

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GEOGRAFIA
NÍVEL DE MESTRADO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESPAÇO DE FRONTEIRA: TERRITÓRIO E
AMBIENTE

SUELEN TERRE DE AZEVEDO

A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO ENTRE BRASIL E PARAGUAI:
A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS MARGEADOS PELO LAGO DE ITAIPU

MARECHAL CÂNDIDO RONDON - PR

2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GEOGRAFIA
NÍVEL DE MESTRADO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESPAÇO DE FRONTEIRA: TERRITÓRIO E
AMBIENTE

SUELEN TERRE DE AZEVEDO

A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO ENTRE BRASIL E PARAGUAI:
A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS MARGEADOS PELO LAGO DE ITAIPU

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Geografia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná –UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon. Como condição obrigatória para a obtenção do título de Mestre em Geografia. Área de concentração “Espaço de Fronteira: Território e Ambiente”. Linha de Pesquisa: “Dinâmica territorial e conflitos sociais em espaço de fronteira”.

Orientador: Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza

MARECHAL CÂNDIDO RONDON - PR

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca da UNIOESTE – Campus de Marechal Cândido Rondon – PR., Brasil)

A994t Azevedo, Suelen Terre de
A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu / Suelen Terre de Azevedo. - Marechal Cândido Rondon, 2015.
144 p.

Orientador: Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza

Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Marechal Cândido Rondon, 2015.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Brasil - Fronteiras - Paraguai. 3. Cooperação internacional. 4. Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras I. Souza, Edson Belo Clemente de. II. Título.

CDD 22.ed. 362.1
327.810892
CIP-NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Marcia Elisa Sbaraini-Leitzke CRB-9/539



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Marechal Cândido Rondon - CNPJ 78680337/0003-46

Rua Pernambuco, 1777 - Centro - Cx. P. 91 - <http://www.unioeste.br>

Fone: (45) 3284-7878 - Fax: (45) 3284-7879 - CEP 85960-000

Marechal Cândido Rondon - PR.

Programa de Pós-Graduação em Geografia - Nível de Mestrado



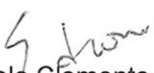
PARANÁ

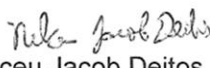
GOVERNO DO ESTADO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GEOGRAFIA

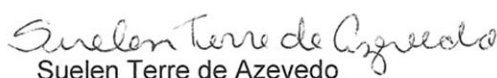
Aos vinte e seis dias do mês de junho de 2015, às 09h30min, na Sala 57 (3º Piso, Bloco IV) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon, reuniu-se, em sessão pública, a Banca Examinadora da Defesa de Dissertação de Mestrado em Geografia constituída pelos professores Dr. Edson Belo Clemente de Souza (Orientador) (UNIOESTE), Dr. Nilceu Jacob Deitos (UNIOESTE) e Dr. Guillermo Alfredo Johnson (UFGD), para avaliarem o trabalho "*A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu*", apresentado pela pós-graduada **Suelen Terre de Azevedo** para a obtenção do título de "Mestra em Geografia" do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Geografia da UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon. Após arguição a banca examinadora considerou o trabalho APROVADO. Nada mais havendo a constar, eu Edson Belo Clemente de Souza, orientador do trabalho, lavrei a presente ata que vai assinada por mim, pelos demais membros da banca examinadora e pela pós-graduada avaliada.

Marechal Cândido Rondon, 26 de junho de 2015.


Edson Belo Clemente de Souza
Orientador


Nilceu Jacob Deitos
Membro


Guillermo Alfredo Johnson
Membro


Suelen Terre de Azevedo
Pós-Graduada

Com amor para Isabel e Alice.

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas Isabel e Alice que são minha inspiração, alegria e meu combustível para enfrentar as dificuldades. Em especial aos meus pais, Lisiane e Elton que sempre ensinaram que devemos lutar pelos sonhos transpondo todos os desafios que a vida nos reserva. Ao meu marido Amilton, que me deu todo apoio sempre incentivando para que tudo desse certo. À Karinie, Thassiane e Elton Junior que são bases fundamentais para o apoio emocional. À Nair Noé que também foi importante em vários momentos, sempre disposta a ajudar. À todos que auxiliaram na tarefa de cuidar dos meus tesouros mais preciosos que são minhas filhas, obrigada por seu tempo dedicado e por todo amor que compartilharam conosco.

