mundial (1939-1945) intensificaram as discussões da comunidade internacional sobre a necessidade de construção de um documento que reconhecesse o rol de direitos inerentes a todo e qualquer ser humano (DUDH-1948).

É sabido que a saúde é o fator que impulsiona a vida do cidadão, em todos os aspectos, tais como pessoal, intelectual, físico, social, laboral, familiar, financeiro, psicológico, cultural,

enfim, bem-estar é o eixo que impulsiona o pleno desenvolvimento do ser humano em uma sociedade. E é focado nesses aspectos que devem ser direcionados esforços para conscientizar o (re) conhecimento e valorização do contexto em que estão inseridos, nesse caso específico, a fronteira e suas especificidades.

Almeida (2024) corrobora ao salientar que a saúde constitui um importante e vital vetor de integração entre a sociedade e os cidadãos que moram na fronteira e que possui papel estratégico a todo bom gestor. Desse modo, o sucesso de ações da política de saúde na fronteira depende, essencialmente, das articulações municipais, estaduais e federais, no que tange ao fortalecimento da conexão política e institucional entre os países. Dessa forma, vincula-se a questão da saúde a uma política territorial para a região de fronteira na medida em que os países que compartilham a fronteira, na maioria das vezes, vivenciam as mesmas problemáticas na busca de melhores condições e qualidade de vida.

Pereira (2009) reflete sobre a postura histórica do imperialismo do Brasil em relação aos países que fazem fronteiras:

> Mas, sem resvalar para o pessimismo, não se pode esquecer que historicamente o Brasil esteve de "costas para sua fronteira", ou seja, o imperialismo brasileiro exercido no continente sobrepujou uma arrogância em relação aos seus vizinhos e, aos poucos essas barreiras que exerceram uma violência simbólica começam a ruir. (Pereira, 2009, p. 8).

Indiferentemente ao contexto fronteiriço no qual as cidades gêmeas se localizam, a saúde foi e ainda é tratada de forma estanque. Nessa perspectiva, sem possibilidade de previsão sobre o contingente de pessoas vindo do exterior – por não serem contabilizadas na estatística municipal –, desconsidera-se o município lindeiro. Assim, ao menos nos documentos oficiais da saúde, não é evidenciada essa característica de forma relevante.

Giovanella *et al.* (2007) apontam para a distinção no nível de atendimento da saúde entre *nacionales y los extranjeros* por não haver política específica para cada fronteira, além de ressaltar a importância de igualdade na atenção e prestação de serviços, uma vez que as doenças não obedecem a fronteiras. Os autores reconhecem ainda a grande assimetria existente entre os diferentes países do Mercosul. Essa realidade é extremamente complexa, por serem sistemas nacionais de saúde distintos e divergentes em termos de universalidade, equidade, cobertura, modelos de atenção à saúde, modalidade de ofertas e de financiamento. (Giovanella *et al*., 2007).

Tornando-se essas e muitas outras distinções e determinações, expressas de formas contundentes na região de fronteira, acabam sendo barreiras ao exercício do direito universal à saúde (Giovanella *et al*., 2007). Os autores analisam ainda que a fronteira se torna porosa, aberta para aproximações, principalmente das políticas sociais, fator que o Mercosul busca dinamizar nas áreas de fronteira. A cidadania social globalizada é uma dimensão ainda a ser construída e conquistada pelos direitos sociais, preocupados com a igualdade e justiça social. A ampliação de direitos e de cidadania é essencial para construir uma sociedade com igualdade e justiça.

Santos (2000, p. 52) alude: "Deixado ao quase exclusivo jogo do mercado, o espaço vivido consagra desigualdades e injustiças e termina por ser, em sua maior parte, um espaço sem cidadãos.". Assim, a forma de realizar a leitura do espaço em que se vive traz em si todas as marcas da vida dos homens.

Desse modo, é preciso fazer a leitura do mundo da vida, construído cotidianamente, do espaço que se ocupa nesse mundo e que expressa todas as utopias, como os limites postos, sejam por limites da natureza (ruas, rios, montanhas, por exemplo), seja do âmbito da sociedade (econômicos, culturais, políticos e territoriais).

A realidade vivenciada pelos fronteiriços é descrita por Oliveira (2005) ao apresentar o sentimento de pertencimento a um ou aos dois lados da fronteira, configurada por relações paradoxais:

> Não há, no ambiente fronteiriço, em especial, nas cidades-gêmeas, apenas 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 também ríspido nas fronteiras (Oliveira, 2005, p. 386).

Nesse contexto, o autor apresenta uma reflexão sobre as dinâmicas únicas que ocorrem no ambiente fronteiriço, em particular, nas cidades gêmeas. Essas áreas são definidas por uma complexa interação entre diferentes elementos: comunidades integradas por laços de sangue, trocas linguísticas, econômicas e espaciais.

Por um lado, há uma celebração da troca – cultural, social e material – que define essas regiões como espaços de pluralidade. Por outro lado, persiste uma vigilância ativa, tanto estatal quanto social, que busca garantir a soberania territorial e preservar a identidade cultural contra possíveis ameaças. O jogo de palavras entre "trocas" e "trocos" sugere que, embora os direitos

possam servir às comunidades locais, as responsabilidades frequentemente recaem sobre o outro, criando um clima ambíguo de reciprocidade.

Essa ambiguidade gera comportamentos que podem oscilar entre a leveza da convivência multicultural e a risco de eventuais conflitos ou tensões territoriais. Dessa maneira, as fronteiras tornam-se locais de experimentação social, com dinâmicas que desestabilizam os limites tradicionais de nação e cultura.

Nesse cenário político e geográfico, estão localizados postos de saúde e hospital público e privado ao longo da faixa de fronteira. É grande a demanda de cidadãos estrangeiros que recebem atendimento, apontando como maior do que o município brasileiro compõe, movimento que faz da saúde fronteiriça um campo desafiador, por mesclar os atendimentos com estrangeiros, pertencentes a outro país, fato que se tornou relevante no advento da pandemia de covid-19, pela necessidade maior de atendimento da saúde das populações.

Contudo, nos planos oficiais de saúde dos governos estadual – Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Municipal de Saúde (PMS) –, não consta a presença desse público estrangeiro, atraído para o município brasileiro pela facilidade de acesso ao território e por julgar que o acesso à saúde é de melhor qualidade.

Costa, Costa e Oliveira (2011) apresentam a ideia de que não se deve mais estudar as fronteiras a partir dos centros. Ao invés disso, estudar os centros de poder a partir das fronteiras, possibilitando aos moradores fronteiriços, assumir o papel de protagonistas da própria história.

Essa dinâmica fronteiriça é considerada uma riqueza existente, como assinala Fleuri (2003, p. 17), ao indicar que "[...] a sua riqueza consiste justamente na multiplicidade de perspectivas que interagem. A diversidade é tratada como 'espinhosos problemas' e sugere o respeito às diferenças e integração em uma unidade que não as anule.". O que é possível refletir na vivência do contexto fronteiriço, na diversidade apresentada, é que todos e todas devem ser respeitados, independentemente de origem, cor, raça, etnia etc.

O espaço fronteiriço ora pesquisado é visto por pesquisadores e estudiosos como um território de vasto repertório a ser investigado, em suas diferentes nuances e complexidades. Raffestin (2005, p. 10) aponta que "A fronteira vai muito além do fato geográfico que ela realmente é, por que ela não é só isso.".

A fronteira é alvo da mídia e canais de comunicação como território onde ocorrem fatos, como ilegalidades, drogas, dentre outros atos ilícitos, ficando a maior parte das políticas voltadas para estratégias de segurança pública e defesa nacional, encobrindo a dinâmica social, cultural e econômica vivenciada pela sociedade local. Segundo Amaral (2016):

> [...] a fronteira vive um constante paradoxo, construída como separação, mas tornando inevitável sua porosidade, vive o dilema da hibridização contra a diferença. Os arranjos produtivos bem como as problemáticas sociais são binacionais, tornando as relações entre os locais de países diferentes, por vezes obrigatórias. É o paradigma binacional o tempo inteiro refletidos nas políticas de migração, de defesa, **de saúde,** de segurança pública, de cultura ...[...] (Amaral, 2016, p. 28, grifo nosso).

Amaral (2016) destaca o paradoxo intrínseco das fronteiras: concebidas como barreiras para delimitar territórios, mas, na prática, apresentam uma porosidade inevitável. Isso resulta em um dilema entre hibridização (a mistura e integração cultural, social e econômica) e a preservação da diferença, que muitas vezes é central para a identidade de cada lado da fronteira. A convivência binacional em regiões fronteiriças cria uma interdependência resultante, pois tanto as atividades econômicas quanto os desafios sociais se estendem para além de um único país.

Essa situação leva a uma necessidade de cooperação entre nações, refletida em várias esferas: políticas migratórias, segurança pública, educação, cultura, e, como enfatizado no texto, a saúde. No contexto do acesso aos serviços públicos de saúde, em particular, as políticas devem considerar as especificidades locais e as características multiculturais e multinacionais dessas áreas. A saúde nas fronteiras não pode ignorar a realidade binacional, exigindo abordagens que promovam tanto o respeito às identidades nacionais, à vida, à saúde em todos seus aspectos, quanto ao diálogo e a troca entre culturas.

Entrementes, as imposições destacadas pelas condições territoriais sustentam que essas localidades, especialmente as cidades gêmeas, adquirem intenso convite de interação e integração; contudo, estão muito distantes de se constituírem em espaços isomorfos. Efeitos como tamanho, intensidade, distâncias e estrutura física do território são campos de influências que seccionam e diferenciam a lógica espacial de atuação do capital em cada região específica, transformando cada lugar com particularidades estruturais e identidades próprias. E é necessário entendê-las.

A fronteira tem toda uma dinâmica espontânea e empírica, evidenciada no evento da pandemia de covid-19. Essa dinâmica interfere na vida dos fronteiriços em todas as formas e frentes, especialmente no tocante ao direito da saúde. Estudar, pesquisar, analisar, conhecer para planejar e desenvolver é preciso; concebendo um panorama que conhece as matrizes e as raízes das singularidades e suas ambiguidades. De acordo com Milton Santos (1996), a ordem global é imposta a todos os lugares:

> A ordem global busca se impor, a todos os lugares, uma única racionalidade. E os lugares respondem ao mundo os diversos modos de sua própria racionalidade. [...] A

> ordem local funda a escala do cotidiano, e seus parâmetros são a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade. [...] Cada objeto é, ao mesmo tempo, objeto de uma ação global e objeto de uma razão local, convivendo dialeticamente. (Santos, 1996, p. 272-273).

O mundo contemporâneo impõe uma ordem e racionalidade na escala global. Entretanto, essa racionalidade atinge de forma desigual os territórios nacionais, lugares e regiões (Guimarães, 2015), inclusive, e principalmente em maior escala, espaços complexos e desafiadores, como os fronteiriços. É preciso entender o jogo político entre as nações, a dinâmica que modifica o traçado das fronteiras políticas internacionais, uma vez que são alguns dos fatores que exigem a compreensão e aprofundamento da análise da dimensão espacial da vida social.

Guimarães (2015) aponta ainda que o desenvolvimento de uma doença num agrupamento humano seria resultado de interação entre o agente patógeno (vírus, bactéria, fungos, protozoários, dentre outros), o hospedeiro humano e o ambiente. No caso específico das cidades gêmeas, o ambiente torna-se um fator de maior relevância, visto que existe a convivência cotidiana dos povos subordinadas a diferentes instâncias. Contudo, não se observa citação da especificidade relevante de fronteira em documentos oficiais dos governos, como já aludido, com atendimento de estrangeiros, residentes em outro município, de outro país, que buscam acompanhamento da saúde no território brasileiro.

Tais estrangeiros não constam nos censos do IBGE de 2022 por residirem e trabalharem em outro país. Portanto, devem ser institucionalizadas essas ações nos planos estadual e municipal de saúde, apontando os desafios de fronteiras internacionais existentes, resultando no aumento dos atendimentos devido à demanda estrangeira ocultada/invisibilizada, uma vez que o município recebe recursos somente referentes ao contingente brasileiro, apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). A Secretaria de Saúde atua com recursos financeiros insuficientes para uma realização eficaz na segurança e eficiência em saúde.

Conforme Guimarães (2015), o crescimento exponencial dos custos e de investimentos do setor da saúde, além da necessidade da redução das disparidades espaciais e das desigualdades sociais, forçou o Estado a considerar a saúde como um objeto do campo político. Nesse sentido, o autor continua apontando:

> A geografia da saúde voltou-se para análise da relação entre oferta de serviços e necessidades da população, o que é um problema complexo: envolve a separação da necessidade e demanda, necessidade sentida pela população e prescrita pelos

> especialistas, necessidades básicas (frequentes), contingenciais (ocasionais), necessidades coletivas e individuais. (Guimarães, 2015, p. 31).

O autor busca entender a geografia da saúde, analisando se a distribuição dos serviços de saúde corresponde às necessidades reais da população. No entanto, essa análise é complexa, porque envolve diferentes tipos de necessidades e demandas e, no caso de fronteira, foco desse estudo, por ser bilateral, o desafio para resultados positivos é ainda maior. Todavia, com planejamento e organização, inerente da geografia da saúde, é possível alcançar índices satisfatórios para os fronteiriços pobres indocumentados.

A geografia da saúde é relevante e necessária nos estudos como o objeto desta pesquisa, enfocando os serviços públicos de saúde, ao analisar como organizar e distribuir os serviços de saúde para atender, de forma justa e eficiente, os diferentes tipos de necessidades e demandas da população fronteiriça existentes.

Pesquisadores já organizaram cinco simpósios nacionais de geografia da saúde, desde 2003, com participação de geógrafos e profissionais da saúde de órgãos governamentais federal, estaduais e municipais. A geografia da saúde tem sido calcada na resolução de problemas, como o planejamento territorial de ações de saúde, o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde. Um dos compromissos primordiais da geografia da saúde no Brasil é contribuir para a consolidação da política nacional de saúde (SUS) e a redução das desigualdades sociais (Guimarães, 2015).

Giovanella *et al*. (2007) destacam a existência de uma distância entre as medidas implementadas entre os acordos do Mercosul e o cotidiano vivido por essa população de fronteira. Os autores apontam que a integração entre os países ainda permanece como representação, muito mais no discurso do que concretamente na vida real. Os brasileiros e paraguaios, ainda que próximos geograficamente, encontram-se distanciados por legislações nacionais.

Conforme o Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022), o estado de Mato Grosso do Sul conta com 2.756.700 habitantes, distribuídos em 79 municípios. Sua capital é Campo Grande e o estado faz fronteira com o Paraguai e a Bolívia, e faz divisa com cinco estados brasileiros (São Paulo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná). O estado abrange 79 municípios, dos quais 44 encontram-se na faixa de fronteira.

O estado de Mato Grosso do Sul é marcado pela forte presença da população nativa indígena. Constata-se, pelo Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2022), que Mato Grosso do Sul possui 116,3 mil indígenas, sendo considerado o terceiro maior estado brasileiro em número desses povos.

Contudo, a população do estado é também constituída por migrantes, como do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, por exemplo, e de outras regiões do Brasil, atraídos por novas oportunidades a partir de 1977, ano da divisão do estado com Mato Grosso. Há uma população formada a partir do entrelaçamento com os territórios de fronteira do Paraguai e Bolívia, resultando na grande influência nos perfis das populações locais.

Como se trata de uma área de cidades gêmeas, para o desenvolvimento da análise, considera-se que o termo fronteira não é uma palavra sem significado. Devido ao hibridismo cultural existente, essa mescla de pessoas convivendo em um mesmo espaço social não deve ser ignorada. Para Raffestin (1993), os limites e a fronteira não são neutros, nem naturais, muito menos arbitrários. Eles fazem parte da reprodução social do mundo da produção, da troca, do consumo e do vivido.

Conforme Brito e Missio (2019, p. 2), uma conurbação internacional caracteriza-se pela concentração de áreas urbanas que ultrapassaram as fronteiras de dois ou mais países, mantendo uma continuidade espacial e uma forte interdependência funcional, mas preservando a autonomia administrativa de cada município. Nesses casos, o processo de expansão urbana leva as cidades de diferentes países a formar uma área urbana contínua. Esses espaços urbanos conurbados não apenas dividem atividades e recursos, mas muitas vezes também têm complementaridades em termos econômicos, sociais e culturais.

Esse tipo de conurbação exige uma cooperação progressiva em algumas áreas, como transporte, segurança e gestão de recursos sociais, visto que a integração funcional das cidades supera as barreiras administrativas e exige cooperação conjunta para que se concretize a cooperação e colaboração na fronteira.

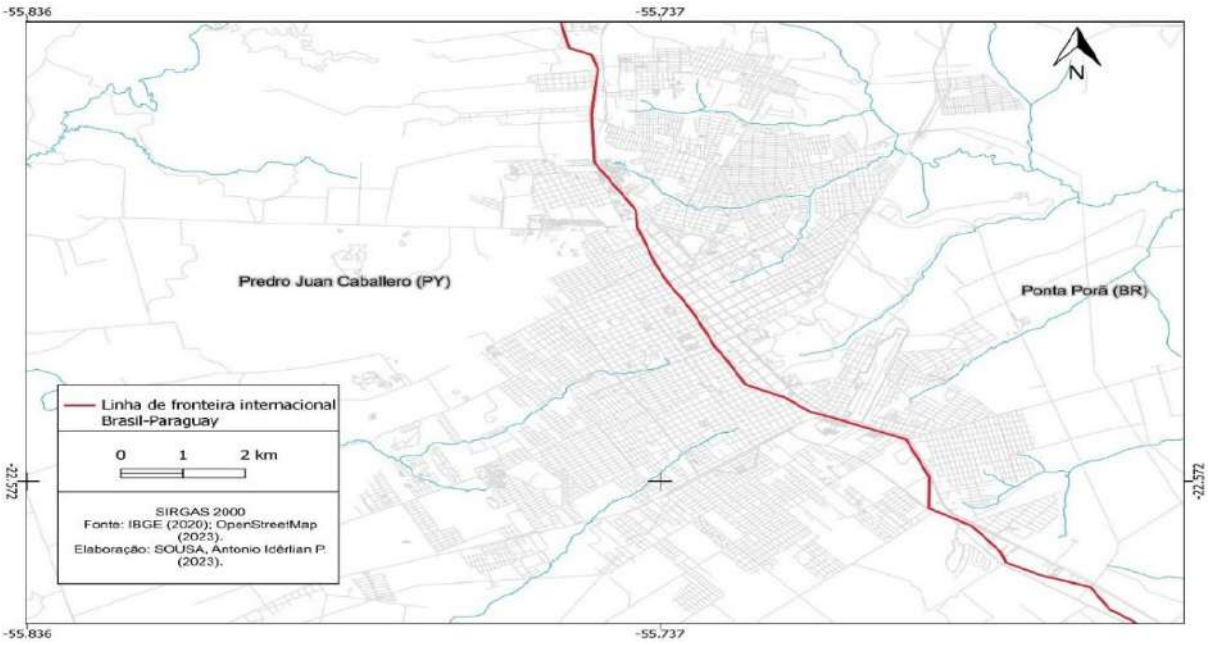
A definição dos termos fronteira e limite adquire similaridade e, conjuntamente, apontam para uma funcionalidade que os ressalta como uma frontaria, um front, de acordo com Paixão (2006), termo que se compõe etimologicamente primário para fronteira, apresentando o que vem à frente, ou seja, a parte do território situado ‘in fronte’, nas margens, consignando, portanto, uma qualidade e não uma entidade (Nogueira, 2007, p. 3). Hissa (2006, p. 34) assegura que “A fronteira se coloca à frente (front), como se ousasse representar o começo de tudo onde exatamente parece terminar...”.

De acordo com Oliveira e Oddone (2012), essas cidades são separadas somente pelos limites formais. Elas têm a aparência de uma só, dado que a linha internacional de fronteira seca é separada por uma rua, que une ou separa – ou divide ou delimita – os municípios que se constituíram de forma conjugada, a partir de uma rua que implica em entrosamento social, familiar, econômico, financeiro, lazer.

Entretanto, do ponto de vista da saúde, existem os fronteiriços que possuem dupla nacionalidade, como se apresentaram dois entrevistados que aparecem na tabela 1 e nos gráficos 1 e 2, dos Procedimentos Metodológicos da Introdução desse estudo, - e também trataremos a seguir -; os que possuem documento paraguaio somente; os migrantes sem documento brasileiro, que não conseguem ter acesso aos serviços públicos de saúde, além de urgência e emergência já garantidos na legislação.

O desenho urbano de ambas as cidades apresenta algumas singularidades, em detrimento da diversidade existente nos municípios representados. Conforme a Figura 1, fica evidente como Ponta Porã se dilui e se estende no decorrer dos 13 km da linha de limite internacional que divide ambos os países, e Pedro Juan Caballero se concentra, constituída de forma agrupada, de maneira distinta da sua vizinha Ponta Porã.

Figura 1 – Conurbação entre Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY)



Fonte: Os autores (2023).

Pedro Juan Caballero, cidade contígua de Ponta Porã, faz parte do XIII Departamento del Amambay. É a capital do Departamento com a maior população departamental, contando com 177.252 habitantes (*Amambay Proyecciones de población por sexo y edade*, 2022).

Nascimento e Banducci Júnior (2022) apontam que o município paraguaio tem relevante papel re-exportador no comércio local, além de ser polo de turismo de compras em razão da oferta de produtos importados a preços competitivos, a depender da cotação do dólar e da valorização do real.

Figura 2 – Vista aérea da parte central do Município de Pedro Juan Caballero – Amambay – Paraguai



Fonte: https://amambay.gov.py/pedro-juan-caballero/. Governación de Pedro Juan Caballero. Acesso em 12 dez. 2025.

Ponta Porã conta com 95.320 habitantes (IBGE, censo 2022). A economia orbita em torno do tripé pecuária, agricultura e comércio, tendo a agricultura como maior fonte de dividendos da região (Prado, 2016). (Nascimento; Baducci Júnior, 2022).

Assim, a população fronteiriça conforma o total de 272.572 habitantes, de acordo com dados do IBGE (2022) e Amambay Proyecciones de población por sexo y edade (2022), no território pesquisado. São interdependentes e interligadas nos diversos aspectos, como social, cultural, lazer, econômico, financeiro, comercial, desenvolvendo-se conjuntamente,

Apesar de a localização geográfica de fronteira se encontrar próxima a outra cidade, na área da saúde, educação, legislações, política, enfim, todas as outras áreas institucionais referentes à vivência da sociedade, apresentam diferenciação e distanciamento. Mesmo sendo contíguas, constituem políticas voltadas somente para si, desconsiderando o "outro lado" existente da(s) cidade(s).

Quando se pensa nas cidades fronteiriças, concorda-se com Machado (1998) ao afirmar que o termo fronteira se refere a um fenômeno da vida social espontâneo, que indica a margem

do mundo habitado, em cujas cidades a travessia de um país a outro (de uma cidade a outra, nesse caso) é realizado por meio uma rua.

A seguir, na figura 3, apresenta-se a delimitação dos territórios brasileiro e paraguaio, sendo demonstrado pelas bandeiras dos referidos países. A imagem mostra as avenidas que coincide com o limite internacional Brasil-Paraguai. São constituídos, em sua maioria, por comércios de diferentes tipos, visando atrair clientela local e, principalmente, os turistas que visitam a fronteira, facilitando o acesso a tais comércios. Em alguns locais, foram colocados pontos delimitando a fronteira, como marco físico fronteiriço internacional, demonstrado na figura. Essas avenidas são conhecidas como centrais e principais das duas cidades, rodeadas por bairros que são, geralmente, constituídos por residências, embora também tenham comércios significativos para atender os moradores.

O cotidiano dessas pessoas, bens e serviços ocorre na maioria das vezes, de forma pacífica, observando-se também conflitos na convivência entre os fronteiriços. A rotina das pessoas ocorre sem a presença de alfândega, não tendo algum tipo de impedimento em todos os 13 km de extensão de limite territorial que liga a construção histórica das duas cidades, uma ao lado da outra. Na visão de Mondardo (2018, p. 59): “A ‘fronteira’ expressa uma proposta para a emergência de novas sensibilidades e subjetividades direcionadas em sentido crítico e emancipatório”, dadas as proximidades, continuidades, complexidades e ambiguidades, confrontadas no cotidiano.

Figura 3 – Bandeiras e marco simbólico delimitando os territórios paraguaio e brasileiro



Fonte: Almino (2024).

A porosidade existente entre as cidades gêmeas pode se perceber no dia a dia da população, dos dois lados da fronteira, uma vez que se mesclam no âmbito familiar, social, cultural, financeiro, comercial etc. As populações se reconhecem, em muitos momentos, como uma só cidade, mesmo pertencentes a Estados nacionais distintos. Esse fator favorece a dinâmica intensa, classificada por Machado *et al*. (2005, p. 88) como sinapse, por existir muita interação entre os dois lados das cidades e onde os fluxos comerciais internacionais se justapõem aos locais.

Serão apresentados exemplos de algumas fronteiras internacionais e suas interações, além da fronteira em que se localiza as cidades de Ponta Porã-Mato Grosso do Sul/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguay, bem como aspectos e características em que se desenvolvem os serviços públicos de saúde brasileiro, e o acesso (ou não) dos fronteiriços pobres. Apresentar-se-ão também as diversidades e nuances da cidadania, posição importante e necessária para ter direitos a serviços essenciais ofertados no Brasil, como a saúde, uma vez que, na Constituição Federal brasileira de 1988, consta como “universal e gratuita”. No entanto, observa-se negação em atender os fronteiriços pobres indocumentados na saúde pública, por não se enquadrarem nos requisitos legais exigidos, além de urgência e emergência.

Dar-se-á destaque a alguns modelos de cidades gêmeas internacionais europeias. Anishenko e Sergunin (2012) analisaram a evolução do movimento das cidades gêmeas, no norte da Europa (as primeiras cidades gêmeas foram Tornio, na Finlândia, e Haparanda, na Suécia), no final da década de 1980, e se espalhou por toda a Europa Oriental e Central na década de 1990. Os autores veem esse movimento como um dos aspectos da chamada paradiplomacia, ou seja, o envolvimento de atores não governamentais (regiões, estados, federais, províncias e cidades, empresas, organizações, órgãos não governamentais – diplomacia pública – e outros) nas relações internacionais.

O modelo de cidades gêmeas foi institucionalmente legalizado em dezembro de 2006, pela criação da *City Twins Association* (CTA). Tal como decorre dos regulamentos do CTA, o objetivo é promover a cooperação entre pares de cidade, cooperação em matéria de segurança social e cuidados de saúde, dentre outros objetivos, os quais obtiveram apoio financeiro da União Europeia e das administrações nacionais. Observa-se a importância dada aos cuidados da saúde focalizados às populações das cidades gêmeas da Europa.

Anishenko e Sergunin (2012, p. 3) apresentaram muitos termos relacionados nos estudos ocidentais – cidades duplas, cidades fraternas, cidades irmãs, cidades relacionadas, cidades conectadas, cidades transfronteiriças, cidades binacionais, cidades vizinhas, cidades acopladas, cidades parceiras, cidades amizade, cidades-ponte e outros. Segundo os autores, esses termos foram utilizados de forma aleatória, principalmente como sinônimos, e costumavam ser aplicados à descrição de diferentes tipos de cooperação intermunicipal em nível nacional e internacional, o que causava confusão no vocabulário conceitual utilizado pelos estudiosos em várias ciências (junto com geógrafos e economistas, o fenômeno foi estudado por sociólogos, cientistas políticos, antropólogos, historiadores, ecologistas e outros).

No estudo dos pesquisadores supramencionados, foram considerados quatro exemplos (pares de cidades): Tornio (Finlândia) e Haparanda (Suécia), Valga (Estônia) e Valka (Letônia), Narva (Estônia) e Ivangorod (Rússia), Imatra (Finlândia) e Svetogorsk (Rússia). Nesses locais, foram analisados conquistas e fracassos desse tipo de cooperação intermunicipal internacional. Entre Tornio, na Finlância, e Haparanda, na Suécia, as cidades desenvolveram serviços, como transporte, correios, dentre outros, considerado o caso de maior sucesso de cooperação transfronteiriça de cidades gêmeas (Anishenko; Sergunin, 2012).

No caso de Valga, na Estônia, e Valka, na Letônia, os problemas relacionados como uma questão de identidade nacional ainda existem nas duas cidades. As autoridades locais, encorajadas pelos governos nacionais, seguem uma linha dura de “estonização” e “latvização”

das comunidades locais, o que não contribui para a promoção de valores europeus entre a população das cidades gêmeas.

Entre Narva, na Estônia, e Ivangorod, na Rússia, a necessidade de desenvolver a cooperação entre essas cidades surgiu da história mais estreita entre elas e, segundo os autores, infelizmente, a maioria dos projetos não foi implementado devido a uma série de razões: falta de fundos municipais, relutância das autoridades superiores em apoiar essas iniciativas, falta de envolvimento de organizações financeiras internacionais e a crise financeira e econômica com início em 2008. Presume-se que a cooperação entre Narva e Ivangorod não é um caso de sucesso do movimento das cidades gêmeas. Este é antes um caso de cidades gêmeas que se tornaram vítimas de grandes políticas e de má gestão local (Anishenko; Sergunin, 2012).

E, por último, porém não menos importante, os autores abordaram o caso das cidades gêmeas de Imatra, na Finlândia, e Svetogorsk, na Rússia, em que foram delineados vetores particulares de planejamento conjunto do desenvolvimento das cidades e um comitê conjunto de planejamento e desenvolvimento composto por altos funcionários municipais das duas cidades foi criado, dentre outros acordos de cooperação transfronteiriça. Além disso, foram gerados centro para pequenas e médias empresas em que a cooperação pode ser considerada um processo de sucesso do modelo de cidades gêmeas (Anishenko; Sergunin, 2012).

No caso das cidades gêmeas pesquisadas nesse texto, existe uma sinapse (Machado *et al.*, 2005), caracterizada como fronteiras vibrantes, com presença demográfica relativamente significativa, com integração funcional, em que ocorre a complementariedade lícita e visível e a participação ilícita e invisível. Existe uma imensa variedade de manifestações funcionais que parece repousar sobre o circuito inferior da economia urbana, apresentando-se como, segundo Oliveira (2005), o comércio da pequena produção industrial, os diferenciados tipos de serviços, sem aporte formal e outras atividades que consolidam a complementaridade cotidiana, como a compra de imóveis, pequenas transações de capitais, a locação de máquinas, instrumentos e equipamentos.

Nesse contexto, essas manifestações não envolvem ilicitudes, chamadas de participação invisível da funcionalidade. Como aponta Oliveira (2005, p. 385), “as facilidades induzidas pela dinâmica das articulações econômicas sem marco jurídico ‘abrem espaço’ para a penetração e consolidação de atividades nocivas (tráfico de drogas, contrabando etc.)”.

As cidades gêmeas vivem constantemente sob tensão, mas oferecem oportunidades associadas às vantagens comparativas, devido à presença de um mercado de trabalho ampliado, com preços e salários específicos, que multiplicam as possibilidades de trabalho ao atrair mão de obra de trabalhadores, empreendedores e consumidores.

Essa é a realidade de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY): devido à facilidade de acesso entre elas, contribuem para a comparação e cooperação na dinâmica fronteiriça. Conforme Oliveira (2005, p. 384): “existe uma confrontação e cooperação de duas lógicas: a das ‘organizações econômicas’ e das ‘organizações políticas’ com uma intensidade mais forte e mais aparente.”

Sanguin (2015) afirma que cidades gêmeas separadas por fronteira ilustram, ao próprio modo, a lacuna e a ordem impostas e fixadas pelos estados, além do caráter mais espontâneo dos assentamentos. Desse modo, a distinção de cada paisagem de fronteira é fruto de uma interação complexa de diferenças relacionadas aos fluxos políticos, sociais e econômicos.

A fronteira torna-se homogênea em sua vivência em diversos aspectos, como social, lazer, familiar, financeiro, econômico. De acordo com Euzébio (2014, p. 13), a integração ocorre “por baixo, pela imediatez, pelo tempo do cotidiano, do agora, muito mais ágil, imediata e fluída”, observando-se entre as populações a existência de um cotidiano entrelaçado ou a construção de outra hegemonia, o caminho da resistência (Mondardo, 2018).

No entanto, no âmbito legal e institucional das cidades, existe uma “integração por cima”, caracterizada como “de gabinete” e “protocolar, onde o trâmite burocrático manifesta uma inércia tal que por vezes perde-se o fator oportunidade, fundamental a atender as necessidades da população fronteiriça”, apresentando-se como heterogênea, uma vez que as políticas e legislações são construídas sem considerar a população que vive na outra parte da cidade (Euzébio, 2014, p.13).

Há a existência de pessoas sem documentação exigida – indocumentados –, considerados migrantes, porém não é pensado o fato de serem fronteiriços. Na maioria das vezes, não acessam os serviços públicos de saúde que, devido a esse fator, torna-a menos porosa, apresentando limitações no acesso às pessoas que procuram esses serviços, uma vez que precisam apresentar documentação brasileira e ainda possuir Cartão do Serviço Único de Saúde (SUS). Contudo, para ter acesso a esse Cartão, o indivíduo precisa possuir residência em território nacional.

Serão analisados depoimentos de alguns fronteiriços que não possuem documentos brasileiros e procuram o serviço público de saúde para sanar seus problemas e de seus familiares. Para tanto, colocam-se nomes fictícios para preservar as identidades.

Como o senhor José, de 58 anos, trabalhador autônomo e morador de Pedro Juan Caballero, no distrito de Sanja Pitã, buscou o Posto de saúde do Distrito de Sanga Puitã, no território brasileiro, em busca de consulta para resolver seu problema de dores nas costas. O

atendente da recepção do posto de saúde lhe informou que não seria possível atendê-lo, sem o cartão do SUS.

A senhora Sara, de etnia indígena guarani, de 56 anos, moradora no distrito de Sanja Pitã, do município de Pedro Juan Caballero, procurou o posto de saúde do distrito de Sanga Puitã, município de Ponta Porã, para consultar com ginecologista. A recepcionista lhe solicitou o cartão do SUS, como disse que não possui, foi avisada que não poderia ser atendida, sem esse cartão.

Dona Raquel, de 43 anos, moradora no distrito de Sanga Puitã, município de Ponta Porã, procurou o posto de saúde, levando seu filho com febre alta e se sentindo muito mal. Após solicitarem o cartão do SUS do filho, ela diz não possuir e explicou o estado de saúde do filho, porém, as atendentes do posto de saúde disseram que não conseguem vaga para consulta sem o cartão.

Também há o caso de Laura, de etnia indígena guarani, mãe de aluna de escola do distrito de Sanga Puitã, na qual os profissionais da escola detectaram a necessidade de a filha consultar com oftalmologista. A escola chamou a mãe para avisá-la que seria preciso levar a filha ao médico, pois já havia reprovado e neste ano foi verificada a possível deficiência visual, que pode ser corrigida com óculos, se o médico prescrever. Foi avisado à mãe que, se a aluna necessitar de óculos, a escola iria contribuir para a aquisição.

No entanto, Laura tem dificuldades de entender a língua portuguesa, falando e entendendo somente o guarani, e a diretora chamou a filha, para que traduzisse à mãe. A mãe não possui documentação brasileira, somente a filha. Ela não levou a filha, provavelmente pela dificuldade de comunicação em língua portuguesa, e até agora a aluna está sem consultar. A escola enfrenta esses desafios também, pela barreira étnica, cuja maioria dos pais se recusa a procurar serviço médico, dificultando a vida da filha, no caso, e dos outros alunos que apresentam situações semelhantes.

É muito comum ter alunos com pais que não possuem documentação brasileira e terem essa dificuldade de levar os filhos ao médico, com receio dos filhos perderem os direitos brasileiros que já possuem. Ademais, têm receio de serem descobertos e que seus filhos percam o que já estão usufruindo na escola e os direitos de acesso à saúde. Eles levam para tomar vacinas pela obrigatoriedade da escola, visto que, no momento da matrícula, é obrigatório apresentar o cartão de vacinação da criança, mas, normalmente, não procuram atendimento médico.

O distrito de Sanga Puitã, tem um número altíssimo de pessoas registradas no cartório local. É onde mais se registram pessoas na fronteira, por isso as escolas que o distrito possui

estão superlotadas de crianças registradas nesse cartório. Em todas as escolas do município de Ponta Porã há muitas crianças registradas no cartório do distrito.

Existem número significativo de crianças nascidas no município de Ponta Porã de mães que não têm documentação brasileira, pois chegam ao hospital no momento de dar à luz, impedindo a equipe hospitalar de não atender. As crianças nascem e já saem do hospital com registro de nascimento brasileiro.

Esses fatores contribuem para que as famílias tenham nacionalidades oficiais diferentes, até entre pais, mães e filhos, pois às vezes os pais têm documentação paraguaia e os filhos são brasileiros. Duas nacionalidades na mesma casa e na mesma família, convivendo nos dois países, de forma natural. Muitas vezes, os pais tentam tirar documentos brasileiros, acionando a nacionalidade dos filhos. Eles procuram o consulado e, se comprovarem a nacionalidade dos filhos, conseguem pelo direito do *jus solis.*

Esses exemplos são situações corriqueiras, cujos fronteiriços pobres, sem documentos do SUS e também sem CPF, vivenciam, em que algumas vezes, dependendo do problema de saúde apresentado, consegue atendimento, principalmente se for atendimento de urgência e emergência, é atendido e encaminhado ao país de origem. Muito embora, tais atendimentos são garantidos e contemplados na Lei da Migração no. 13.445/2017, que segundo o Artigo 3º tem como uns dos princípios a – Universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos e –Repúdio à xenofobia, ao racismo e à discriminação. São barreiras físicas, políticas e sociais que resultam na falta de acesso aos serviços públicos de saúde da fronteira, contrariando a legislação em todas as esferas, que reconhece os direitos de qualquer pessoa, independentemente de origem, raça, etnia etc.

Essas situações dificultam o acesso e a utilização da rede de serviços públicos pelos cidadãos fronteiriços. Além disso, colaboram para o possível aproveitamento das complementaridades entre os países, pela diferenciação dos sistemas de saúde em relação à concepção, gestão e financiamento, sendo as políticas originadas e pensadas a partir da homogeneidade (Silva Neto, 2010).

1.1 A fronteira e a saúde: os desafios para os fronteiriços indocumentados no acesso ao serviço público de saúde

Mondardo (2018) aborda que, no contexto da globalização, ocorreu um processo de abertura das fronteiras, atribuída à dinâmica do capital, ante a formação dos blocos econômicos.

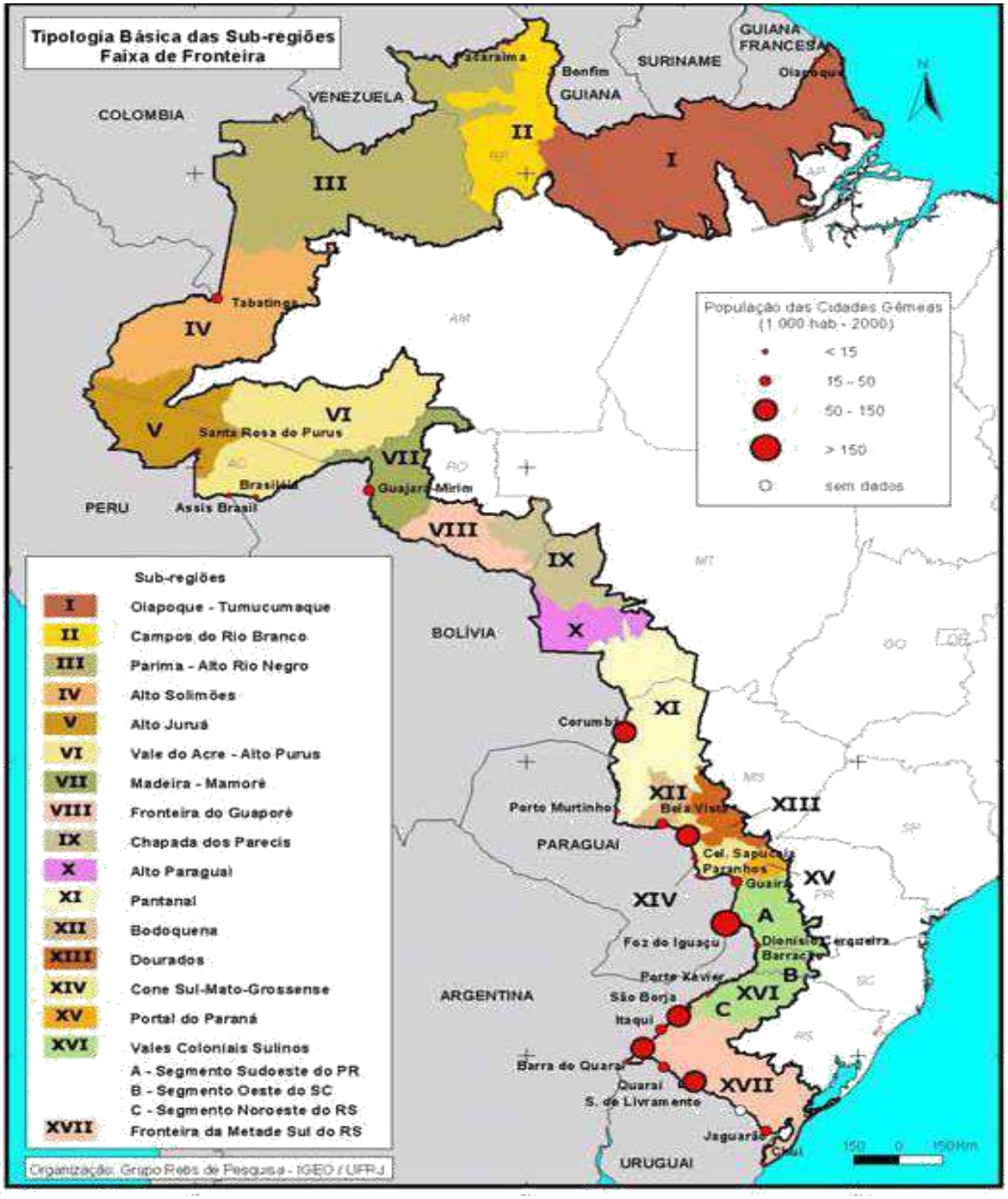
Nesse contexto, surgiu o bloco do Mercado Comum do Sul, doravante Mercosul, a partir de integrações de países pertencentes a essa região. O principal objetivo era garantir a construção de uma consolidação econômica, política e social entre os países membros, com a livre circulação de bens, pessoas e serviços.

Na busca pela garantia da consolidação econômica, política e social, o Ministério da Integração Nacional (MIN) instituiu o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (2009), doravante PDFF, e desde o início do Programa, o objetivo era a redução das desigualdades, das oportunidades, da garantia da soberania e da cidadania e o reconhecimento do abandono desses espaços territoriais por parte do Governo (Brasil, 2009). Busca-se, conforme o PDFF (2009), a reversão desse quadro por meio de medidas que incidem em auxiliar a população fronteiriça a resgatar sua dignidade.

De acordo com o PDFF (2009), o Brasil faz fronteira com dez países, que correspondem a 27% do território nacional (11 estados e 588 municípios), ao longo dos 15.719 km de extensão de fronteira terrestre brasileira, abarcando cerca de 10 milhões de habitantes nessa área. É configurada como uma área de baixo desenvolvimento e marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, causada pela carência de coesão social, pela inobservância de cidadania e dificuldades peculiares à cada região fronteiriça (Brasil, 2009).

No campo das interações transfronteiriças, o PDFF (2009) aponta que as situações de fronteira não são as mesmas ao longo do limite internacional (continental) do País, em razão das diferenças geográficas, do tratamento diferenciado que recebe dos órgãos de Governo, das relações específicas e do tipo de relações estabelecidas com os povos vizinhos (Brasil, 2009). Apresenta-se um mapa para essa análise, com demonstração das fronteiras brasileiras e as tipologias das sub-regiões (Figura 4).

Figura 4 – Cidades gêmeas e tipologia das sub-regiões da Faixa de Fronteira



Fonte: Brasil (2009).

No intuito de resgatar parcialmente a dívida social com os habitantes da fronteira, o Ministério da Integração Nacional (MIN) pretende resgatar parte do débito social com os fronteiriços e fortalecer a formação de uma agenda positiva voltada para o desenvolvimento em bases integradas e sustentáveis (Brasil, 2009).

No Paraguai, foi instituída em 50 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, definida pela Lei n.º 2.532, promulgada em 14 de fevereiro de 2005.

No Brasil, a Lei n.º 6.634, de 2 de maio de 1979, instituiu 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, a faixa de fronteira brasileira é considerada fundamental para a defesa do país, sendo sua ocupação e utilização reguladas em lei. Segundo o PDFF:

> (...) a preocupação com a segurança nacional, de onde emana a criação de um território especial ao longo do limite internacional continental do país, embora legítima, não tem sido acompanhada de uma política pública sistemática que atenda às especificidades regionais, nem do ponto de vista econômico nem da cidadania fronteiriça. (Brasil, 2005, p. 10).