Aos meus professores que ensinaram muito além do conhecimento teórico, mas incentivaram o crescimento profissional. Toda minha gratidão ao meu orientador Edson Belo Clemente de Souza que sempre me motivou, indicando os passos em todos meus momentos da geografia desde a graduação, minha admiração pelo grande profissional que permitiu dividir seu conhecimento comigo, com dedicação e paciência. Aos professores da banca de defesa Guillermo Alfredo Johnson e Nilceu Jacob Deitos pelas contribuições e apontamentos primorosos e reflexões que fizeram sobre esta dissertação.

À CAPES pela bolsa de pesquisa. À Universidade Estadual do Oeste do Paraná e ao Programa de Pós Graduação em Geografia de Marechal Cândido Rondon. Aos meus colegas da graduação, meu colegas do mestrado da minha turma, da turma anterior e posterior que foram ótimos companheiros em sala de aula, pela companhia na participação de eventos e pela troca de informações valiosas, além de sua amizade que ainda permanece. À Célio Escher pela prontidão e gentileza com que realizou a revisão e correção deste trabalho.

Agradeço a Prefeitura de Marechal Cândido Rondon, Prefeitura de Guaíra e Prefeitura de Santa Helena. E aos transfronteiriços que aceitaram participar desta pesquisa, oferecendo seu tempo, dividindo sua história de vida e experiências, obrigado pela confiança.

*Ter um destino é não caber no berço onde o
corpo nasceu, é transpor as fronteiras uma a
uma e morrer sem nenhuma.*

Miguel Torga

RESUMO

A TRANSFRONTEIRIZAÇÃO ENTRE BRASIL E PARAGUAI: A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS MARGEADOS PELO LAGO DE ITAIPU

A dissertação de que trata este resumo analisa a problemática do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) na fronteira do Brasil com o Paraguai, especialmente nos municípios paranaenses que fazem parte do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras), abrangendo os municípios de Entre Rios do Oeste, Foz do Iguaçu, Guaíra, Itaipulândia, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Missal, Pato Bragado, Santa Helena, Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu. As propostas de cooperação transfronteiriça apresentam-se como estratégia de integração entre as comunidades dos dois países. Para o desenvolvimento do estudo da dissertação foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: análise de alguns instrumentos de gestão territorial das fronteiras europeias, enquanto experiências exitosas de cooperação transfronteiriça; revisão de literatura sobre pesquisas de saúde na fronteira; análise e compilação de dados através das páginas eletrônicas do Ministério da Saúde; DATASUS e Ministério das Relações Exteriores; além de entrevistas qualitativas com agentes de saúde e usuários transfronteiriços do SUS.

Palavras-chave: Saúde Pública; Cooperação Transfronteiriça; Fronteira Brasil-Paraguai.

ABSTRACT

THE CROSS-BORDER BETWEEN BRASIL AND PARAGUAI: THE HEALTH IN COUNTIES BORDERED BY LAKE ITAIPU

The information in this abstract analyzes the problem of care in the Unified Health System (SUS) on the Brazil and Paraguay's border, especially in the municipalities of Paraná members of the Integrated Health System Border (SIS-Fronteira), covering the municipalities of Entre Rios do Oeste, Foz do Iguaçu, Guaíra, Itaipulândia, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Missal, Pato Bragado, Santa. Helena, Santa Terezinha de Itaipu and São Miguel do Iguaçu. Cross-border cooperation proposals are presented as a strategy of integration between the communities of both countries. To develop the study of the dissertation the following methodological procedures were used: analysis of some territorial management instruments European borders as successful experiences of cross-border cooperation; literature review of health research at the frontier; analysis and collection of data through the electronic pages of the Ministry of Health; DATASUS and Ministry of Foreign Affairs; as well as qualitative interviews with health workers and border SUS users.