O PDFF aponta uma preocupação com a segurança nacional, destacando a criação de um território especial nas fronteiras do país. No entanto, argumenta que essa medida, apesar de legítima, não é acompanhada por políticas públicas que considerem as particularidades econômicas e sociais das regiões fronteiriças. Assim, há uma lacuna na implementação de políticas que garantam desenvolvimento econômico e cidadania para as populações que vivem nessas áreas. O texto sugere que, além da preocupação com a defesa territorial, é essencial que as políticas governamentais também promovam o bem-estar social e o desenvolvimento das regiões de fronteira.

O estado de Mato Grosso do Sul apresenta 48% de seu território com extensão de faixa de fronteira brasileira. Esta consiste, especificamente, em área estratégica para a segurança nacional, prevalecendo a utilização como área de defesa nacional, marcada por deliberação de barreiras às ameaças externas e por estabelecer limites nas relações com o país vizinho.

O Ministério da Integração Nacional (2009), pretende resgatar parte da dívida social com a população fronteiriça e fortalecer a formação de uma agenda positiva voltada para o desenvolvimento em bases integradas e sustentáveis (Brasil, 2009). Nesse sentido, promoveu uma reestruturação na busca da definição de um norte político para seu desenvolvimento. De acordo com a Secretaria de Programas Regionais desse Ministério, o PDFF passa a ter condições concretas de desenvolvimento e pensar estratégias voltadas para a promoção da infraestrutura econômica e social, dinamização econômica, organização social e institucional na faixa de fronteira do país.

Para o planejamento e a reformulação do PDFF, o MIN (2009) contratou, para um levantamento detalhado, visando a sub-regionalização da faixa de fronteira, o Grupo Retis[7], coordenado pela professora Dra. Lia Osório Machado, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nessa busca de dinamização das sub-regiões, enfoca-se o fortalecimento dos atores locais e a articulação das atividades econômicas regionais. De acordo com o estudo realizado pelo PDFF, uma das ameaças às fronteiras consistem "no progressivo esgarçamento do tecido social, na miséria que condena importantes segmentos da população ao não exercício da cidadania plena, no desafio cotidiano perpetrado pelo crime organizado e na falta de integração com os países vizinhos". (Brasil, 2009, p. 6).

O processo de ocupação e posterior urbanização ocorreu a partir da ocupação dessa linha fronteiriça, de forma que tanto as residências como as lojas comerciais foram sendo instaladas ao longo desse limite. Esse processo favoreceu a integração espacial e populacional entre os habitantes de ambas as cidades, aproximando os dois povos e as duas culturas, na sua informalidade. Observa-se a inexistência da integração nas relações institucionais, visto que nela a convivência dos indivíduos ocorre de forma a complementar a interação nos diversos níveis sociais, mantendo as identidades desses indivíduos de cada lado da fronteira.

Ponta Porã é considerada pelo MIN (2009) como cidade gêmea, na linha do limite internacional. Cotidianamente, o movimento dos habitantes produz/reproduz a territorialidade do vivido, mas, também, as normas e controle dos Estados-Nação, como ter acesso aos serviços de saúde pública, à educação pública ou receber benefícios sociais do governo dos dois lados. A fronteira em questão expressa um modo singular de produção do espaço, um espaço urbano binacional e local, produzido e reproduzido pelos encontros e desencontros da fronteira.

A Portaria n.º 213/2016 estabelece o conceito de cidades gêmeas:

> PORTARIA N.º 213, DE 19 DE JULHO DE 2016 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. O Ministro da Integração Nacional, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 87, parágrafo único, II, da Constituição Federal, e o art. 27, XIII, "a" a "d" e "m", da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer conceito oficial de cidade-gêmea bem como os critérios definidos para a classificação de cidades brasileiras como cidades-gêmeas, tendo em vista as **crescentes demandas pelos municípios de políticas públicas específicas para estas cidades;** e

[7] Grupo Retis de Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, formado por pesquisadores-doutores, doutorandos, mestres, mestrandos e bolsistas de iniciação científica. Atua desde 1994, no Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com apoio do CNPq, da FINEP, da FAPERJ, do CEPG/UFRJ e com a participação de pesquisadores associados de outras instituições. Foi responsável, em 2005, pela Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, coordenado pelo Ministério da Integração Nacional. Informações presentes no site do grupo: http://www.retis.igeo.ufrj.br.

> CONSIDERANDO a importância das cidades-gêmeas para a integração fronteiriça e, consequentemente, para a integração sul americana, resolve: Art. 1º 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 conturbação 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. 2º Não serão consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentem, individualmente, população inferior a 2.000 (dois mil) habitantes. Art. 3º A lista de cidades-gêmeas nacionais encontra-se no anexo I 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 do anexo I desta portaria, serão considerados equiparados às cidades-gêmeas. Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. (Brasil, 2016) (Grifo nosso).

A Portaria n.º 213, de 19 de julho de 2016, estabelece um marco normativo para a definição de cidades gêmeas no Brasil, reconhecendo-as como municípios situados em áreas de fronteiras, que compartilham interações econômicas, culturais e sociais com localidades de países vizinhos. Esse conceito formaliza a importância estratégica dessas cidades para a integração fronteiriça e sul-americana, destacando o papel dessas regiões como espaços de troca e, ao mesmo tempo, de desafios específicos.

Elementos-chave da Portaria: definição de Cidades Gêmeas:

> - São municípios situados em linhas de fronteira seca ou fluvial.
> - Possuem potencial significativo para integração econômica e cultural com cidades vizinhas, podendo ou não estar fisicamente conturbadas.
> - Apresentam problemas típicos de áreas de fronteira, como segurança, migração e infraestrutura, que impactam diretamente o desenvolvimento regional e a cidadania. (Brasil, 2016).

Essa Portaria aborda a localização, a integração e os desafios como obstáculos para enfrentar problemas típicos, como segurança, migração e infraestrutura, que impactam diretamente o desenvolvimento regional e a cidadania.

Nesse sentido, Dal Prá (2006), devido a desafios como obstáculos para enfrentar a especificidade fronteiriça, resultando em crescentes demandas de políticas públicas, aponta para necessidade de estabelecer critérios para classificar as cidades gêmeas, conforme Dal Prá (2006):

> A discussão realizada até o momento não é suficiente para a proposição de alternativas ao estabelecimento de novos direitos e políticas sociais públicas em saúde na região das fronteiras do Mercosul, justamente por não considerar as fronteiras como um espaço onde se estabelecem relações sociais entre povos com culturas, contexto social e econômico, legislações, sistema e necessidades de saúde diferentes. (Dal Prá, 2006, p. 67).

A autora destaca um ponto importante sobre a complexidade da gestão de políticas públicas em regiões de fronteira, especialmente no contexto das cidades gêmeas. Ela afirma que pela simples abordagem tradicional sobre políticas públicas não é suficiente abrangente para lidar com a realidade dessas regiões e propor alternativas efetivas, uma vez que não considera as complexidades das fronteiras como espaços de interação. Isso porque as fronteiras não são apenas linhas geográficas, mas espaços onde diferentes povos interagem, trazendo junto culturas variadas, contextos sociais e econômicos distintos, além de legislações e sistemas de saúde próprios.

Essa diversidade e complexidade exigem critérios específicos para classificar as cidades gêmeas, a fim de que as políticas públicas – especialmente na área da saúde – possam ser realmente eficazes. A ideia é que, para atender adequadamente essas populações, é necessário reconhecer e integrar essas diferenças na formulação de estratégias, ao invés de aplicar soluções padronizadas que não consideram o contexto transfronteiriço.

A ideia central é que, por não levar em conta essas diversidades e necessidades específicas, a discussão permanece limitada, dificultando a criação de direitos e políticas sociais em saúde que realmente atendam às demandas das populações que vivem nessas regiões transnacionais.

Percebe-se a necessidade de buscar ferramentas para mostrar aos gestores do bloco do Mercosul e aos gestores nacionais da saúde pública a importância de visualizar a diversidade dessas relações sociais existentes nos espaços fronteiriços, abarcando a consideração de suas especificidades.

Buursink (2002, p. 9) analisa as assimetrias, diferenciações existentes entre as cidades e considera impróprio para pares de cidades fronteiriças, pelo menos se respeitar o significado de “gêmeas”, que são dois seres idênticos, que pensam da mesma forma e que possuem forte sentimento de estarem juntos, características não encontradas em cidades fronteiriças pareadas, uma vez que existe distinção política, jurídica, institucional, administrativa etc.

O PDFF, por sua vez, descreve a região fronteiriça como “pouco desenvolvida economicamente, marcada pela dificuldade de acesso aos bens e aos serviços públicos, historicamente abandonada pelo Estado e pela falta de coesão social, por problemas de segurança pública e pelas precárias condições de cidadania”. (Brasil, 2009, p. 13). Ainda complementa: “O desenvolvimento da cidadania é relevante não somente para a inserção social desta população historicamente com dificuldade – ou impossibilidade – de exercer seus direitos, mas principalmente para o desenvolvimento de suas potencialidades”. (Brasil, 2009, p. 17).

Também considera a integração das ações de saúde como uma das iniciativas voltadas às condições de cidadania.

Em 2024, houve a elaboração do Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Centro-Oeste do Brasil (PDIF), cujo objetivo foi tornar a fronteira integrada, nacional e internacionalmente, com cidadania plena e qualidade de vida, no âmbito do projeto de pesquisa "Diagnóstico e elaboração do Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Centro-Oeste do Brasil – PDIF", com o intuito de elaborar uma carteira de intervenções estratégicas para a promoção do desenvolvimento regional e urbano e melhoria da qualidade de vida da população fronteiriça.

O PDIF conforma possibilidades e especificidades regionais ao olhar a vasta extensão territorial que permite ao Brasil estabelecer fronteira com quase todos os países da América do Sul e, consequentemente, inviabilizam ações padronizadas, ao passo que potencializam perspectivas de atuação para a integração sul-americana.

Ademais, o PDIF utiliza dados obtidos nos diagnósticos dos eixos estratégicos: segurança, saúde, infraestrutura e logística, educação, desenvolvimento econômico, turismo e meio ambiente, em municípios de faixas de fronteira de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Além disso, fornece visão abrangente das estratégias propostas e potenciais impactos, contribuindo para uma compreensão mais clara das perspectivas de desenvolvimento econômico na região estratégica brasileira.

O plano propõe as **Regiões Fronteiriças Proximais** (na faixa de fronteira e com intensas interações cotidianas, como povos do país vizinho, a exemplo da fronteira pesquisada) e as **Regiões Fronteiriças Intermediárias** (na faixa de fronteira, mas com poucas interações cotidianas com povos do país vizinho), para facilitar as políticas públicas e instrumento de indução de desenvolvimento territorial. (Grifos do programa),

Foca-se no eixo Saúde, do PDIF, objeto deste estudo. Este consiste em afirmar:

> Saúde, em região de fronteira, é a junção de esforços entre o poder público e a sociedade, para proporcionar o bem-estar e o bem viver das pessoas que ali circulam. Para que seja materializada, a saúde na fronteira deve ser organizada a partir da análise de informações epidemiológicas, relacionadas às causas da morbimortalidade de suas populações fixas e flutuantes, de iniciativas e cobertura populacional pela atenção primária em saúde, pela organização de redes e serviços conforme complexidades, observadas as capacidades de suas regiões de saúde, da qualificação das gestões em ações de fronteira e implementação de planos e estratégias operacionais, preferencialmente bi ou tri nacionais. (PDIF, 2024, p. 39).

Acredita-se, conforme o PDIF, que, nas cidades-gêmeas, é uma questão recorrente a utilização dos serviços de saúde do Brasil pelos seus vizinhos bolivianos e paraguaios e por

brasileiros residentes no país vizinho, tornando-se um acréscimo populacional que precisa ser considerado na gestão de serviços de saúde para esses e nesses municípios. O plano aponta para a urgência na retomada da implementação do SIS fronteiras[8], justificado pela população dos países vizinhos, que adquirem produtos e serviços nos municípios brasileiros. Como exemplo, há compras em supermercados e postos de combustíveis, contribuindo com a arrecadação de impostos, sugerindo a necessidade de acordos binacionais em consonância com as dinâmicas fronteiriças (PDIF, 2024, p. 40).

Em 2023, houve a LXIII Cúpula de Presidentes do Brasil, Argentina, Uruguay, Paraguay e Bolívia, que assinaram compromisso para alcançar uma integração fronteiriça que priorize as necessidades das populações que habitam as fronteiras compartilhadas pelos Estados Partes. Além disso, aceitam "flexibilizar" os seus limites, entendendo a integração como um processo de construção democrática, de um necessário formato de relações binacionais cuja realidade das localidades fronteiriças tem um papel protagônico que, erroneamente, foi ignorado no passado (PDIF, 2024, p. 91).

Algumas ações importantes para a integração das nações sul-americanas podem não atender às especificidades das populações fronteiriças, como as peculiaridades das áreas de fronteira que, na prática, demandam regimes especiais para regê-las e garantir a isonomia preconizada pela Constituição Federal. O PDIF cita que todas a iniciativas de desenvolvimento, quer da União ou dos Estados, para as localidades fronteiriças, não devem ser ações unilaterais, de um país, e sim coordenadas entre as partes.

Torrecilha (2013) apresenta um exemplo de sucesso entre Brasil e Uruguai, na questão referente à qualidade das informações locais, uma vez que foram constituídos Grupos de Trabalho para discussão das questões com a sociedade (Saúde, Educação etc.), naquela fronteira, representando importantes mecanismos institucionais para a cooperação fronteiriça, transformando-se em paradigma a ser adaptado e seguido nas fronteiras com os demais países.

Por outro lado, Torrecilha (2013, p. 53-54) apresenta uma tentativa de divisão física e concreta, em uma fronteira brasileira, com a ideia de separação que surgiu no Brasil. É uma grande barreira que seria erguida na fronteira com o Paraguai (Foz do Iguaçu e Ciudad del Este), um muro de concreto e aço que teria 2,5 metros de altura e 1,5 km de comprimento abaixo da Ponte da Amizade, que separa os dois países. A finalidade da obra, sob a responsabilidade da Receita Federal, era dificultar que contrabandistas chegassem próximos ao rio Paraná para apanhar as mercadorias arremessadas do Paraguai.

[8] O SIS Fronteiras (Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras) é um programa federal brasileiro, criado em 2005, pelo Ministério da Saúde, para organizar e repassar verbas extras a municípios em áreas de fronteira internacional.

O muro tinha um custo previsto de R$ 5,5 milhões e seria semelhante aos que são usados para cercar presídios, com arames cortantes para impedir a passagem de qualquer pessoa (Fernandes; Wojciechowski, 2007). O muro não foi erguido; e está interrompida a sua construção. Hoje só restam os vestígios dos pilares que o sustentariam (Torrecilha, 2013).

Essa experiência aponta que a fronteira brasileira tem histórico de tentar construir barreiras geográficas e físicas, além das que já existem, como políticas, jurídicas, sociais, étnicas, raciais, nacionais etc., no intuito de ampliar e mudar a separação simbólica para a separação física.

De acordo com o estudo do PDFF, acredita-se que, pelo próprio fato de o governo criar ou fortalecer um programa específico para a faixa de fronteira, pode assegurar-lhe, finalmente, algum grau de "existência", mais efetivo do que a simples delimitação de gabinete. Complementa o estudo que se torna mais um agente fomentador de identidade e deve-se pensar também a possibilidade de fortalecer uma identidade efetivamente transfronteiriça, vivida por muitos de seus habitantes (Brasil, 2009).

Durante a reestruturação e a reformulação do Programa, foi proposta uma sub-regionalização da faixa de fronteira, agregada por afinidades sociais, culturais, histórica, étnicas e pela potencialidade e dinâmica econômica, cujo resultado foi de dezessete conurbados, reunidas em três grandes arcos: Norte, Central e Sul. O estado de Mato Grosso do Sul fica localizado no Arco Central do país. Nesse arco, é explicado, no PDFF, sua relevância pelo fato de abrigarem o maior número de cidades gêmeas em toda a Faixa de Fronteira.

Conforme o PDFF, as principais iniciativas para o exercício da condição da cidadania dos habitantes da faixa de fronteira apresentam como prioridade as ações voltadas para o desenvolvimento da população, dentre elas, destacam-se: "apoio às instituições de defesa dos direitos humanos, incentivo ao fortalecimento da representação de grupos prioritários nos fóruns de desenvolvimento, valorização e divulgação da cultura local, integração das ações de saúde e promoção de ensino bilíngue**.**" (Brasil, 2009, p. 15).

O Governo Federal propunha concretizar as ações com a união de ministérios, criando uma Câmara de Políticas e Integração Nacional e Desenvolvimento Regional, que faria a materialização dos objetivos propostos. Essa Câmara seria composta por vinte e três ministérios e secretarias especiais, coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República, formando um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), incluindo o Ministério da Saúde, no Subgrupo GTI-11-Saúde). Todavia, essas ações não obtiveram resultados concretos ainda, uma vez que os fronteiriços continuam aguardando retorno no atendimento digno e no acesso aos serviços públicos de saúde pública indistintamente.

A ênfase do GTI-11 estaria nas interações transfronteiriças e cidades gêmeas, envolvendo os serviços de consumo coletivo ao excetuar os casos de cidades gêmeas com nível similar de desenvolvimento. Nessas cidades, é comum a duplicação de serviços de consumo coletivo, como a saúde e a educação, na qual a assimetria na oferta de serviços é responsável por fluxos transfronteiriços, na maioria das cidades, com dominância de fluxos dirigido ao Brasil.

Concebe-se a importância em definir os termos acesso – utilizado no texto – de acessibilidade, e apresentar os direitos baseados na Lei de Migração, fundamentados na utilização dos serviços de saúde, cuja representação é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde.

A Lei n.º 13.445 de 24 de maio de 2017, em que foi instituída a Lei de Migração, dispõe sobre os direitos e deveres do migrante e do visitante, no art. 1º. No artigo 3º:

> a política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: Inciso I – universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; II – repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação; IV – não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional; VI – acolhida humanitária; IX – igualdade de tratamento e de oportunidade ao migrante e a seus familiares; XV – cooperação internacional com Estados de origem, de trânsito e de destino de movimentos migratórios, a fim de garantir efetiva proteção aos direitos humanos do migrante: XVI – integração e desenvolvimento das regiões de fronteira e articulação de políticas públicas regionais capaz es de garantir efetividade aos direitos do residente fronteiriço; XX – migração e desenvolvimento humano no local de origem, como direitos inalienáveis de todas as pessoas. (Brasil, 2017).

O artigo 4º rege que:

> ao migrante é garantida, no território nacional, em condições de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. Inciso VIII – acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratórias. (Brasil, 2017).

As autoras Travassos e Martins (2004) discorrem sobre autores diversos, apresentando os conceitos de uso e utilização dos serviços de saúde considerados, e pontuam:

> O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes. (Travassos; Martins, 2004, p. 1).

As autoras observam que o acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na relação com o uso de serviços de saúde. Admitem ser um conceito variável, mudando de acordo com o tempo e o contexto. Elas analisam pesquisadores, como Andersen (1995), que ampliam o conceito, composto por dois elementos: "acesso potencial" e "acesso realizado". O acesso potencial caracteriza-se pela presença, no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial. (Andersen (1995) *apud* Travassos; Martins, 2004). E complementam:

> (...) inclui também "acesso efetivo" e de "acesso eficiente". O primeiro resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; o segundo refere-se ao grau de mudanças na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos. O resultado do acesso potencial pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do acesso realizado (uso) pelo acesso efetivo e eficiente. (Andersen (1995) *apud* Travassos; Martins, 2004, p. 3).

Quanto à terminologia, segundo as autoras, a acessibilidade é preferida pelos autores, que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (Travassos; Martins, 2004, p. 7)

As autoras ponderam ainda que o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores: fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. (Travassos; Martins, 2004, p. 8).

1.2 Integração x (des)integração no acesso à saúde pública

No caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, é possível observar a existência da interculturalidade e multiculturalidade no convívio social e informal entre os fronteiriços. Entretanto, nos parâmetros formais e legais, ocorre de maneira parcial, ou somente de forma pontual, fragmentada, descontínua e/ou interação incompleta. A depender do grupo social, etnia, nacionalidade, o acesso aos serviços públicos de saúde é concretizado ou não.

A compreensão das particularidades envolvidas na fronteira é um obstáculo que deve ser ultrapassado. Desse modo, a importância da análise social desta pesquisa está focada na necessidade de a região evocar políticas públicas de saúde próprias e adequadas à realidade vivenciada pelos habitantes.

Rocha (2019, p.34) corrobora, afirmando que "visto tratar-se de uma região onde há assimetria nas oportunidades de acesso aos serviços públicos de saúde, o que traz à cidade de Ponta Porã um déficit no atendimento prestado diante da impossibilidade de se contabilizar os usuários fronteiriços.". Há uma diversidade presente nesse território, como os japoneses, os libaneses, os coreanos, os chineses, os alemães, os árabes, dentre outros, além dos paraguaios, brasiguaios, indígenas etc., que ocupam o comércio estimulado pela fronteira e pela possibilidade de instalação nessa região, configurando a grande multiplicidade étnica, cultural e social.

Nessa fronteira, conforme a vivência, visualiza-se que as bandeiras proclamam uma transição espacial, na qual preponderam as normatizações impostas por cada Estado. Contudo, os moradores constituem cotidianamente inclusões culturais, normatizadas de ambos os lados, que superam as normas jurídico-administrativas, causando hibridismos refletidos em diferentes momentos, alcançando magnitudes diversas. Do Brasil, são apreendidas as músicas, política, novelas e futebol, por exemplo; do lado paraguaio, os brasileiros assimilam a polca, o chamamé, a sopa paraguaia, a chipa e o tereré, havendo inclusão dos hábitos e costumes dos dois lados pelos povos fronteiriços.

Essa complexidade pode ser ainda maior se for considerada também a presença de imigrantes que fixaram residência nesses territórios atraídos, em maioria, pela expansão das cidades contíguas, com ocupação do comércio e possibilidade de instalação nessa faixa de fronteira. Como exemplo, há os diversos povos já aludidos, que ocupam esse recorte espacial, formando pequenos grupos que procuram manter a cultura e língua materna.

É importante, nesse contexto, evidenciar a presença de um número elevado de brasileiros que saem do seu território de pertença e vão cursar o ensino superior em universidades do Paraguai. É comum a busca de brasileiros pela graduação em diversas áreas, enfatizando áreas de saúde, como o curso de medicina, uma vez que não participam de processo seletivo para iniciarem os estudos e pagam mensalidades escolares bem abaixo das praticadas nas universidades brasileiras, sendo o fator econômico um dos atrativos para os alunos interessados.

Como assinala Conte (2024), cresceu a demanda de universidades e estudantes do curso de medicina em Pedro Juan Caballero:

> (...) observou-se, em pesquisa de campo, o crescimento dos estabelecimentos de ensino na área de saúde em Pedro Juan Caballero. Para se ter noção desse aumento, basta considerar que, em 2008, eram duas instituições de ensino e, em 2020, já eram oito. Em relação ao número de estudantes, em 2020 foram registrados aproximadamente 12.000, sendo que 90% eram brasileiros. Entre as motivações encontra-se o fato de que o preço das mensalidades e matrículas são mais acessíveis se comparados ao mesmo serviço no Brasil, além de que, para ingressar, não é necessária a realização de processos seletivos (Conte, 2024, p. 1).

O crescimento significativo dos estabelecimentos de ensino na área de saúde em Pedro Juan Caballero reflete uma procura crescente por formação superior entre brasileiros. Em um intervalo de 12 anos, o número de instituições aumentou de duas, em 2008, para oito, em 2020, indicando uma expansão considerável. Além disso, os dados apontam que, em 2020, aproximadamente 12.000 estudantes estavam matriculados nessas instituições, sendo 90% deles brasileiros.

Conte (2024) explica que esse interesse se justifica, em grande parte, pela acessibilidade financeira, dado que as mensalidades e matrículas são geralmente mais baixas do que as praticadas no Brasil. Outro fator que atrai os estudantes brasileiros é a facilidade de ingresso, uma vez que esses cursos dispensam processos seletivos rigorosos, facilitando o acesso à educação superior na área da saúde.

Consequentemente, complementa Conte (2024), a facilidade de acesso a Pedro Juan Caballero acentua a movimentação de estudantes brasileiros destinados a estudar no Paraguai. Essa dinâmica provocou uma alteração significante na paisagem e na economia das cidades, haja vista a expansão do setor de construção civil, a partir da construção de moradias específicas para estudantes, da abertura de bares e restaurantes, academias, do aumento de número de alunos nas escolas públicas, da educação básica, pelos filhos desses estudantes, a procura por serviços de saúde pública, entre outros.

No tocante à saúde, a autora apresenta a dinâmica da saúde do Paraguai e dos fronteiriços na saúde brasileira:

> Assim como o ensino tem uma importância fundamental na dinâmica dos deslocamentos pendulares nessa aglomeração urbana de fronteira, o serviço de saúde tem apresentado movimentações consideráveis também. Pedro Juan Caballero conta com infraestrutura hospitalar insuficiente para atendimento de sua população total, ocorrendo deslocamento frequente de paraguaios para atendimento em Ponta Porã. Nesta discussão, Ferraro Júnior (2011) evidencia que os hospitais brasileiros são sobrecarregados diante da procura constante dos paraguaios. Na temática da saúde, uma situação tem sido bastante

> frequente, trata-se da procura das mulheres grávidas paraguaias para atendimento e parto em hospitais brasileiros (Conte, 2024, p. 20).

Essa demanda de estudantes brasileiros, juntamente com suas famílias, além dos paraguaios indocumentados pobres, usufrui (ou tentam usufruir) dos serviços públicos de saúde brasileiro, não sendo contabilizados no censo do IBGE, visto que a maioria dos estudantes de medicina não são computados no censo do município de Ponta Porã, mas no seu local de origem. Não se observa esse grupo social no Plano Municipal de Saúde local, proporcionando mais um elemento a sobrecarregar a saúde pública municipal.

Conte (2024, p. 20) pontua ainda a situação das gestantes: "A partir da realização do parto no Brasil, seus filhos poderão ter nacionalidade brasileira, além da possibilidade de contar com os benefícios sociais, como o Bolsa Família, por exemplo.". Ferraro Júnior (2011, p. 7) afirma que "(...) uma brecha foi aberta para o atendimento de paraguaios - pelo menos aos que vivem em Ponta Porã: com o Cadastro de Pessoa Física (CPF), o qual é exigido um comprovante de endereço em território nacional, pedrojuaninos conseguem tirar a carteira do SUS.", direito assegurado pela Lei 13.445/2017, Lei de Migração.

Ferraro Júnior (2011, p. 8) continua apontando que: "paraguaios tiram o visto de turismo - concedido sem restrições – e se dirigem aos hospitais de Campo Grande e Dourados, particulares ou públicos.", e considera que "O visto para tratamento de saúde apresenta um trâmite demasiado burocrático, sendo o visto de turismo uma alternativa mais eficaz". Pelo motivo dessas cidades atualmente serem as duas maiores de Mato Grosso do Sul, com serviços de saúde mais avançados e estruturados, que Ponta Porã-MS.

Em Oliveira (2015, p. 17), o autor analisa que "esta relação na fronteira se constrói em um ambiente onde há uma separação jurídica, uma diversificação cultural, pluralidade linguística etc., posicionando-se diametralmente diferente à daquela concebida com cidades do mesmo Estado-Nação". Oliveira (2015, p. 17) continua afirmando: "A complementaridade é, senão, o motor que alimenta a economia, mobiliza as pessoas e nutre a convivência nas conurbações de fronteira."

Essas cidades de fronteira deparam-se com três circunstâncias singulares que, articuladas, orientam as decisões, os planos e a gestão dos sistemas de saúde: as necessidades em saúde, as diferenças ou assimetrias dos sistemas de saúde e a localização fronteiriça.

Na figura 5, apresenta-se a foto do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, no município de Ponta Porã, que atende os pacientes do município de Ponta Porã e dos fronteiriços. Esse hospital também é referência para muitos municípios menores ao redor de Ponta Porã e de

Pedro Juan Caballero por possuírem menor infraestrutura para atender os casos mais graves em seus municípios. Dessa maneira, são transferidos para o Hospital Regional de Ponta Porã, onde são atendidos, por ter maiores recursos técnicos, físico e humanos, em relação aos outros mais próximos.

Figura 5 – Hospital Regional Dr. José de Simone Neto de Ponta Porã-MS



Fonte: Anastácio e Filgueira (2025).

Nessa perspectiva, ao analisar o contexto do acesso aos serviços de saúde, depara-se com a desintegração ou, em alguns momentos, há apenas uma integração incompleta e/ou fragmentada, nesse âmbito, nos municípios contíguos. Nesse sentido, Rocha (2019, p. 35) assinala: “O sucesso das ações de saúde nessas regiões depende e está diretamente ligado às articulações políticas, sejam no âmbito local, nacional ou internacional”. Rocha (2019) ainda salienta:

> No caso do direito à saúde, além do conhecimento acerca da realidade local, necessário também o conhecimento das diversas motivações da integração, para que possa identificar quais as estruturas que mantêm e impulsionam as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado brasileiro para a integração regional nesse setor, bem como seu impacto na garantia da efetiva integração social (Rocha, 2019, p. 36).

Nesse contexto de assimetria na oferta dos serviços de saúde pública, o programa SIS-Fronteira surgiu em 2005, como possibilidade de construir uma aproximação no acesso aos serviços de saúde das cidades gêmea (Costa *et al.*, 2020; Amaral e Prado, 2013; Borges e Silva, 2010; Soto *et al.*, 2020; Pereira, 2013; Oliveira e Oliveira Neto, 2010, dentre outros). Destaca-se a descrição da trajetória do programa SIS-Fronteira, na visão de Soto *et al.* (2020):

> Atendendo a essa realidade, o Ministério da Saúde criou, em 2005, o Programa Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS – Fronteiras) que visava fixar uma compensação financeira aos municípios da fronteira internacional que recebem pacientes dos países vizinhos e melhorar o atendimento à população (BRASIL, 2005). Isso deu início a um novo capítulo para as políticas de saúde em cidades fronteiriças. O programa baseava em ações de diagnóstico de saúde nos lindantes e no planejamento de acordos de cooperação entre os países fronteiriços, porém o repasse recebido pelos municípios de fronteira foi considerado, por estes, insuficientes para o cumprimento das ações propostas. Em (Brasil, 2014), o SIS-Fronteiras concluiu a implementação das ações previstas anteriormente e o repasse de incentivo financeiro aos municípios de fronteira. (Soto *et al*., 2020, p. 90-91).

Conforme Machado *et. al.* (2005, p. 89), os Estados encontram-se, portanto, diante da necessidade de ajustar as políticas públicas à "permeabilidade" das fronteiras e, ao mesmo tempo, fomentar a articulação da faixa de fronteira às outras regiões do país, diante do fato dela estar situada à frente do processo de integração sul-americana. Abinzano (2005), por sua vez, adverte:

> Hoy es inadmisible investigar sobre la región sin integrar todas las perspectivas y sin tener en cuenta a los que están trabajando "desde el otro lado". (…) En cuanto al sistema de salud vemos que se ha constituido en un fator de utilización transnacional en forma conflictiva, pero inevitable dadas las diferencias objetivas de los sistemas públicos de salud. (Abinzano, 2005, p. 119-120).

Abinzano (2005) reforça a necessidade de os Estados adequarem as políticas públicas da saúde voltadas, essencialmente, a esse recorte espacial, sendo imprescindível a apresentação da fronteira em tais políticas, apresentando suas especificidades únicas, com existência de negação ou não reconhecimento nos documentos tal realidade. Assim, não existe essa visão dos gestores em alcançar os fronteiriços, atendendo a vulnerabilidade em que se encontram, principalmente no setor de saúde pública.

Verifica-se que estudiosos e pesquisadores da fronteira, conjuntamente com a população fronteiriça, admitem a importância de ser reconhecido o(s) município(s) conurbado(s) nas estatísticas e legislações voltadas às áreas de fronteira, corroborando o sistema de saúde local brasileiro ao constituir políticas públicas que abarque a população conjuntamente, deixando de invisibilizar tal realidade vulnerável existente. Nesse sentido, Soto *et al.*, (2020) sustentam: "A

procura e o atendimento do fronteiriço estrangeiro, quando acontecem, ficam invisíveis.” (Soto *et al*., 2020, p. 93).

Exemplo desses atendimentos transfronteiriços é a existência do Consultório de rua (Figura 6), instalado na faixa de fronteira, que atende, no período noturno, pessoas que vêm das duas cidades gêmeas, normalmente moradores de rua e pessoas em estado de vulnerabilidade. O atendimento é identificado com nomes, e todos os que procuram são atendidos, na medida do possível, sem qualquer discriminação, com atendimento médico, psicológico, presença de enfermeiros e assistente social. Além de ser distribuída alimentação para os usuários do consultório. As pessoas que frequentam, normalmente, voltam para outros atendimentos, como curativos, consultas, solicitar medicamentos, entre outros interesses.

Figura 6: Fachada do consultório de rua, localizado na faixa de fronteira, onde os pacientes são atendidos, sem discriminação alguma, como etnia, raça, origem. O consultório é mantido pela Secretaria Municipal de Saúde local.



Fonte: Anastácio e Filgueira (2025).

O prédio é uma estrutura modular (contêiner) pintada de azul. Na entrada, há uma rampa de acessibilidade com corrimãos. A imagem retrata uma instalação pública voltada ao atendimento de saúde, destinada ao programa Consultório de Rua, que oferece assistência à população em situação de rua.

O município proporciona à população campanhas de atendimento com diferentes especialistas (Figura 7), buscando agilizar as consultas do hospital e dos centros de especialidades presença de especialistas, como dentistas, oftalmologistas, ginecologista,

pediatra, assistente social, concentrados no atendimento dos pacientes, que se encontram na fila do atendimento do Centro Integrado de Saúde (CIS) do município de Ponta Porã. Os pacientes que possuem agendamento com os especialistas são localizados e chamados, além do atendimento de pacientes que procuram no local, mesmo sem agendamento prévio.

Figura 7 – Campanha direcionada ao atendimento público, que precisam de médicos especialistas



Fonte: Anastácio e Filgueira (2025).

É interessante refletir que essas campanhas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde possuem atendimentos somente para pessoas que apresentam o cartão do SUS. Portanto, deixam de atender os pacientes que igualmente necessitam de atendimentos com especialistas por serem indocumentados. Essa é uma realidade que necessita ser vista pelos gestores ao realizar campanhas tão úteis e necessárias às comunidades, devido à distância que os fronteiriços indocumentados precisam percorrer para ter acesso aos serviços públicos de saúde em seu país.

Torrecilha (2013, p. 105) corrobora a realidade fronteiriça ao afirmar: “É como se a área urbana fronteiriça fosse vista pela metade.”. Ela complementa com a ideia de Schaffer (1995): “qualquer análise local do urbano no espaço geográfico fronteiriço deve, no mínimo, tangenciar essa especificidade, sob pena de uma avaliação desfigurada.” (Schaffer, 1995 *apud* Torrecilha, 2013, p. 105).

A citação traz evidência na complexidade da realidade fronteiriça, destacada por Schaffer (1995) *apud* Torrecilha (2013). A ideia de que “a área urbana fronteiriça fosse vista

pela metade" refere-se à percepção incompleta ou parcial que muitos estudos podem ter sobre essas regiões. A autora afirma que, para uma análise precisa do contexto geográfico das fronteiras, é essencial que se considere essa particularidade, evitando avaliações distorcidas. E continua corroborando essa visão ao salientar a necessidade de abordar essa especificidade em qualquer estudo, caso contrário, há o risco de se apresentar uma interpretação desfigurada do território fronteiriço.

Para o desenvolvimento desse texto, busca-se olhar para a fronteira como espaço de interação, observando-se a inexistência da integração nas relações institucionais, visto que nela a convivência dos indivíduos ocorre de forma a complementar a interação nos diversos níveis sociais, mantendo as identidades desses indivíduos de cada lado da fronteira. Euzébio (2014) destaca a existência de porosidade seletiva e analisa:

> Para os Estados nacionais, acentuar a porosidade territorial de suas fronteiras faz parte da atual conjuntura econômica globalizante e visa facilitar os fluxos com o exterior. Esses poros, no entanto, são seletivos, abertos segundo os interesses nacionais e em comunhão com o mercado (Euzébio, 2014, p. 2).

O autor descreve ainda que "o território e as relações sociais são 'regulados' pelas normas, sendo a legislação e execução prerrogativa dos governos nacionais e expressão da existência do limite jurídico do Estado territorial.", considerados "muros" jurídicos, atuando como poros controladores da fluidez. Essa realidade se traduz no texto de Oliveira (2015, p. 11), em que "as fronteiras impõem uma condição indomada, mas espelham a (des)ordem imposta", quando analisa as relações internacionais de dois municípios fronteiriços.

A análise da dinâmica do acesso aos serviços de saúde pública em Ponta Porã possui, também, relevância acadêmica, na medida em que auxilia no desenvolvimento de um processo, que, mesmo num caso particular, pode contribuir para o entendimento de outras realidades e produzir conhecimento sobre as especificidades da saúde no cenário fronteiriço, suas possibilidades, barreiras, desafios e limitações. Há muito a ser feito para o desenvolvimento de uma leitura desses contextos do acesso à saúde pública pelos fronteiriços indocumentados pobres nas fronteiras brasileiras.

Desse modo, esta pesquisa aponta para a necessidade de inovações ou construções de políticas de integração, em virtude do monoculturalismo existente na fronteira, tendo em vista a influência e imbricação na construção identitária dos habitantes. O acesso aos serviços de saúde, vista como expressão do direito à vida, como um direito de todo ser humano, revela uma complexidade que deve ser considerada, mais especificamente no caso de fronteira.

Na prática, não existem políticas públicas da saúde direcionadas às comunidades de fronteiras, desconsiderando suas particularidades. A perspectiva de cooperação transfronteiriça perpassa pelas desigualdades que são determinadas pela situação de classe social e, paradoxalmente, pela cidadania (Fagundes *et al*., 2018).

Euzébio (2014) apresenta um exemplo de iniciativa de integração internacional, envolvendo, dentre outros temas, o âmbito da saúde, que é a Comissão de Integração Brasil-Colômbia, instituída em novembro de 1993. A Comissão de Integração Brasil-Colômbia representava o principal foro de discussão dos temas fronteiriços entre os países à época, em que se instituiu a Zona de Regime Especial Fronteiriço (ZREF), entre Brasil-Colômbia, para as localidades de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia), na região amazônica, assinada em setembro de 2008, na ocasião da XI reunião da Comissão de Vizinhança, tendo sido aprovado pelo Congresso Nacional brasileiro em maio de 2010.

Euzébio (2014) complementa que, como um dos acordos assinado entre os países, está a criação da

> Comissão binacional assessora de saúde na fronteira, que prevê a cooperação na área de saúde na fronteira, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, saúde intercultural dos povos indígenas e portadores do HIV/AIDS, cuja segunda reunião foi realizada em novembro de 2010 (Euzébio, 2014, p. 120-121).

De acordo com o autor, a comissão binacional atuaria no intuito de criar mecanismos que permitam o acesso de brasileiros a serviços de saúde oferecidos nos municípios vizinhos, dando aos colombianos o mesmo direito, seguindo experiência realizada nos moldes do vigente na fronteira com o Uruguai, país que concede carteira aos cidadãos fronteiriços, buscando garantir os mesmos direitos aos habitantes da fronteira. Para viabilizar as parcerias, os governos do Brasil e da Colômbia mantêm, desde 2005, um Convênio Básico de Cooperação Técnica e Científica para Saúde na Fronteira (Euzébio, 2014).

O autor aborda outro exemplo, com os Estados nacionais de Brasil e Uruguai, em que se reuniram com iniciativa destinada a aprofundar a integração socioeconômica na fronteira Brasil-Uruguai. Os projetos do setor de saúde se concentram, principalmente, na região de fronteira entre os dois países.

Fagundes *et al*. (2018, p. 3) corroboram ressalva: “Em fronteiras internacionais, a dimensão jurídico-normativa incorpora não unicamente a legislação nacional, mas igualmente os pactos assinados pelos países e internalizados nos ordenamentos jurídicos nacionais.”.

As cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (Figura 8) são usadas rotineiramente por brasileiros e estrangeiros integrados na área educacional, no comércio e reuniões familiares e sociais, com a tentativa de interação na saúde. Na parte superior da figura, localiza-se Pedro Juan Caballero-PY e, na parte inferior, Ponta Porã-MS; na divisa, aparece o camelódromo, bem no centro da foto, onde fica o limite entre os municípios. São comuns os casos de brasileiros e estrangeiros possuírem negócios e residências em ambos os lados da fronteira, o que cria também uma situação de interdependência familiar, social e econômica entre as duas cidades fronteiriças.

Figura 8: Cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY, em que o Brasil se encontra abaixo da foto e na parte superior o Paraguai.



Fonte: Almino (2019).

Buursink (2002, p. 2), assinala: “Vista superficialmente, um par de cidades fronteiriças consiste em duas cidades separadas, mas quase adjacentes, de cada lado de uma fronteira nacional. Essas cidades criam a impressão de que, de uma forma ou de outra, formam uma área urbana contígua: - uma cidade”.

Mondardo (2018, p. 44), por sua vez, afirma que a referida fronteira tem somente uma avenida dividindo os dois países, e pode, em certa medida, ser pensada como “zona camuflada

em linha". Esta pode ser considerada zona que "confunde" o limite internacional entre um e outro território nacional e tem certas áreas de intensa circulação de pessoas, mercadorias e informações, além de cidades com crescimento de sua urbanização, com relações transfronteiriças. Nessa fronteira, o intercâmbio de relações é notadamente marcante (Mondardo, 2018).

Contudo, quando se observam possíveis integrações, depara-se com políticas públicas distintas e distantes da realidade dessas cidades, negando ou omitindo direitos, como o acesso à saúde pública, deixando justamente as pessoas mais vulneráveis e sem condições de arcar com despesas médicas mais suscetíveis ao descaso pela invisibilidade a qual são submetidas. Desconsidera-se o fator humanitário e o que foi assegurado na Constituição Federal de 1988, olvidando o direito à dignidade do ser humano pela sua cidadania brasileira não comprovada no território brasileiro. Por isso, concorda-se quando Mondardo (2018, p. 64) pontua: "É essencial que o mundo seja visto e construído também pela outra margem, aquela dos subalternos."

Embora o termo integração esteja presente nas legislações, atos administrativos ou normativas, empiricamente e de fato, é difícil perceber que ela realmente se concretize na fronteira, uma vez que os paraguaios e imigrantes não têm acesso aos serviços públicos de saúde. Quando não comprovam documentação brasileira e não possuem o cartão do SUS, além do atendimento de urgência e emergência no hospital público são (re) encaminhados ao país de origem.

Euzébio (2014) observa o descompasso ocorrido na integração nas decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o tempo de sua realização no lugar a que se destina. Nesse sentido, Rocha (2019) aponta que, ao afirmar que ainda haja a construção de uma agenda social na teoria, em especial quanto à harmonização do direito à saúde, na prática, o que se observa é a dificuldade de implantação das medidas previstas na agenda do bloco. Essa situação atesta a contradição entre o relativo avanço do processo da construção institucional e o atraso significativo em matérias substantivas da integração.

Nessa mesma direção, Dorfman e Rosés (2005, p. 223) corroboram os argumentos acima, ao descrever: "O descompasso entre a política nacional e a realidade local pode ainda ser atribuída à marginalidade da região, na medida em que a lógica legal corresponde mais às demandas dos centros políticos e culturais dos países". As políticas públicas de saúde são pensadas, planejadas e executadas, contudo, não levam em conta as especificidades da fronteira, pois, ao fronteiriço, que não possui documentação brasileira e o cartão do SUS, é negado o

atendimento, contrariando a Constituição Federal, que cita acesso à universalidade como direito e garantia de todos.

Por outro lado, quanto aos serviços de saúde e garantia de direitos, Soto *et al*. (2020) observam a presença de cooperação funcional – não exatamente, porém informal – que depende de acordos pontuais dos profissionais que atuam nesse momento na rede, como espaço de subversão, exemplo que Euzébio (2014) denomina "integração por baixo", ou, em outras palavras, de "baixo para cima" (Mondardo, 2018). Oliveira e Nascimento (2017) analisam:

> (...) sobre as fronteiras, incide um comportamento transversal, versátil, poroso, com deslizamentos, cuja relação com o "outro" é tanto de alteridade quanto de acolhimento, de todo modo que se trata de um território singular, onde o funcionamento do espaço geográfico, está carregado de anfibologias e imprecisões. (Oliveira; Nascimento, 2017, p. 6).