Keywords: Public health; Cross-border cooperation; Brazil-Paraguay border

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização da área de estudo.....	15
Figura 2: Faixa de Fronteira.. ..	38
Figura 3: Arco Sul.. ..	39
Figura 4: Zona de Seguridad Fronteriza.	40
Figura 5: Localização das travessias fluviais internacionais do Lago de Itaipu.....	97
Figura 6: Lago de Itaipu, Porto Mendes (Marechal Cândido Rondon).....	98
Figura 7: Lago de Itaipu, Porto Britânia (Pato Bragado).	99
Figura 8: Embarcação utilizada para o transporte de pessoas na travessia Porto Britânia/Porto Marangatu.....	100
Figura 9: Placa informando os horários de travessia entre Brasil e Paraguai no Porto Britânia .	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Informantes entrevistados durante a pesquisa.	24
Tabela 2: População e distribuição de recursos financeiros para os municípios fronteiriços: PAB e SIS-Fronteira.	80
Tabela 3: Perfis dos Municípios	83
Tabela 4: Quantidade de médicos por: atende no SUS segundo Município no período Mar/2013, Mar/2014 e Mar/2015.	84
Tabela 5: Número de Leitos Hospitalares por Município - 2013	86
Tabela 6: População residente por nacionalidade - 2010	94
Tabela 7: População, brasileiros natos residentes no Paraguai, residências particulares que têm como língua materna o português.	96

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAF	Comitê de Articulação Federativa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CARTÃO SUS	Cartão Nacional de Saúde
CDIF	Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Inter-Gestores Bipartite
CMI	Centro Materno Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DBR	Divisão das Comunidades Brasileiras no Exterior
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Interfederativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTERREG	Política Regional de Cooperação Interregional Transfronteiriça
M. C. Rondon	Marechal Cândido Rondon
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MP	Medida Provisória
MSPBS	Ministério de Salud Pública e Bem-Estar Social
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDFF	Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PNDR	Política Nacional de Desenvolvimento Regional
POCTEP	Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal
PSF	Programa Saúde da Família
RG	Registro Geral

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIS-Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIS-MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL
SUS	Sistema Único de Saúde
UH Itaipu	Usina Hidrelétrica Binacional Itaipu

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
CAPÍTULO 1 – AS INTERAÇÕES ENTRE ESPAÇO GEOGRÁFICO E TERRITÓRIO	26
1.1 As categorias espaço e território em sua formação teórica na geografia.	26
1.2 Espaços fronteiriços entre Brasil e Paraguai	30
1.2.1 As políticas governamentais e a influência na fronteira.....	34
1.2.2 Distinções entre zona de fronteira, faixa de fronteira e limite	36
1.3 A construção do conceito de sujeito transfronteiriço e a transfronteirização.	41
CAPÍTULO 2 – COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA: DO FUNDAMENTO ÀS EXPERIÊNCIAS	47
2.1 O modelo das políticas de cooperação territorial ibéricas como uma possibilidade para o MERCOSUL	51
2.2 As iniciativas governamentais sobre a saúde na fronteira	58
2.2.1 As políticas de cooperação transfronteiriças para a saúde na fronteira Brasil e Paraguai.....	61
CAPÍTULO 3 - GEOGRAFIA, FRONTEIRA E SAÚDE	67
3.1 A saúde na fronteira	67
3.1.1 O SUS e o acesso à saúde aos estrangeiros	72
3.2 A experiência do SIS-Fronteira no Oeste do Paraná	76
3.2.1 Os recursos financeiros repassados para a execução do SIS-Fronteira.....	79
3.3 A implantação do Programa Mais Médicos	82
3.4 O cartão SUS	87
CAPÍTULO 4 - A REALIDADE DA SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL E PARAGUAI	92
4.1 As interações entre atores fronteiriços: o acesso à saúde através do SUS	92
4.2 Análise e discussão dos resultados das entrevistas	103
4.2.1 Entrevistas aplicadas aos agentes de saúde	104
4.2.2 Entrevistas aplicadas aos usuários SUS	113
4.2.3 Considerações sobre os relatos de agentes de saúde e de usuários SUS	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
ANEXOS	137
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	138
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	140
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	141
APÊNDICE A - Roteiro para entrevistas – Agentes de saúde municipais.	143
APÊNDICE B - Roteiro para entrevistas – Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios fronteiriços.	144

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito universal. É com esse entendimento que o Brasil, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir que todos indivíduos recebam atendimento de forma gratuita e igualitária. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Cabe, porém, questionar se, nas faixas de fronteira, em que os fluxos populacionais são flutuantes, essa garantia consegue ser mantida e quais são as estratégias utilizadas para que esses direitos sejam garantidos a todos os que procuram o sistema público de saúde.

Cabe de pronto informar que, nos municípios de fronteira, garantir esse direito a todos os que buscam os estabelecimentos de saúde pública é uma ação pública complexa, especialmente dificultada pela maior demanda de usuários em comparação com os recursos destinados aos municípios com base no número dos seus habitantes fixos. Esse problema foi relatado durante a implantação do Programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) no ano de 2005. Durante o desenvolvimento desse Programa foram realizados diagnósticos municipais que comprovaram o atendimento de usuários residentes no Paraguai em busca do acesso aos serviços de saúde do SUS no Brasil, assim ultrapassando a capacidade de atendimento municipal orçada. Esta dissertação busca analisar os fluxos existentes entre a população que reside nas margens do Lago de Itaipu caracterizando a fronteira Brasil e Paraguai, utilizando-se da experiência de dez anos de implementação do SIS-Fronteiras.

Nesse intuito, a presente pesquisa de mestrado espera contribuir para a compreensão da dinâmica e dos fluxos na região fronteira do Lago de Itaipu. Serão, portanto, analisados os municípios paranaenses classificados, de acordo com o IBGE, como linhas de fronteira, compreendendo os municípios de: Entre Rios do Oeste, Foz do Iguaçu, Guaíra, Itaipulândia, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Missal, Pato Bragado, Santa Helena, Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu, visualizados na Figura 1 (vide p.15). São todos municípios inseridos na Mesorregião Oeste Paranaense e, de acordo com o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF, a localização deles na zona de fronteira com o Paraguai configura-se como um espaço sub-regional (BRASIL, 2005).

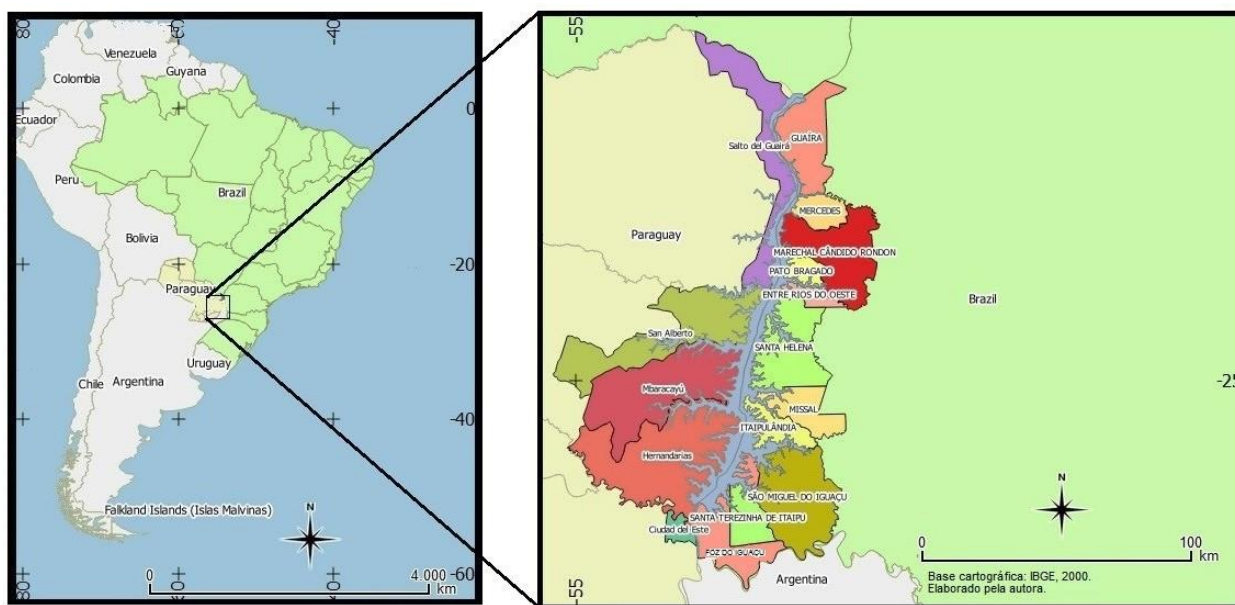


Figura 1: Localização da área de estudo.

Fonte: Base cartográfica IBGE, 2010. Elaborado pela autora.

Geograficamente, o Oeste do Paraná faz limite com o Paraguai através do Lago de Itaipu, sendo que o acesso via ponte é possível somente em Foz do Iguaçu e em Guaíra, enquanto em outros municípios o acesso é realizado via fluvial, através de portos oficiais ou clandestinos. As travessias oficiais são realizadas pelos seguintes portos autorizados pela Marinha do Brasil: Porto Britânia (Pato Bragado-PR a Maracatú-PY), Travessia Internacional de Santa Helena (Santa Helena-PR a Porto Índio e Sanga Funda-PY), Porto Mendes (Marechal Cândido Rondon-PR a Porto Adela-PY) e Porto Internacional de Guaíra (Guaíra-PR a Salto del Guayrá-PY). Esses acessos fluviais serão detalhados no quarto capítulo.