Cabe ao poder público federal o papel de adotar medidas compatíveis às diferentes especificidades das fronteiras brasileiras, garantir o atendimento e acesso aos serviços de saúde ao morador fronteiriço pobre, atendendo o texto constitucional brasileiro (Brasil, 1988), reformulado voltado à essas realidades. Oliveira (2013) pontua que "a importância legislativa, neste recorte, é que sejam editadas normas em matéria de saúde no plano transnacional, uma vez que o próprio sistema de saúde pode colapsar com os custos não recompostos", ou seja, não retornados ao SUS, utilizados com estrangeiros, que não arrecadam aos cofres públicos brasileiros. O autor complementa ainda:

> O Direito à Saúde, universalmente consagrado, não deve ser subestimado, no sentido de que as políticas públicas sejam tratadas apenas como assuntos locais ou meramente administrativos, mas abranger todas as relações internacionais e ampliar, ou garantir, o gozo deste Direito para os indivíduos, independentemente da sua nacionalidade. (Oliveira, 2013, p. 20).

A partir do autor, percebe-se que não há uma condição fronteiriça universal exatamente porque as relações arquitetadas pelos cidadãos fronteiriços são originais e únicas, tornando cada fronteira singular, mostrando-se vivas, vivenciadas e vividas e, por isso, devem ser ampliadas em sua abrangência internacional. Apreende-se, no entanto, inobservância de permitir ao fronteiriço indocumentado pobre o direito de acesso aos serviços públicos de saúde, obedecendo ao enunciado na Constituição Federal (1988). Conforme Dal Prá (2006, p. 71), na contemporaneidade, vislumbra-se uma mudança nas relações entre as nações, a qual "caminha para tratativas intergovernamentais que indicam sua concretização a longo prazo":

> A ampliação do conceito de cidadania para além das bases territoriais dos Estados nação, desprendendo-se das dimensões do território e da nacionalidade, vem ao encontro de uma mudança na conformação do espaço e das relações entre as nações a nível mundial nos últimos tempos, isto é, com o processo (gigantesco) da globalização tem-se a busca pela retomada da cidadania no âmbito global, internacional. (Dal Prá, 2006, p. 70).

Dal Prá (2006) aponta para a ampliação do conceito de cidadania, indo além das fronteiras tradicionais dos Estados-nação. Com o avanço da globalização, a cidadania começa a ser vista de forma mais abrangente, descolando-se das noções de território e nacionalidade. Esse processo reflete uma transformação nas relações entre as nações na escala mundial, com uma busca crescente pela cidadania em uma esfera global ou internacional. Em outras palavras, a globalização promove a ideia de uma cidadania que ultrapassa os limites nacionais, adaptando-se às novas dimensões territoriais mundiais.

A discussão de política do acesso aos serviços de saúde no Mercosul deve buscar atitudes e ações concretas para além dos limites territoriais dos países-membros, com caminhos de tratativas intergovernamentais que indicariam sua concretização, pelo menos a longo prazo, indicando e impondo mudanças no uso e na gestão do(s) território(s).

Cabe aos gestores locais o papel na apresentação da relevância e dos desdobramentos da realidade de fronteira, destacando a importância da abordagem territorial em documentos institucionais, como no Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2024-2027) e Plano Municipal de Saúde de Ponta Porã (2022-2025) (documentos a serem tratados no capítulo posterior). De fato, a fronteira não é destacada nem tratada de forma relevante em tais planos, inviabilizando e negando a existência e assistência aos fronteiriços no espaço territorial, trazendo prejuízos na saúde humana da população local. Logo, deve-se buscar uma real equidade de direitos de acesso à saúde aos fronteiriços, independentemente de nacionalidade ou de outros empecilhos.

Por meio de documentos oficiais, tais como o Plano Municipal de Saúde, do município de Ponta Porã-MS/Brasil (2022-2025), que é seguido do Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2024-2027), observa-se inexistir relevância de caracterização das especificidades locais, uma vez que os planos municipais seguem as normas estaduais de saúde. Não é observada a importância e relevância em ambos, mesmo após a revisão do Plano Municipal e de outros instrumentos legais, buscando a efetivação de tais direitos na concretização de ações práticas voltadas ao fronteiriço.

De acordo com Peiter (2007), a existência de entraves jurídicos, políticos, técnicos e operacionais para o controle de epidemias (e pandemia) e o acesso aos tratamentos e serviços

de saúde propiciam a vulnerabilidade na saúde em regiões de fronteira. Peiter (2013) complementa que a procura por acesso à saúde é uma das grandes responsáveis pela circulação transfronteiriça. A população se movimenta em busca do local que oferece o serviço de que necessita e que tenha, segundo ela, a melhor qualidade, apostando na solidariedade dos profissionais e equipes de saúde que atuam na rede. Essa dinâmica foi observada em Oliveira (2015):

> Por mais que haja uma crise que abarque as duas nações das cidades fronteiriças, assim como por mais que o dinamismo esteja posto para as duas nações, a condição assimétrica da conformação latino-americana e o processo de fronteirização sempre possibilitará que um lado da fronteira esteja mais dinâmico em relação ao outro (...). (Oliveira, 2015, p. 20).

Oliveira (2015) ainda acrescenta que, com a tendência de alteração dos fluxos diários associados à lógica conjuntural, há uma pressão maior ainda sobre o lado social (educação e saúde), como mudança considerável na mobilidade geográfica, denominada pelo autor como a "corrida para o outro lado". Dita-se um movimento rebelde e criativo, resultado de uma fronteira que é, sobretudo, arguta e progressivamente maleável, repleta de ações rebeldes e criativas capazes de desconstruir-construir demarcações abstratas, fictícias e solúveis aos ventos de seus interesses numa realidade tangível (Oliveira, 2015).

Observa-se, no recorte espacial aqui estudado, uma solidariedade dos profissionais da saúde. Muitas vezes, realizam atendimento ao fronteiriço indocumentado pobre sem respaldo legal do Plano, no qual se colocam numa posição de subversão (como exemplo, o caso da fronteiriça paraguaia entrevistada – apresentada nesta pesquisa, no capítulo 3 – que receberam vacinas de covid-19, no Brasil, - ela e seu esposo - sem possuir documentação brasileira). Esse fato também é um risco profissional e pessoal: por um lado, por reconhecer e atender o direito do ser humano à saúde e, por outro lado, tais profissionais obedecem à Constituição Federal (1988) que pontua que a saúde é universal.

Oliveira (2013, p. 11) analisou a afirmação de Claude Raffestin quando afirmou que "fronteira é lugar de ordem e desordem, também assim deve ser o pensamento: desregulamentar um pensamento e substituí-lo por outro, altamente subversivo, portanto, fronteiriço.".

O Governo Federal, ao delegar poderes à população, para construir uma política pública local, como o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), fornece a esses habitantes locais instrumentos possíveis de apresentar e reivindicar as necessidades e singularidades desse recorte espacial. Torna essa ferramenta um meio de institucionalizar as diferenças existentes e buscar soluções para essa diversidade, como no caso do atendimento dos fronteiriços

indocumentados ou dos fronteiriços não residentes em território brasileiro e, portanto, não computados no censo do IBGE.

De acordo com Benetti e Araújo (2012), no âmbito do Mercosul, observam-se as dificuldades em constituir uma cidadania comunitária no processo de integração, pois há limitações de ordem político-comunitária agravadas pela adoção reducionista de cidadania.

É recente o tema dos direitos humanos, tão almejada pelos países do Mercosul, dada importância para a efetivação dos objetivos da integração econômica. O Foro Consultivo Econômico-Social é um órgão oficial de representação da sociedade civil mercosulina, e o Parlamento, recém-criado, visa ajudar no sucesso do processo de integração por meio de medidas de implementação mediante cooperação inter-parlamentar, por meio de harmonização das legislações nacionais. Fagundes *et al.* (2018, p. 4) ressaltam: "No caso de cooperação transfronteiriça, as maiores desigualdades são determinadas pela situação de classe social e, paradoxalmente, pela cidadania."

Em virtude de o foco principal e inicial do Mercosul ser o desenvolvimento econômico, existem poucos instrumentos direcionados especificamente para os direitos humanos e voltados para a garantia de acesso aos serviços de saúde pública nas fronteiras dos países do bloco, proporcionadas pela porosidade fronteiriça, com a circulação de pessoas, e a dimensão da territorialidade, temas relacionados aos fluxos migratórios nas fronteiras do Mercosul. Na análise de Dal Prá *et al*. (2007), a dinâmica fronteiriça de pessoas deixou de ser enfocada nas discussões do bloco:

> (...) nem a criação do Foro Consultivo Econômico e Social e dos Subgrupos de Trabalho (SGT), vinculados ao Grupo Mercado Comum, em especial (...) o SGT 11 – dedicado às questões de saúde –, determinou um comprometimento com a dimensão social no Mercosul, marginalizando a discussão da livre circulação de pessoas. (Dal Prá *et al*., 2007, p. 3).

Considera-se que tal tarefa é das mais complexas, porém, urgentes em obter resultados efetivos, e a garantia do direito à saúde para além das fronteiras, abarca em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteiras não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas (Giovanella *et al*., 2007).

Esta pesquisa apresenta diferentes termos relacionados à fronteira por diferentes autores, como faixa de fronteira e zona de fronteira. Dessa maneira, é necessário distingui-los para melhor apreensão. Machado *et al*. (2005) trazem uma distinção entre faixa de fronteira e zona de fronteira, conceitos utilizados por diferentes autores, citados ao longo da pesquisa:

> 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 das cidades-gêmeas. Produto de processos e interações econômicas, culturais e políticas, a zona de fronteira é o espaço teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças e expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos Estados nacionais (Machado *et al*., 2005, p. 96).

O excerto destaca a diferença entre "faixa de fronteira" e "zona de fronteira" ao analisar as interações nas regiões limítrofes dos Estados. A faixa de fronteira é definida formalmente pelos limites territoriais de um Estado, uma delimitação legal de soberania e jurisdição. Já a zona de fronteira vai além da legalidade dos limites e refere-se a um espaço de interação social, cultural e econômica entre diferentes nações, onde ocorre uma troca dinâmica entre o local e o internacional.

Esses conceitos são particularmente importantes nas áreas de fronteira onde há cidades gêmeas**,** cidades de dois países diferentes situadas muito próximas uma da outra. Essas cidades compartilham um território comum de interação e dependência mútua, funcionando como "laboratórios" para políticas de integração e cooperação entre os Estados.

O recorte de Machado *et al.* (2005) também salienta que, devido a essas interações, a zona de fronteira é um espaço de experimentação de políticas públicas, no qual se podem observar as diferenças culturais, expectativas e transações entre o local e o internacional. Além disso, surge a tentativa de homogeneizar essas áreas, buscando uma integração que reflita uma única geografia nacional, o que nem sempre é possível, dadas as realidades distintas das comunidades fronteiriças.

Essas áreas fronteiriças ilustram bem o dilema entre a soberania estatal e as interações sociais, culturais e econômicas que transcendem fronteiras formais, desafiando a capacidade dos Estados de controlar totalmente suas fronteiras.

De acordo com Carneiro Filho e Camara (2019, p. 10), "A partir do século XXI, por meio de acordos bilaterais, o Brasil passou a estabelecer bases jurídicas para um maior processo de integração e desenvolvimento da zona de fronteira." Ainda conforme os autores, "Todavia, a política de integração do Brasil com os países limítrofes, (...), ocorreu de forma segmentada." (Carneiro Filho; Camara, 2019, p. 13).

A política de integração do Brasil com seus países vizinhos tem, de fato, apresentado um caráter segmentado ao longo dos anos. Desde o século XXI, o país buscou construir uma

base jurídica para fomentar o desenvolvimento e a cooperação nas zonas de fronteira por meio de acordos bilaterais. Esses acordos visam não apenas a promover a segurança e o desenvolvimento econômico, mas também fortalecer os laços sociais e culturais, garantindo um intercâmbio mais fluido e benéfico para as comunidades fronteiriças.

No entanto, essa integração avançou de forma não uniforme devido a fatores políticos, econômicos e sociais que variam de acordo com cada país vizinho. Em alguns casos, a instabilidade política, em certos países da América do Sul, questões de segurança transfronteiriça e até divergências de prioridades de desenvolvimento dificultaram uma política de integração abrangente e coesa.

O Brasil, por exemplo, compartilha extensas fronteiras com nações como Bolívia, Paraguai e Venezuela, cada uma com suas especificidades e desafios. Enquanto alguns acordos priorizam o combate ao crime transnacional, como tráfico de drogas e contrabando, outros focam no desenvolvimento econômico local, como iniciativas de infraestrutura e de promoção do comércio local. Em consequência, a aplicação desses acordos e a cooperação prática acabam de maneira segmentada, dificultando uma política unificada.

No caso da fronteira pesquisada, Brasil com Paraguai, voltada para a saúde pública, verifica-se que estudiosos e pesquisadores da fronteira, conjuntamente com a população fronteiriça, admitem a importância de ser reconhecido o(s) município(s) conurbado(s) nas estatísticas e legislações voltadas às áreas de fronteira, corroborando o sistema de saúde local brasileiro ao constituir políticas públicas que abarque a população conjuntamente, deixando de invisibilizar tal realidade territorial vulnerável existente.

Nessa direção, Santos (2000, p. 137) pontua: “Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar”.

Dal Prá *et al*. (2007) destacam que os processos de integração entre países tencionam uma mudança do conceito de cidadania nacional para o de cidadania regional ou global. Essa seria uma cidadania superposta e complementar, como se fora uma dupla cidadania, pois não substitui a cidadania nacional dos Estados Membros.

Nesse sentido, Albuquerque (2005, p. 202-203) pontua: “Nesse processo de disputas por identificações nacionais, os imigrantes utilizam estratégias de efetivação de uma dupla cidadania e de uma identidade nacional (...)”. Albuquerque (2005, p. 213) complementa ainda: “As regiões de fronteiras internacionais são espaços sociais singulares que ‘violam’ os limites estatais da cidadania moderna. As pessoas que vivem nessas zonas fronteiriças desenvolvem

várias estratégias de efetivação e de negação de uma dupla cidadania.” O autor ainda sugere que “As razões principais para essa dupla cidadania são a possibilidade de um melhor atendimento médico no Estado brasileiro, (...)”. (Albuquerque, 2005, p. 214).

De acordo com o autor, os imigrantes apresentam estratégias de sobrevivência nesse cenário das fronteiras que possibilitam a efetivação e negação da dupla cidadania. Esta não se limita aos aspectos legais e ilegais, remetendo aos processos de identidade e de reconhecimento pelo “outro”. (Albuquerque, 2005).

Albuquerque e Sousa (2014) afirmam como a cidadania, a soberania e a nacionalidade têm alterações relevantes:

> A relação entre cidadania, soberania e nacionalidade passa por alterações relevantes diante dos atuais fluxos migratórios e das reivindicações de direitos dos imigrantes em contextos transnacionais. O que observamos é uma ampla quantidade de movimentos de imigrantes lutando por direitos de cidadania nas nações de destino e questionando às classificações oficiais e legalistas desses Estados que continuam nomeando os estrangeiros como “ilegais” ou/e “clandestinos”. (Albuquerque e Sousa, 2014, p. 3)

Nesses espaços de fronteira, as identidades são evidenciadas, muito embora por vezes sejam ocultadas e negadas, conforme o jogo de interesses presente na relação conflituosa ou harmoniosa com o outro. Constituem-se direitos e deveres civis, políticos e sociais aos cidadãos em um território, para o exercício da cidadania, a qual tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país. Analisa-se, em Albuquerque e Sousa (2014), que a identidade e integração, nacionalismo e globalização, nacionalismo e iberismo e discurso nacional e latino-americano representam vários polos de uma tensão estruturante nas reflexões sobre as fronteiras ibéricas e latino-americanas.

No contexto dessa análise, os autores mencionam a existência de pares, como identidade *versus* integração, nacionalismo *versus* globalização, e nacionalismo *versus* iberismo, bem como o discurso nacional em contraste com uma perspectiva latino-americana. Esses pares representam forças simultaneamente unificadoras e fragmentadoras nas regiões fronteiriças, revelando que as fronteiras não são apenas barreiras geográficas, mas também zonas de negociação complexa entre identidades e lideranças.

Franco *et al*. (2020) pontuam sobre o benefício ao nacional e não ao estrangeiro:

> No nível local, a diferença representa uma descontinuidade, uma ruptura, que marca a diferença entre os cidadãos nacionais e estrangeiros. E estes estrangeiros não podem ser beneficiados com bens coletivos – por exemplo, serviços de saúde – do país vizinho. Nesse caso a fronteira é vivida como um lugar de separação e de exclusão (Franco *et al*., 2020, 23).

A tensão entre identidade e integração, por exemplo, reflete o dilema de preservação das especificidades culturais locais frente ao impulso integrador de blocos econômicos e políticos, como a União Europeia ou o Mercosul. Da mesma forma, o confronto entre nacionalismo e globalização expõe como, na era contemporânea, as identidades nacionais enfrentam desafios impostos pela economia global e pela mobilidade transnacional.

Esse contexto sublinha como as fronteiras ibéricas e latino-americanas são campos de disputas identitárias e de discursos contrastantes que moldam a forma como as comunidades e nações se percebem e se posicionam no mundo.

Essas identidades se transformam em jogo de conveniência que se evidenciam de acordo com a situação em que se apresentam. Essas situações, transformadas em ambíguas e contraditórias, constituem os chamados "documentos de gaveta" (Souza, 2018), como são conhecidos no recorte espacial estudado, em que se apresenta o que mais lhe convier, naquele momento e naquela situação,

Percebe-se que a fronteira antecipa possíveis efeitos do processo de integração pela convivência com o sistema político, financeiro, de legislação, de segurança e proteção social diferentes, gerando tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exibindo lacuna de políticas voltadas à especificidade desses recortes espaciais (Giovanella *et al*., 2007). Essas lacunas devem ser analisadas, tratadas e supridas com rigor e seriedade pelos gestores nacionais e supranacionais, buscando atender as vulnerabilidades nos acessos aos serviços públicos de saúde dos fronteiriços que vivenciam a faixa de fronteira.

Segundo Bethonico (2007), o Protocolo Constitutivo do Parlamento do Mercosul, em dezembro de 2005, aponta que a criação desse bloco é um progresso em relação aos direitos humanos por apresentar uma adequada representação dos interesses dos cidadãos dos Estados Partes, ao criar um espaço comum que reflita o pluralismo e as diversidades da região, contribuindo para o processo de integração e suas normas.

Embora haja esse compromisso nesse Constitutivo, não se pode afirmar a inexistência nesses países de violações de direitos elencados nesses documentos. Percebe-se a diferença espaço-temporal ou até a inexistência de ações entre compromisso assumido e a efetividade na proteção e garantia dos direitos humanos, mais especificamente, foco deste estudo, do acesso aos direitos aos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, Santos (2000, p. 112) corrobora: "Direitos inalienáveis do homem, são, também, entre outros, a educação, a saúde, a moradia, o lazer. Prover o indivíduo dessas condições indispensáveis a uma vida sadia é um dever da sociedade e um direito do indivíduo".

Há a garantia de direitos não observados na prática entre os fronteiriços, em especial, do acesso à saúde pública, o que denota o distanciamento entre as legislações e o território de fronteira.

A cidadania, tradicionalmente, é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consanguíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos dessa condição os estrangeiros e migrantes. A essa visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa.

Ao adaptar a questão para o campo jurídico, conforme Albuquerque (2005, p. 212), tem-se os critérios de que "*jus solis* é a cidadania definida a partir do lugar de nascimento, enquanto o *jus sanguinis* é aquela nacionalidade garantida pela descendência da família. O *jus solis* é o critério predominantemente de definição da nacionalidade no Brasil e no Paraguai".

1.3 – Desenvolvimento das cidades gêmeas

Apresentam-se as legislações, acordos, normativas supranacionais, nacionais e internacionais, uma vez que o objeto se trata de municípios fronteiriços nacional e internacional. Analisam-se as políticas públicas, desempenho, alcance e prática no cotidiano do município de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

O tema Fronteira e Saúde não pode ser abordado sem antes entender a dinâmica das políticas nacionais que envolvem o (re)conhecimento e as legislações pertinentes à saúde na fronteira, dado que levou a relacionar algumas legislações e institucionalizações do poder público das duas cidades envolvidas na pesquisa, idealizadas para minimizar as problemáticas inerentes à população. Algumas, voltadas especificamente à fronteira, são confrontadas com a realidade na qual se encontram os órgãos públicos locais, de modo a apresentar as reais condições existentes nesse território, em vários âmbitos, inclusive na saúde.

Atualmente, as regiões de fronteira internacional têm se convertido em espaços de múltiplos significados, constituindo suas cidades em locais complexos de coexistências, conflitos e permanente processo de transformação das relações socioespaciais. A diversidade de tipos de cidades com dinâmicas socioespaciais muito variadas, remete à possibilidade de reinterpretar o seu significado, deslocando o olhar para o espaço híbrido que é a fronteira.

1.4 - Apresentação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero

As cidades de Ponta Porã-MS/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguay, objetos de estudo desta pesquisa, foram direcionadas para a análise e compreensão do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em busca de motivos e respostas para as reduções dos referidos IDH, nos dois países pesquisados. Tentou-se compreender esses fatores por meio das regressões dos índices dessas populações, por impactar diretamente a qualidade de vida das populações, incluindo a saúde.

O IDH é uma medida que considera indicadores, como expectativa de vida, renda e escolaridade, e que varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O Brasil, em 2022, aparece na 89ª posição no ranking de 193 países, sendo considerado um país com alto desenvolvimento humano, pois demonstra avanços socioeconômicos. O Paraguay está na posição 102ª do ranking, de 2022, sendo considerado também alto, devido aos avanços socioeconômicos alcançados.

Melo *et al.* (2020) pesquisaram o panorama do sistema de saúde de quatro países: Brasil, Canadá, Paraguai e Timor Leste, e concluem que os indicadores de mortalidade infantil e expectativa de vida melhoraram muito nas últimas décadas. Esses avanços, segundo os autores, são indissociáveis de melhorias nos setores de educação e saúde, a exemplo da diminuição do analfabetismo e criação do SUS pelo Brasil, respectivamente. Assim, o conceito ampliado de saúde – fundamentado na VIII Conferência Nacional de Saúde – é de que ser saudável é muito além de não ter patologia orgânica ou mental. Isso ratifica o pressuposto da intersecção nas diversas dimensões do viver, como ter uma rede de assistência médica resolutiva, frequentar ambientes que proporcionem bem-estar físico e mental e praticar atividade física. (Melo *et al*., 2020).

De acordo com a ONU, a recuperação do desenvolvimento humano global após a pandemia tem sido desigual, com países ricos alcançando índices recorde e metade dos países mais pobres regredindo. O secretário-geral da ONU alertou para o impacto da polarização no desenvolvimento, que aumenta a distância entre países ricos e pobres.

No mundo inteiro, o IDH avançou, mas de forma de desigual, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que elabora o ranking anual. A partir dos dados dos 193 países – todos referentes a 2022 – o PNUD diz ter observado que a recuperação dos anos da pandemia tem sido um processo "parcial, incompleto e desigual": países ricos alcançaram índices recordes e já demonstraram recuperação, enquanto os países mais pobres regrediram e caíram em posição no ranking.

De acordo com o Relatório de 2021/2022 do PNUD, vivem-se tempos incertos. A pandemia de covid-19 continua a produzir novas variantes. A guerra na Ucrânia ecoa em todo

o globo, causando um sofrimento humano imenso, incluindo uma crise de custo de vida. Além disso, as catástrofes climáticas e ecológicas são uma ameaça diária.

O Relatório do PNUD de 2021/2022 analisa que fora vislumbrado o que é possível com a pandemia de covid-19. Um conjunto de novas vacinas, incluindo algumas baseadas em tecnologia revolucionária, salvaram cerca de 20 milhões de vidas num ano. Igualmente extraordinário é o número de vidas desnecessariamente perdidas, especialmente em países de baixo e médio rendimento, devido ao acesso altamente desigual às vacinas. A pandemia foi uma lembrança dolorosa de como as quebras de confiança e de cooperação – entre e dentro das nações – constrangem insensatamente o que se pode alcançar juntos. O Relatório pontuou possíveis motivos para a redução do IDH:

> Todos os anos, alguns países diferentes apresentam quedas nos respectivos valores de IDH, no entanto, 90 por cento dos países viram o seu valor de IDH cair quer em 2020 quer em 2021, excedendo largamente o verificado na sequência da crise financeira mundial. O ano passado assistiu a alguma recuperação a nível mundial, mas foi parcial e desigual: a maioria dos países com IDH muito elevado registrou melhorias, enquanto a maioria dos restantes registrou declínios contínuos (Relatório PNUDH, 2022, p. 23).

O Relatório continua a descrever como o resultado do atual complexo de incerteza no desenvolvimento é profundo. Pode-se estar perante um crescente desajustamento entre o que é necessário para navegar nas incertezas novas, interagindo com o atual estado de coisas, categorizado por arranjos sociais (o que fazer – em termos de políticas, instituições) e os comportamentos moldados pelo contexto social, cultura e narrativas (como fazê-lo – em termos de identidades, valores e crenças prevalecentes).

Complementa o relatório que a proteção fornece uma força estabilizadora essencial face à incerteza. Para começar, estruturas que lidam com uma variedade de risco na vida das pessoas, principalmente em várias formas de proteção social, precisam ser revitalizadas e modernizadas, especialmente para pessoas em empregos informais ou outros empregos precários, incluindo trabalhadores temporários.

Foi observado, no Relatório, que os serviços básicos universais, como a saúde e a educação, são importantes investimentos por direito próprio, como evidenciado nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, e por um desenvolvimento humano em expansão inclusiva. Apresenta situações, conforme os levantamentos feitos, com vistas à redução global nesses índices:

> Ofuscada pelos principais cabeçalhos da atualidade há, contudo, uma realidade que também é visível: o progresso no desenvolvimento humano tem vindo a inverter-se,

> com tendências de agravamento da pobreza, insegurança alimentar, deslocações forçadas e o agravamento de um conjunto de outras desigualdades. Pela primeira vez, o valor global do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desce durante dois anos consecutivos, fazendo o mundo recuar ao momento imediatamente posterior à adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e do Acordo de Paris. Atualmente, alguns países enfrentam quedas no IDH, mas mais de 90 por cento dos países viram o seu valor de IDH cair em 2020 ou 2021. De mais a mais, enquanto apenas um terço dos países com um IDH muito elevado registrou um declínio em 2021 (em comparação com mais de 90% em 2020), esse valor aumenta para cerca de 60% no caso dos países com um IDH baixo e médio e dos países com um IDH elevado. (PNUD – 2021-2022, p. 41).

O Relatório ainda considerou que a perspectiva do desenvolvimento humano se refere, em parte, às realizações em matéria de bem-estar (na saúde, na educação e no nível de vida), um aspecto crucial das capacidades das pessoas: ser e fazer aquilo que valorizam e têm razões para valorizar. Pelo menos 1,3 milhões de pessoas vivem em pobreza multidimensional, enfrentando privações em dimensões importantes para o desenvolvimento humano, que incluem a saúde, a educação e os padrões de qualidade de vida.

Reyers (2022), autora que publicou um artigo intitulado: “A relação entre as pessoas e o planeta num mundo incerto e instável”, no relatório citado, afirma que, nos países de baixo e médio rendimento, o elevado trabalho informal continua a afetar a estabilidade dos rendimentos. Efetivamente, de acordo com a autora, as pessoas em situação de pobreza estão mais expostas a acontecimentos adversos, desde problemas de saúde até ao impacto crescente de choques sistêmicos, como as alterações climáticas e pandemias, e têm menos recursos para enfrentar e recuperar das suas consequências.

A autora ainda apresenta que não só os riscos crescem, como também as políticas não acompanham as tendências atuais. As instituições públicas, políticas e sistemas de governação estão a lutar para se adaptarem às necessidades em rápida mutação em todos os países. A cobertura da proteção social está muitas vezes dependente de um empregador formal tradicional, da relação de trabalho, além de muitos regimes não serem transferíveis entre trabalhos (Reyers, 2022).

Já o Relatório mais recente do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD – 2023-2024) mostra como a má gestão das interdependências transfronteiriças (a resposta à pandemia da covid-19, por exemplo) está na origem de muitos desafios contemporâneos, que vão desde o endividamento de numerosos países de baixo e médio rendimento a ameaças à segurança alimentar e a um sentimento generalizado de perda de poder em todo o mundo. (PNUD, 2023-2024, p. 6).

Nesse relatório, foi citado que a pandemia da covid-19, as alterações climáticas e o aumento global do populismo e dos conflitos apontam para uma dura verdade: ignorar ou gerir mal a interdependência global prejudica as pessoas. Fazer retroceder a interdependência global em qualquer período relevante, seja por razões de segurança nacional ou de segurança dos concidadãos ou por qualquer outro motivo, é igualmente imprudente.

Foi apresentado, no Relatório de 2023-2024, que, em 1990, no primeiro relatório sobre o Desenvolvimento Humano, “as pessoas são a verdadeira riqueza de uma nação”. Os autores continuam a afirmar que “As pessoas continuam a sê-lo e sê-lo-ão sempre. Qual é o objetivo do desenvolvimento se não for para as pessoas?”. Eles ainda complementam:

> No entanto, a forma como falamos e medimos as pessoas tem de ir além das realizações de bem-estar, tal como são medidas pelo Índice de Desenvolvimento Humano e outros indicadores convencionais, para incluir o arbítrio – a capacidade única e ilimitada de as pessoas formarem e reformarem objetivos, compromissos e valores; de fazerem escolhas fundamentadas que podem ou não promover o seu próprio bem-estar; e, em última análise, de levarem vidas com objetivos, que podem ser maiores do que eles próprios (PNUD, 2023-2024, p. 40).

Segundo o relatório, esse olhar para o desenvolvimento aponta para a expansão do arbítrio na intersecção do desenvolvimento humano, dos direitos humanos e da sustentabilidade. Tem como expansão das liberdades nas suas múltiplas formas, incluindo a libertação das tiranias de identidades únicas e exclusivas. Quando as pessoas se sentem mais livres para habitar identidades múltiplas e sobrepostas, quando o diálogo fundamentado e baseado em questões prevalece sobre a retórica emocionalmente carregada que explora as queixas baseadas em grupos, resultado das ações de Estados de todos os quadrantes políticos e de todos os rendimentos, têm a oportunidade e a obrigação de definir políticas e instituições centradas no arbítrio, ancoradas no desenvolvimento humano e orientadas pelos direitos humanos (PNUD, 2023-2024).

De acordo com Mondardo (2018, p. 249), o desenvolvimento implica mudanças sociais sucessivas e profundas na estrutura da sociedade que acompanham as transformações nas escalas municipal e regional. No caso em tela, esse desenvolvimento perpassa pelas políticas dos dois países, como um passo para o acesso digno do direito à saúde, que possa alcançar os dois povos, unidos em um [único] território.

1.5 - Índices de Desenvolvimento Municipal de Ponta Porã

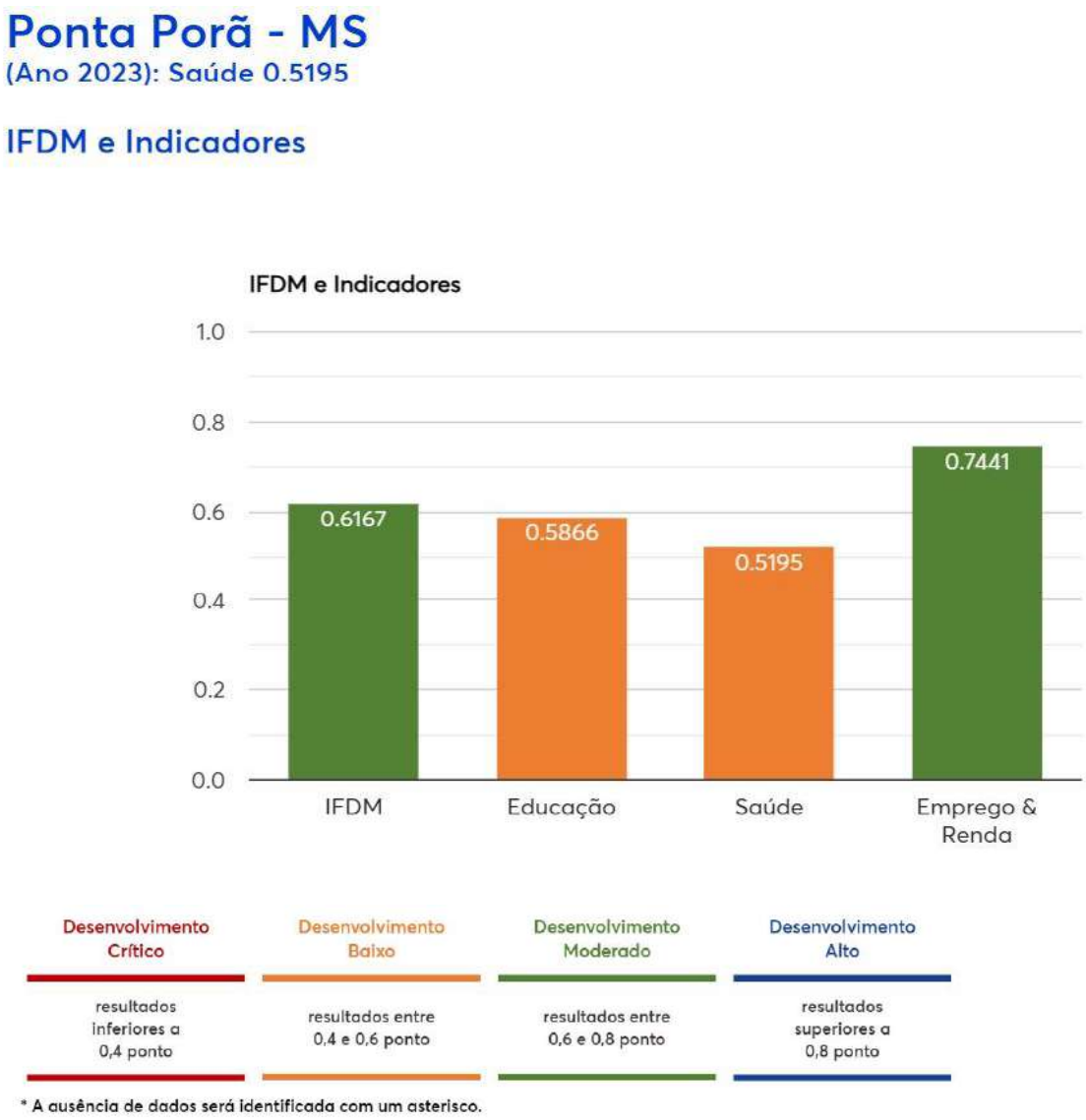
O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é um estudo que, desde 2008, acompanha o desenvolvimento socioeconômico de todos os municípios brasileiros em três áreas: Emprego e Renda; Saúde e Educação. Serão analisados alguns índices da saúde de Ponta Porã-MS, apontados no estudo.

A saúde, em 2023, aparece com índice de 0,5195, considerado como desenvolvimento baixo (resultados entre 0,4 e 0,6 pontos). No entanto, considerando a evolução de 2013 a 2023, os índices passaram de 0,3743, em 2013 a 0,5195, compreensível pelo impacto orçamentário da instituição da Emenda Constitucional n. 95/2016, conhecida como a PEC dos gastos públicos. Trata-se do processo legislativo mais rígido do país, utilizado para adaptar a Carta Magna às novas realidades da sociedade, limitando o aumento das despesas primárias da União à variação da inflação do ano anterior pelo prazo de 20 anos.

A seguir, apresentam-se os gráficos abaixo, os quais demonstram o nível que Ponta Porã apresentava: índice baixo, na saúde, no ano de 2023, a evolução de 2013 a 2023, também em relação ao ranking, comparado com alguns municípios do estado:

Gráfico 3 – Índice da Saúde em 2023, do município de Ponta Porã-MS.

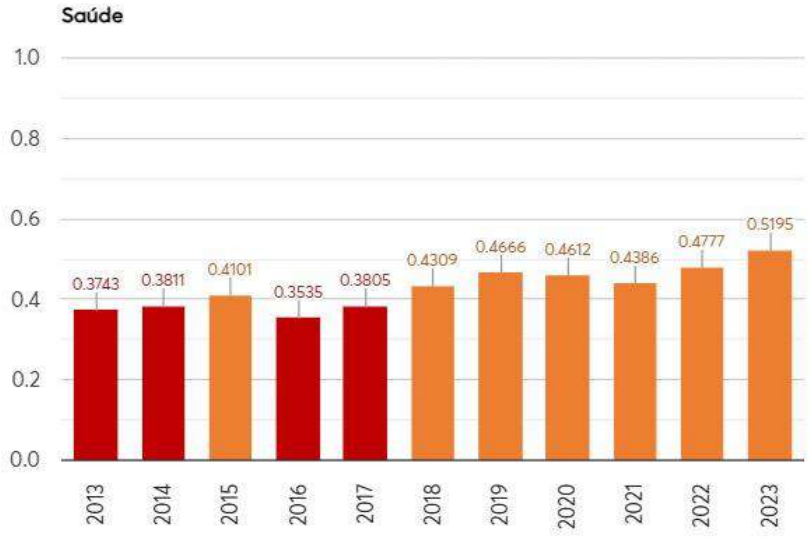
2



Fonte: https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=MS&cidade=500660&indice=4&ano=2023. Acesso em: 2 fev. 2026

Gráfico 4 – Evolução anual de 2013 até 2023 da saúde do município de Ponta Porã-MS

Evolução Anual - De 2013 até 2023



Fonte: https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=MS&cidade=500660&indice=4&ano=2023. Acesso em: 2 fev. 2026.

Percebe-se o baixo índice da saúde nos gráficos 3 e 4, tanto de Ponta Porã-MS, bem como a maioria dos municípios de todos os estados brasileiros, compreendida principalmente pela contenção de gastos públicos, por meio da PEC nº 95/2016, cujos órgãos sociais, como saúde e educação, foram diretamente atingidos e prejudicados em seus desempenhos pela escassez de investimentos e de recursos.

Como a saúde é um bem que todo brasileiro, e no caso das fronteiras, também dos imigrantes e fronteiriços pobres precisam recorrer, em todas as fases de suas vidas, quando necessário, foi sentido uma deterioração financeira muito elevada, com recursos ainda mais escassos, atingindo de forma severa o atendimento da população em todos os órgãos de saúde pública.

O impacto da Emenda Constitucional 95/2016 (a PEC do Teto de Gastos), no Ministério da Saúde, foi profundo, pois alterou a forma de cálculo do piso mínimo constitucional destinado à saúde pública. Em vez de o orçamento subir conforme a arrecadação do país aumentasse, o valor anual passou a ser rigidamente congelado, corrigido apenas pela inflação do ano anterior (IPCA).

Os principais impactos da PEC na saúde foram a mudança no Piso Constitucional: pela regra anterior, a União devia aplicar um percentual fixo da sua Receita Corrente Líquida (RCL)

em saúde. Com a regra de 2016, o piso fixou-se no valor de 2017, atualizado apenas pela inflação. Outra mudança foi o desfinanciamento real, com perda acumulada estimada de dezenas de milhões de reais para o SUS, calculado até 2022, ano que finalizou a PEC 95/2016, sendo substituída pela Lei complementar n.º 200/2023. Ocorreu, também, a sobrecarga de Estados e Municípios, visto que, com a estagnação dos repasses, prefeituras e governos estaduais precisaram dispor de valores maiores para hospitais e postos de saúde. Diante do cenário de contenção, o espaço para emendas parlamentares teve lugar, com as fatias expressivas do orçamento da saúde, que deixaram de seguir critérios puramente técnicos do ministério e passaram a ser direcionadas por emendas de deputados e senadores.

Observa-se que houve transição para o arcabouço fiscal, que deixou de existir formalmente em 2023, com o Novo Arcabouço fiscal, por meio da Lei complementar 200/2023, o qual revogou a EC 95/2016. Com essa medida, o Ministério da Saúde voltou a ter seu piso atrelado a 15% da Receita Corrente Líquida da União. No entanto, o orçamento da saúde continua sob intensa vigilância, devido às análises recentes que apontam para o crescimento acelerado das despesas obrigatórias de saúde, assim como de outros órgãos, o que ainda pressiona fortemente as metas fiscais gerais do país.

Salvador (2024) investiga as implicações do Novo Arcabouço Fiscal (NAF), Lei Complementar nº 200/2023, no financiamento das políticas sociais, por conter mecanismos limitadores para a expansão do orçamento público da União destinado aos gastos sociais.

O desenho da Constituição Federal (1988) assegurou a vinculação orçamentária para as políticas sociais, como saúde, previdência e assistência social, que lograram a contar com as contribuições sociais exclusivas previstos no art. 195, da Carta Magna, assegurando mínimos obrigatórios com saúde e educação.

O Novo Regime Fiscal inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhados na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo, por vinte anos, limitando-se a correção pela inflação.

Até a entrada em vigor da EC 95/2016, as medidas de ajuste fiscal ocasionavam um subfinanciamento das políticas sociais com orçamentos vinculados da seguridade social e educação. A partir do *teto dos gastos,* passa a ocorrer efetivamente um desfinanciamento do orçamento das políticas sociais, mesmo com aquelas com recursos vinculados, pois a EC 95 eliminou a garantia constitucional do gasto mínimo com educação e saúde, levando a uma execução orçamentária, inclusive, abaixo da inflação (Salvador, 2020, 2024).

Salvador (2024, p. 9) afirma que “A LCP 200/2023 vai na contramão da reconstrução de um Estado social, pois é inibidora da expansão dos gastos, principalmente dos discricionários

do orçamento público.”. Essa Lei Complementar pode ser interpretada como um obstáculo à reconstrução de um Estado social mais robusto, na medida em que estabelece limites à expansão das despesas primárias da União.

Embora tenha sido concebida para assegurar a sustentabilidade fiscal e a estabilidade macroeconômica, seus mecanismos tendem a restringir especialmente os gastos discricionários, reduzindo a margem para ampliação de investimentos públicos e de políticas sociais. Por outro lado, os defensores do arcabouço argumentam que ele é menos restritivo do que o antigo teto de gastos, pois permite crescimento real das despesas acima da inflação e preserva espaço para investimentos públicos. Desde que haja expansão da arrecadação, sugere-se que a lei pode trazer riscos aos gastos mínimos obrigatórios com saúde e educação.

Salvador (2024) pontua ainda que a ameaça aos pisos constitucionais de saúde e educação reside no fato de que essas duas políticas sociais irão acompanhar integralmente a variação das receitas governamentais, enquanto as demais despesas primárias ficam limitadas a 70% da arrecadação primária, portanto, restringidas com a nova regra.

A escassez de recursos e investimentos na saúde possivelmente justifique a queda no seu atendimento, bem como da educação e de outros órgãos sociais, essenciais para a vida das pessoas. Embora os custos da saúde tenham aumentado exponencialmente, devido também ao aumento da expectativa de vida das populações, nesse caso, também das cidades gêmeas, que precisam ter atendimento na saúde pública.

Reconhecer as diferenças existentes na estrutura, organização e políticas da saúde pública e do seu acesso, no Brasil e no Paraguai, é importante para ter parâmetro em relação às possibilidades, barreiras, desafios e limitações existentes no acesso à saúde pública fronteiriça. Alguns acordos, tratados e legislações ocorreram no território nacional e no país vizinho, e é o que será visto no capítulo seguinte, analisando e comparando os documentos existentes entre esses Estados Nacionais e a realidade dessa fronteira. Apresentam-se as políticas públicas dos dois municípios e seu impacto na vida dos fronteiriços pobres, uma vez que as necessidades e anseios das pessoas que buscam o serviço público de saúde, muitas vezes, não são atendidos, embora estejam previstos nas constituições dos países.

2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO

> Vivemos, assim, um momento da indistinção
> do dentro e do fora, do fixo e do móvel, em
> que as fronteiras por essa lógica da ambiguidade,
> nunca estiveram, ao mesmo tempo, tão flexíveis
> e tão enrijecidas.
> (Mondardo, 2018, p. 32).

Neste capítulo, apresentam-se parâmetros sobre o desenvolvimento da saúde pública, voltados às instituições em escalas regionais, como o Mercosul, abrangendo também, as escalas nacionais, estaduais/departamentais e municipais, no atendimento aos fronteiriços que procuram o serviço de saúde local.

2.1 A saúde e o Mercosul

A nível do bloco do Mercosul, foi criado o Subgrupo de Trabalho (SGT) n.º 11 – Saúde, cujo Ministério da Saúde brasileiro apresenta o documento: A Saúde no Mercosul (2003), que, conforme consta, está em processo contínuo de atualização. Nele, ressalta-se a grande participação dos Coordenadores das Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc* do SGT n.º 11 "Saúde" e dos Coordenadores de Comissões, Programas e Grupos *Ad Hoc* da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile, dos Assessores e Consultores da Coordenação Nacional e da equipe técnica e administrativa que, em conjunto, acreditam no processo de Integração Regional e na construção do Mercado Comum do Sul.

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é um bloco econômico constituído para realizar comércio de bens e de serviços e livre circulação de pessoas e capitais entre os países associados. A união visa à ampliação dos mercados nacionais e ao desenvolvimento econômico com justiça social dos parceiros.

Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai e Uruguai formam o Mercosul e são os membros do bloco. Já o Chile, Guiana, Panamá e Suriname se tornaram sócios, conseguindo tarifas preferenciais para venda e compra de produtos, como os membros do Mercosul. O bloco negocia acordos desse tipo com outros blocos, como União Europeia, Alca e Pacto Andino (Peru, Equador, Colômbia e Venezuela), Mercosul/Ásia, Mercosul/África do Sul e países como México, Canadá e Austrália, entre outros.

As reuniões de Ministros de Saúde, Economia e Banco Central, Indústria, Trabalho, Agricultura, Cultura, Educação, Justiça, Minas e Energia, Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social e Interior ficam ligados ao Conselho do Mercado Comum.

No caso da Saúde, a Reunião de Ministros ocorre uma vez, por Presidência *Pro Tempore,* e conta com Reunião Preparatória a ela dos Coordenadores Nacionais dos Estados Partes (Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai e Uruguai) e dos Estados Associados (Chile, Guiana, Panamá e Suriname).

A Reunião de Ministros da Saúde (RMS) conta com a participação de seis Ministros dos Estados Partes e dos Estados Associados que aprovam Políticas e Programas, como Políticas de Medicamentos no Mercosul e Plano de Trabalho; Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis; Contas Nacionais de Saúde; Núcleo de Articulação I "Sistemas de Informação e Comunicação de Saúde", Página WEB; Programa Regional da Luta para o Controle de Tabaco no Mercosul, Banco de Dados de Preços de Medicamentos; Comissão intergovernamental de HIV/AIDS do Mercosul, Bolívia e Chile, Revisão do Código Sanitário Internacional e outros.

No documento *A Saúde no Mercosul* (2003, p. 12) são citadas as resoluções: Resolução GMC (Grupo Mercado Comum) n.º 151/96 – criação do subgrupo de Trabalho n.º 11 "Saúde" e Resolução n.º 21/01 – "Pauta Negociadora do SGT n.º 11 "Saúde" e Organograma interpretativo – que apresenta, nesse documento, a seguinte Tarefa Geral:

> Harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da Saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração (*A Saúde no Mercosul*, 2003, p. 12).

O texto acima descrito destaca a importância da harmonização das legislações dos Estados membros em relação aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde. O objetivo é garantir a vigilância epidemiológica (deve-se incluir de pandemia) e o controle sanitário para proteger a saúde pública, ao mesmo tempo em que se busca remover obstáculos ao comércio regional. Isso contribui para o processo de integração entre os países do Mercosul, promovendo uma cooperação mais eficaz entre as nações, tanto no aspecto da saúde quanto nos outros aspectos que envolvem a dinâmica fronteiriça.

No entanto, não se observa na prática e na realidade ações que busquem a eliminação de obstáculos para o real processo de integração nessas cidades gêmeas pesquisadas, sendo mantida a distância e indiferença entre as áreas da Saúde locais. Com isso, concorda-se com Ribas e Oliveira (2013) quando pontuam:

> (...) as iniciativas legais e formais não alcançam o nível municipal, o que não permite reduzir as desigualdades fronteiriças e reforça os diferentes níveis de direito à saúde, mais ou menos inclusivos. Por meio de políticas locais e ações do dia a dia os gestores municipais das cidades de fronteira estabelecem cooperação técnica, por meio de negociações às vezes formais, mas também algumas em caráter informal (Ribas; Oliveira, 2013, p. 36).

Os autores ressaltam que as iniciativas legais e formais não chegam de maneira eficaz ao nível municipal, o que dificulta a redução das desigualdades nas áreas fronteiriças. Esse cenário reforça diferentes graus de acesso ao direito à saúde, que variam entre mais ou menos inclusivos. No entanto, os gestores municipais dessas regiões fronteiriças atuam por meio de políticas locais e ações cotidianas, estabelecendo cooperações técnicas que podem ocorrer por negociações formais, mas muitas vezes também envolvem acordos informais, suprindo as lacunas deixadas pelas legislações nacionais.

Ribas e Oliveira (2013, p. 36) acreditam que "A saúde é um bem inerente ao ser humano e, por isso, fundamento de sua dignidade, se sobrepondo à condição de nacionalidade, o que exige dos países em atendimento integral". Verifica-se a necessidade de tais políticas alcançarem o nível das cidades fronteiriças para que haja a harmonização prescrita em documentos e legislações do bloco.

Em *A Saúde no Mercosul* (2003, p. 12), são apresentadas Pautas de Ação, as quais seguem como Tarefa Geral (Objetivo Geral) do bloco:

> - Harmonização/Compatibilizar as legislações na área da Saúde identificadas como necessárias ao processo de integração e aquelas que forem identificadas como obstáculos aos fluxos de comércio intra Mercosul;
> - Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, de forma a assegurar o reconhecimento mútuo no âmbito do Mercosul;
> - Definir o relacionamento do SGT n.º 11 Saúde com as demais instâncias do Mercosul, procurando a integração e a complementação das ações;
> - Propor procedimentos de organização, sistematização e difusão da informação referente à área entre os Estados Partes (*A Saúde no Mercosul*, 2003, p. 12).

Percebe-se o distanciamento das normas editadas da sua execução nas cidades fronteiriças, uma vez que tais ações não são concretizadas na íntegra ou nem chegam à sua conclusão no território destinado.

Conforme observado neste recorte espacial, a população brasileira e, principalmente a paraguaia, não tem acesso a serviços públicos de saúde eficiente e eficaz, uma vez que todos os entrevistados discorrem que, quando são atendidos, dependem dos exames, especialistas e cirurgias, que demora no atendimento necessário, e que alguns nem conseguem serem

atendidos. Mesmo quando conseguem consulta com clínico geral, ainda são encaminhados a algum especialista, como dentista, oftalmologista, ginecologista, exame de mamografia, de ultrassonografia, psiquiatria, pediatria, dentre outros. Entretanto, a fila de espera para atendimento com especialistas é enorme e ineficaz, daí a necessidade de que os gestores públicos municipais de Ponta Porã façam campanhas de atendimento com especialistas, o que muitas vezes se torna paliativo, porque não consegue reduzir o número de pacientes em fila de espera para ser atendido. A população espera um trabalho permanente de atendimento aos pacientes por especialistas, porque, na ausência de saúde, a pessoa fica no aguardo de atendimento, sofrendo e sem saber quando e se será atendido e tratado com o especialista de que necessita. Segundo uma paciente:

> Saúde em Ponta Porã vai de mal a pior. Além de esperar 5 anos às consultas com especialistas, anos para fazer exames, faz você esperar 5 horas, onde já se viu. Ainda os médicos não examinam o paciente, ficam 10 minutos fazem uma receita e te mandam embora. Parece que é favor. Pagamos impostos, e nada barato... São mal-educados, como se fosse favor. Ao invés de melhorar a saúde. (Telma, paciente de Ponta Porã, 2025).

É nítido o descontentamento, na fala da paciente, pela demora e no nível de atendimento, a qual reflete a realidade da população de Ponta Porã. Quando incluem pacientes advindos do Paraguai, a situação é a mesma, com número limitado de vagas diárias a ser atendido pelo clínico geral das Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas pelo município.

Nesse sentido, Ribas e Oliveira (2013) analisam esses acordos bilaterais e multilaterais quanto à necessária adesão à iniciativa:

> De modo geral, os acordos bilaterais e multilaterais que são estabelecidos nos blocos econômicos se encontram em etapas diferentes em relação a metas, marco legal e mecanismos de implementação. Há um distanciamento entre as proposições e diretrizes estruturais em relação aos mecanismos e resultados de sua execução. A aproximação exige muito dos mecanismos de poder, no âmbito nacional e internacional para obtenção da necessária adesão à iniciativa (Ribas; Oliveira, 2013, p. 35).

Há, dentre outros fatores, interesses divergentes que devem ser harmonizados e atender agendas regionais, sem as quais as políticas propostas no campo sanitário não passarão de ferramentas discursivas, sem efeitos reais e concretos, como tem sido desde a criação do SGT n.º 11 “Saúde” no Mercosul.

No documento *A Saúde no Mercosul* (2003, p. 17), constam, ainda, os grandes desafios para “Internalização” da pauta negociadora no Brasil, que deverão ser levados em conta o

objetivo geral. Também devem ser realizadas, na medida do possível, um marco de Referência de seis princípios básicos que são a base de um enfoque para atenção à saúde, além de serem princípios da Constituição Federal/88 e Lei orgânica: a Equidade, a Universalidade de Atenção, a Participação, a Eficiência, a Integração e a Descentralização.

Entre os desafios a serem enfrentados pelos países, visando a um futuro melhor com qualidade de vida, está o fortalecimento do direito à saúde, integrante dos direitos humanos, com responsabilidade compartilhada e busca de soluções interestatais, contando com a participação da sociedade civil e dos novos atores do direito internacional. Um grande desafio é a harmonização dos sistemas sanitários, o financiamento, o grau de cobertura e a estruturação organizacional dos serviços correspondentes para construção de uma cidadania mais solidária (Ribas; Oliveira, 2013).

O bloco do Mercosul admite a busca constante por melhoria da qualidade dos produtos, bens e serviços ofertados à população, com diminuição de riscos à saúde. É preciso frisar a importância da presença permanente do Setor Saúde para compatibilizar os interesses dos Setores Públicos e Privados referentes à melhoria da qualidade dos Produtos e Serviços ofertados à população e consequente diminuição de riscos à saúde.

No entanto, ainda não se observa tal harmonização, muito menos a compatibilização dos serviços prestados à população fronteiriça, embora os gestores demonstrem conhecimento das necessidades e registrem isso em documentos e legislações. Ainda que sem grande evidência do território fronteiriço, necessita-se de acompanhamento da execução desses serviços.

No documento *A Saúde no Mercosul*, consta que, com o passar do tempo, as necessidades se juntam e a situação muda. As considerações sobre a saúde estão cada vez mais presentes no Mercosul, mas os trabalhos precisam de Priorização, Sistematização, Programação e Avaliação cada vez mais adequados, como respostas aos requerimentos gerados pelo processo de Integração Regional (*A Saúde no Mercosul*, 2003, p. 19).

Ribas e Oliveira (2013, p. 43) ponderam que o direito à saúde na fronteira não mais deve ficar restrito aos nacionais, ainda mais quando se trata de regiões fronteiriças, com grandes desigualdades, que exigem iniciativas que alcancem níveis municipais, uma vez que a responsabilidade transfronteiriça está a cargo dos governos nacionais.

A integração e aproveitamento da base institucional e de recursos científicos no bloco, como a inclusão da área de Ciência e Tecnologia apenas como "Tecnologia em Saúde", na área de trabalho "Prestação de Serviços de Saúde', segundo o SGT n.º 11 – Saúde, amplia o espaço para geração de conhecimento em geral que, a longo prazo, constitui um dos fatores para a

sustentabilidade do processo de integração e do desenvolvimento que, em última análise, é a finalidade principal.

Integrantes do bloco assumem que existe ainda um longo caminho a percorrer para a criação do Mercado Comum. Nele, a Saúde tem um papel muito importante a desempenhar:

> a) Falta o livre comércio de serviços – "Prestação de Serviços de Saúde" e de Produtos para Saúde;
> b) A área de livre circulação de pessoas é incipiente, aqui entra toda a questão do "Exercício Profissional";
> c) A questão da Vigilância Epidemiológica e Sanitária para prevenir e evitar a disseminação de doenças;
> d) Já houve avanço no livre comércio de bens, mas falta muito para a livre circulação de bens (aqui entra as assimetrias dos sistemas de regulamentação técnica e as medidas sanitárias e fitossanitárias entre os países), apesar do muito que já foi feito numa quantidade grande de setores, entre os quais Alimentos e Medicamentos. (*A Saúde no Mercosul*, 2003, p. 22).

Constatam-se essas assimetrias que, no Brasil, a Constituição Federal (1988) garante a saúde como direito de todos e de responsabilidade dos entes federados. As ações de saúde são universais e gratuitas, enquanto, nos países vizinhos, existe uma coparticipação, o que causa grande desigualdade no acesso aos sistemas e na procura pelos nacionais.

A Coparticipação verificada em Pedro Juan Caballero envolve a solicitação de aquisição de medicamentos, insumos utilizados no hospital, exames laboratoriais, aos familiares dos pacientes. Portanto, a saúde no Paraguai não se considera gratuita – avaliação feita pela população paraguaia.

Os pacientes que procuram o hospital público daquele município, quando conseguem ser atendidos pelos médicos, depois de horas de espera, recebem a receita com medicamentos que a família precisa adquirir na farmácia. Quando são solicitados exames de raios-x, ultrassonografia, exames laboratoriais, todos os procedimentos são pagos pelos pacientes ou familiares, pois a saúde do Paraguai não os oferta. Daí ser chamado de coparticipação nos atendimentos, pois são utilizados recursos próprios dos pacientes para prosseguir com o tratamento.

Em Ponta Porã, quando os pacientes conseguem ser atendidos pelo médico, ele receita medicamentos que a farmácia do posto de saúde possui. Entretanto, também podem ser receitados alguns que porventura a farmácia do posto de saúde não possui, solicitando ao paciente ou familiares que adquiram em farmácias. Quanto a exames laboratoriais, raios-x, mamografia, ultrassonografia, quando são solicitados, o paciente entra na fila para ser atendido pela disponibilidade do SUS. E são esses tratamentos que a população está tendo dificuldade de acesso, devido ao grande número de pacientes na fila de espera.

Muitos pacientes, devido ao sofrimento, buscam fazer exames em laboratórios e clínica privadas, principalmente no Paraguai, devido à redução nos custos desses procedimentos. Todavia, muitos médicos brasileiros não reconhecem esses exames e solicitam que os pacientes o façam novamente em Ponta Porã a fim de que sejam validados por eles.

Esses atendimentos citados referem-se a brasileiros ou paraguaios que possuem o Cartão do SUS e que encontram dificuldades no prosseguimento dos tratamentos. Os paraguaios pobres indocumentados – que não portam o Cartão do SUS – não conseguem atendimento além de urgência e emergência, sendo depois encaminhados ao país de origem.

O Ministério da Saúde está inovando nos cartões do SUS, utilizando o mesmo número do CPF. Dessa forma, inviabiliza ainda mais o acesso à saúde aos paraguaios pobres, pela dificuldade de conseguir o CPF e, por conseguinte, o atendimento médico.

Segundo Ribas e Oliveira (2013), os estrangeiros são atendidos no Brasil em caso de emergência e urgência nos sistemas de saúde brasileiros. Depois, são encaminhados ao país de origem, muito embora conste na Lei de Migração n.º 13.445, de 24 de maio de 2017, no art. 4º:

> Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados: VIII – acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória.

Ribas e Oliveira (2013) pontuam que o direito à saúde como elemento essencial de políticas públicas sofre atualmente sérios ataques. Apresentam um exemplo dos Estados Unidos onde o custo da efetivação do direito fundamental é questionado e alegam que essa efetivação do direito à saúde é custoso, fato que dá origem ao pertinente questionamento: "Quem pagará a conta?" (Ribas e Oliveira, 2013, p. 40). Eles seguem o raciocínio, alegando "que se surge a dúvida de quem pagará o custo pelo oferecimento e efetivação do direito fundamental à saúde para os nacionais, mais difícil ficaria a resposta no que tange a estrangeiros não residentes no País, mas moradores nas regiões fronteiriças". (Ribas e Oliveira, 2013, p. 40).

Os autores complementam que a absorção no plano do direito interno, e consequente custo, é o reconhecimento do princípio da solidariedade. Porém, fato é que esses atendimentos a estrangeiros comprometem o orçamento municipal. Como esses potenciais usuários não estão contemplados pela gestão do SUS, há um prejuízo no financiamento das ações e serviços de saúde, na medida em que parte dos recursos federais repassados é alocada *per capita* e essa população com livre trânsito não está contabilizada. (Ribas e Oliveira, 2013, p. 41).

É necessário que os gestores públicos de Ponta Porã se articulem e busque formas de abarcar essa população pobre indocumentada, demanda que já procura o hospital público e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, mesmo sem serem atendidos, mostrando sensibilidade e humanidade aos moradores fronteiriços que necessitam desse atendimento, e que seja concretizada a Constituição Federal nesse recorte espacial, sendo a saúde pública gratuita e universal.

Diante desse quadro, comprovam-se as assimetrias entre as cidades, configurando como desafios na harmonização dos sistemas sanitários, cobertura, financiamento e organização, cujas agendas estratégicas se inserem em programas nacionais, mas integrados a projetos regionais e locais, sem, contudo, dar relevância a tal demanda nos documentos públicos locais e regionais.

2.2 A saúde na fronteira e a Constituição Federal Brasileira de 1988

Na Constituição Federal de 1988, consta, no art. 196, que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." Analisa-se que o direito à saúde no Brasil é fundamental e garantido em lei, não só porque já está contemplado em diversos tratados internacionais que firmou ao longo dos tempos, mas por sua previsão no texto constitucional em vigor, promulgado em outubro de 1988, como corolário da dignidade da pessoa humana. (Oliveira, 2013).

Oliveira (2013) também salienta que a vida humana não deveria sofrer qualquer limitação por parte do Estado. No entanto, a carência econômica impõe medidas administrativas para que o acesso à saúde sempre esteja ao alcance de todos. Isso porque, apesar de garantido constitucionalmente, os recursos disponíveis são insuficientes para atender a todos e, sem maiores considerações ou cuidados, podem levar à situação de inviabilidade do propósito constitucional. Vieira e Roma (2020, p. 57) corrobora esse elemento afirmando: "A conta não fecha: tem mais população a ser atendida do que os números de habitantes dessas unidades administrativas.".

Cazola *et. al* (2011) contribuem com o pensamento sobre a realidade fronteiriça e o atendimento do contingente populacional quando afirmam que, nas regiões de fronteira, há um grande fluxo de estrangeiros em busca de tratamento em território brasileiro, pelas características do sistema de saúde público do Brasil (gratuidade, acesso universal, cobertura

integral), sobrecarregando o atendimento na área da saúde. Esse número não é contabilizado no cálculo do repasse de verbas para o Sistema único de Saúde (SUS), que se baseia no contingente populacional do município (Cazola *et al*. 2011). Os autores complementam ainda com a análise dos recursos da saúde pública em território fronteiriço:

> Nesses municípios, como em geral em outros no Brasil, o planejamento e o financiamento de serviços de saúde municipais são baseados na população residente. Assim, o atendimento aos não residentes cria um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde. (Cazola *et. al*, 2011, p. 1).

Cazola *et al*. (2011) ressaltam que a alta demanda sobrecarrega os sistemas de saúde locais, condiciona limitações pela falta de recursos humanos, insuficiência de equipamentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência.

Interessante o trabalho dos autores em pesquisar a identificação da demanda nesse contexto: "identificar os atendimentos de brasileiros residentes no Paraguai foi escolhido devido às deficiências no registro dos prontuários, constatadas em análise preliminar dos mesmos, e à inexistência dessas informações nos sistemas dos municípios fronteiriços." (Cazola *et al*., 2011, p. 2). Os autores ainda discorrem sobre a assistência à saúde no Paraguai por meio das diversas instituições: o setor público cobre 58% da população; o setor privado cobre 15%; e 27% da população não tem nenhuma cobertura. Observa-se também uma baixa utilização dos serviços de saúde, que pode estar associada ao alto custo, à dificuldade de acesso e à resolutividade dos serviços de saúde. Em contraposição, o sistema de saúde brasileiro é público, universal, gratuito e de qualidade, destinado somente à população residente (Cazola *et.al.*, 2011).

Em Ponta Porã, a vacinação é insuficiente, devido ao número de pessoas indocumentadas que procuram os postos de saúde para serem vacinadas e não são computadas no censo municipal. Na pandemia, observou-se também a mesma situação, ou pior, devido ao desespero das pessoas em acessar a vacina, apesar de o presidente à época fazer publicações contrárias à eficiência desta. A população buscou se imunizar, e alguns paraguaios, que residiam em Ponta Porã, tiveram que aguardar a chegada da vacina em Pedro Juan Caballero, que começou meses depois que Ponta Porã recebeu. Algumas pessoas indocumentadas tentaram receber a dose em Ponta Porã e conseguira, mas foram poucas. Em sua maioria, não conseguiram se imunizar no Brasil e tiveram que aguardar a chegada e liberação em Pedro Juan Caballero, que começou pelos idosos e pessoas com doenças crônicas, para depois imunizar o restante da população.

Eles exemplificam como as coberturas da vacinação contra a poliomielite nesses municípios é sintomática dessa situação, pois observam-se taxas de cobertura superiores a 100%, mascarando a cobertura efetiva da população residente. Os vieses provocados por essa situação repercutem negativamente na qualidade do planejamento e na provisão de serviços de saúde para a população atendida no município.

Faz-se necessário um olhar diferenciado aos municípios fronteiriços que apresentam aglomerados urbanos contíguos com países vizinhos, diferenças nas condições socioeconômicas e organização dos sistemas de saúde e facilidades de circulação de pessoas entre os dois países, como os municípios objetos desse estudo (Cazola, 2011, p. 4).

O conhecimento da população efetivamente coberta pelos serviços de saúde dos municípios fronteiriços, que inclui os brasileiros residentes no Paraguai, é essencial para o cálculo de indicadores de saúde confiáveis e representativos da situação de saúde dessa população. São esses indicadores que permitirão o planejamento, a programação, o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisão do setor saúde. Sem dados confiáveis, a qualidade de todo esse processo pode ser comprometida, afetando a população (Cazola *et. al.*, 2011).

O conhecimento detalhado sobre a população coberta pelos serviços de saúde nas áreas fronteiriças, incluindo brasileiros que residem no Paraguai, é realmente fundamental para garantir a precisão dos indicadores de saúde. Segundo Cazola *et al*. (2011), sem dados precisos e abrangentes, torna-se difícil compreender a verdadeira situação de saúde dessa população, o que compromete o planejamento e a eficácia das políticas públicas de saúde.

Essas pesquisas e estudos sobre a dinâmica de atendimento médico e de vacinação são essenciais para que as ações do setor da saúde sejam devidamente orientadas e possam alcançar a população de maneira eficaz, pois possibilitam um entendimento mais profundo para a tomada de decisões bem-informadas, o que afeta diretamente a qualidade de vida dessas pessoas. Durante a observação, nessas cidades, nas pesquisas de campo, que a população, ao conseguir consultar, espera por muito tempo o encaminhamento para especialistas e tratamento adequado de seus males. Esta é uma realidade local que precisa ser mudada e repensada pelos gestores públicos.

Assim, sem dados confiáveis, o setor saúde enfrenta limitações sérias na hora de organizar as atividades e priorizar recursos, o que pode resultar em lacunas significativas no atendimento e até mesmo na prevenção de doenças, especialmente em áreas onde o trânsito de pessoas entre fronteiras é constante e onde há uma população transnacional. Este é o caso do território pesquisado, que frequentemente utiliza serviços de saúde de ambos os lados.

Verificou-se a realidade vivenciada pelos moradores, que se arrasta ao longo dos anos sem mudança significativa.

Observa-se, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948), consagrado no plano internacional como direito fundamental intrínseco aos seres humanos, que a Saúde admite papel relevante entre os Direitos Humanos. Apresenta o artigo 25:

> Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (DUDH, 1948, p. 5).

A partir desta perspectiva protetiva, presume-se que qualquer pessoa, estrangeira ou não, pode exigir do Estado o atendimento às suas necessidades e carências, porque um dos fins do Estado é propiciar o bem-estar de sua população, mesmo que, para isto, venha a fixar regras restritivas tendentes a viabilizar o acesso aos recursos disponíveis.

A humanidade convive com problemas antigos e não resolvidos, os quais se atualizam, como a pobreza e as necessidades essenciais, e que ainda falta serem satisfeitos. A reflexão sobre este estudo enfatiza o importante papel do Estado na condução das políticas públicas sanitárias. Entretanto, é impossível estimar o problema sem considerar os impactos causados por não nacionais, estrangeiros ou migrantes, para o sistema de saúde brasileiro, uma vez que eles não são atendidos ou, quando o são, ficam invisibilizados perante o sistema por não serem contabilizados tais atendimentos.

2.3 Classificação de estrangeiro e migrante utilizada na fronteira

Concebe-se ser necessário definir os termos “estrangeiro” e “migrante” citados ao longo do texto, pelas legislações e pesquisadores, a fim da compreensão contextual, especificamente, no território fronteiriço.

A Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980 (Estatuto do Estrangeiro), regulamentada pelo Decreto 88.715, de 10 de dezembro de 1981, foi criada durante o período militar e tinha como principal função resguardar a soberania nacional e os interesses brasileiros diante da possível ameaça estrangeira.

O imigrante, na época, era visto como potencial inimigo. A Lei de Migração foi aprovada em 24 de maio de 2017 sob o número 13.445. Nascia, então, o novo diploma legal sobre migrações internacionais no Brasil (Claro, 2020, p. 2). A autora afirma ainda que

“A partir da nacionalidade, determina-se o pertencimento do ser humano a um espaço geográfico delimitado e político.” (Claro, 2020, p. 2).

Segundo Claro (2020), esse vínculo de nacionalidade distingue entre “nós” e “eles”, uma vez que o estrangeiro, o imigrante, é identificado pelo não pertencimento àquele determinado grupo social:

> Enquanto o Estatuto do Estrangeiro limita sua aplicação aos não nacionais brasileiros, sem indicar qualquer definição, a Lei de Migração se destina a pessoas em cinco situações diversas: i) imigrante, o não nacional; ii) emigrante, para brasileiros residentes no exterior; iii) **residente fronteiriço, para pessoas que residem em áreas de fronteira e realizam migração pendular ao território brasileiro para fins de estudo, trabalho, comércio e atos da vida civil, por exemplo**; iv) visitante, para não nacionais com estada de curta duração; e v) pessoas apátridas.(Claro, 2020, p. 3, grifo nosso).

Claro (2020) apresenta uma comparação entre o Estatuto do Estrangeiro e a Lei de Migração no Brasil, destacando a amplitude de categorias que a Lei de Migração abrange em relação ao antigo Estatuto. Enquanto o Estatuto do Estrangeiro limitava sua aplicação apenas a estrangeiros (não brasileiros), sem definir essas pessoas, a Lei de Migração é mais inclusiva e detalhada, tratando de diversas situações relacionadas ao movimento de pessoas.

Esse enquadramento mais abrangente da Lei de Migração reflete uma mudança no tratamento das questões migratórias no Brasil, visando a assegurar direitos a uma abordagem mais ampla de pessoas em movimento, incluindo tanto estrangeiros quanto brasileiros em contexto de migração.

Essa abordagem mais inclusiva demonstra uma evolução no entendimento das migrações, reconhecendo a diversidade de situações migratórias e a importância de proteger os direitos dos indivíduos, independentemente de nacionalidade ou status.

Nesse sentido, Santos (2000) faz importantes apontamentos sobre migrações:

> Uma outra forma, aliás, de encarar as migrações é, do ponto de vista humano, a ausência de direito a um entorno permanente. Cada vez mais, no Brasil, as pessoas mudam de lugar ao longo da existência; o número dos que vivem fora do lugar onde nasceram aumenta de ano para ano, de um recenseamento a outro. Condenar os indivíduos à imobilidade seria igualmente injusto. Mas as migrações brasileiras, vistas pelo ângulo da sua causa, são verdadeiras migrações forçadas, provocadas pelo fato de que o jogo do mercado não encontra qualquer contrapeso nos direitos dos cidadãos. São, freqüentemente, também migrações ligadas ao consumo e à inacessibilidade a bens e serviços essenciais. (Santos, 2000, p. 53).

Verifica-se, igualmente, as migrações de outros Estados Nacionais, mais especificamente entre as cidades gêmeas, cujas migrações são locais e realizadas em busca de acesso a serviços e bens essenciais, como direito humano à saúde e seus insumos inerentes à saúde do ser humano. Santos (2000, p. 77) complementa: "(...) E é diante da consciência das impossibilidades de atingir mesmo aquele mínimo essencial que os pobres descobrem o seu verdadeiro lugar, na cidade, no mundo, isto é, sua posição social.". O autor continua a descrever a compreensão e aceitação da necessidade da migração:

> (...) o problema requer uma explicação de maior alcance: trata-se não tanto de explicar porque as pessoas migram, quanto de saber por que elas permanecem, por que elas não migram. Isto é tanto mais importante quanto o fato de que não migrar significa, condenar-se a ficar ainda mais pobre. Para muitos, ficar equivale a empobrecer-se dia a dia (Santos, 2000, p. 97).

O autor faz uma reflexão sobre o fenômeno da migração e a condição das pessoas que optam por permanecer em suas terras de origem, mesmo diante da pobreza. A ideia central é que, enquanto muita atenção é dada às razões pelas quais as pessoas migram, é igualmente crucial entender por que muitas não migram, mesmo que isso signifique perpetuar sua condição de empobrecimento.

O autor enfatiza que as migrações, muitas vezes, não são uma escolha, mas uma necessidade impulsionada pela falta de acesso a recursos fundamentais. Essas migrações podem estar ligadas ao consumo, refletindo a busca por uma vida melhor em termos de condições básicas de sobrevivência.

Migrações justificadas porque muitos municípios de fronteira ficam distantes dos grandes centros do seu território nacional, cujos serviços de saúde especializados são oferecidos. Então, quando necessita, a população procura o atendimento mais próximo no território vizinho.

No caso das cidades gêmeas, o fato de os moradores no território paraguaio não terem acesso à saúde pública gratuita é que os fazem procurar a cidade de Ponta Porã (espaço vivido), uma vez que a cidade onde podem buscar atendimento, por possuir saúde pública, é em Assunção, capital do país, que fica a 450 km de distância de Pedro Juan Caballero (espaço concebido) (Figura 9). Na maioria das vezes, é inviável tal deslocamento, pelo custo e tempo da viagem, principalmente no momento de vulnerabilidade em que se encontram, com a saúde debilitada. Ademais, geralmente não possuem recursos próprios para o deslocamento, contradizendo o que o gestor cita (no capítulo seguinte) que o deslocamento é feito com recursos do governo.

Figura 9 – Delimita a distância entre Pedro Juan Caballero (PY) e Assunção (PY), demonstrando a distância percorrida pelos pacientes de Pedro Juan Caballero para ter acesso à saúde em Assunção (PY).



Fonte: Anastácio e Sousa (2024).

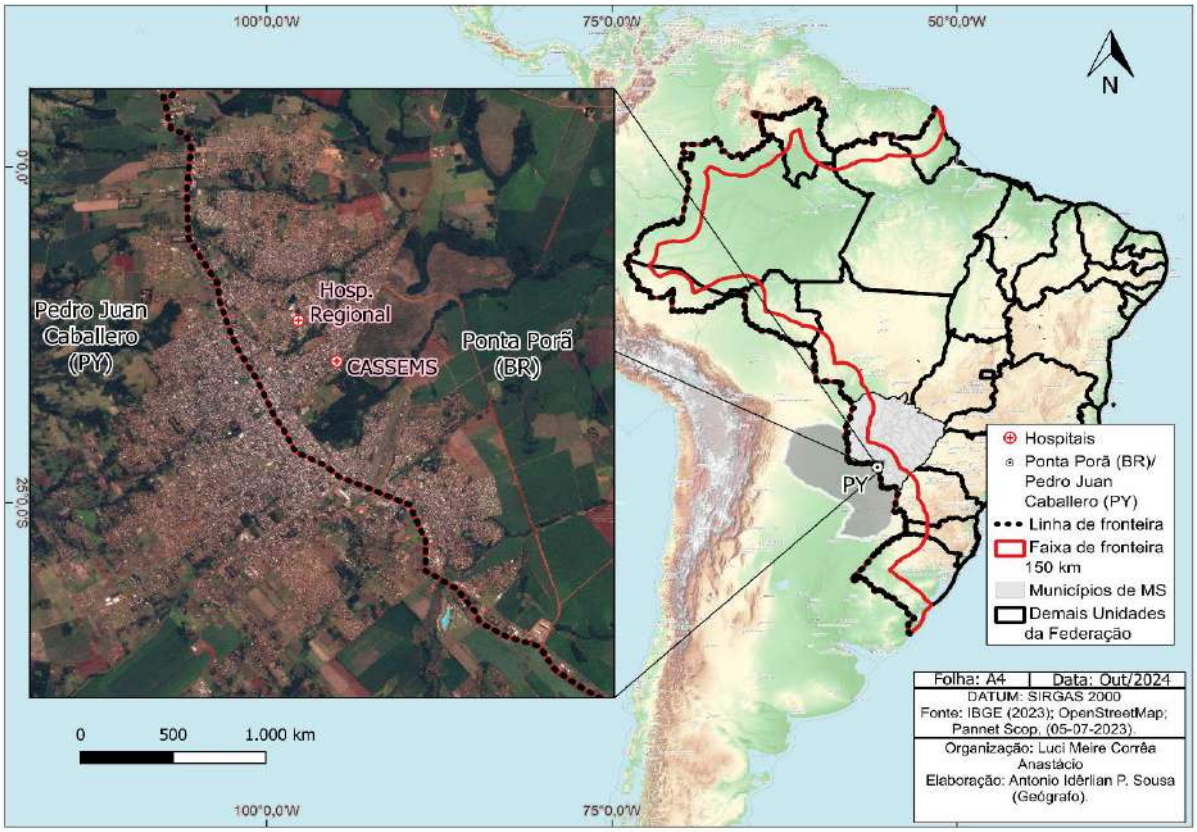
Ribas e Oliveira (2013, p. 41) pontuam: “A grande distância dessas cidades dos países vizinhos aos seus maiores centros urbanos é um dos fatores que estimulam a aproximação com as cidades brasileiras da fronteira.”. A distância entre as cidades fronteiriças internacionais e as capitais de seus países ou grandes centros urbanos, que tenha infraestrutura adequada, cria um isolamento geográfico e real.

Essa distância é um dos motivos pelo qual a população busca os serviços públicos de saúde na cidade vizinha brasileira, que, nesse caso, está a poucos metros de distância de suas residências. Há também a questão da gratuidade aqui existente nos atendimentos aos serviços de saúde, principalmente para quem possui o Cartão do SUS.

Essa localização geográfica contígua reforça a necessidade de acordos bilaterais pela interdependência das cidades gêmeas em vários aspectos, incluindo os serviços públicos de saúde, observando-se a necessidade de os gestores públicos solicitarem complementação dos

recursos às cidades gêmeas, em específico, a esse recorte espacial de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

Figura 10 – Identificação das cidades de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY), demonstrando a localização das cidades separadas por uma rua e dos hospitais de Ponta Porã (BR).



Fonte: Anastácio e Sousa (2024).

A distância necessária para percorrer até os grandes centros, principalmente de Assunção, pelos paraguaios, é tema a ser abordado e levado em conta pelos gestores públicos dos dois lados da fronteira. Motivo que deve ser abordado e conscientizado tanto pelo lado econômico, pois as famílias paraguaias, muitas vezes, não dispõem de verba para a viagem, como pelo lado temporal, pois é um percurso de, aproximadamente, sete horas de viagem. Tudo isso para que o paciente receba atendimento adequado, porém, somente quando conseguir agendar com especialista na área daquela capital.

Encontrou-se com um paciente, senhor Antonio, quando foi visitado o hospital em Pedro Juan Caballero, que precisava transferir sua esposa, que estava com câncer, para a cidade de Assunção, para realizar tratamento da doença. Ele relatou que não possuía condições financeiras

para arcar com os custos da viagem e que sua esposa, por estar muito debilitada, sofreria no trajeto da viagem, por ser longa. No entanto, se ele conseguisse o recurso, iria realizar a transferência, porque era uma esperança de melhoras e até de cura, com o tratamento adequado que Assunção possui. Eles também dependem de conseguir vaga para atendimento na capital de seu país.

A situação é divergente do relato do gestor do hospital paraguaio, pois este disse que todos os atendimentos procurados eram resolvidos, e se necessário, eram encaminhados de ambulância à Assunção, transferidos com recursos públicos daquele país.

Essa realidade de distância, falta de apoio financeiro e de disponibilização da ambulância do hospital paraguaio para transferência leva os paraguaios a buscarem atendimento no Brasil, opção que surge para ser atendido e resolvido o problema de saúde, por ser o município próximo. No entanto, na maioria das vezes, encontra como barreira a documentação exigida no Brasil.

É importante ressaltar que está se falando e tratando de vida. Quando não consegue atendimento em nenhum dos dois lados, o/a paciente fica à mercê de espera de alguma resolução de autoridades locais, que pode demorar semanas, meses e anos e, algumas vezes, não se encontra solução para o caso. Portanto, o/a paciente fica sofrendo com a doença, sem que consiga resolver.

É o caso de Seu Alfredo, que sofre de feridas na perna há muitos anos, é paraguaio, não possui documentação brasileira, não consegue atendimento em seu país. Também, por não portar cartão do SUS, nem documentação brasileira, fica utilizando meios de tratamento informais, com produtos naturais, tentando minimizar os sintomas causados pelas feridas. Ele relata que já não tem esperança de receber atendimento para reduzir o sofrimento, que todas as vezes que procurou consulta em sua cidade não consegue atendimento e vai perdendo as esperanças.

Seu Alfredo já havia procurado atendimento no hospital brasileiro, porém foi atendido como urgência, por estar sentindo muita dor e estar sangrando muito nas feridas. Depois, foi encaminhado ao país de origem para dar prosseguimento ao tratamento. Contudo, não consegue ser atendido em seu país. O médico brasileiro disse que caso é demorado e que só atendem pessoas brasileiras, na especialidade, e, como ele não possui documentos brasileiros, nem o Cartão do SUS, foi negado o prosseguimento do atendimento. Foi-lhe informado que tal tratamento tem limitação de vagas para atendimento aos fronteiriços e que poderia atender se o paciente tivesse algum plano de saúde.

Jacquier e Centeno (2013, p. 2) afirmam: “Entendemos que las fronteras entre los países están configuradas por líneas imaginarias delineadas por el hombre y que la salud también es otro constructo teórico social-cultural-histórico y políticamente determinado.”.

Jacquier e Centeno (2013) destacam que as fronteiras entre os países são, na realidade, “linhas imaginárias delineadas pelo homem”, ou seja, divisões artificiais construídas pelo ser humano. A saúde, segundo eles, pode ser vista de forma similar, como um “construto teórico” que resulta de influências socioculturais, históricas e políticas.

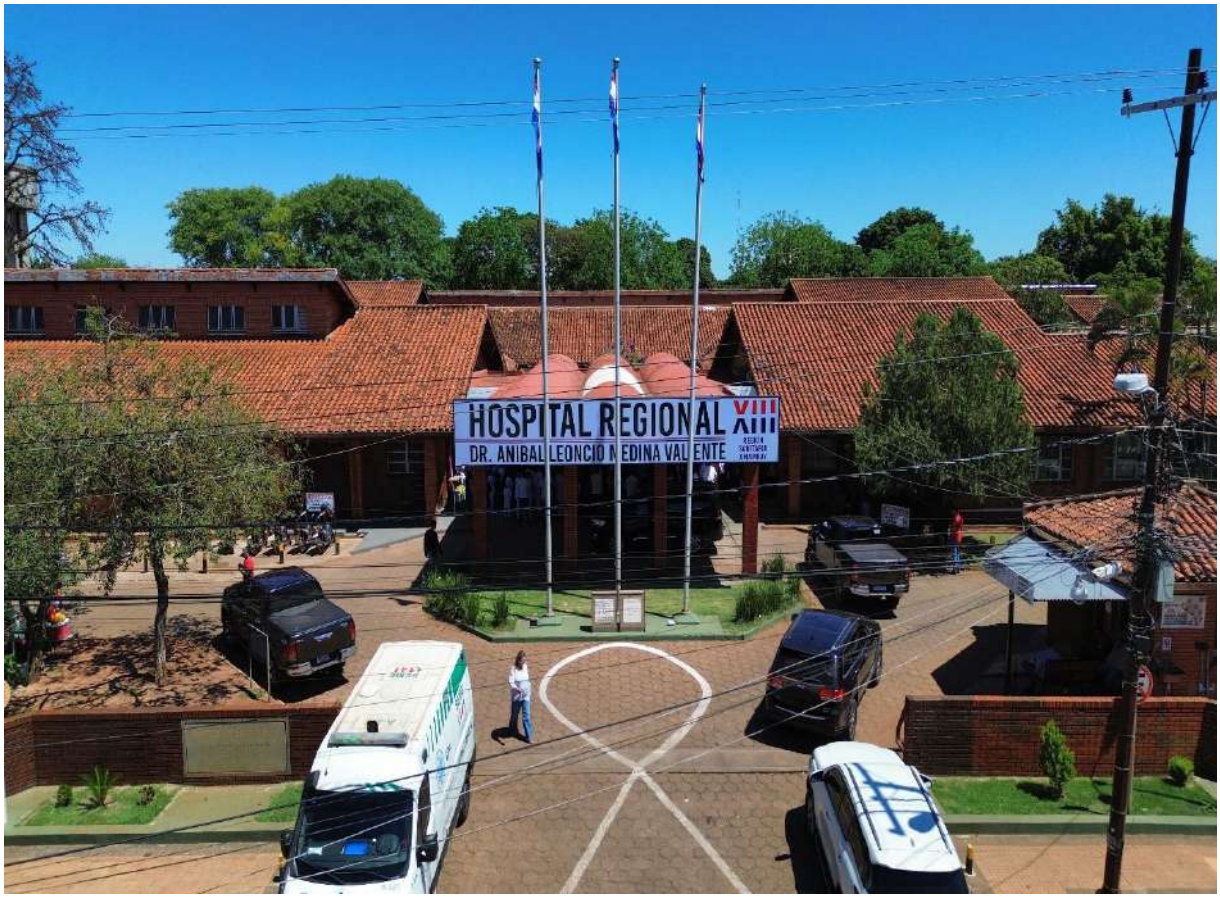
Esse entendimento implica que, assim como as fronteiras, o conceito de saúde é – ou deveria ser – moldado pelo contexto em que está inserido, variando conforme valores culturais, fatores históricos e decisões políticas específicas de cada país ou região.

O gestor do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero-Py foi procurado para ser entrevistado por duas vezes. No dia 10 de maio de 2024, ele estava em atendimento de demandas do hospital e não pode atender. Entretanto, aproveitou-se para conversar informalmente com pacientes que aguardavam parentes, que estavam internados e foram tiradas fotos do ambiente hospitalar interno e externo.

Na Figura 11, do Hospital Regional “Dr. Aníbal Medina Valiente”, em Pedro Juan Caballero, observa-se que o hospital possui uma boa estrutura, mas poderia ser melhor, considerando estrutura instrumentais e humanas, devido à densidade demográfica do município. Possui grande área destinada ao hospital e é bem localizado na cidade. No entorno há farmácias, lojas e laboratórios, para atender os pacientes que porventura, necessitem.

O Hospital é constituído de um edifício longo e baixo, com telhas de barro vermelho. Apresenta três mastros de bandeira em frente à entrada principal, representando as escalas nacional, departamental e municipal, que são responsáveis pela sua manutenção. Possui uma via de acesso circular ou área de embarque e desembarque de pacientes, sinalizada. Foi feito registro também da divisão sanitária de Pedro Juan Caballero-PY, com identificação do hospital, sua localização e região sanitária a que pertence. (Figura 11).

Figura 11 – Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente” de Pedro Juan Caballero-PY



Fonte: Anastácio e Filgueira (2024).

A Figura 12 mostra a placa de identificação dos setores XXIII, região Sanitária do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, com respectivas áreas de atendimento do município.

Figura 12 – Divisão sanitária de Pedro Juan Caballero-PY



Fonte: Anastácio (2024).

Na Figura 13, fez-se registro da entrada do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero-PY da XIII Región Sanitaria Amambay.

Figura 13 – Entrada do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero-PY da XIII Región Sanitaria Amambay



Fonte: Anastácio (2024).

Como já dito, o entorno do hospital é provido de farmácias, uma vez que ele não dispõe de medicamentos. Os médicos entregam as receitas para os familiares para efetuar a aquisição e entregar ao hospital, caso o paciente fique internado. A receita possui todos os medicamentos e insumos que será utilizado pelo paciente, tais como algodão, álcool, seringa, agulha, soro fisiológico, enfim, todos os medicamentos que serão utilizados. (Figura 14).

Figura 14 – Farmácias, na quadra em frente ao Hospital Regional Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente, de Pedro Juan Caballero-PY.



Fonte: Anastácio e Filgueira (2024).

Foram registradas imagens externas e internas do Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente” e também da quadra em frente ao hospital, cuja presença de várias farmácias e laboratórios confirmam as falas dos pacientes e moradores da fronteira, fato que se repete nos outros hospitais públicos e privados de Pedro Juan Caballero-PY, onde, segundo familiares e pacientes, os médicos solicitam a aquisição de medicamentos e todos os materiais necessários ao atendimento e tratamento médico, alegando que o hospital não possui tais insumos para tratar o paciente, justificando a localização estratégica das farmácias e laboratórios em frente aos hospitais daquele município.

No dia 23 de maio de 2024, a pesquisadora esteve novamente no Hospital, dessa vez, sendo atendida pelo gestor que concedeu entrevista, respondendo às questões semiabertas sobre a saúde do município de Pedro Juan Caballero-PY. Foram feitas perguntas sobre os atendimentos médicos do hospital, se todos eram atendidos indistintamente e a resposta foi sim. Para os nacionais paraguaios, o atendimento era concedido, porém, se fosse brasileiro ou sem documentação paraguaia, o paciente seria atendido em caso de urgência e emergência e, após estabilizado, é encaminhado ao país de origem.