A facilidade de acesso e o intercâmbio econômico dos dois lados da fronteira interfere no sistema de saúde pública no Brasil especialmente, por isso o SUS vem tentando resolver esse problema por meio de programas específicos. Um dos programas executados foi o SIS-Fronteiras, que visou melhorar o acesso à saúde de brasileiros e de estrangeiros, pois os laços que existem entre as populações devem ser considerados através de diretrizes que reconheçam suas especificidades. Nesse sentido, os fluxos são gerados pelas populações que buscam, em territórios distintos, serviços diversificados de saúde: “Fixos e fluxos juntos, interagindo, expressam a realidade geográfica e é desse modo que conjuntamente aparecem como um objeto possível para a geografia” (SANTOS, 1996, p. 62).

Ressaltamos que o termo “transfronteiriço” será empregado para fazer referência às populações que migram constantemente entre os limites de fronteira. O termo remete a um entendimento da complexidade das dinâmicas territoriais no contexto da mobilidade populacional, resultando que as convivências proporcionadas entre os contornos internacionais promovem a miscigenação de hábitos e de costumes que possuem uma formação sociocultural integrada. Assim caracterizamos a comunidade como transfronteiriça e comportando as diversidades regionais às quais estão atrelados. Destacamos que ações de transfronteirização — quando adequadas — viabilizam políticas articuladas, que, por meio de um planejamento regional, possa ser um meio de institucionalizar a cooperação transfronteiriça e, conseqüentemente, permita efetivar a integração nas fronteiras. Justamente, perante os problemas da saúde pública regional, ações adequadas de transfronteirização são necessárias, fazendo com que atuações conjuntas de instituições públicas dos dois lados da fronteira possam chegar a beneficiar as populações transfronteiriças.

As regiões de fronteira apresentam diferentes problemas na área da saúde, assim repercutindo de diversas maneiras sobre a vida dos cidadãos que nelas vivem. Percebe-se que, no atual estágio de integração, o principal empecilho é ocasionado por não haver meios oficiais de contabilizar a demanda sobressalente de usuários não residentes nos municípios brasileiros, causando a insuficiência de recursos humanos, de equipamentos e infraestrutura nesses locais — pois, não havendo esse fator impeditivo, os demais problemas de atendimento seriam mais facilmente equacionados. Da parte das populações flutuantes, as motivações pela busca pelo atendimento no SUS são variadas, como: (i) as limitações do Sistema de Saúde do Paraguai, (ii) atendimentos mais rápidos (por causa das vias de comunicação mais acessíveis ao Brasil pelo Lago) em casos de urgência e emergência ou de gravidade e (iii) reconhecimento estrangeiro de que o SUS apresenta boa qualidade e facilidade de acesso no contexto da gratuidade dos serviços.

Assim, este estudo se justifica por apresentar aspectos da realidade de atendimento da saúde pública na fronteira entre Brasil e Paraguai, em especial na área do Lago de Itaipu. O estudo está, portanto, ligado diretamente com a qualidade de vida dos moradores dos dois lados dessa fronteira. Outro ponto relevante é considerar que ações descentralizadas, advindas de políticas de cooperação transfronteiriça, são essenciais para solucionar as dificuldades enfrentadas pelas populações dessa fronteira. A busca por subsídios de informações passa pela caracterização das políticas de programas de cooperação transfronteiriça, pela identificação de

seus princípios e de suas estratégias, assim como passa pelo registro das ações de integração socioespacial que já se apresentam nessas localidades. Enfim, planejamos averiguar se os programas de saúde desempenham seu papel de contribuir para o desenvolvimento local e regional, estimulando a formação de redes de integração e reduzindo as desigualdades regionais.

Peiter (2005) considera que a Geografia é uma importante ciência para analisar a saúde da população de fronteira, pois, ao considerar as características da organização social, analisando as relações entre o espaço e a saúde, podemos verificar que os limites políticos internacionais não são obstáculos para a propagação de doenças nas zonas de fronteira, podendo até estimular sua difusão. Nessas áreas, os fluxos transfronteiriços apresentam intensa interação e nem sempre há uma cooperação institucionalizada entre os serviços de saúde locais de cada lado da fronteira, ou mesmo entre os próprios municípios da mesma região.