Caso esse atendimento seja feito a estrangeiro de outros países – o Paraguai possui muitos que não são paraguaios nem brasileiros – normalmente eles utilizam o serviço de saúde privado do Paraguai por ter conhecimento das regras de atendimento do serviço público paraguaio.

O gestor relatou que o hospital de Pedro Juan Caballero possui todos os aparelhos necessários ao atendimento da população, como exames laboratoriais, ultrassonografia, raios-x, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, que estão à disposição dos pacientes que necessitarem.

Comentou-se com ele que não é esse cenário que a população paraguaia descreve, que é muito diferente, que eles não conseguem atendimento médico e nenhum recurso, como consulta, principalmente com especialistas, medicamentos, exames laboratoriais, exames necessários quando solicitados pelos médicos, são ofertados. O gestor refutou dizendo que era só procurar o hospital ou os postos de saúde municipal de Pedro Juan Caballero.

Em entrevista com dona Jovelina, ela relatou que, quando necessita de atendimento médico, a ela ou a seus filhos, procura inicialmente o posto de saúde próximo ao bairro Jardín Aurora, em Pedro Juan Caballero e, dependendo do caso, se for de urgência, procura o hospital daquela cidade.

Se não conseguir atendimento em seu município, ela procura os serviços em Ponta Porã, cuja qualidade julga ser superior ao seu país, e também pode receber medicamentos gratuitos pelo SUS, pelo direito que seus filhos possuem, porque eles têm documentação brasileira, pois nasceram em Ponta Porã. Embora para ela é mais complicado, pois poucas vezes conseguiu atendimento por não possuir ainda documentação brasileira.

Esses relatos levam a entender um pouco sobre a dinâmica de procura de atendimento médico na fronteira, uma vez que, quando não são atendidos em seu município, eles buscam transpor o limite para que sejam atendidos por médicos e recebam medicamentos gratuitos pelo SUS, se houver na farmácia pública. Ela conseguiu ser atendida poucas vezes, pois depende de quem está atendendo no posto ou no hospital.

Em Ponta Porã, foi feito contato via telefone, por mensagens de WhatsApp, com a diretora do Departamento Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã, de 2020 a 2024. Solicitou-se o Plano Municipal de Saúde, acompanhou-se o processo de reestruturação do Plano Municipal de Saúde e foram tiradas dúvidas quanto aos serviços de saúde do município. Constatou-se quase nenhuma mudança substancial para os usuários brasileiros que residem em Pedro Juan Caballero, nem para os indocumentados pobres. Ainda perpetua nessa nova versão do Plano Municipal de Ponta Porã, visto que a cidade é reconhecida somente do lado brasileiro.

Em outros momentos, foram solicitadas possibilidades de agendamento para fazer entrevista pessoalmente com a então Secretária Municipal de Saúde, Marcela Peluffo Santos, o que foi sendo alinhado aos poucos pela pouca disponibilidade de tempo da gestora. No dia 9 de abril de 2024, foi agendado um horário para a entrevista, participação feita com interesse nas perguntas e sendo respondidas por ela. Como exemplo, no questionamento sobre a pouca evidência da questão fronteiriça, a gestora informou que, na elaboração do próximo Plano Municipal de Saúde, colocará, de forma mais evidente, principalmente os pontos que necessitam de maior apoio, pelo fato de ser, segundo ela, região de fronteira seca.

No ano de 2024, houve mudanças de gestor na Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã e de outros setores da referida secretaria, motivo pelo qual foi feita nova apresentação da pesquisa e da pesquisadora. Inicialmente, solicitaram-se alguns documentos oficiais atualizados, como Plano Municipal de Saúde, uma vez que não está publicado no site oficial do município. A nova gestora enviou prontamente. Em 2025, foi substituída pelo dentista Dr. Daniel Esgaib Kayatt e em 2026, tomou posse a nova secretária Municipal de Saúde Mariane Silvestre Quinhones.

Essas mudanças na gestão da secretaria municipal de saúde implicam em recomeço de cada nova equipe, em compreender o sistema de saúde nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal. E que, para a nova equipe que inicia os trabalhos, juntamente com o gestor que está sendo nomeado, demanda tempo para assimilação das funções que irão exercer dentro da pasta. A população fronteiriça sente os reflexos de cada mudança, visto que cada gestor tem um perfil de trabalho.

A secretaria de saúde é um dos órgãos responsáveis por gerenciar e comandar grandes recursos financeiros, advindos das esferas institucionais parceiras de cada município, assegurada pela CF (1988), portanto, é indispensável que seja feito de forma responsável e com competência, para gerir os recursos de forma eficaz à população fronteiriça, minimizando o

sofrimento e a dor das pessoas que precisam dos serviços públicos de saúde. Castañeda e Herrera (2020, p.57) observam que

> El sector de la salud por tanto, no ha escapado de estar en la mira del gran capital pues es sin duda, uno de los sectores que generan mayor beneficio debido a la diversificación de bienes y servicios que provee, las ganancias que permite a los inversores y el valor social de la salud. Desde el punto de vista crítico se puede afirmar que lucra, de esa manera, con el dolor y las aspiraciones de la población para salvaguardar su salud y su integridad. (Castañeda & Herrera, 2020, p. 57).

Os autores criticam a visão capitalista sobre os recursos financeiros na área da saúde, destacando que o setor da saúde não escapou do interesse do grande capital justamente por ser um dos que mais geram lucro. Eles ressaltam que isso ocorre pela diversidade de bens e serviços oferecidos, pelas vantagens financeiras para os investidores e pelo valor social da saúde. De forma crítica, os autores apontam que esse lucro se dá, de certa maneira, às custas do sofrimento e das necessidades da população, que busca proteger sua saúde e integridade.

Destaca-se a grande rotatividade de profissionais de saúde, incluindo os secretários municipais, médicos e enfermeiros, por exemplo. Essa dinâmica resulta em novas pessoas assumindo novos cargos, que demandam tempo para serem assimilados e, portanto, seria um dos empecilhos para obterem resultados melhores nos serviços públicos de saúde. Essas situações apontadas por Franco *et al.* (2020):

> No nível local observa-se uma rotatividade de profissionais (médicos, enfermeiros, etc..), que permanecem por curtos períodos na fronteira. Os sistemas de informação de cada país fronteiriço não têm os mesmos objetivos, lógicas e bases de dados. Esta situação impõe um importante esforço para torná-los compatíveis para permitir compartilhar os dados. (Franco *et al.*, 2020, p. 28).

Trata-se de dois desafios centrais na gestão da saúde em regiões de fronteira: a alta rotatividades dos profissionais de saúde, como secretário municipal de saúde, médicos, enfermeiros e outros trabalhadores, que permanecem por períodos curtos, dificultando a continuidade no atendimento e das ações de saúde; e incompatibilidade entre os sistemas de informação, visto que os países fronteiriços utilizam sistemas com diferentes objetivos, estruturas, metodologias e bases de dados. Para obter eficiência, é necessário integração e interoperabilidade desses sistemas.

Observa-se que a situação exige tanto políticas que favoreçam a permanência e a continuidade dos profissionais, quanto cooperação entre os países para harmonizar os sistemas de informação e possibilitar o intercâmbio seguro e eficiente dedados de saúde.

É importante retratar o caso de uma família fronteiriça à procura de serviços de saúde, dentre tantos outros exemplos existentes nessa fronteira. Essa família veio do Rio Grande do Sul, reside em Ponta Porã e possui terras no Paraguai, onde atuam no plantio de soja. Um dos filhos, Márcio, ficou doente, procuraram o serviço de saúde pública no Brasil e não descobriram o motivo de doença. Diante da piora do quadro de saúde, levaram-no para um hospital privado, "Viva Vida", de Pedro Juan Caballero do Paraguai, onde ficou internado por vários dias, sem detectar a origem dos seus males.

Após receber alta do hospital, veio para casa em Ponta Porã e continuou sentindo-se mal. Os familiares procuraram mais uma vez o serviço público de saúde de Ponta Porã, quando foi detectado, por meio de exames, que filho estava com os rins parados, sendo encaminhado imediatamente para o hospital Regional de Ponta Porã, para ser internado diretamente na UTI, a fim de receber os procedimentos de urgência necessários, como hemodiálise.

A família disse que gastou muito dinheiro no tratamento dele no Paraguai na esperança de descobrir e receber o atendimento adequado e não conseguiram descobrir, quem descobriu a doença foi o médico brasileiro do SUS e recebe o atendimento integral pelo serviço público de saúde até agora, com atendimento de sessões de hemodiálise, complementando com acompanhamento médico constante.

Em 2026, Márcio recebeu transplante de rim, em Campo Grande – MS, num hospital público – SUS, tendo excelentes resultados na cirurgia e no acompanhamento do transplante.

Outro caso que reflete a dinâmica de paciente fronteiriço é de Maria Helena, moradora de Ponta Porã. Ela fez consultas e exames no serviço público de saúde do Brasil e, no resultado dos exames, constatou um câncer, e precisaria de atendimento especializado. Ela solicitou consulta especializada no SUS local e está há seis meses aguardando atendimento, com a demora, resolveu procurar atendimento médico no Paraguai, no setor privado, e está sendo acompanhada pelos médicos de Pedro Juan Caballero.

Essa dinâmica de pacientes que procuram os dois lados do serviço de saúde é comum no território fronteiriço e, dependendo dos resultados do atendimento na época da necessidade, cada família procura um dos lados que possa resolver seu problema de saúde ou de sua família. Quando percebem a falta de solução ou diagnóstico para tratar, as pessoas buscam resultados em cidades diferentes, devido à facilidade de acesso de uma cidade a outra. É importante ressaltar que o serviço médico privado no Paraguai conta com valores menores em relação ao

serviço de saúde brasileiro, fator que, muitas vezes, é levado em conta no momento de não atendimento ou demora.

Os medicamentos vendidos nas farmácias do Paraguai também apresentam menor custo para aquisição e normalmente são de excelente qualidade, o que leva os fronteiriços brasileiros e paraguaios a procurar os serviços privados, em caso de não resolução ou não serem atendidos nos serviços públicos dos dois municípios.

É o caso de uma paciente, dona Ana. Quando precisa se consultar, procura o posto de saúde próximo de sua casa, que fica no Jardim Ivone, periferia de Ponta Porã. Quando ela não consegue medicamentos receitados na farmácia pública do município, ela procura as farmácias de Pedro Juan Caballero para adquiri-los se porventura tiver a mesma fórmula, pois possui menor preço e, segundo ela, é de qualidade boa.

Alguns médicos atendem em hospitais dos dois lados do município. Normalmente são paraguaios que conseguem fazer o revalida e atendem a população fronteiriça. Esses médicos, quando estão atendendo nos hospitais brasileiros, costumam indicar medicamentos do Paraguai quando a farmácia pública municipal não possui o medicamento para distribuição, pois são cientes dos seus valores e qualidade,

A importância dessa perspectiva subjetiva da saúde fronteiriça, especialmente em contextos de fronteira, é que destaca a necessidade de abordar a saúde de forma integrada e adaptada a realidades culturais mistas e transnacionais, cujas políticas de saúde e as condições de vida ultrapassam as divisões geográficas. Essa visão amplia o conceito de saúde e sugere que políticas públicas devem considerar essas particularidades, facilitando o acesso e a adequação dos serviços de saúde às necessidades das populações fronteiriças.

2.4 Legislações da saúde nos Planos Estadual de Mato Grosso do Sul e Municipal de Ponta Porã-MS

A fim de compreender as legislações quanto ao contexto de fronteira, inicialmente, analisa-se o Plano Estadual de Saúde – 2024-2027, doravante chamado de PES, e abordagem quanto à fronteira, na análise do estado de Mato Grosso do Sul, uma vez que que o estado é também um dos principais acessos ao Mercosul, fazendo fronteira com Bolívia e Paraguai, além de estar interligado por ferrovias, rodovias e hidrovias nos rios Paraná e Paraguai com a Argentina e o Uruguai (PES-2024-2027, p. 31).

No tópico sobre fronteira, o PES 2024-2027 cita Ponta Porã como uma das cidades fronteiriças do estado, cortadas pela linha de fronteira seca ou fluvial, articuladas ou não por

obra de infraestrutura, que apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação com uma localidade do país vizinho, assim como 50 manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania. O PES (2024-2027, p.85) expõe: “Percebe-se uma dupla migração por parte daqueles que vêm de países não fronteiriços e cruzam as fronteiras pelas vias terrestres.”.

O PES observa:

> A diminuição da cobertura vacinal evidenciada nos últimos anos na macrorregião de saúde de Dourados é preocupante, visto que se trata de uma “região de fronteira, com cidades gêmeas (Ponta Porã (BR) / Pedro Juan Caballero (PY); (...) onde ocorre o deslocamento diário da população entre os dois países. (...) nesse sentido é fundamental implementar estratégias diferenciadas, com a finalidade de alcançar as coberturas vacinais (CV) adequadas. (PES, 2024-2027, p. 178).

Conforme consta no PES (2024-2027, p. 249), “foram dadas prioridades às regiões de fronteiras para que possam ser atendidos tanto as populações indígenas quanto os imigrantes da fronteira. Para atendê-los, também foram implementados diferentes protocolos, desde vacinações ao atendimento médico”. Entretanto, tais prioridades ainda não são observadas pelos fronteiriços que residem no município vizinho e ainda não são atendidos na saúde pública brasileira.

Apresenta-se análise do Plano Municipal de Saúde, doravante chamado de PMS, de 2022-2025, de Ponta Porã-MS, com a apresentação da cidade no panorama geral do município de Ponta Porã. Foi citado, em menos de três linhas, o fato de o município estar localizado em faixa de fronteira: “(...) com a cidade de Pedro Juan Caballero, no Paraguai. Um dos aspectos que aproxima as duas cidades gêmeas e a Linha de Internacional, por ser o principal caminho para os setores de comércio e serviço, com grande fluxo de pessoas”. (PMS, 2022-2025, p. 17). A fronteira aparece na área do turismo no plano, com potencial de compras diversas e de alguns passeios turísticos dos dois lados.

Quanto à população, foi citado como justificativa para o aumento percebido: “(...) é bastante diversificada, devido aos grandes contingentes de migrações de estados e países, o qual foram fundamentais para o povoamento e crescimento do município”. ((PMS, 2022-2025, p. 23). A fronteira é apresentada com breves características geográficas, físicas e sociais.

Nas condições históricas apresentadas pelo PMS, é pontuada a integração e interdependência das cidades, que envolvem historicamente vários aspectos, como culturais, comerciais, políticos e econômicos, com profunda influência nos sistemas, serviços e estruturas

de educação, saúde, lazer, transporte, turismo e segurança, havendo parcela significativa da população das duas cidades com dupla cidadania. ((PMS, 2022-2025, p. 26).

Percebe-se, na análise de todas as metas do PMS/2022-2025, que há menção incipiente sobre a fronteira. Verifica-se a necessidade de uma priorização por parte do poder público, uma vez que, somente com o reconhecimento e a valorização dos habitantes desse local, que é historicamente ignorado, pode-se resgatar o respeito e a cidadania, essenciais ao indivíduo fronteiriço, dada a porosidade evidenciada na faixa de fronteira, constituída pela dinâmica fronteiriça intensa.

O município, com essa singularidade de fronteira e por ser cidade gêmea, com migração pendular diária de pessoas vindas de outro país, interagindo nos contextos brasileiros, inclusive na saúde, deve perceber a necessidade de utilizar estratégias específicas, e exigir tratamento heterogêneo do poder público, respeitando as especificidades e a diversidade. Contudo, no PMS, essa diversidade de fronteiriços brasileiros residentes no Paraguai e fronteiriços sem documentação brasileira aparece de forma incipiente, demonstrando o despreparo da área municipal de saúde.

O PMS apresenta a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Ponta Porã:

> - 25 unidades tipo centro de Saúde/Unidades básicas cadastradas (Sendo que (1) esfera particular (Langer Serviços Médicos e 21 de esfera pública Municipal (17 ESF e 2 Unidades Básica: CIS, Unidade Central e Unidade Prisional: Masculino e Feminino);
> - 06 Policlínica Particular com gestão Municipal (Laboratório Sabin e R.M. Diagnósticos Avançados, Matriz e mais 2 R.M. Filial Orozimbo Silva Neto Laboratório Sabigiummarresi e Endocárdio);
> - 02 Hospitais Geral (Hospital Cassems e Hospital Regional), esfera administrativa municipal, sendo um particular e um público, respectivamente;
> - 1 Hospital/Dia – Isolado (esfera Particular). 65 consultórios Isolados na esfera privada, com Gestão Municipal. 06 Clínicas/Centro de Especialidades, 03 na Esfera Municipal (Centro de Especialidade Odontológica, Centro Regional de Especialidade Dr. João Kayatt e Serviço Ambulatorial Especializado), 03 na esfera Privado e 1 Estadual (Clínica do Rim) 2 esferas privado com gestão Municipal (Centro Oftalmológico de Ponta Porã, Gastrocentro). 13 Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, sendo 02 Esfera Municipal (laboratório de Fronteira e 1- laboratório de prótese dental);
> - 11 - Esfera Particular (Centro de Reabilitação Fisiopan, Centro Radiológico de Ponta Porã, Cerdil Centro Radiológico de Ponta Porã, Cerdil Centro de Radiologia e Diagnósticos por Imagem, Clínica Médica Dra. Ana Lúcia Pinheiro, Health Solution, Laboclínica, Laboratório de Análises Clínicas Ponta Porã, Laboratório de Próteses Matoso Oliveira, VM Laboratório de Análises Clínicas). 03 Unidade Móvel Terrestre (Carretas: Odontológico, Consulta e Consultório de Rua). 01 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, (Samu). 4 Farmácias (Farmácia Central de Ponta Porã, e CAF de Ponta Porã municipal e duas particulares), 02 Central de Gestão em saúde, sendo 1 Secretaria Municipal e 1 Núcleo Regional de Saúde, que representa a Secretaria de Estado de Saúde; 02 Unidade de Vigilância em Saúde (CCZ - Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância em Saúde Endemias e Vetores)

> - 01 Centro de Atenção Hematologia (Núcleo Hemoterapia de Ponta Porã), na Esfera Estadual. 02 Centro de Atenção Psicossocial, na Esfera Municipal. 1 Unidade de Atenção à Saúde Indígena, na esfera Municipal. 03 Polo Academia de saúde (Academia de Saúde de Ponta Porã), na esfera Municipal 01 (Central de Regulação do Acesso) Esfera Municipal. (Ponta Porã-MS, 2022, p. 36-37).

Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Regional de Ponta Porã é público, possui gestão estadual, em parceria com empresa privada. No mapa a seguir, apresenta-se a localização dos dois hospitais e das unidades básicas de saúde de Ponta Porã-MS.

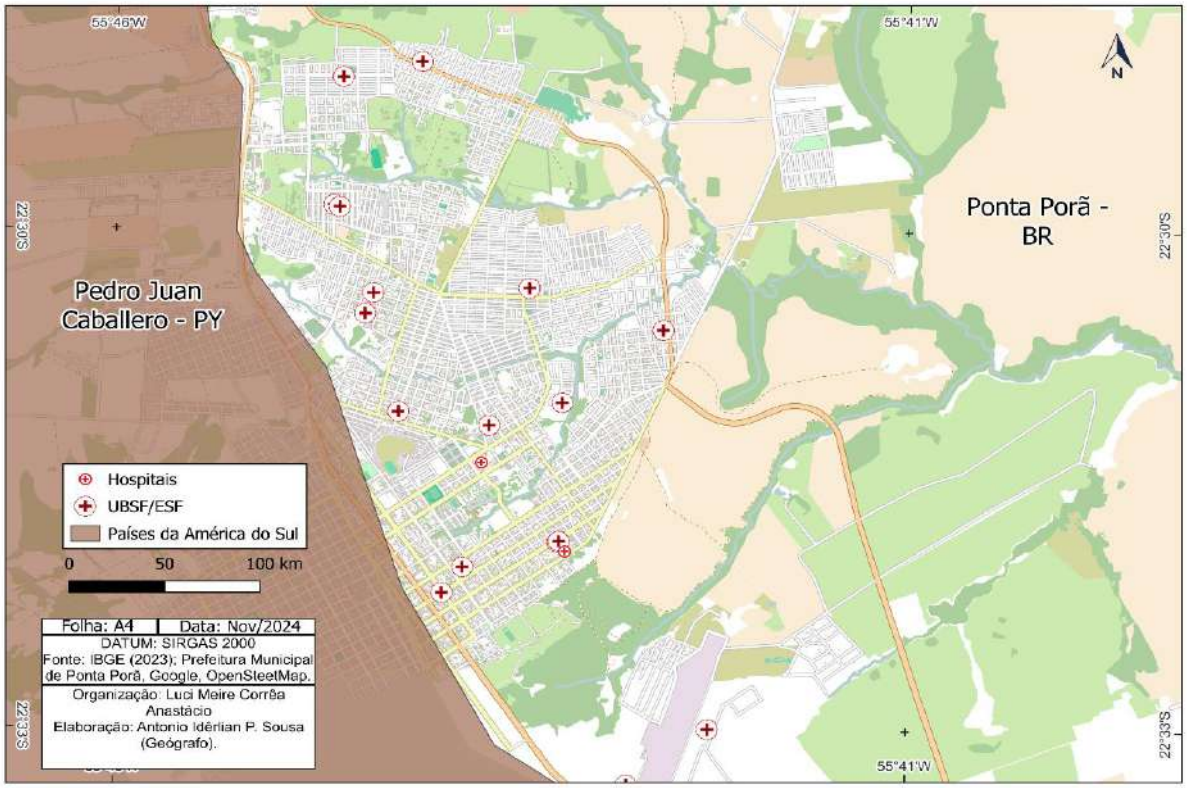
A distribuição das UBS's, segundo os usuários, é insuficiente, pois não conseguem atender nem a população do bairro em que se encontram. Os moradores reclamam de falta de médicos, além de não possuírem especialistas, somente no Centro Regional de Especialidade Dr. João Kayatt, localizado no centro da cidade. Entretanto, as pessoas ficam aguardando em uma longa fila de espera (Figura 15).

Ao analisar o mapa, constatam-se as seguintes estruturas:

- O município de Ponta Porã (MS) possui dois hospitais, representados pelo símbolo de cruz vermelha.
- As UBSs/ESFs (Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família) estão distribuídas por praticamente toda a área urbana, com maior concentração na região central e nos bairros mais populosos. Quantidade que foi questionada por alguns usuários, e também a falta de médicos com atendimento maior diário, pois o posto limita a dez atendimentos, que, pelo número de moradores de cada bairro, é insuficiente para atender aos que necessitam. O pedido da população é que tenha médico de plantão nos postos, principalmente no período diurno, mas também existe a necessidade de ter médicos plantonistas nessas UBS, no período noturno, pela distância que os pacientes precisam percorrer para receber atendimento de urgência e/ou emergência no hospital regional do município.
- Os hospitais estão localizados na porção norte e centro-sul da cidade, enquanto as UBSs encontram-se mais dispersas para facilitar o acesso da população aos serviços de atenção primária.
- Observa-se que as áreas periféricas contam com UBSs, reduzindo a necessidade de deslocamento até os hospitais para atendimentos básicos. Porém, o que a população observa e sente é a falta de médico disponível de plantão para atendimento.

- O mapa também evidencia a localização fronteiriça de Ponta Porã com Pedro Juan Caballero (Paraguai)**,** mostrando que os serviços de saúde estão inseridos em uma região de intensa integração entre os dois municípios.

Figura 15 – Localização dos Hospitais e das Unidades Básicas de Saúde de Ponta Porã-MS



Fonte: Anastácio e Souza (2024).

O mapa da Figura 15 mostra ainda que Ponta Porã possui dois hospitais e diversas UBSs/ESFs distribuídas pela área urbana. As unidades básicas estão espalhadas por diferentes bairros, ampliando o acesso da população à atenção primária à saúde, enquanto os hospitais concentram os atendimentos de maior complexidade. A distribuição dos serviços demonstra uma organização da rede de saúde voltada para atender os moradores em diferentes regiões do município.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde e com documentos oficiais do Governo de Mato Grosso do Sul, o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em Ponta Porã, é um hospital público pertencente à rede estadual, sendo referência no atendimento em toda a região. Sua administração é realizada por meio de um contrato de gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde e uma organização social (empresa/entidade privada sem fins lucrativos) responsável pelo gerenciamento operacional da unidade. Esse modelo caracteriza uma gestão

estadual em parceria com uma entidade privada, mantendo o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

2.5 Legislações da saúde pública do Paraguai

Analisam-se as legislações pertinentes ao Paraguai, quanto aos serviços de saúde. Em 1998, o então Presidente da República, Juan Carlos Wasmosy, e o Ministro, Andrés Vidovich Morales, revogaram o Decreto-lei n.º 2.001/36, com a promulgação do Decreto n.º 21.376/98. Esse decreto instituiu as novas diretrizes organizacionais do Estado paraguaio, instrumentalizando o Ministério de Saúde e Bem-Estar Social do país por meio da Constituição Nacional e do desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. As novas diretrizes deixavam evidentes a preocupação com as questões ambientais, com a saúde humana e o bem-estar social, além de esclarecer o papel do Ministério da Saúde Pública a respeito dos seus deveres em relação aos cuidados referentes à saúde (Paraguay, 2014).

Segundo Silveira e Silveira (2022, p. 8), o Ministério de Saúde do Paraguai "foi criado em 1936, por meio do Decreto-lei 2.000/36, de 15 de junho, e o Decreto-lei 2.001/36 estabeleceu a função da nova secretaria do Estado. Com anterioridade a essa data, todos os serviços de saúde eram providos e administrados pelo Ministério do Interior." Elas complementam ainda: "A criação deste ministério esteve associada às sequelas sanitárias produzidas pela Guerra do Chaco (1932-1935) (MSPyBS, 2017). Conforme aponta o Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social (2017):

> 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 (MSPyBS, 2017, p. 1).

No ano de 1998, houve a revogação do Decreto-lei nº 2.001/36 e começou a vigorar o Decreto-lei nº 21.376/98, estabelecendo uma nova organização funcional do Ministério, conforme os preceitos da Constituição Nacional.

De acordo com Silveira e Silveira (2022), o sistema de Saúde do país deve:

> Incluir os subsetores público e privado. O subsetor público está representado pelo Ministério de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), o Instituto de Previsión Social (IPS), a Saúde Militar, a Saúde Policial, a Saúde das Forças Armadas, a Universidade Nacional de Asunción, os serviços de saúde municipais e regionais

> como também os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá (OPS/OMS, 2007). (Silveira; Silveira, 2022, p. 9).

Na Constituição Nacional do Paraguai de 20/06/1992, consta sobre a saúde, estabelecendo que o Estado tem o dever de proteger e promover a saúde como direito fundamental da pessoa e da comunidade, conforme observado nos artigos 68 e 69:

> **ARTICULO 68 - DEL DERECHO A LA SALUD**
> El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.
> Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes.
> Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.
> **ARTICULO 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**
> Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado (Paraguai, 1992).

Os artigos 68 e 69, da Constituição Nacional do Paraguai, destacam o compromisso do Estado com a saúde pública e a criação de um sistema de saúde eficiente e acessível a todos os cidadãos. O artigo 68 trata do direito à saúde, estabelece a saúde como um direito fundamental de cada pessoa e um interesse prioritário para a comunidade. O Estado tem a responsabilidade de proteger e promover a saúde de seus cidadãos, garantindo acesso à assistência pública para a prevenção e tratamento de enfermidades. Em casos de epidemias, desastres ou acidentes, o Estado também assegura que ninguém seja privado dos serviços de socorro e atenção.

Dessa forma, o artigo contempla que todas as pessoas devem submeter-se às medidas sanitárias que o Estado dispõe, sempre respeitando a dignidade humana. Isto assegura que, em situações em que seja necessário implementar políticas de saúde pública, mantenha-se um equilíbrio entre o bem comum e o respeito aos direitos individuais.

O artigo 69, do Sistema Nacional de Saúde, ressalta a necessidade de um Sistema Nacional de Saúde que promova ações sanitárias integradas. O Estado deve fomentar políticas que permitam a coordenação e acordos entre os programas do setor público e privado, garantindo a complementação de recursos e esforços. A integração entre ambos os setores é chave para maximizar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde.

Ambos os artigos sublinham a importância de uma gestão coordenada e equitativa dos recursos de saúde, que assegure o acesso universal a serviços essenciais e uma resposta eficiente ante emergências sanitárias.

Flecha, 2003, pg. 318 *apud* Muller, 2005, p. 236-237, assinala a descentralização do Paraguai:

> (..) o Paraguay tiene – aún en el contexto latino americano – una muy fuerte tradición centralista y autoritaria. El concepto de descentralización se introdujo con la Constitución de 1992, que en su artículo 1 define a la República del Paraguay como "Estado de derecho unitario, indivisible y descentralizado...". La apertura democrática a inicios de los años 90 llevó a importantes avances en la descentralización política con la elección directa de los intendentes y gobernadores, pero hasta hoy "no están definidas claramente las competencias de cada nivel de gobierno, los recursos y menos aún… los mecanismos de relacionamiento entre las diferentes esferas gubernamentales" (Flecha, 2003:318 *apud* Muller, 2005, p. 236-237).

O Paraguai, como se menciona, tem tido uma tradição fortemente centralista e autoritária, algo que é notável inclusive no contexto latino-americano. Essa estrutura começou a transformar-se com a Constituição de 1992, na qual foi introduzido o conceito de descentralização, definindo o país como um "Estado de Direito unitário, indivisível e descentralizado".

No início dos anos 90, com a abertura democrática, houve avanços importantes na descentralização política. Um fato-chave foi a eleição direta de prefeitos e governadores, o que representou uma mudança significativa quanto ao poder e a representação em nível local e regional. Sem dúvida, apesar dos avanços formais no Paraguai, como indica Flecha (2003) *apud* Muller (2005), sobretudo, persistem problemas quanto à definição clara das competências entre os distintos níveis de governo e a distribuição de recursos e mecanismos de coordenação entre as diversas esferas governamentais.

Reflete-se sobre uma descentralização incompleta ou pouco efetiva na prática, que segue enfrentando desafios importantes para a plena implementação. A descentralização política desde os anos 90, as deficiências na clareza das responsabilidades e na articulação entre os níveis de governo limitam o alcance do processo. Na prática, as contradições entre os distintos discursos sobre a descentralização no Paraguai têm levado a situações ambíguas. (Muller, 2005).

Alum e Bejarano (2011) tecem avaliações sobre os objetivos dos artigos 68 e 69, da Constituição Nacional do Paraguai:

> El Artículo 68 de la Constitución Nacional del Paraguay reconoce el derecho a la atención de la salud para toda la población, mientras que el Artículo 69 señala como obligatorio el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que debe proveer servicios sin ningún tipo de discriminación y basado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social. (Alum e Bejarano, 2011, p. 5).

Alum e Bejarano (2011) enfocam o reconhecimento dos direitos à atenção da saúde para a população e a obrigatoriedade de estabelecer um Sistema Nacional de Saúde no artigo 69. Essa obrigatoriedade se concretizou em 1996, com a criação da Ley n.º 1032, de 27 de novembro de 1996, em que "Crea el Sistema Nacional de la Salud", em seu capítulo 2º, consta:

> El Sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad especifica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades, dentro del territorio de la República. (Paraguay, 1996).

O sistema de saúde mencionado no texto faz referência a um enfoque integral para distribuir de maneira equitativa e justa os recursos destinados à saúde pública no Paraguai, com base no marco estabelecido em 1996. Esse sistema busca estabelecer conexões tanto intersetoriais (entre diferentes setores, como o econômico, educacional e social) quanto intrasetorial (dentro do mesmo setor de saúde), promovendo uma coordenação entre as diversas instituições do país que se dedicam a atividades-chave no âmbito da saúde, como a promoção da saúde, a recuperação, a reabilitação e a prevenção de doenças.

O objetivo principal do sistema é assegurar que todos os indivíduos e comunidades do país tenham acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária, respondendo a necessidade de coesão e colaboração entre as entidades que atuam nesse campo. Trata-se de um modelo de gestão que reconhece a importância de uma atuação conjunta e em acordo, respeitando o papel de todas as instituições que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população por meio dos esforços na saúde.

O artigo 3º, da Lei paraguaia n.º 1.032/96, apresenta como prioridade primordial a prestação de serviços de maneira equitativa, oportuna e eficiente, sem discriminar nenhuma classe. O artigo 4º ressalta que o sistema operará mediante a oferta dos serviços de saúde dos subsetores públicos, privados e mistos. No artigo 6º, o Estado é responsável por manter a igualdade dos direitos e deveres dos cidadãos para o desenvolvimento do sistema.

A Lei 1032/96 não trata, nos seus artigos, a questão dos atendimentos na saúde pública, de imigrantes ou estrangeiros. Ela abrange somente os cidadãos com cidadania paraguaia, ignorando a diversidade de povos existentes no país e a diversidade existente em suas fronteiras.

Alum e Bejarano (2011) ponderam sobre o sistema de saúde do Paraguai:

> El Sistema de Salud del Paraguay (Ley 1032/96), mantiene un modelo fragmentado y segmentado, por sus características desde su origen será difícil lograr un sistema

> único, pero si ha sido reorientado desde la década de los noventa hacia un modelo mas funcional y desde 2008, hacia un “Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud”. (Alum e Bejarano, 2011, p. 2).

O sistema de saúde do Paraguai, regido pela Lei 1032/96, tem mantido, desde sua criação, um modelo fragmentado e segmentado, o que significa que diferentes instituições e atores do sistema de saúde operam de maneira independente, muitas vezes com duplicação de esforços ou falta de coordenação. Essa segmentação dificulta a criação de um sistema único e integrado, que abarque toda a população de maneira uniforme.

Desde a década de noventa, o sistema de saúde tem sido reorientado para um modelo mais funcional (Figura 16), onde o mapa destaca as localizações de hospitais, postos de saúde e unidade de estratégia familiar, de Pedro Juan Caballero-PY, demonstrando que o quantitativo de unidades de saúde é insuficiente para atender a população pedrojuanina, incluindo recursos financeiros e humanos, levando em conta o aumento exponencial daquela população.

Embora os gestores do Paraguai buscaram melhorar a eficiência e a cobertura dos serviços de saúde, esse esforço de reorganização alcançou um novo enfoque somente em 2008, quando o país adaptou um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária da Saúde (APS). Esse modelo se centra em oferecer uma atenção de saúde mais próximas às comunidades, com um enfoque preventivo, de promoção da saúde e atenção básica, facilitando o acesso e a equidade na distribuição de serviços.

Figura 16 – Localização dos Hospitais e Atenção Primária de Saúde – APS - de Pedro Juan Caballero-PY, em que o Hospital encontra-se no centro de Pedro Juan Caballero e os postos de saúde espalhados pelo município.



Fonte: https://www.mspbs.gov.py/donde-consulto-php (2024).

Com base na figura, é possível fazer a descrição espacial da distribuição do hospital e das Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), em Pedro Juan Caballero (PY). Desse modo, percebe-se que essa rede de serviços de saúde apresenta uma distribuição predominantemente urbana, acompanhando a malha viária e a área mais densamente ocupada da cidade.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UASS/APS) localizam-se relativamente bem dispersas pelo tecido urbano, formando uma cobertura territorial que busca atender diferentes bairros. Observa-se maior concentração de unidades nas porções central, leste e sudeste da cidade, enquanto as áreas periféricas, principalmente a oeste e noroeste, apresentam menor densidade de equipamentos de APS.

O hospital encontra-se localizado em uma posição central, inserido na área urbanizada e próximo ao principal eixo viário da cidade. Essa localização favorece a acessibilidade tanto para a população residente quanto para usuários provenientes de diferentes setores urbanos e da região fronteiriça.

A proximidade espacial entre algumas unidades de APS e o hospital sugere uma organização em rede, facilitando o fluxo de encaminhamentos entre os diferentes níveis de atenção. Entretanto, observa-se que parte das unidades se situa em áreas mais afastadas do

hospital, especialmente nas extremidades da malha urbana, como as já citadas zonas oeste e noroeste, o que pode representar maiores distâncias de deslocamento para os usuários.

Uma grande parte da malha urbana periférica de Pedro Juan Caballero aparece sem nenhuma cobertura de APS, bairros mais recentes e que foram criados sem a previsão de propiciar atendimento de saúde pública, ficando esses moradores isolados geograficamente dos serviços de saúde daquele município. O município está se expandindo e sendo constituído por diversos novos bairros, porém, sem estrutura de serviços de saúde necessária àquela população.

Outro ponto importante é a forte integração territorial com Ponta Porã. O hospital e várias unidades de APS localizam-se próximos à linha internacional, evidenciando a influência da condição fronteiriça sobre a organização da assistência em saúde e o potencial atendimento de uma população transfronteiriça.

Nesse aspecto, fez-se uma síntese da ocupação espacial dos serviços de saúde pública ofertados aos pedrojuaninos, como o hospital, com localização central e apresentando boa acessibilidade viária. A distribuição das UASS/APS está relativamente homogênea na área urbana, contudo, está formada prioritariamente no centro, leste e sudeste do município. Nas periferias oeste e noroeste, existem menor oferta de unidades de saúde.

Os equipamentos de saúde foram constituídos próximos à linha internacional, apontando para uma potencial integração funcional com a cidade contígua. Observa-se um padrão que favorece a cobertura da área urbanizada, apesar de persistirem diferenças na acessibilidade para moradores das zonas periféricas, mostrando-se necessária expandir a rede espacial de serviços públicos de saúde, no intuito de atender toda a população.

O enfoque da Atenção Primária da Saúde permite abordar os problemas de fragmentação ao melhorar a integração dos serviços e promover a cooperação interinstitucional, além de buscar melhorar a cobertura nas áreas periféricas, rurais e vulneráveis, fortalecendo os serviços no primeiro nível de atenção e melhorando o acesso a cuidados preventivos e básicos para toda a população.

Os autores Alum e Bejarano (2011) assinalam que o Instituto de Previdência Social (IPS) do Paraguai, que atende a população com emprego formal, atinge uma parcela menor da população:

> El IPS cubre a una pequeña proporción de la población (15,2% en 2008) vinculada al empleo dentro de la economía formal, su financiamiento proviene de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del estado. Cuenta con su propia red de prestadores de servicios. (Alum e Bejarano, 2011, p. 5).

O Governo Nacional do Paraguai focaliza o empenho para responder as demandas e variáveis diversas da população na questão da saúde. Entretanto, não contempla a diversidade real em seu território, como as instituições localizadas na fronteira, constituídas de cidadãos não nacionais, que esperam e merecem aceitação e tolerância, bem como de utilização de práticas específicas voltadas a esses fronteiriços que moram e trabalham em território paraguaio.

Assim, na percepção da pesquisadora, não foi visualizado nenhum interesse pelos gestores do Paraguai, nas legislações, em realizar ações voltadas à integração com a saúde brasileira, no território fronteiriço, cuja maior demanda beneficiada seriam os fronteiriços pobres que residem no Paraguai, sem documentação brasileira – os indocumentados –, para serem atendidos pelo SUS.

Buscou-se apresentar um panorama local, observando que o crescimento demográfico de Pedro Juan Caballero não acompanha a evolução da oferta dos serviços públicos de saúde, uma vez que foram visualizados bairros periféricos, assim como o meio rural sem tal cobertura.

Em Ponta Porã, a distribuição da oferta dos serviços públicos é mais abrangente, contudo, ainda é insuficiente, pela demanda de quem procura os serviços de saúde próximo à residência e dos indocumentados pobres, que não conseguem atendimento médico. Também há a limitação de vagas diárias e a falta de especialistas de diferentes áreas, com hospital concentrado no centro da cidade, demandando deslocamento dos moradores dos bairros e dos fronteiriços que usufruem tais serviços, uma vez que são direcionados a esse Centro de Atendimento de Especialidade Dr. João Kayatt, que possui fila de espera para receber atendimento.

As entrevistas e conversas informais ao longo de toda a pesquisa, apontam como procedimento metodológico desenvolvido por meio de realização e análise de entrevistas abertas, baseadas em observações vivenciadas no serviço público de Pedro Juan Caballero – PY, com gestor do hospital público da cidade e usuários da saúde pública daquela cidade.

Foram feitas também entrevistas semiabertas com gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã-MS/BR. Apresentam-se, outrossim, resultados de conversas informais com pacientes e moradores da fronteira. Em seguida, são apresentados os resultados das entrevistas realizadas, relatando as principais percepções vivenciadas, sentidas e percebidas, por gestores e moradores de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Neste estudo, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e alguns foram frutos de conversa informal com pacientes do hospital e moradores do Paraguai.

A pesquisa foi organizada e estruturada de maneira que se preferiu não revelar a identidade dos entrevistados, visto que o objetivo das entrevistas é analisar as gestões públicas das duas cidades e as experiências pessoais de alguns fronteiriços, portanto, estão identificados como “participante”.

As entrevistas foram realizadas no período do segundo semestre de 2024. Os entrevistados foram escolhidos por estarem respondendo pela atual gestão da saúde pública das duas cidades – Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Os pacientes e moradores fronteiriços foram escolhidos de modo aleatório, durante a pesquisa de campo, para garantir análises de gestão pública e de relatos de vivências e perfis diferenciados, sendo abordados e convidados a participar da pesquisa.

O Gestor do Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente”, do Paraguai, tem nacionalidade paraguaia, 37 anos, é médico e reside em Pedro Juan Caballero. Foi perguntado sobre a quantidade de hospitais públicos naquela cidade e ele respondeu que o município possui duas unidades, porém, um deles é de uso exclusivo de pessoas que possuem vínculo empregatício com carteira assinada (emprego formal), não atendendo o público em geral (sem emprego formal). O hospital em que o entrevistado é gestor atende o público sem vínculo empregatício, somente os paraguaios que possuem Identidade Nacional paraguaia, sendo o único documento solicitado no momento do atendimento médico. Quanto aos estrangeiros ou migrantes, são atendidos, segundo ele, na urgência e emergência, após estabilizado o quadro de saúde, o paciente é encaminhado ao país de origem.

Pedro Juan Caballero possui 14 postos de saúde, com atendimentos de atenção básica primária aos pacientes, odontológico, especialidade médica da Família, vacina, dentre outros atendimentos básicos.

Na entrevista com o gestor do Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente”, de Pedro Juan Caballero, foi perguntado sobre a disponibilidade de atendimento de atenção básica, como consulta, exames, internação, cirurgia, incluindo os atendimentos de média e alta complexidade, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hemodiálise, quimioterapia. Foi relatado, pelo entrevistado, que todos os pacientes têm acesso a esses tratamentos e exames e que o Paraguai oferece todos os procedimentos que a população necessita. Os pacientes que precisam de atendimentos médicos que não são possíveis tratar em Pedro Juan Caballero são encaminhados para Assunção, capital do país, sendo transportados, segundo o gestor do hospital, com recursos do governo.

Ao perguntar sobre pacientes que o hospital recebe para atendimento em Ponta Porã pelo hospital, a resposta foi que existe o procedimento de encaminhamento, por opção do

paciente paraguaio ou quem apresenta documentação brasileira é atendido e, depois de estabilizado o quadro de saúde, é enviado ao país de origem.

Na questão sobre existência de troca de informações de pacientes entre os municípios pelos gestores dos hospitais de saúde, foi respondido que existe prévia comunicação sobre o paciente encaminhado para o hospital brasileiro, ao responsável pela gestão do hospital, via telefone.

Em entrevistas informais com cinco pacientes e parentes atendidos no hospital daquele município, foi relatada a entrega da receita contendo todos os medicamentos necessários ao atendimento do paciente, incluindo soro fisiológico, agulhas, medicamentos, álcool, algodão, enfim, todos os produtos que serão utilizados para o tratamento médico. Se houver necessidade de cirurgia, a lista de produtos é muito mais extensa e onerosa, sendo solicitados todos os materiais a serem utilizados no momento da cirurgia.

Fez-se outras duas entrevistas informais com estudantes brasileiras que concluíram o curso de medicina no Paraguai, Juliana e Aline, com residência médica para conclusão do curso nesse hospital. Elas afirmaram que é usual o procedimento de solicitar a aquisição dos insumos necessários ao prosseguimento do tratamento do paciente, uma vez que o hospital não possui medicamentos disponíveis, nenhum material e que os familiares dos internados que devem trazer alimentação, pois o hospital oferece somente sopa, uma vez ao dia, e a família complementa trazendo outros alimentos.

Os familiares acompanhantes levam, segundo as estudantes egressas de medicina e os familiares de pacientes, colchões, cadeiras, todo tipo de material para ficar no hospital, oferecendo riscos de contaminação a todos nos quartos coletivos dos pacientes internados.

Percebe-se uma incongruência entre as falas do gestor do Hospital Regional “Dr. Anibal Leoncio Medina Valiente”, de Pedro Juan Caballero, e a realidade vivenciada retratada pelos pacientes, parentes e estudantes de medicina. Um exemplo é quando o médico gestor entrevistado diz que o hospital oferece todos os procedimentos necessários aos pacientes. Observa-se a postura do gestor do hospital em mascarar a realidade, possivelmente por ocupar cargo de confiança do governo nacional e se sentir inseguro em mostrar a realidade enfrentada pela população local.

Porém, o fato vivenciado pela população é mostrado inicialmente pela existência de inúmeras farmácias e laboratórios em frente a todos os hospitais e clínicas médicas públicas e privadas de Pedro Juan Caballero, sendo grande o movimento de familiares de pacientes entrando e saindo desses locais e, na sequência, pelas entrevistas dadas por familiares de pacientes, pelos próprios pacientes e pelas estudantes egressas de medicina, com residência

médica realizada nesse hospital. As legislações existentes no Paraguai estão muito aquém do vivido pela população. Existe uma distância entre as leis e o acesso à saúde pública de qualidade para o povo paraguaio.

Essa falta de estrutura no atendimento médico no Paraguai justifica a procura de atendimento nos postos de saúde e hospital brasileiro na fronteira, uma vez que a maioria dos fronteiriços residentes em Pedro Juan Caballero possuem dupla cidadania e, nesse momento, acionam a cidadania brasileira para ter direito ao atendimento médico. Os que não possuem documentação brasileira procuram também o atendimento, como exemplo, no caso das gestantes, que aguardam o momento de dar à luz para procurar o hospital brasileiro, que se vê obrigado a atendê-las, orientados pelos direitos humanos a não negar atendimento em caso de urgência e emergência.

Segundos familiares e pacientes entrevistados formal e informalmente, o serviço de saúde pública no Brasil é muito melhor e de forma gratuita, por isso, eles atravessam a fronteira buscando esse atendimento. Dizem ainda que confiam no serviço de saúde brasileiro, cujo atendimento e tratamento de qualidade é garantido e de forma gratuita. Muito embora, na saúde pública e privada brasileira, médicos paraguaios atendam nessas unidades, após terem sido aprovados no exame de revalida do Certificado do curso de medicina do Paraguai, facilitados aos profissionais por possuírem dupla cidadania, brasileira e paraguaia.

Do lado brasileiro, foi entrevistada, em 2023, a gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã, respondendo questões elaboradas voltadas ao atendimento da população fronteiriça. A gestora municipal de saúde é brasileira, tem 32 anos, possui graduação em Farmacêutica e Bioquímica, é mestra em Saúde Pública e reside em Ponta Porã.

Na questão sobre o hospital público, informou-se que o hospital é de gestão estadual. Quanto ao atendimento nos postos de saúde, são ofertados serviços como consultas, saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacina, curativos, visitas domiciliares, educação em saúde, encaminhamento para atendimento de especialidades. No caso de pacientes estrangeiros, sem documento brasileiro e sem cartão do SUS, realizam-se atendimentos de urgência e emergência e eles são orientados sobre a documentação, segundo ela, para dar continuidade ao tratamento.

A gestora informou que não existe troca de informações de pacientes entre os municípios. Quanto à questão de fronteira pouco evidenciada no PMS 2022-2025, ela informou que, na elaboração do próximo plano, colocará de forma mais evidente os pontos que necessitam de maior apoio pelo fato de ser região de fronteira seca.

Fica evidente a falta de integração dos sistemas de saúde das duas cidades, uma vez que, do lado paraguaio, as legislações não reconhecem moradores estrangeiros ou migrantes, direcionando os direitos somente aos nacionais, embora o serviço público seja pouco acessível e ineficiente, segundo os paraguaios. No entanto, existem alguns acordos binacionais locais da saúde, envolvendo a epidemiologia, como a dengue, cujos agentes sanitários fazem campanha de forma conjunta para eliminar os focos. Esse acordo tem sido realizado de forma positiva, com resultados eficientes para ambos os lados. Outro acordo existente entre as áreas de saúde é com relação ao Hemocentro local, cujo sangue necessitado de um lado do município é cedido para o município vizinho, confirmando uma integração nessa área, salvando vidas de maneira conjunta.

São acordos pontuais que fazem muita diferença para a fronteira, unindo esforços, mesmo que fragmentados, mas obtendo resultados que beneficiam ambas as cidades e toda a população fronteiriça. Deve-se dar continuidade a esses acordos em muitas outras áreas sociais, cuja população fronteiriça aguarda com esperança.

Do lado brasileiro, apesar de constar nas legislações o direito universal à saúde, os estrangeiros/migrantes ou os fronteiriços pobres indocumentados não são acolhidos, exigindo documentação brasileira e apresentação do cartão do SUS.

Percebe-se que a presença de fronteiriços indocumentados será tratada no próximo PMS, por meio da fala da gestora municipal de saúde, embora já tenha sido substituída por outras duas vezes, comprovando a alta rotatividades de gestores e funcionários. Contanto, que esses fronteiriços regularizem sua situação no Brasil, ficando os direitos humanos garantidos pela Constituição Federal de 1988, ainda a serem preservados e garantidos pela gestão municipal, uma vez que são tratados de forma diferenciada, ou seja, pela nacionalidade.

Dorfman e Rosés (2005) apontam que, a partir da instituição do Mercosul, busca-se mostrar a fronteira, que apresenta elementos comuns, dado que, segundo as autoras, os decretos instituídos verticalmente não contemplam adequadamente a realidade local, não atende às pautas descentralizadoras e as práticas de autonomia local.

No capítulo seguinte, tratar-se-á do fechamento da fronteira no momento do ápice de contágio do vírus de covid-19, fato inédito nessa e em outras fronteiras dos países do mundo, com seus desdobramentos locais, como as barreiras impostas pelo governo paraguaio em impedir a passagem do limite territorial, para fins laboral, familiar, social, educação, saúde, entre outros temas associadas à interação nas sociedades locais.

3 – PANDEMIA DA COVID-19 E O FECHAMENTO DA(S) FRONTEIRA(S)

> Para onde migramos se o mundo inteiro
> for afetado por riscos naturais e simultâneos,
> ou quando as desigualdades e a polarização
> política criam barreiras ao movimento de pessoas?
> (DUDH – 2021-2022, p. 61)

Neste capítulo, aborda-se a questão da pandemia covid-19, culminando no fechamento inédito dessa fronteira, a qual seguiu todas as fronteiras dos outros países do mundo nesse momento.

Em 2020, já nos primeiros meses, alastrou-se pelo mundo um novo vírus da covid-19, que ocasionou uma pandemia. A alta taxa de contaminação pela doença representou um grande risco à saúde da população, o que acarretou restrição da liberdade de ir e vir, em âmbito internacional, com o fechamento das fronteiras dos Estados. Tal situação originou um conflito entre dois direitos humanos que precisava ser resolvido: o direito interno (nacional) e o direito externo (internacional).

A liberdade de ir e vir é uma garantia fundamental da primeira geração dos direitos humanos e está previsto na Constituição Federal brasileira, no art. 5o, inciso XV: "...é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens". Vale ressaltar que tal garantia não é vista como fundamental apenas no direito interno, sendo de extrema importância para diversos Estados soberanos, afetando assim a relação não só de cada país de forma individual, como também as relações internacionais ligadas às fronteiras que demarcam cada território.

Em relação às fronteiras mencionadas acima, podem ser analisados diversos tratados internacionais que versam sobre o assunto, incluindo o Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Políticos, que, em parte de seu art. 12, n. 2 afirma: "Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país".

Ao considerar a necessidade da mobilidade transfronteiriça pelos fronteiriços, em especial, no momento de pandemia da covid-19, que precisavam buscar atendimento médico no município brasileiro, observa-se que não tiveram acesso naquele momento do fechamento devido à imposição de barreiras.

Como consequência da pandemia causada pelo vírus da covid-19, alguns países tiveram que adotar a medida do *lockdown.* Assim, as pessoas foram proibidas de sair de suas casas, salvo na necessidade de ir ao mercado, banco, farmácia, hospital e posto de saúde, por exemplo.

Todos os lugares com aglomeração de pessoas foram fechados e os cidadãos tiveram que permanecer em suas casas para evitar maior contágio do vírus, como recomendou a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, para melhor eficácia do controle da transmissão, alguns países fecharam as fronteiras, evitando circulação entre países.

Apresentam-se os desdobramentos resultantes da pandemia e do fechamento da fronteira, impedindo que os fronteiriços tivessem acesso ao serviço público de saúde de Ponta Porã, assim como não puderam receber os benefícios sociais liberados às pessoas com dificuldade financeira. Logo, ficaram sem remuneração e sem ter como se sustentar devido ao *lockdown* dos dois países e de quase todos os países do mundo.

Apesar dessas medidas irem contra o direito de ir e vir presentes na CF (1988) e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dispõe, no artigo 12, n. 12, alínea "c" sobre o dever de os países signatários prevenir e tratar doenças epidêmicas, nesse caso foco do estudo, foi pandêmica. Dessa forma, a fim de evitar o contágio da covid-19, o direito de ir e vir foi reduzido, evitando maior número de óbitos e assegurando a saúde de todos.

Na fronteira pesquisada, para a travessia de um país a outro (de uma cidade a outra) inexiste alfândega, nenhum tipo de impedimento. Era o que os fronteiriços acreditavam até 2020, uma vez que ocorreu o inimaginável pelos habitantes das cidades gêmeas, quando o governo paraguaio executou o fechamento e o cerceamento do trânsito usual entre as pessoas. Muller (2005, p. 579) corrobora afirmando: "Nestes espaços, inexistem, com frequência, fronteiras-barreiras já que há ação e interação dos agentes fronteiriços, estimulando dinâmicas específicas informais", portanto, considerada inviável algum tipo de ação como barreira, devido à extensão da fronteira seca até o surgimento do vírus da covid-19.

Ao observar do alto, visualiza-se uma única cidade, porém binacional. Cotidianamente, na linha divisória imaginária, ocorre passagem rotineira dos povos dessas cidades integradas numa só, local que não impera o caos, e sim um controle social, diplomacia popular, mas admite e alimenta a diplomacia oficial e o controle oficial. A fronteira em questão foi fundada sem barreira, viabilizando a passagem de pessoas, bens e serviços, portanto, existe como um ambiente urbano binacional constante de vida coletiva, marcada pelo contato e pelas possibilidades de integração.

O processo de ocupação e posterior urbanização ocorreu a partir da ocupação dessa linha fronteiriça, de forma que tanto as residências como as lojas comerciais foram sendo instaladas ao longo desse limite. Esse processo favoreceu a integração espacial e populacional entre os habitantes de ambas as cidades, aproximando os dois povos.

Na linha do limite internacional, cotidianamente, o movimento dos habitantes produz/reproduz a territorialidade do vivido, mas, também, as normas e controle do Estado-Nação. A fronteira em questão expressa um modo singular de produção do espaço, um espaço urbano binacional e local, produzido e reproduzido pelos encontros e desencontros da fronteira.

Os muros, cercas e barricadas sempre foram uma constante nas relações internacionais e nas delimitações de diferentes fronteiras pelo mundo. Algumas fotos dessa pesquisa evidenciam a materialização de cercas, barricadas, tambores, contenções de madeira e arame farpado, utilizados na fronteira Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY, em 2020, no evento da covid-19. Uma divisão incomum entre as duas cidades gêmeas, transformando a fronteira num novo "normal" questionado pela população: como ficariam as crianças das escolas? E o acesso aos serviços de saúde? O trabalho? A vida cotidiana? E a vida social? E as famílias dessas cidades? Tudo parou para a proteção da vida em todo o mundo, inclusive nessas cidades gêmeas, restando aos fronteiriços os desencontros e divisão territorial imposta pelo vírus da covid-19 e pelo fechamento da fronteira.

Ponta Porã pode ser considerada centro de ligação da fronteira internacional. Esse atributo é compreendido nos dias de hoje diante da interação econômica, social e cultural vivenciada pelos habitantes das duas cidades. Essas cidades são mescladas em diversos aspectos próprios à evolução particular: são interdependentes em muitos pontos, uma não pode ser entendida sem considerar a realidade da outra. Essa mescla de população, com sua história de formação, não pode ser desconsiderada.

Essa proximidade oportuniza uma série de inter-relações entre os moradores da fronteira. A fronteira física e o processo de conurbação exercem variadas influências e interações na população fronteiriça. Entre as cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero existe livre circulação de pessoas, bens e serviços, como já aludido. Não existem rios, nenhum impedimento natural ou criado pelo homem, inclusive sem alfândega, tal é a permeabilidade existente. No centro das duas cidades, existem vários marcos simbolizando a interação internacional das populações e a porosidade existente entre ambas. Na Figura 17, percebem-se alguns símbolos culturais, marcos e monumentos espalhados nas cidades, que reafirmam a importância e a necessidade de integração e união entre os povos, buscando relativizar as diferenças e o passado de guerras e conflitos.

Figura 17 – Símbolos culturais, de placa, monumento instalado em canteiro transversal da linha internacional e marco dos limites dos países Brasil e Paraguai.



Fonte: Anastácio (2026).

No trabalho de campo realizado para registrar os símbolos e marcos nessa fronteira, observa-se que foi feita pista de ciclismo ao longo da faixa de fronteira que ora fica do lado do Paraguai e ora do lado do Brasil (Figura 18). Ela promoveu a interação e melhora na qualidade de vida das pessoas, com espaço adequado para realização de atividades físicas, resultando em melhoria da saúde das populações das cidades gêmeas, proporcionado pela integração das gestões bilaterais. Inclusive, observa-se a retirada de alguns pontos históricos demarcatório para que a pista pudesse ser construída.

Figura 18: Marco demarcatório e pista de ciclovia, que perpassa dos dois lados do limite de fronteira, construída ao longo da faixa de fronteira (2026).



Fonte: Arquivo pessoal (2026).

É notório que os gestores dos dois lados, à época, estavam procurando construir área de lazer para ser utilizada por ambas as populações, para proporcionar saúde e bem-estar aos fronteiriços, de maneira funcional e integrada. Entretanto, no aspecto formal e institucional, a organização espacial das cidades gêmeas evidencia a disputa de acesso aos serviços sociais básicos para os habitantes fronteiriços. A mobilidade e a fluidez das pessoas em busca de acesso aos serviços públicos, como saúde, educação, e assistência social do lado brasileiro, desencadeiam desencontros, conflitos e diferenças.

O limite é percebido no acesso (ou não) aos serviços públicos oferecidos em Ponta Porã-MS (BR), uma vez que os paraguaios necessitam comprovar nacionalidade, residência e apresentar o cartão do SUS, com documentação brasileira, para terem direito a eles. Tal realidade demanda concepções e implementações de políticas públicas adequadas, de modo a atender a essas populações fronteiriças de acordo com suas particularidades. A existência da mobilidade denuncia que há algum tipo de interação entre as comunidades. Além de abarcar as necessidades e demandas dos fronteiriços, resultam em hibridismo cultural, social, econômico, de educação, e foco desse estudo, a saúde, também com alterações nas atitudes habituais e de padrões.

Nessa fronteira existe rede de solidariedade envolvendo os dois municípios e todos os fronteiriços. Abarca todas as áreas, trocando relações, contatos e serviços entre as pessoas, de forma solidária e empática, cujos indivíduos se ajudam em momentos específicos de alguma necessidade. Como exemplo, a indicação de vaga em emprego, pois normalmente são utilizados

grupos de WhatsApp, nos quais as redes são ativadas e distribuídas as informações, e, na medida do possível, busca-se solução para a solicitação. Todos, independentemente do país, se sentem bem em contribuir para dirimir as necessidades dos fronteiriços, seja quem for. Essas redes são utilizadas por meio social, como igrejas, clubes, amizades, parentes, lazer, trabalhos, enfim, onde existem pessoas, existe rede de relacionamento solidário.

Na saúde, as pessoas procuram se informar, com seus contatos, sobre a possibilidade de acesso, cujos fronteiriços ajudam como podem, sem discriminação nessas amizades. Interessante é observar que, em todos esses grupos e também em todos os meios sociais, estão inseridos brasileiros e paraguaios, que fazem parte dessas redes de relacionamentos e de solidariedade. Esse fato é muito comum, com entrosamento e beneficiamento para quem precisa de ajuda ou apoio em algum sentido.

Por isso, a maioria que procura por saúde é indicada pelos parentes e amigos próximos, que procure fazer documentos brasileiros, para si e para os filhos e filhas. Sempre existiram e existem essas redes para o beneficiamento das pessoas que não possuem documentos brasileiros e precisam utilizar os serviços públicos de saúde, viabilizando o acesso, muitas vezes, enviando para outros municípios, para dar continuidade ao tratamento, com indicação de vagas no local enviado.

Wessels, (1997) *apud* Nascimento e Banducci Júnior (2022) apreendem como há que se examinar o anacronismo presente nessa integração. A distância que separa as decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o lapso temporal até sua realização no lugar corroboram a existência dessas redes de solidariedade ao afirmar que esses mecanismos buscam a superação de problemas locais:

> As redes de solidariedade estão presentes nos mais diversificados contextos sociais, funcionando como mecanismos endógenos de superação de problemas gestados no cerne de sociedades marcadas por inúmeras desigualdades; principalmente as de caráter socioeconômico, que geram distâncias abissais entre os indivíduos. Grosso modo, essas redes congregam atores sociais que compartilham entre si, além da classe social, traços étnicos e identitários comuns, naturalidade, ocupação profissional, crenças religiosas, entre outras possibilidades (Wessels, 1997 *apud* Nascimento; Banducci Júnior, 2022, p. 6).

Os autores apresentam a ideia de que as redes de solidariedade nascem como desenhos de organização social criadas pelos próprios grupos para enfrentar problemas decorrentes das desigualdades, especialmente as socioeconômicas. Em outras palavras, essas redes funcionam como mecanismos internos (endógenos) de ajuda mútua e cooperação. Elas são formadas por pessoas que compartilham características em comum, como classe social, origem étnica,

identidade cultural, naturalidade, profissão, religião, território ocupado, como as cidades gêmeas, entre outros aspectos. O objetivo dessas redes é fortalecer os laços entre seus membros, promovendo apoio, troca de recursos, proteção e estratégias coletivas para superar dificuldades.

Santos (2007, p. 72) corrobora afirmando: “O entorno vivido é lugar de uma troca, matriz de um processo intelectual.”. Desse modo, o ambiente que uma pessoa vive é um espaço de interação e de troca de experiências, servindo como base para o desenvolvimento do pensamento, da aprendizagem e da construção do conhecimento.

Mondardo (2018, p. 41, grifo nosso) contribui com análise sobre movimentos e circulação de informações, denominando a constituição de “vida” aos fluxos fronteiriços: “Já a circulação (ou sistemas de movimento) permite à fronteira adquirir uma forma móvel, de mudança pelos circuitos de pessoas, mercadorias e **informações**. Estas conformariam as regiões de circulação e mobilidade, o que daria forma e “vida” às “fronteiras dos fluxos”. O autor continua cooperando, ao afirmar que “...pode, em certa medida, ser pensada como “zona camuflada em linha”, pois de relações transfronteiriças nessa fronteira baseada no intercâmbio de relações é notadamente marcante.” (Mondardo, 2018, p. 41).

Percebe-se ainda que essas redes de difusão da informação, composta por solidariedade, são estruturadas e mantidas com suporte de categorias socioafetivas e relacionais, apresentada como principal categoria a amizade, presente na constituição, manutenção e operacionalização dessas redes. Nascimento e Banducci Júnior (2022) abordam essas redes no serviço público da saúde:

> No caso das táticas engendradas para possibilitar acesso aos serviços de saúde aos indocumentados, a amizade é facilmente identificada; notadamente nas inter-relações estabelecidas entre os diversos funcionários das instituições de saúde de Ponta Porã, como médicos; enfermeiros; técnicos de enfermagem; motoristas e auxiliares administrativos. (Nascimento; Banducci Júnior, 2022, p. 6-7).

Facilmente, pode-se observar as tramas de redes que existem, em momentos pontuais e informais de profissionais da saúde, para viabilizar o acesso de fronteiriço indocumentado à saúde, como confirmação de amizades no recorte espacial.

Esses casos de atendimento deveriam ser contabilizados pela Secretaria de Saúde Municipal. Para objetivar o planejamento, com regularização desses atendimentos, os gestores poderiam utilizar esses dados para apresentar às esferas estadual e federal, a fim de que se cumpra o direito de o espaço fronteiriço alçar recursos com maior representação desse público real. Essa ocultação existente só mascara a realidade fronteiriça, conforme corroboram Nascimento e Banducci Júnior (2022):

> O acesso aos serviços pelos indivíduos partícipes das redes percorre caminhos complexos e nem sempre distinguíveis. Isso porque toda a operação envolvida demanda esforços no sentido de legalizar práticas tidas por ilícitas no âmbito do atendimento de hospitais e outras unidades de saúde no Brasil e no Paraguai. (Nascimento; Banducci Júnior, 2022, p.7).

Esse espaço implica concretização de direitos que são confundidos entre os lados da fronteira. Dessa forma, é necessária a ampliação da cidadania para além dos conceitos de nacionalidade, tornando-se comum os casos de brasileiros e paraguaios possuírem negócios e residências em ambos os lados da fronteira, o que cria também uma situação de interdependência familiar, econômica e social entre as duas cidades fronteiriças. O estudo dessas peculiaridades, nas quais ocorrem essas migrações pendulares, torna-se essencial para a compreensão dos efeitos e eventuais problemas enfrentados nesse recorte espacial.

No caso específico da saúde, é comum que muitas famílias paraguaias utilizem os serviços oferecidos pelos postos de saúde e hospital brasileiro em busca de oportunidades de atendimento, que, segundo os fronteiriços paraguaios, proporcionam serviços de melhor qualidade, com direito a medicamentos gratuitos (caso a farmácia municipal tenha disponível), exames, vacinas, entre outros. Para conseguir efetuar o atendimento da saúde, os paraguaios comprovam que eles possuem nacionalidade brasileira ou são atendidos na urgência e emergência do hospital, sem necessidade de comprovação de nacionalidade.

É o caso do senhor Venâncio, que possui dupla cidadania. Ele relatou que reside em Sanja Pitã, distrito de Pedro Juan Caballero, porém, quando precisa de atendimento médico, vai no posto de saúde de Sanga Puitã, distrito vizinho de onde mora, pois considera o atendimento dos médicos e equipe do posto de saúde melhor que em Pedro Juan Caballero. Ele informa que o atendimento é muito bom, inclusive é orientado a tomar as vacinas, quando necessário, e que os medicamentos são ofertados pelo SUS. Ele tem problemas de pressão arterial alta e diabetes, e faz acompanhamento médico constante.

A senhora Andreia tem três filhos, mora em Pedro Juan Caballero, e é diarista em Ponta Porã. Ela relatou que conseguiu tirar documentação brasileira, com intermediação de uma patroa brasileira, e registrou os filhos no Brasil. Andreia também possui documentação paraguaia, mas utiliza documentos brasileiros para os filhos estudarem em Ponta Porã. Ademais, a família utiliza os serviços de saúde pública do Brasil, porque, segundo ela, os médicos são melhores, atendem mais rápido, pois, pegando ficha no posto de saúde ou em caso de urgência, ela vai ao hospital regional para receber atendimento. No Brasil os profissionais

são mais atenciosos, de acordo com ela, e consegue receber vacinas e medicamentos da farmácia do posto de saúde.

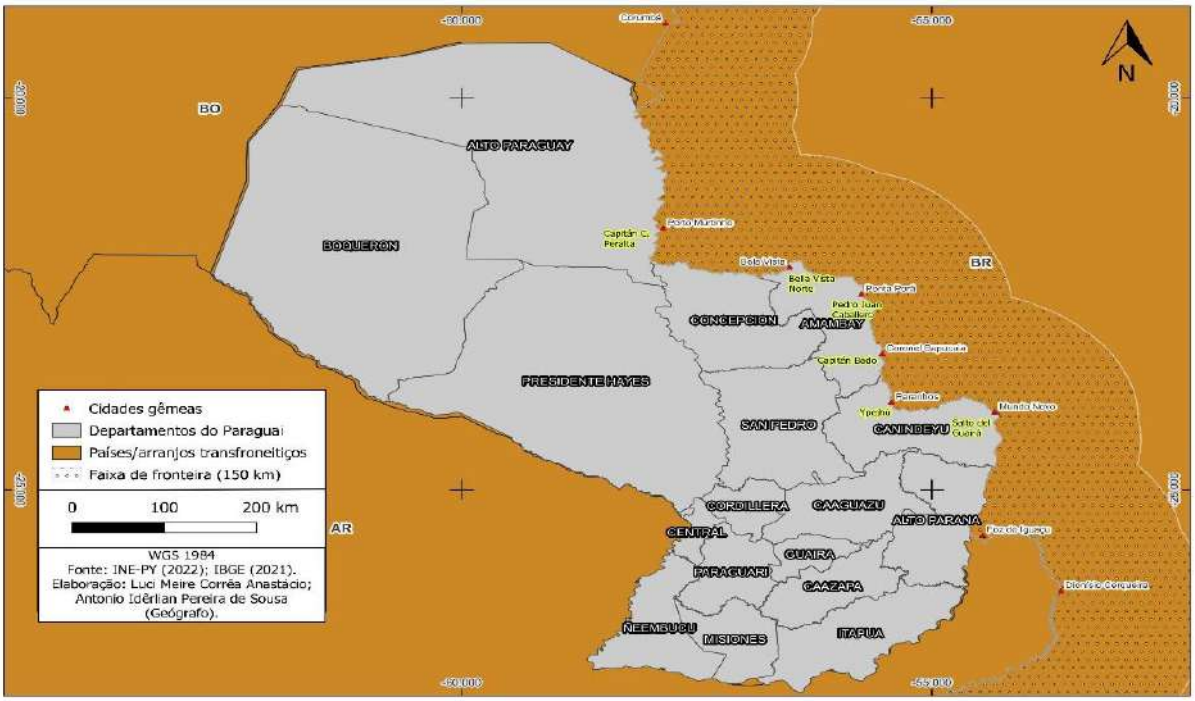
No ano 2020, no âmbito do Mercosul, um dos fatores a ser considerado foi a questão da migração, que, em contexto de pandemia, atinge diretamente a mobilidade humana, a qual sofre os impactos nos mais diferentes campos, desde o fechamento da fronteira, assim como acesso aos serviços de saúde, restrição às atividades laborais e não concessão de auxílios financeiros pelos governos.

Dessa forma, os migrantes são os maiores prejudicados em um evento de pandemia, tornando visível a vulnerabilidade em que se encontram, em especial, os moradores do território paraguaio, mais especificamente de Pedro Juan Caballero, por ter grande maioria de pessoas trabalhadoras autônomas no comércio local, não possuindo direitos trabalhistas garantidos e ficando, assim, desprotegidos.

Ao reconhecer os limitados recursos na saúde, o Paraguai agiu mais prontamente no fechamento das fronteiras, motivo pelo qual as restringiu de forma mais severa. Evitou a entrada até mesmo de seus cidadãos justamente pela ameaça de portarem o vírus, uma vez que houve o aumento dos casos de contaminação, na época, e com vítimas fatais no Brasil. Em algumas fronteiras do Paraguai, os cidadãos precisavam cumprir quarentena para só depois de confirmado a inexistência do vírus em seus corpos poderem retornar.

O Paraguai possui doze arranjos transfronteiriços (onze de fronteira binacional e um de fronteira tríplice, entre Argentina, Brasil e Paraguai). Assim, estabeleceu restrição da mobilidade, instalando, em Pedro Juan Caballero, pontos de controle na fronteira seca, incluindo valas de 250 metros, guardas nacionais, arame farpado, tambores, pneus, justificada pela fragilidade do sistema de saúde em todo o país, conforme (Figura 19)

Figura 19 - Paraguay, apresentando as cidades gêmeas internacionais, fronteira com o Brasil



Fonte: Anastácio e Souza (2026).

O mapa da Figura 19 está representando as cidades gêmeas do Paraguai que fazem divisa com o Brasil, entre elas, Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, objeto deste estudo. São pares de cidades que compõem o arranjo transfronteiriço entre esses países.

Santos (2007, p. 137) aponta que "O território, pela sua organização e instrumentação, deve ser usado como forma de se alcançar um projeto social igualitário". Desse modo, o desacordo dos governos fronteiriços entre Paraguai e Brasil, apontado na desintegração dos sistemas públicos de saúde, tornou a transgressão e a informalidade maneiras básicas de sobrevivência, atitudes que já ocorriam mesmo antes do fechamento, cujas formas rebeldes de se contrapor à norma estabelecida afiançam uma modificação estrutural. Santos (2007, p. 79) afirma sobre as normas estabelecidas: "Sob o ângulo formal, a organização maior é, teoricamente, o conjunto de normas legais, estabelecidas pelas diversas instâncias políticas, desde a Constituição, que é a lei das leis, até as posturas municipais.".

Isso implica constatar que, segundo Oliveira (2015), quanto mais próximo da *rege fine* de uma cidade, mais hábeis serão seus instrumentos socioespaciais para absorver configurações (ou reconfigurações?) rebeldes. Todavia, mais rebelde se tornará uma cidade fronteiriça quanto mais conexão estiver de outra cidade, doutro lado do limite.

Nesse sentido, Oliveira (2013) analisou a afirmação de Claude Raffestin quando afirmou que fronteira é lugar de ordem e desordem. Também assim deve ser o pensamento: desregulamentar um pensamento e substituí-lo por outro, altamente subversivo, portanto, fronteiriço." (Oliveira, 2013, p. 11).

Muller (2005, p. 582) ressalta: "Em se tratando de Mercosul, o discurso integracionista é forte. Porém, como nos demais blocos econômicos, está pautado em acordos econômicos". Complementa ainda a autora que, se a ideia é alcançar êxito em um processo que vise à integração entre os povos, fortes alterações deverão acontecer e, para avançar, será necessário alcançar outras matrizes, além dos acordos econômicos, devendo abranger o social e cultural para ser configurado como um verdadeiro processo de integração (Muller, 2005, p. 582).

Euzébio (2014, p.13) observa o descompasso ocorrido na integração nas decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o tempo de sua realização no lugar a que se destina, afirmando: "...há que se examinar o anacronismo presente nessa integração, em função da distância que separa as decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o lapso temporal até sua realização no lugar". Nesse mesmo sentido, Dorfman (2005, p. 233) corrobora o pensamento acima ao descrever que "O descompasso entre a política nacional e a realidade local pode ainda ser atribuída à marginalidade da região, na medida em que a lógica legal corresponde mais às demandas dos centros políticos e culturais dos países".

Na tentativa de encontrar soluções para enfrentar os desafios apresentados na fronteira, diante da distância da legislação e da concretização de ações, a comunidade fronteiriça se (re) unem para efetivar ações conjuntas, buscando soluções reais em diferentes áreas, envolvendo, por exemplo, a governança transfronteiriça, como se verá a seguir.

3.1 Possibilidades de governança transfronteiriça

Essa dinâmica fronteiriça existente oscila entre o ideal e real, apresentando uma distância contida na idealização das legislações da realidade vivenciada pelos fronteiriços. Assim, a população sugere aproximação por meio de governança transfronteiriça que, inclusive, já existiu e existe em alguns espaços/tempos específicos.

Entende-se por governança transfronteiriça um governo que abarca a instituição pública, setor privado e comunidade local, podendo abranger variados setores de uma região, na qual as ações são idealizadas e efetivadas por senso comum. Dessa maneira, os partícipes têm vez e voz de opinar e agir, em consonância com acordos firmados. Possui também envolvimento de

vários setores interessados em resolvê-los e, para um resultado com maior eficácia, quanto maior o envolvimento, maior será o alcance e precisão desses resultados buscados.

Krüger (2019, p. 30) compreende que a governança transfronteiriça tem sido percebida como a necessidade de coordenação de políticas ou de gerenciamento de interdependências transfronteiriças para o alcance de melhores resultados. A autora analisa que as definições de governança transfronteiriça foram forjadas principalmente nas últimas duas décadas, tendo essenciais influências da raiz teórica dos constructos relativos aos vocábulos fronteira e governança, pois, se esses conceitos têm uma polissemia problemática, permitirá que a junção abarque interpretações infinitas (Dupeyron, 2017). O termo fronteira, segundo Krüger (2019), descreve conflitos de entendimento associadas à expressão de seus

> três usos principais: fronteira territorial, que podem ser estendidas como limites através dos quais o Estado soberano exerce exclusão", fronteira organizacional, referindo-se às "condições de adesão", tais como mercado de trabalho, mercado financeiro etc., e por fim, fronteiras conceituais que se referem à noção de pertencimento e identidade". (Krüger, 2019, p. 85).

Em outras palavras, a autora mostra que as fronteiras não são apenas linhas no mapa; elas também podem funcionar como mecanismos de inclusão e exclusão em instituições e na construção das identidades sociais.

Em relação ao termo governança, em levantamento apresentado por Dupeyron (2017) *apud* Krüger (2019), pontua que proporciona usos empíricos e teóricos, muitas vezes, abstratos. Como um conceito teórico abstrato, governança é associada aos processos de organização e coordenação; já os usos empíricos de governança referem-se à mudança das práticas organizacionais, ou seja, de uma maneira ampliada, regular questões e resolver problemas coletivos.

A autora ainda apresenta três categorias críticas generalizadas ao termo, que repercutem um significado vazio:

> - Não se apresentar as características que definem a governança, sua abordagem institucional e política;
> - Dificilmente desafiar questões de poder, distribuição e conflito;
> - Levar a uma completa despolitização, por não ser apenas política, mas também que há governança sem governo, pois a implementação consensual de uma política/estratégia geralmente requer persuasão. (Bevir, 2012; Mayntz, 2004; Offe, 2009 *apud* Dupeyron). (Krüger, 2019, p.85-86).

Embora o termo governança transfronteiriça seja contemporâneo, está sendo construído há muitas décadas, principalmente entre os Estados europeus, segundo Krüger (2019), onde a

governança se deu como “um prolongamento das alianças firmadas durante a Segunda Guerra Mundial”, visando à consolidação da paz e tranquilidade entre países que possuíam fronteiras naturais ausentes (Henrichs; Meza, 2017, p. 126) e que estariam endividados e deteriorados pela guerra (Zumbuschi; Scherer, 2015).

A Alemanha foi um dos países que tomou iniciativa. Na intenção de constituir imagem positiva no pós-guerra, proporcionou a primeira reunião, em 1958, e várias outras para a formação das regiões europeias, denominadas *euroregions* (Mikhailova, 2014; Svensson, 2015). Assim, influenciou mundialmente a formação de blocos econômicos e o início de um processo de mudança nos tratamentos dos governos centrais em relação à fronteira. Krüger (2019) complementa que o surgimento da governança transfronteiriça tem como resultado esse processo evolutivo, essencialmente, da função da fronteira, que passou a ser reconhecida como um lugar “onde os contatos podem florescer”.

Espírito Santo e Voks (2023) corroboram a gestão compartilhada da saúde pública para as zonas de fronteira. Propõem uma nova leitura teórico-analítico para os estudos da governança da saúde pública, afirmando que a covid-19 reacendeu a importância da gestão compartilhada binacional, tanto para o combate quanto o controle de doenças na fronteira, como estratégia capaz de articular diferentes atores diante de um objetivo comum.

A implementação da governança e sua prática no SUS ainda precisa ser fortalecida com discussão e definição das estratégias de saúde pública, que ainda são centralizadas (no Estado) e “pouco diálogo/inclusão é realizado com os atores que atuam no território, no defronte com o problema, responsáveis por organizar ações e serviços de saúde na localidade.” (Espírito Santo; Voks, 2023, p. 2).

Esse obstáculo tornou-se ainda mais evidente durante a gestão da pandemia de covid-19. Ao analisar a condução das ações realizadas pelo governo federal brasileiro, observa-se que a má gestão foi marcada por atitudes irresponsáveis e por decisões amplamente criticadas. Como exemplo, destacam-se as mais de 700 mil mortes registradas no país, segundo dados do Ministério da Saúde – covid-19 no Brasil (2025), e o processo de vacinação em massa foi permeado por episódios de negligência.

3.2 Possibilidades e limites da governança transfronteiriça: exemplos de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

Como um dos exemplos de governança transfronteiriça, apresenta-se o SIS-Fronteira, com início em 2005 e encerramento em 2014, com acordos bilaterais, sinalizando o fim das parcerias devido à acentuada assimetria, unilateralidade e falta de apoio do país vizinho.

Nessa realidade concreta de governança transfronteiriça, o programa SIS-Fronteira surgiu como possibilidade de construir uma aproximação no acesso aos serviços de saúde das cidades-gêmeas (Costa *et al*., 2020; Amaral e Prado, 2013; Borges e Silva, 2010; Soto *et al*., 2020; Pereira, 2013; Oliveira e Oliveira Neto, 2010). Destaca-se a descrição da trajetória do programa SIS-Fronteira, na visão de Soto *et al*. (2020):

> Atendendo a essa realidade, o Ministério da Saúde criou, em 2005, o Programa Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS – Fronteiras) que visava fixar uma compensação financeira aos municípios da fronteira internacional que recebem pacientes dos países vizinhos e melhorar o atendimento à população (BRASIL, 2005). Isso deu início a um novo capítulo para as políticas de saúde em cidades fronteiriças. O programa baseava em ações de diagnóstico de saúde nos municípios lindantes e no planejamento de acordos de cooperação entre os países fronteiriços, porém o repasse recebido pelos municípios de fronteira foi considerado, por estes, insuficientes para o cumprimento das ações propostas. Em 2014, o SIS-Fronteiras concluiu a implementação das ações previstas anteriormente e o repasse de incentivo financeiro aos municípios de fronteira. (Brasil, 2014). (Soto *et al*., 2020, p. 90-91).

Assim, para o desenvolvimento de acordo(s) de compartilhamento de governança transfronteiriça, busca-se olhar para a fronteira como espaço de interação. Deve-se observar a inexistência da cooperação nas relações institucionais, visto que nela a convivência dos indivíduos ocorreria de forma a complementar a interação, nos diversos níveis sociais, mantendo as identidades desses indivíduos de cada lado da fronteira.

Um outro exemplo foi a implantação do Programa de Escolas Interculturais de Fronteira (PEIF). Nele, o Mercosul buscou atender e tornar viável algumas ações voltadas para a fronteira, como também o Setor Educacional do Mercosul (SEM), reconhecendo a inserção de alunos estrangeiros dos países limítrofes. Esses acordos eram realizados pelos Ministérios de Educação dos dois países.

Outro exemplo foi a inauguração do Parque Tecnológico Internacional (PTIn), em Ponta Porã-MS, no ano de 2026, idealizado para atender os dois países, das duas cidades fronteiriças. Com o intuito de integrar conhecimentos, conta, juntamente com o Centro de Cultura, Empreendedorismo, Inovação e Memória do Tereré (CEIMPP), e vem se consolidando como uma das mais importantes iniciativas de desenvolvimento humano, social e econômico de Ponta Porã e região.

É evidente a ausência de acordos de governança transfronteiriça na área da saúde pública. Existem entraves burocráticos e legislativos em relação a ações, apontando para uma

simetria dos serviços de saúde, exceto alguns acordos pontuais e informais, como da epidemiologia, do Hemocentro, por exemplo. São parcos espaços em que as equipes de saúde entram num consenso de trabalharem em conjunto, dada a assimetria dos planos de saúde dos dois Estados-nação, Brasil e Paraguai.

Ponta Porã fez revisão e atualização do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, instituído pelo Decreto nº 8.924, de 16 de julho de 2.021, que "Institui e aprova a revisão e atualização do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos do Município de Ponta Porã e dá outras providências.". No Art. 1º, "Fica instituída e aprovada a revisão e atualização do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos do Município de Ponta Porã, elaborado nos termos da Lei n º12.305, de 2 de agosto de 2010, em consonância com a Lei Complementar n º 201, de 10 de dezembro de 2020."

O município de Ponta Porã também publicou, no mesmo Diário Oficial Municipal, o Decreto nº 8.925, de 16 de julho de 2.021, que "Institui e aprova a revisão e atualização do Plano Municipal de Saneamento Básico do Município de Ponta Porã e dá outras providências.". No art. 2º:

> Para efeitos deste Decreto, considera-se saneamento básico o conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais que contemplam os seguintes sistemas:
> I. Abastecimento de água potável;
> II. Esgotamento sanitário;
> III. Limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
> IV. Drenagem e manejo das águas pluviais urbanas.

Pereira *et al*. (2020) abordam esse assunto como muito relevante, que atinge as cidades de fronteira e o saneamento básico. Afirmam ser um risco à saúde pública e que merece atenção:

> Dentre os aspectos de interesse da saúde pública na região de fronteira, o saneamento básico é um dos aspectos que mais merece a atenção. O risco à saúde pública está ligado a fatores possíveis e indesejáveis de ocorrerem em áreas urbanas e rurais, e que podem ser minimizados ou eliminados com o uso apropriado de serviços de saneamento (Brasil, 2018). (Pereira *et al.*, 2020, p. 2).

Ao abordar o mesmo assunto, em entrevista com o responsável pelo Parlin, em Ponta Porã, o Vereador Agnaldo Pereira Lima disse que um dos temas tratados entre os vereadores de Ponta Porã e consejales de Pedro Juan Caballero tem sido demonstrar a necessidade de planejamento daquele município, no sentido de ampliar o saneamento básico, coleta de lixo e oferta de água tratada, para reduzir os índices alarmantes, segundo ele, de diarreia em crianças

e adultos, que são tratados na saúde pública de Ponta Porã. Esse fator já foi apresentado no documento GeoPontaPorã, em 2005:

> A saúde pública, numa região de fronteira, apresenta especificidades que devem merecer atenção especial das instâncias públicas. Elas originam-se tanto do número de pessoas que demandam por serviços de saúde, como igualmente pelo princípio de que as doenças, em especial as infectocontagiosas, não respeitam os limites de fronteira internacional, requerendo desta forma, que todo e qualquer planejamento, principalmente de ações preventivas, considerem estas particularidades. (Perspectivas para o meio ambiente urbano (GeoPontaPorã, 2005, p. 59).

O documento ainda considera que "as doenças infecciosas e parasitárias estão intimamente relacionadas com a qualidade da água consumida e com o saneamento". (GeoPontaPorã, 2005, p. 60). Concorda-se com Castañeda e Herrera (2020, p. 55) quando afirmam que "...Este es el caso de la disponibilidade, accesibilidad, continuidade y referencia de los datos em salud y áreas relacionadas".

Essa realidade de escassez de saneamento básico, coleta de lixo e oferta de água tratada tem sido abordada devido ao número elevado de habitantes que não possuem esses serviços públicos, essenciais para garantia de saúde da população pedrojuanina. A possível solução é apresentada por Pickenhayn (2020, p. 40): "En el primer caso, mejorando la cantidad, calidad y disponibilidad de servicios de salud; en el segundo, dotando de agua potable y saneamiento y generando accesibilidad más eficientes."

O autor acentua ainda: "A pesar de los adelantos en las tecnologías de la información y la comunicación, paradójicamente, en nuestros países, se encuentren en su mayor parte vetados para el análisis e interacción con ciencias como la economía, las ciencias sociales o la geografía." (Pickenhayn, 2020, p. 56).

É assunto recorrente nas escolas brasileiras, pelos alunos, pais, professores e funcionários que residem em Pedro Juan Caballero, a discussão sobre essa deficiência sanitária, há anos, sem perspectiva de mudança pelos gestores daquele país.

Não se encontram, no site oficial do Paraguai, índices que apontam investimentos em serviços de saneamento básico. Pickenhayn (2020) discute sobre as limitações de dados do Paraguai e falta de transparência:

> Desde la perspectiva crítica, un ejemplo de las limitaciones del sentido epistémico de la epidemiología clásica es el desperdicio de millones de datos que cotidianamente se convierten en datos "negros", ya que quedan sin sentido de ser producidos pues quedan sin analizar ni formar parte de los sistemas de toma de decisiones, y esta situación empeora cuando no son "abiertos" ni transparentes (Pickenhayn, 2020, p. 56).

Os moradores de Pedro Juan Caballero relatam a carência de serviços públicos dos bairros periféricos, principalmente. Descrevem a falta de coleta de lixo, esgoto, fornecimento de água tratada, asfalto. Sobre o lixo residencial, os moradores contam que cavam buracos e enterram o lixo ou acumulam e colocam fogo, por exemplo. Eles procuram alternativas, apesar de não ser ideais para o meio ambiente, como o destino do lixo produzido pelas famílias.

Outra questão é a existência de fossas sépticas. Estas, muitas vezes, ficam próximas ao poço de água utilizada para consumo da família, causando contaminação dessa água, que também não é tratada, para ser utilizada no consumo humano e animal. Esses fatores resultam em diarreia e males infectocontagiosos. Assim, os cidadãos buscam tratamento nos postos de saúde e hospital de Ponta Porã, quando possuem documentação brasileira.

O estudo do GeoPontaPorã (2005) aborda a necessidade de integração dos serviços públicos de saúde:

> Alguns aspectos referentes aos nascimentos precisam ser destacados, entre eles a condição de saúde dos nascidos vivos. A situação de prematuridade, ou seja, o nascimento antes de completados os nove meses gestacionais, implica no acompanhamento médico específico. As razões que levam ao parto prematuro ou com baixo peso ao nascer são de naturezas diversas, principalmente na situação de fronteira. É preciso considerar que o atendimento à população paraguaia é uma constante em Ponta Porã, deduzindo-se que as citadas informações podem estar incluindo esta realidade. Em segundo lugar, as ações de controle e acompanhamento pré-natal podem melhorar os indicadores, mas é preciso que as gestantes paraguaias também as atendam (GeoPontaPorã, 2005, p. 61).

Relevantes esses exemplos da existência de governança transfronteiriça para (re) afirmar a sua importância nesse recorte espacial. Também a ausência da governança transfronteiriça traz prejuízos enormes à saúde, principalmente dos fronteiriços pobres indocumentados, demonstrando que se deve olhar e viver a fronteira como possibilidades e oportunidades, e não como separação ou exclusão, para o alcance da qualidade de vida, que é direitos de todos.

Volta-se a analisar a pandemia com os descompassos e divergências apresentadas, possivelmente pela falta de governança transfronteiriça na área de serviços públicos de saúde. Essa aproximação entre as cidades se tornou um desafio, durante a pandemia, com legislações dos dois países em relação ao fechamento da fronteira na pandemia, como ver-se-á a seguir.

3.3 Legislação dos países para a fronteira na pandemia

Os fechamentos de fronteira na região foram realizados por medidas restritivas e emergenciais adotadas pelo governo paraguaio para conter a disseminação da covid-19. O trânsito transfronteiriço nessas áreas passou por diversas restrições sanitárias. Embora essas medidas tenham impactado a rotina, o comércio local e o turismo, o tráfego de carga e os serviços essenciais foram mantidos com regras de biossegurança ao longo da pandemia.

Foto 20 – Barreiras e a passagem, quando autorizada pelos guardas nacionais, com a devida desinfecção dos veículos que eles faziam, antes da permissão (2020).



Fonte: Anastácio (2020).

Na questão do livre trânsito de brasileiros e paraguaios, especificamente na fronteira pesquisada, no contexto de pandemia de covid-19, ocorreu um ostensivo controle e exercício de vigilância constante pelo governo paraguaio, por meio do Decreto n.º 3.442, de 9 de marzo de 2020, do Ministerio de Salud pública y Bienestar social de la Presidencia de la República del Paraguay: “dispone la implementación de acciones preventivas ante el riesgo de Expansión del Coronavírus (covid-19) al território nacional”.

Figura 21 – Barreiras física e humana, de contenção na fronteira entre Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY) na pandemia de covid-19 (2020).



Fonte: Anastácio (2020).

Na Figura 21, são apresentadas as barreiras físicas, com pneus e faixas delimitadoras, além da barreira física, com a ostensiva guarda nacional, que coibia todo e qualquer atravessamento dos dois lados da fronteira.

Referente ao fechamento de fronteiras no Brasil, foi editada a Portaria n.º 204, de 29 de abril de 2020: "Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa."

A Figura 22 contém uma foto tirada um dia antes do fechamento da fronteira, em março de 2020, em que o Intendente (Prefeito) José Carlos Acevedo foi à prefeitura municipal de Ponta Porã, juntamente com seus assessores e toda imprensa local, para negociar o fechamento da fronteira com o então prefeito Hélio Peluffo Filho. No entanto, o prefeito não tem autonomia de fechar, na escala municipal, dado que os atos a serem executados necessitam passar pela escala estadual e federal. Na escala municipal de Pedro Juan Caballero, o Intendente já havia recebido instruções para as ações de fechamento e isolamento da escala nacional de seu país. O Governo Nacional do Paraguai já havia, inclusive, enviado militares do exército para executar o fechamento, apesar da discordância da Governación del Amambay, da escala departamental (estadual). Porém, o intendente acatou as instruções do governo nacional para a execução dos atos de fechamento e isolamento social no limite fronteiriço.

Esses dois prefeitos foram os melhores prefeitos para as duas cidades, na visão da maioria dos fronteiriços, conforme dois exemplos, dos muitos relatos ouvidos nos trabalhos de campo. Um morador de Pedro Juan Caballero, senhor Amâncio, trabalhador autônomo, quando reflete sobre o desenvolvimento visível de sua cidade, com o intendente da época em que

ocorreu a pandemia, em 2020, e pondera também sobre a evolução de Ponta Porã, principalmente no setor da saúde, em que ele é atendido quando necessário.

Nessas cidades gêmeas, normalmente as pessoas têm visão positiva ou negativa. Em relação ao trabalho dos gestores das duas cidades conjuntas, emitem opinião sobre o que ocorre. Esse comportamento denota o pertencimento dos fronteiriços simultaneamente, visto que os moradores se sentem aptos e com direito de opinar sobre os assuntos das cidades.

A avaliação dos gestores é sempre ponderada em fatos existentes e vivenciados pelos fronteiriços, como aponta dona Amanda, brasileira, trabalhadora autônoma, quando classifica o bom trabalho do intendente paraguaio, na época da pandemia, com ampliação do município, criando bairros entregue aos moradores de Pedro Juan Caballero, asfaltando muitas ruas, colocando semáforos (sinaleiras) nas esquinas, enfim, são apontados como gestores que cuidam da melhoria da população.

Há também o relato de dona Sara, dona de casa, brasileira, moradora do Bairro Guy Vilela, periferia de Ponta Porã. O prefeito Hélio Peluffo cuidou da população, melhorando a cidade em vários aspectos, como postos de saúde, inclusive na pandemia, ofertando vacinas aos moradores. Segundo ela, o hospital regional atendia bem, na medida do possível, até porque era época em que todos necessitavam do hospital devido às intercorrências da pandemia. Ela lembrou que o então prefeito pediu ao governador que ampliasse as vagas de UTI e foi atendido. Depois de aberta a fronteira, os paraguaios também foram beneficiados.

As populações das duas cidades observam que os gestores públicos municipais da época da pandemia fizeram-nas desenvolver em todas as áreas. Foi um avanço fenomenal, percebido pelos moradores e até por quem vinha a fronteira para visitar. Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, antes delas e outras cidades depois delas, tiveram visão de futuro nas gestões públicas municipais e deixaram legado excelente para os fronteiriços.

Em 10 de março de 2020, ocorreu o encontro dos dois prefeitos na prefeitura Municipal de Ponta Porã. No dia seguinte ao encontro, houve o fechamento e ordem expressa para que toda a população de Pedro Juan Caballero ficasse em casa e que fosse fechado o comércio paraguaio. Enquanto isso, em Ponta Porã, a população ficou estarrecida com tal evento do fechamento, não entendendo ainda as razões e motivos, por ser muito recente e rápidas as atitudes dos militares e o evento da Pandemia. A população pontaporanense estava obedecendo à ordem de ficar em casa, do isolamento social, e até então não imaginavam sobre a contenção territorial das cidades, que seria outra ordem a ser seguida.

Conforme um morador de Ponta Porã, Sr. Anísio, de 65 anos, trabalhador autônomo, essa situação de fechamento nunca fora imaginada. Ele nasceu e sempre viveu ali, com a

possibilidade de ir e vir nas duas cidades quando quisesse, e, devido à pandemia, aconteceu o inesperado: além do isolamento, ficar sem poder trabalhar e sem renda para sobreviver. Os moradores das duas cidades tiveram que se adaptar à realidade de proibição de se movimentar entre as duas cidades, que sempre foram consideradas gêmeas.

Figura 22 – Um dia antes do fechamento da fronteira, em reunião no Paço Municipal, em Ponta Porã, com o prefeito Hélio Peluffo Filho, na cabeceira da mesa, usando camisa branca e o Intendente (prefeito) José Carlos Acevedo, usando terno, no momento em que foram conversar sobre o fechamento da fronteira, com assessores e toda a imprensa fronteiriça. (2020)



Fonte: Imprensa da Prefeitura Municipal de Ponta Porã-MS. Acesso em: 14 mar. 2020.

Na tentativa de conter o avanço do vírus de covid-19, houve restrição de pessoas, bens e mercadorias na entrada e saída do espaço paraguaio, assim como acesso aos serviços de saúde do lado brasileiro, restrição às atividades laborais e a qualquer tipo de reuniões sociais.

Figura 23 – Notícia da imprensa sobre o fechamento da fronteira Brasil-Paraguai



Fonte: https://brasiguaionews.com/ Acesso em: 26 mar. 2020.

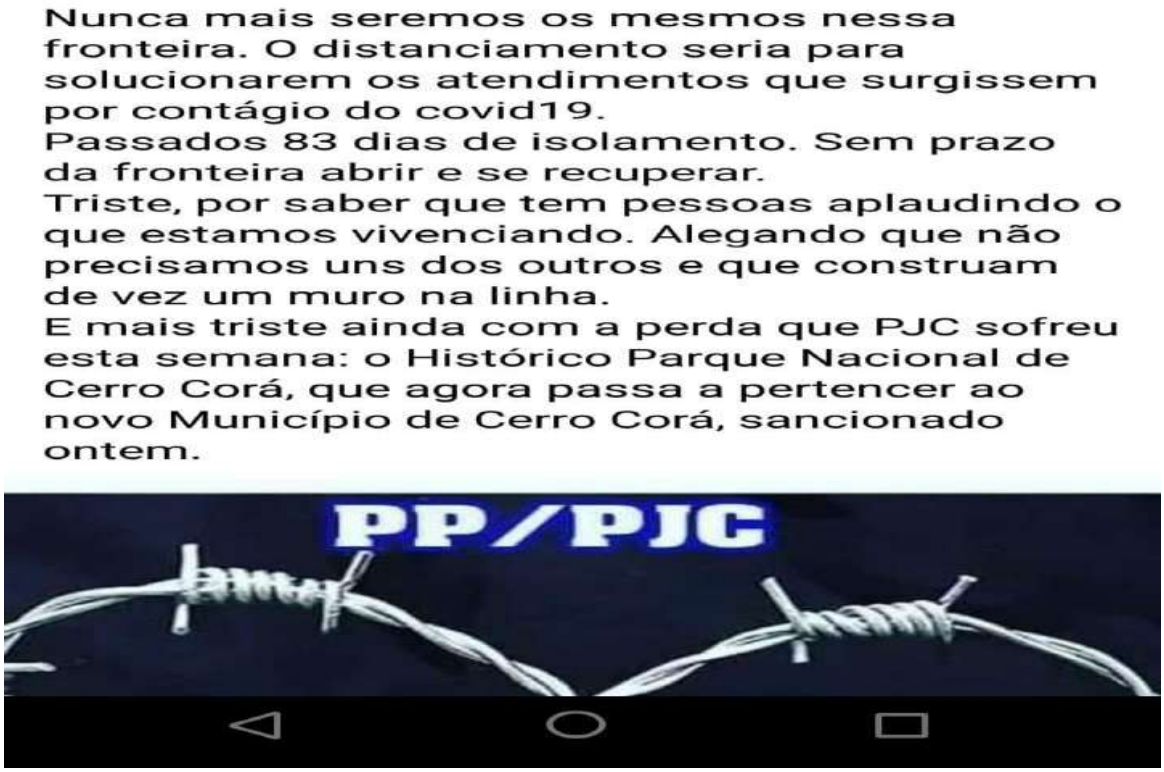
A Figura 23 mostra o momento em que os guardas nacionais colocaram postes para prender o arame farpado que seria utilizado para a contenção territorial das duas cidades. A cerca foi colocada em toda a extensão que limita as cidades, na tentativa de conter a covid-19. Os fronteiriços estavam apreensivos com o vírus, e a situação da separação das cidades contribuiu para o agravamento da situação, uma vez que muitos moram em uma cidade e trabalham ou estudam em outra. Costumeiramente, desde suas fundações, essa dinâmica de pessoas foi rotineira e normalizada.

Esse fechamento foi apreendido pelos habitantes das cidades, mas aos poucos foram surgindo brechas para atravessar. Como exemplo, no período noturno, as populações descobriram que não havia guardas e que poderiam atravessar sem maiores riscos de punição. Essas transgressões foram paulatinamente se expandindo durante o dia também, em momentos em que os guardas e viaturas não estavam por perto. Desse modo, a população fazia a travessia a pé, de moto ou bicicleta e até de automóvel em locais mais afastados. Assim, conseguiam fazer o que necessitavam do outro lado, ou seja, até no formato de fechamento, os moradores se rebelam nas imposições e continuam interagindo entre si.

O fenômeno do(s) fechamento(s) da(s) fronteira(s) pode ser analisado por meio do pensamento de Ratzel 1988 *apud* Mondardo (2018, p. 37): “como se a fronteira, pela função legal do Estado, pudesse ser ‘suspensa por um momento’, ou, em outras palavras, ‘desligada’”.

A mensagem da Figura 24, acompanhada dos arames farpados, simbolizam e sinalizam o sentimento de luto, de perda da convivência, de tristeza com a separação, de indignação frente aos acontecimentos do governo paraguaio, pois, na mente de cada fronteiriço existe, ou existia, essa convivência e abertura sem vigilância nenhuma.

Figura 24 – Mensagem e imagem refletindo o sentimento fronteiriço, sobre o fechamento da fronteira e mudança de território de Pedro Juan Caballero para o município de Cerro Corá, o Histórico Parque Nacional de Cerro Corá, parque histórico do Paraguai, que preserva memórias da guerra do Paraguai (2020)



Fonte: Imprensa local (2020).

Sentimentos também retratados e publicados falam que o inimigo não é o outro, ressaltando que os fronteiriços devem estar mais unidos que nunca, afinal, o inimigo é o vírus de covid-19.

Nesse período, houve a proibição de encontros presenciais devido à pandemia, incluindo a interação com os amigos e parentes do outro lado da cidade gêmea. Era difícil imaginar a separação de quem sempre foi junto e misturado o tempo todo e em todos os lugares das cidades. O sentimento de que nunca mais seriam os mesmos era o sentimento ruim de quem um dia foi separado dos amigos e familiares, que seria impossível esquecer essa divisão pela convivência

cotidiana e rotineira que existia. Fatores abordados por Haesbaert (2008) *apud* Mondardo (2018):

> A circulação, a reprodução, a morbidade e a mortalidade da "população" se tornam uma questão de segurança, pois os indivíduos hoje, muito mais que vigiados pelas suas individualidades, deverão ser controlados biologicamente enquanto "espécie" humana, pois envolvem fenômenos coletivos, "de massa", fenômenos seriais, "aleatórios e imprevisíveis". (Haesbaert (2008, p. 10) *apud* Mondardo, 2018, p. 222)

A imprevisibilidade de quando e se um dia voltaria ao antigo normal era angustiante para os fronteiriços, pois cada um já fazia parte da vida do outro, mesmo que esse outro estivesse do outro lado da cidade gêmea. Os laços existiam e ninguém queria que deixasse de existir, por enquanto fora colocado um nó, representado pelas cercas e guardas nacionais. Atitudes que Mondardo (2018) ressalta:

> A fronteira cria um modo de comunicação e mediação com os processos sociais, marcado pelo acionamento seletivo e estratégico das tradições, pela invenção de novas identidades e territorialidades, pelo questionamento das hierarquias, pela pluralidade de poderes e culturas, pelos fluxos e trocas nas relações sociais e pela forma *profana* e *promíscua* de lidar com o Eu e com o Outro, com o próximo e com o distante. (Mondardo, 2018, p. 69).

Se a pandemia foi um problema para as pessoas que viviam normalmente em suas residências habituais no território nacional de pertença, tornou-se ainda mais grave e impactante para os moradores pobres de fronteira, que precisavam buscar atendimento na saúde pública em município de outro país.

Muitas vezes não possuíam documentos comprobatórios para receber esse atendimento ou benefício no país vizinho, visto que os atendimentos no país de origem não são ofertados de forma gratuita. Conforme relata Vitória, que tentou atendimento no serviço público de saúde de Ponta Porã e não obteve êxito, por não possuir documentação brasileira, embora estivesse com sintomas de covid-19. Portanto, não é acessível a grande maioria da população, principalmente nesse momento de pandemia, em que o sustento ficou interrompido por meio do isolamento social.

Brígido e Uebel (2020) afirmam ainda que o imigrante tem direito de acesso à saúde sempre, inclusive em tempos de pandemia. Apesar de o Mercosul não possuir regulamentação específica sobre a questão dos migrantes em tempos de pandemia, já existem documentos da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da Corte Interamericana de Direitos Humanos garantindo pleno acesso à saúde pública, inclusive dos imigrantes irregulares e

indocumentados. Nesse sentido, os sistemas de saúde devem garantir sigilo de dados e não realizar qualquer controle migratório.

Na Figura 25, foi fotografado o momento em que guardas nacionais abordam veículos que intencionam entrar no território paraguaio. Caso seja aceito, é realizado dedetização do veículo.

Figura 25 – Barreira humana e física, realizada pelos guardas nacionais, entrevistando e verificando a possibilidade de aceitar para a transposição territorial do Paraguai, se aprovada a entrada, o veículo era desinfetado por eles.



Fonte: Anastácio (2020).

Na figura 25 retrata o momento em que os veículos tentavam adentrar o território paraguaio, com abordagem dos guardas nacionais aos motoristas com questionamentos sobre origem e destino, bem como a motivação da circulação entre os territórios. Quando era autorizado o veículo adentrar no território paraguaio, solicitava-se que encostasse para ser feita a dedetização do veículo e, após, era autorizada a entrada. Tal atitude não era realizada quando o veículo saía do Paraguai. Depois dos questionamentos, o veículo era autorizado a sair do território paraguaio e entrar no Brasil, sem a utilização da dedetização.

O direito de acesso à saúde para todos, incluindo os imigrantes, é amplamente reconhecido em diversos tratados e documentos de direitos humanos, que também abrange aqueles em situação irregular ou indocumentada. A Constituição de Portugal e diversos tratados

internacionais ratificados pelo país, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) são exemplos dessa realidade já existente e concretizada em alguns países.

Apesar de não haver regulamentação específica do Mercosul para migrantes em tempos de pandemia, os documentos da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da Corte Interamericana de Direitos Humanos reforçam a necessidade de que os países membros assegurem o acesso à saúde para migrantes, sem discriminação, inclusive durante emergências de saúde pública, como uma pandemia. Esses documentos também destacam a importância do sigilo dos dados dos pacientes para que o direito à saúde seja garantido sem recebimento de repercussões legais ou controle migratório, o que poderia impedi-los.

Tratando-se de migrantes paraguaios que tenham dupla cidadania, a estratégia é acionar a que mais lhe convêm, no momento da necessidade, como é pontuado por Mondardo (2018, p. 272): “Essa condição transitória e ambivalente permite a alguns sujeitos, como os migrantes paraguaios, acionar mais de uma identidade territorial na fronteira, dependendo das estratégias de poder que estão em jogo.”. No caso do migrante paraguaio, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos sugere o sigilo dos dados do paciente, assegurando o direito à saúde.

Portanto, os sistemas de saúde devem implementar políticas de proteção de dados e confidencialidade no atendimento, bem como garantir que o atendimento de saúde seja livre de discriminação e sem vínculos com status migratório, como forma de garantir o atendimento digno, independentemente de qualquer situação do cidadão.

Quando se depara com separações físicas nas fronteiras, Costa (2012) apresenta o desafio e possibilidade de superá-las:

> Uma cerca onde, ao mesmo tempo em que representa uma barreira, permite pelos seus vãos mais ou menos apertados a possibilidade da passagem. Caso a cerca (com o sentido de limite materializado) tenha vãos muito próximos, dificultando a passagem, ainda assim é possível superá-la por cima (escalando-a) ou por baixo (escavando o solo). Nesse sentido, a cerca, o limite, possui uma conotação de linha de separação entre um lado e outro. A fronteira é mais que isso: é uma área geográfica, com limites imprecisos, variável e dinâmica (que ora retrai, ora expande) que contém o limite (Costa, 2012, p. 8).

O autor sugere a existência de cerca – além de pneus, barricadas, valas, tambores metálicos, guardas nacionais, viaturas policiais –, na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, em 2020, na pandemia de covid-19, como materialização de um limite. Assume a conotação de uma linha de separação entre um lado e outro, estabelecendo uma distinção

relativamente definida entre dois espaços, embora exista a possibilidade de transpô-las, por entre os obstáculos, por cima ou por baixo, na ausência da vigilância dos guardas nacionais.

Haesbaert (2014) analisa esses obstáculos fronteiriços e a realidade de poder ultrapassá-los afirmando:

> Viver no limite significa, em primeiro lugar, ser dotado de mobilidade, pois o limite fronteira, nesse caso, não é estabelecido apenas para controlar, conter, deter, mas também (e às vezes sobretudo) para ser transposto, contornado, transgredido, enfim, "usufruído", já que, de algum modo, muitas vezes pode tornar-se o próprio locus central da nossa vida e, ao propor diferenças, incita-nos mais diretamente a enfrentá-las e/ou partilhá-las. (Haesbaert, 2014, p. 274).

O autor compreende limite/fronteira como um espaço de movimento e interação**,** e não somente como uma barreira física, como ocorreu em 2020, nas cidades gêmeas, com as interações continuando, apesar dela. O autor complementa ainda: “A ponto de podermos considerar que até mesmo as fronteiras, hoje, mesmo aquelas que estão sendo muradas, são feitas para serem transpostas - ou pelo menos contornadas.” (Haesbaert, 2014, p. 65).

As diferenças existentes nas fronteiras podem levar a conhecer, enfrentar, tolerar, aceitar, usufruir, acolher e compartilhar experiências diferentes. A vida no limite significa, também, experimentar a mobilidade e a imobilidade, as semelhanças e diferenças, constituindo valor e importância no espaço em transformação da própria fronteira.

Haesbaert (2014) aborda a utilização de serviços médicos e educacionais no território fronteiriço como condição especial, por atenderem demanda maior de população do que aparece nos censos:

> No setor de serviços, há a frequente utilização de serviços médicos e educacionais brasileiros por residentes no outro lado da fronteira (não só migrantes brasileiros, nesse caso), o que leva algumas prefeituras a demandarem condição especial no repasse de verbas aos municípios, por atenderem a uma população muito maior do que aquela registrada nos recenseamentos brasileiros. (Haesbaert, 2014, p 280-281).

O autor corrobora a necessidade de que as prefeituras precisam demonstrar ao governo federal a condição de atendimento de uma população superior àquela registrada nos recenseamentos brasileiros, no intuito de reconhecer as cidades de fronteira para recebimento de recursos financeiros maiores, proporcionais aos usuários existentes. Na Figura 26, apresenta-se a permeabilidade existente no cotidiano das cidades gêmeas, impedida pela contenção territorial, no evento da pandemia de covid-19, no ano de 2020.

Foto 26 – Barreira física construída em 2020, com tambores de metal e pelos guardas nacionais, evitando a passagem em uma das ruas entre Pedro Juan Caballero e Ponta Porã-MS.



Fonte: Anastácio (2020).

Essa é uma rua central das duas cidades, com tráfego intenso para ir e vir, tanto de veículos quanto de pedestres. Por isso, a guarda nacional colocou tantos obstáculos. O intuito era de impedir a passagem, porém, pode-se observar a falta de policiamento nesse momento da foto, fator que possibilitava, muitas vezes, a transgressão ou transposição, mesmo que arriscada, de fronteiriços, dos dois lados, para visitar familiares e amigos ou para negócios, trabalho ou estudos. Percebe-se o comércio fechado, mas os que eram considerados de utilidade pública, mantinham-se abertos ao público, seguindo as restrições impostas pela covid-19.

Foto 27 – Relações de pais com professores, trocando informações e atividades entre as cercas e aramados, na pandemia covid-19, ano de 2020.



Fonte: Imprensa Pontaporainforma (2020).

Para os fronteiriços, o fechamento da fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero provocou indignação e intenção de transpor os limites, mesmo que em encontros próximos à cerca, sempre vigiados de perto pelos guardas nacionais, fortemente armados. Carregam, sobretudo, o estigma de que os arames e guardas não seguram a solidariedade e a vontade de ensinar e aprender. A contenção territorial não conseguiu impedir a convivência entre as pessoas das duas cidades gêmeas, mesmo que, com isso, na pandemia, fez o vírus de covid-19 circular. As pessoas se protegiam com utilização de máscaras e iam próximo à cerca para realizar o encontro, no momento marcado, de forma virtual.

A Figura 28 denota, de acordo com a descrição, que ainda não fora expedido decreto do Paraguai, nem do Brasil, autorizando a abertura do limite de fronteira. As populações cobravam, via internet, essa retirada dos obstáculos de separação, para a retomada da convivência conjunta dos moradores. Os comerciantes paraguaios, principalmente, por sentirem o comércio parado, pois atendem, prioritariamente, compradores brasileiros, o que fez despencar as vendas. Isso ocorreu nas duas cidades, mas foi percebido pelos comerciantes de lojas e vendedores autônomos, de forma mais acentuada, a queda financeira em Pedro Juan Caballero.

Figura 28 – Barreiras físicas para conter a passagem, e reportagem jornalística informando que essa fronteira de Pedro Juan Caballero ainda não foi liberada a passagem.



Fonte: Imprensa Pontaporainforma (2020).

Trabalhar com fronteiriços, se constituir na fronteira e viver da fronteira implica estabelecer um jogo permanente de interpretação e conexões variadas, pois são janelas e portas que permitem a passagem, mas também impedem a entrada. Ser fronteira é produzir algo mais, é ser um plus, é ser mais ainda do que uma soma de partes. É produzir um novo, específico, distinto das partes constitutivas (Pesavento, 2006).

Já a Figura 29 apresenta a vontade dos fronteiriços para que as cidades continuassem juntas, apesar da pandemia de covid-19, que se unissem contra a disseminação do vírus, que fosse controlada as margens e que a luta fosse conjunta no combate, cuidado e tratamento. Se necessário, que houvesse essa união, mesmo durante um evento tão devastador no mundo todo.

Figura 29 – Mensagem e imagem refletindo o sentimento fronteiriço, sobre o fechamento da fronteira e mudança de território de Pedro Juan Caballero para o município de Cerro Corá, o parque histórico Nacional de Cerro Corá, parque histórico do Paraguai, que preserva memórias da guerra do Paraguai.



Fonte: Mídia da fronteira (2020).

Para Mondardo (2018, p.214): “A cidade não é só abertura, é um jogo muito mais complexo do que abertura e fechamento, é uma contingência de relações entre esses sujeitos e marcada por segmentaridades e transversalidades em meio à multiplicidade territorial”.

Viver na/da/em fronteira é o sonho realizado pelos fronteiriços, com seus encontros/desencontros no comércio, nos serviços, na vida familiar, social e nas políticas sociais de educação e saúde, enfim, na totalidade das relações sociais. Os desencontros se

expressam nos desafios de cooperação internacional, de integração das políticas públicas dos dois lados da fronteira. Cidades gêmeas da permeabilidade, do hibridismo e da falta de acordos conjuntos, para pensar a vida e os problemas cotidianos de duas cidades singulares.

Padrós (1994) *apud* Muller (2005, p. 583-584) observa que "o homem fronteiriço possui uma mentalidade própria à integração, pois para ele as noções de espaço e nacionalidade muitas vezes são tão abstratas quanto a ideia da existência de uma linha demarcatória que o separa do outro país." A autora ressalta que a fronteira integracionista não resulta de uma ação planejada, pois é anterior a isso. As fronteiras vivas, caracterizadas por uma presença demográfica relativamente importante e por uma estrutura social complexa, "manifestam uma integração informal que sobrevive às conjunturas políticas de fechamento e de corte". (Padrós (1994, p. 76) *apud* Muller, 2005, p. 584).

Figura 30 – Imagem de um dos marcos existentes na linha do limite internacional entre Ponta Porã-MS/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguai



Fonte: Anastácio (2020).

A Figura 30 apresenta um marco de referência topográfica localizado na área central das duas cidades gêmeas, demonstrado o pertencimento do Brasil, à esquerda, e do lado direito da foto, o território do Paraguai. C 1-2 identifica o marco ou o ponto de fronteira. Essa estrutura

circular de concreto, construída com bloco vertical central, serve para materializar e demarcar fisicamente um ponto de referência.

A realidade ocorrida na fronteira pesquisada pode ser parafraseada pelo que apresenta Oliveira (2015), que diante da separação das cidades-gêmeas, afirma que todo esse farpado (arame) e policiais paraguaios não impedem o surgimento de relações rebeldes entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Segundo o autor, de todo modo e em todos os sentidos, a fronteira é convidada a sair da condição de amorfia para uma condição diligente – aceita, rebela-se e metamorfoseia sua morfologia.

Figura 31 – Barreiras físicas, no período noturno, em que a vigilância humana dos soldados nacionais estava mais dispersa.



Fonte: Anastácio (2020).

A Figura 31 foi tirada no período noturno, momento em que, na verdade, todos eram impedidos de sair de casa, que seria para continuar obedecendo ao slogan dos dois países: “Fique em casa”. Esse era uma passagem na rua central das cidades e, em tempos normais, havia um trânsito intenso, todos os dias e em todos os horários. Inclusive, nessa foto, as cercas estão abaixadas, facilitando a passagem noturna.

As imagens pretendem mostrar a ausência da vigilância à noite, no lado paraguaio, período em que os moradores descobriram que era possível transpor as barreiras, sem abordagem policial paraguaia. Em todos os horários, havia riscos, mas, conforme informações, por não existir contingente suficiente para cobrir os dois turnos – dia e noite –, o policiamento era mais percebido durante o dia.

Para os fronteiriços, o maior sentimento não era somente do isolamento social por conta da pandemia deflagrada no mundo, em todos os países. Estava muito além desse evento, e sim marcada e vivenciada pela divisão imposta pelo Paraguai às cidades-gêmeas.

A possibilidade de transpor as barreiras era pensada e visualizada pelos que precisavam estar do outro lado. Foram impostos limites de circulação considerados um mesmo espaço social (Figura 32), uma vez que todos os moradores desse território, consideravam-se pertencentes aos dois municípios, de forma simultânea, o que fazia do lugar, único e, na concepção dos munícipes, inseparável, até então.

Figura 32 – Cerca colocada na fronteira entre as cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY



Fonte: Anastácio (2020).

Essas barreiras foram construídas na área central comercial das cidades gêmeas, bem em frente ao shopping China, o shopping de maior movimento local. Do lado, fica o mercado Maxi, em frente a um posto de gasolina. O trânsito foi totalmente impedido pelo Paraguai e era

controlado por guardas nacionais, que ficavam próximos, impedindo a passagem do restante da faixa de fronteira.

Os laços de amizade, familiares, sociais, econômicos, comerciais, enfim todo e qualquer possibilidade de contato físico foi impedido, com instalação de cerca de arames farpados, barricadas, barreiras, pneus e com a presença ostensiva de militares deslocados da capital paraguaia para as fronteiras, com intuito de barrar o contato e, com isso, minimizar o contágio de covid-19, ao impedir o trânsito de pessoas, dos dois lados da faixa (Figura 33).

No entanto, os contatos passaram a ser virtuais, na tentativa de manter uma rotina usual desde a concepção dos municípios. Conforme Mondardo (2018, p. 68): “No mundo de mudança tecnológica, o limite torna-se, em certo sentido, ao invés de separação, “trânsito”, e a fronteira parece ser aquele “espaço de passagem” que incita o movimento “de pessoas, mercadorias e informações.”.

Observa-se que atualmente não existem barreiras que impeçam totalmente a aproximação, pela utilização da tecnologia, como assinalado acima. Haesbaert (2014) aborda que os contatos pessoais também tornaram-se viáveis e foram observados devido à rebeldia já citada, na qual fica um de cada lado da cerca.

Figura 33 – Valas e barreiras físicas, que foram colocadas entre as cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY na pandemia de covid-19



Fonte: Anastácio (2020).

Este é um dos poucos pontos em que foram abertas valas pelos guardas nacionais, provavelmente porque eles sentiram necessidade, como mais uma estratégia de conter o atravessamento de pedestre, uma vez que não havia rua. Esse local fica bem em frente ao prédio

da alfândega do Paraguai, próximo ao Shopping China. Essas valas foram construídas e reforçadas com colocação de pneus e arames farpados, onde tinha grama.

Figura 34 – Rondas da Guarda Nacional do Paraguai e das cercas e barricadas feitas na fronteira das cidades gêmeas de Ponta Porã-MS e Pedro Juan Caballero-PY durante a pandemia do Covid-19, no ano de 2020.



Fonte: Anastácio (2020).

As figuras demonstram as barreiras físicas, como arames farpados, pneus empilhados e cercas, além da foto do guarda nacional fortemente armado e encapuçado, para se proteger do vírus de covid-19. Essas duas áreas contêm muitos comércios e percebem-se carros na segunda foto, demonstrando o movimento de pessoas que circulavam nas ruas, devido ao comércio existente.

Considerada anteriormente como porosa, os fronteiriços viveram o "fechamento" da fronteira. Ao enfrentarem essas barreiras, buscaram contornar tais obstáculos, conforme alude Haesbaert (2014, p. 293): "Contornamento está intimamente ligado à ideia de barreira de contenção". Ao defender o "bem-estar nacional", o Estado-Nação, no evento da pandemia de covid-19, impôs o limite, a contenção, com a divisão e o impedimento da livre mobilidade das pessoas, mercadorias e veículos entre as cidades "gêmeas". O cotidiano já não era comum, o sentimento de não pertencimento demarcou o desencontro.

A integração e o reconhecimento mútuo foram limitados e cerceados por arames farpados, pneus, tambores de metal, sinalizadores e rondas da guarda nacional na faixa de

fronteira (Figura 35). Assim, a fronteira que sempre fora o “entrelugar” (Ferraz, 2010) para aqueles que a vivem, dos encontros e desencontros do cotidiano, transformou-se numa fronteira como limite, do lado de cá e do lado de lá, limitadora do acontecer do território vivido.

Figura 35– Fechamento da Fronteira pelos guardas nacionais de Pedro Juan Caballero/Paraguai (Covid-19) em 2020.



Fonte: Anastácio (2020).

A força da guarda nacional foi enviada de Assunção, capital do país, para atuar junto ao Departamento de Amambay, a fim de executar o fechamento físico e humano das cidades, uma vez que o policiamento do Departamento era insuficiente para tal operação, que exigia muitos homens na guarda e segurança dessa faixa de fronteira. Essa é uma parte da área central das cidades, cuja dinâmica de trânsito era intensa entre pedestres e veículos.

De toda essa inusitada situação vivenciada, muitas realidades incomuns foram aparecendo: novas formas de trabalhar, novos costumes, novas formas de lazer e, principalmente, novas reflexões sobre o ser humano e as suas diversas formas de relacionamento, de interação e de integração social.

O grande desafio foi a adaptação profissional ao ambiente residencial, na maioria das vezes não tão bem equipado quanto o local formal de trabalho. Houve a adaptação a novas

formas de se efetivar o trabalho, como as sucessivas *lives* ou reuniões *online*, concomitantemente, ao convívio do núcleo familiar e as demandas exigidas.

Diante da nova realidade, os fronteiriços tiveram que se adaptar à restrição de transpor os limites territoriais do outro país, medidas nunca antes vivenciadas nem imaginadas pelos habitantes desse espaço territorial, proporcionando uma sensação de limitação e coerção no modo de viver, pela liberdade de entrosamento e convivência familiar, social e comercial natural vivida entre os dois povos cotidianamente desde suas fundações.

3.4 Reabertura gradual e parcial da fronteira na pandemia

Enfim, os fronteiriços puderam acessar notícias boas, tão esperadas, dia após dia, durante o fechamento do limite dessa fronteira, conforme acompanhado pela publicação da mídia local (Figura 36).

Figura 36 – Noticiário que a fronteira de Pedro Juan Caballero ainda não foi autorizada a abertura das trincheiras e liberada pelos guardas nacionais.



Fonte: Imprensa local (2020).

Após muitas notificações positivas de pessoas infectadas pelo vírus da covid-19, uns puderam se tratar, isolando-se, enquanto outros tantos não tiveram a mesma sorte, perdendo a vida. Praticamente, o mundo todo vivenciou, assistiu à área da saúde, como médicos e enfermeiros que ficaram na linha de frente, colocando as vidas em risco para salvar a vida de todos os que precisavam deles, em todos os lugares do mundo.

Entende-se aqui que cabe uma singela homenagem a esses verdadeiros heróis, médicos e enfermeiros, pois lutaram bravamente pelas vidas infectadas pelo vírus. Mesmo sendo uma pandemia, com vírus desconhecido, eles trabalhavam confiantes na salvação de todos os doentes que tratavam.

Esse protocolo de reabertura de todas as cidades, incluindo as cidades gêmeas, ocorreu com comportamentos de biossegurança. O comércio voltaria a abrir, porém, todos teriam que seguir rigorosamente os protocolos indicados pelo Ministério da Saúde dos países. Como exemplo, todos ainda precisariam utilizar máscaras, higienizar as mãos com álcool em gel, manter distanciamento, e ainda não foram autorizadas as reuniões e as aglomerações. Nos estabelecimentos, era permitido um número pequeno de cada vez para adentrar, sendo controlados por funcionários das lojas e empresas.

De março a outubro de 2020, ocorreu o fechamento da fronteira Ponta Porã/MS/Brasil e Pedro Juan Caballero/Amambay/Paraguai. Meados de outubro de 2020, a fronteira abriu, foram retiradas as barricadas, cercas, faixas, guardas e guaritas dos limites da faixa de fronteira, após acordos entre os presidentes do Brasil e Paraguai. Assim, os povos dos dois países seriam respeitados e tratados de forma segura, com direitos de ir e vir garantidos. Independentemente do território em que estivessem, deveriam seguir também acordo sanitário mantido e direitos assegurados no Mercosul, devido ao fato de a pandemia não haver acabado.

Nas primeiras semanas seguintes à abertura da fronteira, ocorreu um receio generalizado dos fronteiriços e turistas em adentrar a cidade de Pedro Juan Caballero e vice-versa. Observou-se, portanto, o município paraguaio com pouco movimento nas ruas e nas lojas do comércio, mas já se iniciava a circulação. Aos poucos, os fronteiriços foram se arriscando a ir para Pedro Juan Caballero. Fato oposto foi observado nas ruas, calçadas e comércio do lado brasileiro, onde os paraguaios eram maioria, materializando a interdependência e interação das duas cidades.

A abertura da fronteira foi comemorada com fogos de artifício e carreata pelos paraguaios e brasileiros que vivem em Pedro Juan Caballero. Por outro lado, foi recebida com

receio pelos fronteiriços, que ainda estavam inseguros e cruzar a fronteira, por saberem que o vírus da covid-19 ainda não havia acabado. Por isso, temiam represálias dos governos, mas comemoravam, apesar de continuar com ressalvas sanitárias na reabertura. Contudo, aos poucos a dinâmica de transpor o território foi voltando ao normal, com convivência cordial e pacífica entre os povos das cidades-gêmeas, como sempre houve.

O final de 2020 e início de 2021 veio acompanhado de grandes mudanças no cenário de fronteira entre Ponta Porã/Pedro Juan Caballero, pela retomada da vida social. Assim, a rotina de ir e vir de uma cidade ou de um país a outro, sem nenhuma fiscalização ou alfândega, cuja transterritorialidade como trata (Haesbaert,2014) fosse concretizada pela circulação dos fronteiriços entre as cidades gêmeas, voltando a dinâmica da porosidade em todas as áreas, como trabalho, econômico, educação e saúde, enfim, (re) começo de um novo normal na dinâmica fronteiriça.

O novo ‘normal’ se iniciava nas duas cidades e trazia alívio para a população dos dois lados. Muito embora a pandemia não houvesse acabado, a união dos dois povos trouxe alento e esperança de dias melhores. A junção dos fronteiriços trouxe força para continuar enfrentando o isolamento social de maneira mais serena, com a liberdade de ir e vir no limite dos municípios, tomando, claro, todos os devidos cuidados de biossegurança.

Foram notórios os cuidados de prevenção e higienização em todos os estabelecimentos dos dois lados, porém, Pedro Juan Caballero esteve mais equipado na maioria dos estabelecimentos (Figura 37), como programas de medir temperatura pela tela do computador, em algumas lojas, e equipamentos modernos de controle na pandemia.

Figura 37 – Reabertura da fronteira com exigência de cuidados sanitários nos comércios de Pedro Juan Caballero-PY.



Fonte: Anastácio (2020).

Foi obrigatório, no Paraguai e no Brasil, o controle de quantidades de pessoas nos estabelecimentos, proibindo crianças e idosos de entrar em estabelecimentos, exigindo utilização de máscara e álcool em gel na higienização das mãos, além do distanciamento entre as pessoas, horário de funcionamento durante o dia e à noite, com toque de recolher e com controle rígido no seguimento das regras.

As fronteiras não são apenas limites físicos entre nações, mas espaços ricos em interações culturais e econômicas, frequentemente marcadas por relações de solidariedade, conflitos e trocas simbólicas, as quais moldam as identidades e trocam experiências e vivências, distinguindo o território em que vivem, de forma única.

Ao apresentar estudos de casos que pretendem "dar voz" aos moradores da fronteira, manifestando as complexidades e ambiguidades a partir de modelos empíricos, reitera-se a relevância vivida pelos moradores fronteiriços.

3.5 Falas dos fronteiriços com relação do fechamento da fronteira na pandemia de covid-19, no ano de 2020.

Foram realizadas sete entrevistas abertas, identificados como: Vitória – participante 1, Rose – participante 2, Tiago – participante 3, Celina – participante 4, Aparecida – participante 5, Tania – participante 6 e Sofia – participante 7. Baseadas em observações vivenciadas sobre

a situação da pandemia com fechamento na fronteira, indicando os principais impactos gerados aos fronteiriços. Em seguida, são apresentados os resultados das entrevistas realizadas, relatando os principais impactos sentidos e percebidos pelos moradores de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, durante o período de fechamento da fronteira. Neste estudo, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para fins de organização e estrutura da pesquisa, optou-se por não revelar a identidade dos entrevistados, sendo utilizados nomes fictícios, visto que o objetivo das entrevistas foi analisar as experiências pessoais, portanto, estão identificados como "participante", seguido dos números de um a sete, respectivamente. As entrevistas foram realizadas no período do segundo semestre de 2023.

Os entrevistados foram escolhidos de modo aleatório, durante a pesquisa de campo, para garantir relatos de vivências e perfis diferenciados, sendo abordados e convidados a participar da pesquisa. Devido à aplicação das entrevistas ter sido realizada em período recente, pós-pandêmico, foi garantido aos participantes a preferência pela qual gostariam de responder as questões. Por ainda existir receio de contatos pessoais, foi opcional o modo presencial, presencial agendado ou agendado de modo remoto no momento da abordagem. Dessa forma, os participantes puderam escolher como se sentiam seguros para a aplicação da entrevista. O perfil dos participantes foi identificado a partir das seguintes características: idade, profissão, local de nascimento, local e tempo de residência.

A partir do levantamento dos perfis, averiguou-se que a participante 1 – Vitória, tem 52 anos, seu local de nascimento e residência é Ponta Porã, sua profissão é professora das redes municipal e estadual, é graduada em Pedagogia, mestra em Educação. A participante 2 – Rose, tem 53 anos de idade, seu local de nascimento é o município de Teodoro Sampaio, estado de São Paulo, sua profissão é vendedora autônoma, mora na fronteira há 8 anos. O participante 3 – Tiago, tem 40 anos, nasceu em Uberlândia, Minas Gerais, vive há 9 anos em Ponta Porã-MS e atua como técnico em segurança no trabalho – no evento do fechamento da fronteira, trabalhava no frigorífico em Pedro Juan Caballero-PY.

A participante 4 – Celina, tem 70 anos, nasceu em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, sua profissão é farmacêutica, com graduação em Bioquímica. A participante 5 – Aparecida. tem 32 anos, nasceu em Pedro Juan Caballero, Paraguai, tem nacionalidade paraguaia, reside em Ponta Porã-MS, e é cabeleireira. A participante 6 – Tania, tem 66 anos, nasceu em Barros Cassal, Rio Grande do Sul, mudou-se para Ponta Porã há 18 anos, profissão aposentada. A participante 7 – Sofia, tem 57 anos, tem como local de nascimento Ponta Porã, mora em Pedro Juan Caballero, é graduada em Pedagogia e atualmente é diretora de escola municipal em Ponta Porã.

Dentre os participantes, observou-se a necessidade de apresentar a percepção dos fronteiriços referentes à forma como concebem o fechamento da fronteira entre os dois países, Brasil e Paraguai, e como eles observam a proximidade e a facilidade de travessia, ou seja, a dinâmica que existia e como foram durante os meses em que foi fechada a fronteira. Para os Participantes 1, 2, 4, 5 e 6, a proximidade das cidades é percebida diariamente, sendo observada em momentos de normalidade, por meio de veículos com placas do Paraguai que circulam pelas ruas e vice-versa. Também pela frequência da população paraguaia nos comércios e diferentes lugares de Ponta Porã, e dos brasileiros nos comércios e diversos lugares de Pedro Juan Caballero. Essa realidade foi afetada totalmente com o fechamento da fronteira, conforme todos os entrevistados, com grande impacto no cotidiano de todos.

Os participantes 2, 3 e 4 informaram que foram impedidos de atravessar a fronteira para o trabalho. Os participantes 2 e 3 residiam em Ponta Porã e trabalhavam em Pedro Juan Caballero, a participante 4 apresentou a dinâmica de sua secretária que morava em Pedro Juan Caballero e foi impedida de atravessar a fronteira para trabalhar em Ponta Porã. A participante 7 residia em Pedro Juan Caballero e trabalhava em Ponta Porã, executou suas funções *online*, pelo impedimento de travessia internacional. A experiência transfronteiriça é percebida também pelo relato do participante 3 - Tiago, visto que ele residia no Brasil e trabalhava em Pedro Juan Caballero:

> Sim, pois trabalhava na época em Pedro Juan Caballero e residia em Ponta Porã, me lembro até hoje a dificuldade para dobrar o exército, polícia do Paraguai, fora o medo de pegar a pessoa e levar para dentro do Paraguai, sem ter conhecimento do idioma do país vizinho (Participante 3 - Tiago, 2023).

Como as relações na fronteira são complexas, contraditórias e ambíguas, principalmente no que se refere ao relacionamento entre transfronteiriços, a questão da convivência entre os fronteiriços é percebida de forma diferente pelos entrevistados: para uns, as relações são muito próximas e amigáveis; já para outros, são relações de estranhamento e distanciamento cultural ou de legislação. Como é percebido na fala da participante 7 - Sofia:

> Confesso que, ao ver a fronteira sendo fechada pelos militares paraguaios com arame farpado, fiquei muito triste. Cresci ouvindo que "somos irmãos", que somos "cidades gêmeas " e, quando falávamos, dizíamos los "hermanos paraguayos". Por ser daqui da fronteira, tenho parentes brasileiros e paraguaios. E hoje, vendo em fotos, senti uma enorme tristeza e acredito que muitos também sentiram. Acredito eu que se as duas cidades, Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, se unissem num trabalho em equipe, enfrentaríamos esta crise muito mais fortes, porque, com uma boa e unida equipe, nunca se fica perdido, e é a união que faz força e que faz de nós mais fortes. Se pontaporanenses e pedrojuaninos se unirem e trabalharem em conjunto, para o bem

> do todo, na mesma direção e para o mesmo propósito, o sucesso seria uma certeza. (Participante 7 - Sofia, 2023).

Nesse aspecto, é possível compreender, na fala do participante 7 - Sofia, que uma relação mais próxima e em comum acordo nos serviços de saúde pública, por exemplo, o que foi evidenciado no tempo da pandemia da covid-19, entre brasileiros e paraguaios seria evidente o sucesso das duas cidades. Para Sofia, as relações intermunicipais dos gestores, deveriam basear-se, principalmente, em interesses conjuntos, buscando o bem comum dos dois povos, sugerindo a existência de governança transfronteiriça.

Quando questionados sobre a utilização dos postos de saúde ou do hospital durante o fechamento da fronteira, as participantes 1, 2, 4 e 5 tiveram sintomas de covid-19 e procuraram os serviços de saúde pública de Ponta Porã. A participante 2 ficou internada no hospital, as outras participantes utilizaram os serviços dos postos de saúde.

Importante ressaltar que a participante 5 – Aparecida é paraguaia, reside em Ponta Porã, não possui documento brasileiro, nem o cartão do SUS, e relata que foi atendida com a vacina contra a covid-19, no posto de saúde. Ela e o esposo, também paraguaio, sem documentação brasileira, receberam a dose da vacina no posto de saúde brasileiro, sendo considerados, neste estudo, como atendimentos subversivos. Dessa maneira, foram atendidos mesmo sem atender aos requisitos exigidos pelo SUS, tendo seus direitos humanos garantidos por meio de cooperação funcional – não exatamente, porém informal – que depende de acordos pontuais dos profissionais que atuam nesse momento na rede, como espaço de subversão, conforme já mencionado anteriormente nesse texto.

Todos participantes dessa etapa da pesquisa, independente do local onde estavam no fechamento da fronteira, avaliam a saúde pública brasileira como muito boa, embora alguns, só conseguiram acessar na abertura da fronteira.

Pode-se perceber, nos relatos, os sentimentos de tristeza e surpresa dos fronteiriços pela separação das cidades, como Arlete, de 38 anos, segundo ela, nascida e criada na fronteira, moradora de Ponta Porã. No fechamento da fronteira, sentiu como se uma parte de sua família tivesse sido separado dela, porque ela considera muito os moradores de Pedro Juan Caballero. Tem parentes morando lá e muitos amigos, que, nesse ano de 2020, não puderam ter contato físico, somente notícias via celular, chamada de vídeo, para matar a saudade. Ela não pode ajudar seus parentes a se tratar em Ponta Porã, devido ao fechamento, pois alguns foram contagiados pelo vírus de covid-19 e não tiveram acesso a atendimento médico na cidade em que residem. Até procuraram, mas como não tinham documentos paraguaios, não tiveram acesso ao sistema de saúde daquela cidade. Considera boa a saúde pública brasileira.

A moradora Arlete relatou que houve festa com reunião, na reabertura da fronteira. Eles puderam se encontrar, sem nenhum impedimento, lembrar dos amigos e parentes que perderam pelo contágio do vírus de covid-19. Apesar de não ter acabado a pandemia, teve-se cuidado na proteção com máscaras e higienização com álcool em gel, o restante foi só alegria no reencontro.

Outro morador, Leandro, residente em Pedro Juan Caballero, autônomo, é brasileiro, mas reside na cidade vizinha. Ele relatou sobre a apreensão em cada dia vivenciado. Além de covid-19, teve-se a experiência da separação das cidades gêmeas. O morador contou que foi contagiado pelo vírus da covid-19, precisou procurar os serviços de saúde daquele município, mas não conseguiu e não podia ultrapassar a barreira imposta. Não estava se sentindo bem para enfrentar os guardas nacionais que faziam a vigilância da faixa de fronteira. Avalia como muito boa a saúde pública brasileira.

Ele relatou que foram surpreendidos com o fechamento, pois nunca acreditaram que isso seria possível um dia. Mas aconteceu, e foi muito triste para a família e amigos que também moram na outra cidade, Ponta Porã. O que restava era torcer para não agravar os sintomas da covid-19, para aguentar até abrir a fronteira. Ele tomou medicamentos indicados pelos parentes de Ponta Porã, que também tinham sido contagiados pelos vírus, fez isolamento social até os sintomas mais graves diminuírem. Tiveram que se comunicar pelo celular e acompanhar as notícias diárias sobre o desenrolar do vírus da covid-19 e sobre a possibilidade de abertura da fronteira, fato esperado dia a dia. Ainda bem que foram unidos novamente, entre as cidades gêmeas. Ressalta que não pode viver separados, porque são uma só cidade.

A senhora Maria, moradora de Pedro Juan Caballero, é paraguaia, mas tem documentação brasileira, trabalha como diarista em Ponta Porã e contou que teve que ficar em casa, visto que não conseguia atravessar a fronteira para trabalhar. Ela tem que sustentar quatro filhos, que ficaram passando necessidade na pandemia, devido ao fechamento da fronteira e por não conseguir trabalhar. Ela não conseguiu romper a barreira do fechamento da fronteira para receber o auxílio do governo brasileiro, apesar da necessidade. Somente depois de aberta a fronteira é conseguiu ir ao banco para receber o auxílio.

Ela foi contagiada com o vírus da covid-19, teve muitos sintomas, precisou procurar atendimento médico em Pedro Juan Caballero, mas não conseguiu, por ter muitas pessoas procurando ao mesmo tempo. Como ela não estava se sentindo bem, não buscou mais ajuda médica, tomou alguns remédios por conta própria, fez isolamento e ficou aguardando abrir a fronteira para receber atendimento médico pelo SUS, em Ponta Porã, cuja saúde considera boa.

Assim que abriu, já tinha melhorado os sintomas, mesmo assim, procurou consultar para tomar medicamentos corretos. Logo depois, ela conseguiu voltar a trabalhar em Ponta Porã.

Sentimentos conflituosos e esperançosos dos fronteiriços sugerem que os problemas de acesso aos serviços de saúde precisam ser tratados e resolvidos de forma integrada, em ambas as cidades. Devem ser vistos de forma conjunta, o que será benéfico para todos os habitantes locais, muito embora a pandemia foi um problema mundial de saúde pública, cujos sistemas de saúde não estavam preparados para tratar e atender a população, independentemente de país

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trata do acesso à saúde pública e fronteira, com recorte espacial das cidades gêmeas de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul-Brasil, e Pedro Juan Caballero-Amambay-Paraguay. O foco da pesquisa é o atendimento médico – ou não - dos indocumentados pobres que procuram os postos de saúde e hospital regional de Ponta Porã.

Essa pesquisa buscou descortinar algumas das condições subjacentes à promoção do acesso pseudo-universal à saúde. Os resultados ajudam explicar certas condições que estão por trás da tentativa de garantir um acesso quase universal, ou seja, na prática esse acesso não se apresenta completo ou efetivo para toda a população, mostrando existir barreiras, desigualdades ou limitações, que impedem essa universalidade total.

A metodologia aplicada enfocou a pesquisa qualitativa e quantitativa, de cunho exploratório, envolvendo estudos e pesquisas, cujas abordagens englobam os temas de fronteira e saúde pública, dos dois lados da fronteira, além de questionamento e entrevistas com pessoas usuárias dos serviços públicos de ambas as cidades e de gestores públicos dos dois municípios.

Conforme a realização da pesquisa, foi possível observar e analisar a relação entre fronteira e saúde, sobretudo no acesso (ou não) à saúde pelos fronteiriços de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Essas pessoas somente são atendidas em Ponta Porã se possuírem o Cartão do SUS, uma vez que, por meio dessa documentação, é possível ser atendido e dar prosseguimento ao tratamento médico. Assim, somente são atendidos em casos de urgência e emergência e depois são encaminhados para dar prosseguimento ao tratamento no país de origem.

As legislações são constituídas desconsiderando o contingente de pessoas vindo do exterior. Ficam indiferentes ao contexto fronteiriço, cujos indivíduos não são contabilizados na estatística municipal. Nos documentos oficiais da saúde, não é evidenciada, de forma relevante, a procura desses indocumentados pelo serviço de saúde pública desse município.

Esse fator apresenta-se como uma barreira institucional para o exercício do direito universal à saúde, devido ao município não praticar o que está escrito na legislação brasileira, constante na Constituição Federal de 1988. Observa-se, na prática, que não existem políticas públicas direcionadas às comunidades de fronteira. Logo, cabe aos gestores públicos dos municípios fronteiriços apresentar tais especificidades e particularidades aos governos federais.

O governo federal delega poderes à população para construir uma política pública local e fornece a esses habitantes instrumentos possíveis de apresentar e reivindicar as necessidades e singularidades em sua particularidade. Para tanto, há a elaboração do Plano Estadual de Saúde

(PES) e do Plano Municipal de Saúde (PMS), que deve representar as relações arquitetadas pelos cidadãos fronteiriços, que são singulares, mostrando-se vivas, vivenciadas e vívidas, devendo ser ampliadas na abrangência internacional.

A discussão de política de acesso aos serviços de saúde no Mercosul procura buscar alinhamento para além dos limites territoriais dos países-membros, envolvendo tratativas intergovernamentais, que apontariam sua concretização, ao menos no longo prazo. É o que os fronteiriços aguardam desse bloco regional. Porém, só existe no papel tais iniciativas, devendo ser concretizadas tais ações planejadas, superando as diferenças entre países fronteiriços.

Nas cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, quando se busca compreender possíveis integrações, depara-se com políticas públicas distintas e distantes da realidade dessas cidades, negando ou omitindo direitos, como o acesso à saúde pública, vulnerabilizando ainda mais as pessoas que necessitam e que não tem condições de arcar com despesas médicas. Desconsidera-se o fator humanitário e o que é assegurado pela Constituição Federal de 1988.

Foram apresentadas análises de índices, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que, no mundo inteiro, avançou, mas de forma desigual, ao observar que a recuperação dos anos da pandemia tem sido um processo “parcial, incompleto e desigual”: países ricos alcançaram índices recordes e já demonstraram recuperação, enquanto os países mais pobres regrediram e caíram em posição no ranking, como é o caso dos países pesquisados – Brasil e Paraguai.

A saúde é considerada um bem a que todas as pessoas precisam recorrer, em todas as fases da vida, quando necessário. A pandemia mostrou uma deterioração financeira muito elevada, com recursos ainda mais escassos, atingindo de forma severa o atendimento da população carente, envolvendo os indocumentados pobres que procuram os serviços de saúde pública em Ponta Porã.

No âmbito das legislações, percebe-se a importância da harmonização dos Estados-membros em relação aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde. Essa harmonização contribuirá para o processo de integração entre os países do Mercosul, promovendo uma cooperação mais eficaz entre as nações, tanto no aspecto da saúde, quanto em outros aspectos formais que envolvem a dinâmica fronteiriça. Essa assimetria de serviços existe e, consequentemente, reduziria essa distância pela harmonização, que permitiria o acesso dos indocumentados pobres que tanto necessitam de atendimento médico.

A centralização política presente nas legislações do sistema de saúde do Paraguai resulta nas deficiências, na indefinição das responsabilidades e na ineficaz articulação entre os níveis

de governo, limitando o alcance do processo. Persistem problemas quanto à definição das competências entre os distintos níveis, a distribuição de recursos e mecanismos de coordenação entre as diversas esferas governamentais daquele país.

A análise das legislações de nações de forma bilateral, na qual são postas, com concretização no seu objetivo, seria ajustar com simetria os sistemas de saúde dos países. Ao território fronteiriço trará benefícios, principalmente à população que não é computada nos censos dos municípios brasileiros. Local que na maioria das vezes não se alcança nenhuma resposta junto aos fronteiriços indocumentados pobres. Essa distância de direito do acesso de serviços de saúde deve ser aproximada, com ações dos gestores públicos de saúde das cidades de fronteira.

A análise trouxe reflexão sobre o importante papel do Estado na condução das políticas públicas sanitárias, que precisam considerar o impacto causado por não nacionais, estrangeiros ou migrantes para o sistema de saúde brasileiro. Quando buscam atendimentos, não são atendidos, ou, quando o são, não são contabilizados e ficam invisibilizados, visto que não aparecem nas estatísticas. Reforça-se a necessidade de acordos bilaterais, pela localização geográfica contígua, facilitando o acesso pela proximidade e falta de impedimentos naturais ou criados pelo homem.

Não se tem a intenção de concluir ou encerrar o assunto da fronteira e saúde, muito pelo contrário. É desejo que se tenha perspectivas e busquem alternativas no intuito de dar visibilidade ao fronteiriço indocumentado pobre inserido nesse(s) território(s) de fronteira e, consequentemente, alcançar o direito de atendimento adequado nos serviços públicos de saúde, visto ser tema de tão grande relevância e, notadamente, tão pouco refletido e estudado, revelando a urgência em desvelar seus desdobramentos.

Quiçá que muitos outros fronteiriços, fronteiriças e pesquisadores estendam seu olhar e visão na rotina e cotidiano local ao estudar, pesquisar e se desenvolver. Além disso, é necessário que se indignem com a distinção no nível de atendimento com que os indocumentados pobres são tratados e procurem mudanças para melhor, na questão da saúde pública de fronteira. Acredita-se que por meio de estudos fronteiriços é que se pode alcançar os gestores e o poder público, na esperança de ver alterações positivas no atendimento da saúde pública.

Existe indiferença no contexto fronteiriço, no qual a saúde é tratada de forma estanque, sem considerar o contingente existente vindos do exterior, uma vez que essas pessoas não são contabilizadas na estatística municipal. Essa diversidade local não é evidenciada pela característica, de maneira relevante, nos documentos oficiais, e é isso que se espera de gestores de todas as escalas de governo e também do governo paraguaio.

Outra necessidade percebida e vivenciada pelos moradores da fronteira são os acordos binacionais (ou trinacionais), entre gestores da saúde pública, nas diferentes escalas, para alinhamento nos atendimentos voltados a esse público estrangeiro, para que realmente as legislações sejam colocadas em prática.

A pandemia da covid-19 foi um momento de reflexão e de aprendizado sobre os serviços de saúde pública, envolvendo os estrangeiros e indocumentados vulneráveis, muito embora todas as pessoas do mundo estiveram vulneráveis e com vidas em risco. Entretanto, os mais necessitados ficaram à mercê de políticas públicas que não conseguiam atendê-los de maneira adequada, naquele momento, devido ao grande fluxo de pacientes que procuravam os órgãos de saúde.

Essa demanda foi presenciada em todos os hospitais, de todos os países, cujos gestores se viram diante de calamidade pública, com superlotação nos postos de saúde e hospitais, aumentando o risco de contágio do vírus covid-19 e evidenciando as brechas existentes na saúde pública.

Durante e após a pandemia, gestores públicos perceberam a escassez dos serviços públicos de saúde. Uma das justificativas seria a PEC 95/2016, considerada como teto dos gastos, limitando o investimento em áreas sociais, como saúde e educação. Nessa PEC, os gastos andam na contramão da falta de recursos ao apresentar alta nos valores utilizados na saúde, com aumentos nos preços de todos os serviços da saúde, resultando em escassez nos atendimentos médicos brasileiros.

Saúde é - ou deveria ser - tema essencial dos poderes públicos para fazer valer os direitos dos fronteiriços indocumentados pobres que tanto necessitam de tratamento de saúde, justamente nos momentos que estão mais vulneráveis frente à vida, ou conservação e manutenção da qualidade de vida.

A fronteira tem dado passos em direção ao outro, com experiências de integração, mesmo que de forma fragmentada e segmentada, mas a verdade é que são passos importantes, constituindo governança transfronteiriça em algumas áreas, como educação, parque internacional tecnológico e alguns acordos pontuais na saúde. Sabe-se da necessidade de se continuar tentando a aproximação formal, a fim de que sejam alinhados os acordos, mesmo que, ao longo do tempo, tenha-se que realizar diferentes tentativas. Assim, o importante é a aproximação.

As legislações já estão postas, tanto a nível nacional, quanto do Mercosul, embora se desconheça, em sua vivência, a sua concretização. Diante disso, percebe-se a necessidade de

que os gestores locais procurem a sua efetivação nos órgãos competentes. A fronteira é viva e dinâmica, local que se espera igual dinamização dos órgãos públicos.

Diante dos cenários previstos nas legislações, confirma-se que hoje já se evoluiu bastante, com legislações que abordam temas fronteiriços, apesar de que, em sua maioria, não se concretiza nas fronteiras. Infelizmente, esse é um desafio que precisa ser superada, na materialização dessas legislações.

Foi observado no percurso da pesquisa, que os fronteiriços indocumentados buscam caminhos de diferentes formas para acessar tais atendimentos ao SUS, cujas tentativas, por vezes, tem êxitos, a depender do local procurado, como hospital e/ou as Unidades Básicas de Saúde, da disposição dos funcionários e médicos que estão atendendo e do encaminhamento que o paciente indocumentado consegue trilhar, até chegar nos órgãos públicos de saúde brasileiro.

Nesse sentido, é importante considerar que as regiões fronteiriças são estratégicas para gestores planejarem o presente, visando o futuro de integração, prioritariamente nas áreas sociais, a exemplo da saúde pública. Portanto, as políticas das regiões de fronteira têm muito a contribuir com questões que lhe são próprias. É imprescindível que se reflita sobre as singularidades que se apresentam como características próprias de constituição da política de saúde de cada país, compreendendo uma amplitude de determinantes e condicionantes da saúde que influenciam na vida da população desses territórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABINZANO, Roberto Carlos. Las regiones de frontera: espacios complejos de la resistencia global. *In*: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. **Territórios sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005. p. 113-130.

ALUM, J. N. M.; BEJARANO, M. S. C. de. Sistema de Salud de Paraguay. **Rev. Salud Pública Parag**. 2011; Vol. 1 (1): 13-25.

ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. **Fronteiras em movimento e identidades nacionais:** a imigração brasileira no Paraguai. 2005. 264 f. Tese. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/1528/1/2005_tese_JLCA.pdf. Acesso em: 14 out. 2022.

ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho; SOUSA, Flávia Alves de. Escolas de Fronteira: percebendo diferenças, construindo pontes. *In*: 29ºREUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA., 2014, Natal. **Anais.** Natal: ABA, 2014. Disponível em: http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401551579_ARQUIVO_Escolasde Frontei raconstruindopontes1.pdf. Acesso em: 14 out. 2022.

ALMEIDA, Luciane Pinho de (org.). Saúde na fronteira Brasil-Paraguai: territorialidades e intersetorialidades nas estratégias de cuidado e educação em saúde. São Paulo: **Pimenta Cultura**l, 2024. DOI: 10.31560/pimentacultural/2024.99697.1.

AMARAL, Joana de Barros. Apontamentos sobre políticas educacionais e as fronteiras brasileiras. **Revista Geopantanal,** Corumbá, v. 11, n. 21, p.23-38, jun. 2016. Disponível em: http://seer.ufms.br/index.php/revgeo/article/viewFile/2506/2337. Acesso em: 2 jul. 2024.

ANISHENKO, A. G.; SERGUNIN, A. Twin cities: a new form of cross-border cooperation in the Baltic Sea Region? ***Baltic Region***, n. 1, p. 19-27, 2012. DOI: 10.5922/2079-8555-2012-1-3.

ARGENTINA; BRASIL. **Programa de Escolas Bilíngues de Fronteira (PEBF)**. Brasília; Buenos Aires: Ministério da Educação; Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnologia, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Escolafronteiras/doc_final.pdf Acesso em: 11 abr. 2023.

BENETTI, Daniela Vanila Nakalski; ARAUJO, Nícia Pereira. Cidadania Fronteiriça: das concepções à cidadania constituída na fronteira entre Brasil e Uruguai. *In*: BENTO, Fábio Régio (Org.). **Fronteiras em movimento.** Jundiaí: Paco Editorial, 2012. Cap. 3. p. 45-58.

BENTO, Fábio Régio. Fronteiras, significado e valor – A partir do estudo da experiência das cidades-gêmeas de Rivera e Santana do Livramento. **Fronteiras em Movimento**. Jundiaí, Paco Editorial, 2012, p. 13-30.

BERGER, I. R. (2015b). **Gestão do multi/plurilinguismo em escolas brasileiras na fronteira Brasil – Paraguai**: um olhar a partir do observatório da educação na fronteira. 2015. 298 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Centro de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133000/333579.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: out. 2017.

BETHONICO, C. C. de O. Os direitos humanos no Mercosul. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 2, n. 2, 2007. Disponível em: https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/142. Acesso em: 24 ago. 2025.

BORGES, A. C. G.; SILVA, M. P. da. A expansão da UFPEL e a integração regional no Mercosul: a gestão de ações na fronteira Brasil-Uruguai. *In*: COSTA, Edgar Aparecido da; COSTA, Gustavo Villela Lima da; OLIVEIRA, Marco Aurélio Machado de (org.). **Estudos fronteiriços**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2010. p. 99-112.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo n.º 186/2008 e pelas Emendas **Constitucionais** de Revisão nos 1 a 6/1994. 35 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Lei n.º 6.634, de 2 de maio de 1979. **Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-Lei n.º 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1979. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=537810. Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional 95/2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico 2022**. Brasília, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/ Acesso em: 27 jul. 2023

BRASIL. Lei Complementar n.º 200/2023. **Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequados ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda constitucional no. 126, de 21 de**

dezembro de 2022, e no inciso VII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Faixa de fronteira: programa de promoção de desenvolvimento da faixa de fronteira – PDFF**. Brasília, DF: Secretaria de Programas Regionais, 2009. Disponível em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=e5ba704f-5000-43df-bc8e-01df0055e632&groupId=10157. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. 2005. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.
Disponível em http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2005-livro-PDFF.pdf Acesso em: 5 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 204, de 29 de abril de 2020. **Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforma recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa**. Disponível em: https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/backup_covid/2020/05/Prt_204_2020_PR.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Portaria n.º 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**. Brasília, DF, n. 56, Seção 1, p. 45. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25369237_Portaria_N_125_de_21_de_Março_de_2014.14.aspx. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980. **Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências**. Brasília, DF, 1980. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Lei n.º 13.445, de 24 de maio de 2017. **Institui a Lei de Migração.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Lei n.º 13.445, de 24 de maio de 2017. **Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante.** Disponível em: Legislação — Ministério da Justiça e Segurança Pública (www.gov.br) Acesso em: abr. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e**

dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: abr. 2023.

BRASIL. **Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Centro-Oeste do Brasil – PDIF.** 2024. Disponível em: https://ppgefcpan.ufms.br/plano-de-desenvolvimento-e-integracao-da-faixa-de-fronteira-do-centro-oeste-do-brasil-pdif/. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIS Fronteiras foi instituído pela Portaria n.º 1.120, de 6 de julho de 2005.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001089.pdf. Acesso em: abr. 2023.

BRASIL. Portaria Interministerial no. 152, de 25 de maio de 2017 (revogada pela Portaria Interministerial no.221, de 22 de maio de 2020). **Dispõe sobre procedimentos e prazos para operacionalização e execução das emendas individuais que possuem impedimento de ordem técnica, constantes da notificação ao Poder Legislativo de que trata o inciso I do art. 69 da Lei no. 13.408, de 26 de dezembro de 2016 (LDO-2-17)**. Disponível em: https://www.gov.br/transferegov/pt-br/legislacao/portarias/portaria-interministerial-no-152-de-25-de-maio-de-2017-revogada-pela-portaria-interministerial-no-221-de-22-de-maio-de-2020. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 213, de 19 de julho de 2016. **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.** Disponível em: Downloads/PORTARIA%20Nº%20213,%20DE%2019%20DE%20JULHO%20DE%202016%20(1).pdf. Acesso em: 20 maio 2024.

BRÍGIDO, Eveline Vieira; UEBEL, Roberto Rodolfo Georg. **Geopolítica das Migrações Internacionais e a Pandemia da covid-19: Perspectivas para a União Europeia e Mercosul**. **Revista Rural & Urbano**. Recife. v. 05, n. 02, p. 20-39 2020. ISSN: 2525-6092

BRITO, Aline Robles; MISSIO, Fabrício José. Planejamento Territorial em Cidades Gêmeas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional G&DR**. v. 15, n. 6, Edição Especial, P. 52-63, nov./2019. Taubaté, SP, Brasil. ISSN: 1809-239X.

BUURSINK, Jan. A realidade binacional das cidades fronteiriças. **GeoJournal,** v. 54, p. 7-19, 2001.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira; CAMARA, Lisa Belmiro. Políticas públicas na faixa de fronteira do Brasil: PDFF, CDIF e as políticas de segurança e defesa. **Confins**, n. 41, 2019. Disponível em: http://journals.openedition.org/confins/22262. Acesso em: 20 out. 2023. DOI: 10.4000/confins.22262.

CAZOLA, L.H.O.; PÍCOLI, R.P.; TAMAKI, E.M.; PONTES, E.R.J.C.; AJALA, M.E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. 2011:29(3):185–90.

CLARO, C. A. B. Do Estatuto do Estrangeiro à Lei de Migração: Avanços e Expectativas. **Boletim de Economia e Política Internacional / BEPI** / n. 26 / Set. 2019/Abr. 2020. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9820/1/BEPI_n26_Estatuto.pdf. Acesso em: 25 fev. 2025.

CONTE, Cláudia Heloisa. Os deslocamentos pendulares na aglomeração urbana de Ponta Porã/MS e Pedro Juan Caballero/PY. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, Santa Maria-RS, v. 28, e86117, p. 1-29, 2024. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/86117/64553. Acesso em: 12 mar. 2025.

COSTA, Elisângela Martins da Silva; COSTA, Edgar Aparecido da; CUYATE, Rozilene; SILVA, Beatriz Lima de Paula; SILVA, Aguinaldo; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. O controle da dengue em municípios brasileiros de fronteira. *In*: ROMA, Cláudia Marques; VIEIRA, Alexandre Bergamin; MORA, Adeir Archanjo da (org.). **Fronteira e saúde: experiências, vivências e possibilidades.** Dourados, MS: UFGD, 2020. p. 33-60.

COSTA, Edgar Aparecido da; COSTA, Gustavo Villela Lima da; OLIVEIRA, Marco Aurélio Machado de. Apresentação. *In*: COSTA, Edgar Aparecido da; COSTA, Gustavo Villela Lima da; OLIVEIRA, Marco Aurélio Machado de (org.). **Fronteiras em foco**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2011. 344 p.

DAL PRÁ, K. R. **Transpondo fronteiras**: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no Mercosul. 2006. 198 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DAL PRÁ, K. R.; MENDES, J. M. R.; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S164-S173, 2007.

DORFMAN, A.; ROSÉS, G. T. B. Regionalismo fronteiriço e o "Acordo para os nacionais fronteiriços brasileiros". *In*: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Territórios sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande, MS: Editora UFMS, 2005. p. 196-229.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía**, Bogotá, v. 23, n. 1, p. 109-124, jan./jun. 2014.

ESPÍRITO SANTO, A. L.; VOKS, Douglas. Governança da saúde pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, e210704pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023210704pt.

AGUNDES, H. S.; KREUTZ, I. T.; NOGUEIRA, V. M. R.; CASTAMANN, D. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. ***Katálysis***, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 293-304, maio/ago. 2018. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n2p293.

FERRARO JÚNIOR, Vicente Giaccaglini. Assimetrias socioeconômicas e fluxos territoriais na fronteira Brasil-Paraguai: Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. **III Seminário de Estudos Fronteiriços**. 07 de setembro de 2011, UFMS – Campus Pantanal, Corumbá.

FERRAZ, Cláudio Benito Oliveira. Entre-lugar: apresentação. **Entrelugar**, Dourados, v. 1, n. 1, p. 15-31, mar. 2010.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 16-35, maio 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2022.

FRANCO, V. da C.; MUTIS, M. S.; PEITER, P. C. Vulnerabilidade em saúde e malária na fronteira Brasil-Guiana Francesa. In: ROMA, Cláudia Marques; VIEIRA, Alexandre Bergamin; MOTA, Adeir Archanjo da (org.). **Fronteira e saúde**: experiências, vivências e possibilidades. Dourados, MS: UFGD, 2020.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, L. V. C.; DAMACENA, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v23s2/13.pdf. Acesso em: 2 jul. 2023.

GRUPO RETIS. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.retis.igeo.ufrj.br/. Acesso em: 5 maio 2021.

MACHADO, L. O. Emplacement of ideas: the development of geographical thought in Brazil in the early 20th century. **Finisterra**, v. 33, n. 65, 1998. DOI: 10.18055/Finis1737

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde**: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2015. Disponível em: Guimaraes%202015%20saúde%20fundamentos%20da%20geografia%20humana.pdf. Acesso em: 2 mar. 2025.

HAESBERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do fim dos territórios a multiterritorialidade. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2011.

HAESBAERT, Rogério. **Viver no limite**: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. **A mobilidade das fronteiras**. Belo Horizonte: Editora: UFMG, 2006. 322p. (Coleção Humanitas).

INSTITUTO FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL. IFDM: acompanha o desenvolvimento socioeconômico de todos os municípios brasileiros: emprego & renda, saúde e educação. Rio de Janeiro: **Firjan**, 2023. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=MS&cidade=500660&indice=4&ano=2023. Acesso em: 2 fev. 2026.

JACQUIER, A. B.; CENTENO, A. B. La salud en las fronteras, un problema global y transfronterizo. *In*: JORNADAS DE JÓVENES INVESTIGADORES, 7., 2013, Buenos Aires. ***Anais*** *[...]*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2013. p. 1-17.

KRÜGER, Carolina. **Da avaliação de impacto à governança transfronteiriça**: contribuições para o aperfeiçoamento da gestão de políticas públicas. 2019. 176 f. Tese (Doutorado em Administração de Organizações) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

MACHADO, Lia Osório. Emplacement of ideas: the development of geographical thought in Brazil in the early 20th century. ***Finisterra***, v. 33, n. 65, p. 195-207, 1998.

MACHADO, L.; HAESBAERT, R.; RIBEIRO, L. P.; STEIMAN, R.; PEITER, P. C.; NOVAES, A. 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, MS: Editora UFMS, 2005. p. 87-112.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultura e hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2003.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Campo Grande, MS: Secretaria de Estado de Saúde, 2024.

MERCOSUL. **Mercado Comum do Sul**. Disponível em: http://www.mercosul.gov.br/saiba-mais-sobre-o-mercosul#OMERCOSUL Acesso em: 25 maio 2023.

MERCOSUL. **A Saúde no Mercosul**. Ministério da Saúde. 2.ª ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. ISBN 85-334-0684-3.

MONDARDO, Marcos Leandro. **Territórios de trânsito**: dos conflitos entre Guarani e Kaiowá, paraguaios e "gaúchos" à produção de multi/transterritorialidades na fronteira. Rio de Janeiro: Consequência, 2018.

MELO, Renan Oliveira de; BEDIN, Melissa; ZACHER, Juliana Menezes. Panorama dos sistemas de saúde do Brasil, Canadá, Paraguai e Timor-Leste: uma revisão narrativa. *In*: SERPINF, 5.; SENPINF, 3., 2020. ***Anais*** *[...]*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020.

MULLER, K. M. Espaços de fronteira nacional. Polos de Integração. *In*: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. **Territórios sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005. p. 574-593.

MULLER, Dr. U. Descentralización "Desde abajo". *In*: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. **Territórios sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005. p. 230-250.

NASCIMENTO, Valdir A. de; BANDUCCI JUNIOR, Álvaro. "Favor a gente não cobra, né?": redes de solidariedade na fronteira de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY). **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-20, 2022. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v31i2pe195103.

NOGUEIRA, Ricardo José Batista. Fronteira: espaço de referência identitária? **Ateliê Geográfico**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 27-41, dez. 2007. Disponível em:

https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/3013. Acesso em: 2 set. 2022.

OLIVEIRA, Tito Carlos M. de. Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teórico-prático. *In*: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. **Territórios sem limites:** estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005. p. 377-408

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado; ODDONE, Nahuel. Vulnerabilidade e Potencialidades na Fronteira Mesopotâmia: o território do Brasil com o Paraguai, entre os rios Paraná e Paraguai. *In*: TRINCHERO, Héctor Hugo; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado (Orgs.). **Fronteiras Platinas território e sociedade.** Dourados: UFGD, 2012. p. 149-177.
OLIVEIRA, M. A. M. As subversões da fronteira e do pensamento. **Direito do Estrangeiro ao Sistema Único de Saúde:** um olhar para as fronteiras do MS. *In*: AMARAL, Ana Paula Martins; CARVALHO, Luciani Coimbra (Org.) Campo Grande-MS: Editora UFMS, 2013, p. 11-12.

OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de; ODDONE, Nahuel. Vulnerabilidade e potencialidades na fronteira Mesopotâmia: o território do Brasil com o Paraguai, entre os rios Paraná e Paraguai. *In*: TRINCHERO, Héctor Hugo; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (org.). **Fronteiras platinas**: território e sociedade. Dourados, MS: UFGD, 2012. p. 149-177.

OLIVEIRA, T. C. M. (2015). Uma fronteira nas malhas da rebeldia e da criatividade. **Caderno de Estudos Culturais.** P. 103-121, vol_ 7, N. 14, jul./dez.2015, ISSN 1984-7785.

OLIVEIRA, T. C. M.; NASCIMENTO, R. F. Fronteira, paradiplomacia e desenvolvimento. **Monções Revista de relações internacionais da UFGD**. Dourados, v.6. n.1, jul./dez/2017. Disponível em: http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes. Acesso em: 15 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.

PAIXÃO, Roberto Ortiz. **Globalização, turismo de fronteira, identidade e planejamento da região internacional de Corumbá/MS**. 2006. 201f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PARAGUAY. Presidencia de la República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n.º 3.442, de 9 de marzo de 2020. Disponível em: http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/11153.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

PARAGUAY. Presidencia de la Republica del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Decreto no. 3.442 de 9 de marzo de 2020**. Disponível em: http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/11153.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

PARAGUAY. Amambay Proyeycciones de población por sexo y edade, 2022.

PARAGUAY. ***Constitución Nacional de la República del Paraguay***, de 20 de junio de 1992. Asunción: [s. n.], 1992.

PARAGUAY. Ley n.º 1.032, de 27 de noviembre de 1996. **Crea el Sistema Nacional de Salud**. Asunción, 1996.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S237-S250, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400013.

PEITER, P. C. Situação da malária na Tríplice Fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, dez. 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00042213.

PEREIRA, Jacira Helena do Valle. Diversidade cultural nas escolas de fronteiras internacionais: o caso de Mato Grosso do Sul. **Revistas Múltiplas Leituras**, v. 2, n. 1, p. 51-63, jan., 2009. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/ML/article/download/327/325. Acesso em: 9 out. 2023.

PEREIRA, M. A. C. Uma análise do diagnóstico Sistema Integrado de Saúde da Fronteira em Mato Grosso do Sul. *In*: AMARAL, Ana Paula Martins; CARVALHO, Luciani Coimbra de (org.). **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde**: um olhar para as fronteiras do MS. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2013. p. 71-84.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Fronteiras culturais em um mundo planetário – paradoxos da(s) identidade(s). **Revista del Cesla**, n. 8, 2006, p. 9-19, Varsóvia, Polônia.

PONTA PORÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Ponta Porã, MS: Secretaria Municipal de Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1eK06EmSbIQ3yTo3ck7PnDBdSPV7pmEz5. Acesso em: 24 nov. 2025.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do desenvolvimento humano 2021/2022**: tempos incertos, vidas instáveis: a construir o nosso futuro num mundo em transformação. Nova York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2022.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

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

RAMOS, André de Carvalho. Construindo muralhas: o fechamento de fronteiras na pandemia da covid-19. *In*: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). **Migrações internacionais e a pandemia de covid-19.** Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" – Nepo/Unicamp, 2020. p. 109-118. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/612c9fe4-65db-4355-819f-c7f661646b45/miginternacional.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

RIBAS, L. M.; OLIVEIRA, S. R. M. de. Acesso de estrangeiros à saúde: políticas públicas do SUS e atendimento em Mato Grosso do Sul, nas cidades de Ponta Porã e Corumbá. *In*:

AMARAL, Ana Paula Martins; CARVALHO, Luciani Coimbra de (org.). **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde**: um olhar para as fronteiras do MS. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2013. p. 31-46.

ROCHA, Thamirys Cristiny Souza. **A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do SIS Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero**. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos) – Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2019.

SALVADOR, E. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. ***Argumentum*,** Vitória, v. 16, n. 1, p. 6-19, jan./abr. 2024. DOI: 10.47456/argumentum.v16i1.44218. Acesso em: 20 jan. 2026.

SANGUIN, André-Louis. Paisagens de fronteira: variáveis em um importante tema da geografia política. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 389-411, 2015. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/bgg/article/view/56328/340. Acesso em: 18 jun. 2022.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996. 308 p.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão.** 5. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. 176 p.

SILVA, Zenete Ruiz da. Educação e intercultura para além da fronteira. **Revista Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 211-222, jul./dez. 2010. Disponível em: http://seer.upf.br/index.php/rep/article/viewFile/2052/1282. Acesso em: 3 set. 2021.

SILVA, Maria Lúcia Silveira da; MORAIS, Márcia de Jesus. Os sentidos da fronteira a partir da discussão territorial em Claude Raffestin. **Revista Geográfica de América Central**, Número Especial EGAL, 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4517/451744820153.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

SILVA NETO, Antonio Levino da. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru.** 2010. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVEIRA, Claudia Vera da; SILVEIRA, Geovane Silveira da. Algumas considerações sobre as políticas públicas na área da saúde na República do Paraguai no período de 2003-2015. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO, 6., 2022. ***Anais** [...]*. 2022. ISSN 2594-8083. Disponível em: https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/3688. Acesso em: 1 jul. 2025.

SOTO, M. G. R.; CUNHA, R. V.; REIS, C. B.; ROZISCA, V. F. Crack em cidades gêmeas: o que existe e não se revela. In: MOTA, Adeir Archanjo da; ROMA, Cláudia Marques (org.). **Contextos geográficos, saúde mental e violências**: das pessoas ao território e do território às pessoas. Dourados, MS: UFGD, 2020. p. 87-108.

SOUZA, Jonas A. C. **“No soy de aqui, ni de allí. Yo soy!”**: identidade territorial na fronteira entre Pedro Juan Caballero - Paraguai e Ponta Porã – Brasil. MS [recurso eletrônico]. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados 2018. Disponível em: https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1171. Acesso em: 14 jun. 2025.

TORRECILHA, Maria Lúcia. **A gestão compartilhada como espaço de integração na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. 2013. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Geografia Humana, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

VARGAS, Fábio Aristimunho. **Formação das fronteiras latino-americanas**. Brasília: FUNAG, 2017.

VIEIRA, A. B.; ROMA, C. M. Saúde e fronteira: entre o espaço da norma e o território usado. *In*: ROMA, Cláudia Marques; VIEIRA, Alexandre Bergamin; MOTA, Adeir Archanjo da (org.). **Fronteira e saúde**: experiências, vivências e possibilidades. Dourados, MS: UFGD, 2020. p. 111-128.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIMENTO (TLCE)

O (a) senhor (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Acesso aos serviços públicos de saúde na fronteira de Ponta Porã – Estado de Mato Grosso do Sul/Brasil e Pedro Juan Caballero – Departamento de Amambay/Paraguay. Desenvolvida por Luci Meire Corrêa Anastácio, estudante de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Geografia, da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Leandro Mondardo.

Essa pesquisa tem como foco principal construir reflexões sobre a saúde e a fronteira, análise da dinâmica dos fronteiriços no acesso aos serviços públicos de saúde na fronteira de Ponta Porã-MS/Brasil e Pedro Juan Caballero-Amambay/Paraguai: comparar o ordenamento jurídico do Brasil e do Paraguai quanto à garantia, compartilhamento e efetivação do direito ao acesso à saúde, em especial quando à disponibilização e financiamento dos serviços públicos de saúde, e analisar o impacto da fechamento da fronteira aos fronteiriços, no impedimento de acessar os serviços públicos de saúde e pós-fechamento.

A participação de Vossa Senhoria nessa pesquisa é voluntária, não havendo qualquer valor econômico ou vantagem a receber ou a pagar. Assim, asseguramos o direito quanto a plena liberdade em recusar a participar da presente pesquisa e/ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo ou penalidade.

Caso haja o seu consentimento para participar da pesquisa, será realizada a entrevista participante presencial ou via WhatsApp, pela proximidade com a pandemia, ainda se corria riscos com aproximação. Com um roteiro de perguntas a serem respondidas no tempo mais apropriado do(a) participante, a qual será de forma anônima, ou seja, não será citado seu nome, somente a pesquisadora e o orientador terão acesso a identificação do (a) entrevistado (a).

Os riscos quanto à sua participação, durante a realização das entrevistas são classificados como mínimos, configurando em possíveis desconfortos ocasionados pelo corpo/presença da entrevistadora, em razão das perguntas ou os assuntos abordados durante a entrevista.

No entanto, caso haja, durante a participação do (a) senhor(a), algum desconforto e/ou imprevisto, tem o direito de solicitar, a qualquer momento, a interrupção imediata com o descarte de todas as informações prestadas ou deixar de participar, a qualquer momento.

Rubricas: _____ _____ _____

Participante Doutoranda Orientador

Solicitamos, ainda, a sua permissão, manifestada com a assinatura deste documento, para que as informações obtidas na entrevista possam ser publicadas no meio acadêmico, tais como artigos de periódicos, livros/capítulos, trabalhos em eventos científicos, ou a produção de um pequeno documentário.

Além das publicações científicas, de caráter público, a pesquisadora e seu orientador asseguram que o(a) senhor(a) terá acesso aos resultados da pesquisa mediante a apresentação da Tese validada, junto ao programa de pós-graduação. Os benefícios de sua participação na pesquisa são, sobretudo, indiretos e coletivos, visando a produção e a apropriação de conhecimento produzido sobre as experiências da saúde na fronteira das cidades gêmeas.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma dúvida sobre as questões éticas desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), localizado na Rua João Rosa Góes, n. 1761, Jardim América, CEP: 79825-070, Dourados/MS, Telefone: (67) 3410-2853. Email: cep@ufgd.edu.br.

O CEP/UFGD é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/UFGD tem por finalidade fazer cumprir os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, em observância ao item VII.02, da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais diretrizes e normas regulamentadoras vigentes (Resoluções CNS n. 240/97, n. 370/07 e Norma Operacional n. 001/2013/CNS).

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, se concordar, preencha, por favor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido abaixo.

Luci Meire Corrêa Anastácio
Doutoranda
E-mail: lucimeirecorrea@hotmail.com

Prof. Dr. Marcos Leandro Mondardo
Orientador
E-mail: marcosmondardo@ufgd.edu.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,_____, portador do documento no. _____, residente na _____

_____

Telefone -_____, ciente do que me foi exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro para os devidos fins, que autorizo a minha participação, para realização da pesquisa intitulada ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ-ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/BRASIL E PEDRO JUAN CABALLERO-DEPARTAMENTO DE AMAMBAY/PARAGUAY.

_____, _____ de _____ de 20____

_____

Assinatura do(a) participante