Os espaços de fronteira vêm despertando novas visões, principalmente considerando essas regiões como áreas estratégicas para a integração sul-americana. Experiências desenvolvidas em fronteiras na União Europeia apontam que a cooperação e o fluxo de tecnologias e ideias são alvos importantes do desenvolvimento territorial, visto que é mediante políticas públicas que os territórios têm a possibilidade de potencializar os seus recursos, enfrentando os problemas mediante o compartilhamento de soluções integradas. A União Europeia, ao estabelecer o fim das barreiras transfronteiriças, vislumbrou o seu crescimento por meio de programas e de regulações que estabeleceram uma gestão embasada na coesão territorial. Assim, portanto, podemos articular essa experiência com as medidas estabelecidas pelo MERCOSUL, a fim de comparar e identificar possíveis ações que possam melhorar o sistema de saúde nas fronteiras.

Nesse contexto, a presente dissertação está estruturada de maneira a dedicar um capítulo para cada um dos seguintes temas: (i) “As interações entre espaço geográfico e território”, (ii) “Cooperação transfronteiriça: do fundamento às experiências”, (iii) “Geografia, fronteira e saúde” e (iv) “A realidade da saúde na fronteira Brasil e Paraguai”.

O primeiro capítulo — “As interações entre espaço geográfico e território” — busca caracterizar os principais conceitos envolvendo espaço, território e sua evolução teórica dentro da Geografia. Esse capítulo esclarece os conhecimentos estabelecidos por Moraes (2000), Corrêa (1995), Lacoste (1997), Gootman (1973), Raffestin (1993), Sack (1986) e Haesbaert (2006). A noção de fronteira modificou-se de acordo com o tempo. O contexto da fronteira Brasil e Paraguai e os processos de integração foram intensificados com a construção da Usina

Hidrelétrica da Binacional Itaipu. O sentido da fronteira, restrito à segurança nacional, também vem sendo modificando por força do reconhecimento do entrelaçamento cultural e econômico entre as populações da região, elevando as experiências para uma questão transfronteiriça. Nesse sentido, a transfronteirização vem buscando novas formas de relacionamento entre populações que vivem nas fronteiras.

O transfronteiriço é identificado como sendo um sujeito que aproveita as condições geopolíticas de sua localização e desenvolve suas atividades nos dois lados da fronteira, fazendo-o de um lado ou de outro de acordo com sua necessidade ou preferência. Praticando atividades de integração, a apropriação das práticas já desenvolvidas pela população no compartilhamento dos espaços e ações ultrapassa os limites políticos das fronteiras e estimula a transfronteirização, que consiste em proporcionar políticas públicas integradas, superando as escalas nacionais e considerando os fluxos socioeconômicos como preponderantes, reconhecendo a ligação cultural na região com vocação para a integração.

O segundo capítulo, intitulado “Cooperação transfronteiriça: do fundamento as experiências”, demonstra o estímulo a programas de cooperação e integração transfronteiriça, trazendo um referencial sobre a formação das regiões transfronteiriças e o processo de transfronteirização. As formações de redes estimuladas por essas políticas transfronteiriças possibilitam o desenvolvimento efetivo das comunidades locais. Também é pertinente apresentar reflexões sobre o modelo de cooperação transfronteiriça e coesão territorial aplicado na União Europeia. Ressalta-se que as dificuldades para a sua efetivação são variadas. Assim, a experiência sobre ações bem-sucedidas na Europa ajudam a entender os desafios para a integração nas fronteiras sul-americanas, sendo essencial apontar algumas iniciativas governamentais, como a implantação de políticas públicas desenvolvidas para melhorar a saúde na fronteira. Os esforços diplomáticos do Ministério das Relações Exteriores, em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, são realizados para minimizar a sobrecarga de atendimento nos municípios brasileiros das fronteiras. Assim, a cooperação transfronteiriça proporciona que ações sejam projetadas para as duas nações em questão. A caracterização de algumas ações técnicas desenvolvidas pelo Brasil no Paraguai, como o treinamento de pessoal para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai, indica um caminho progressivo para o processo de cooperação transfronteiriça.

Nesse sentido, a integração entre países fronteiriços cria possibilidades para aproximar e conciliar o desenvolvimento regional. As políticas europeias não devem ser um paradigma, mas

servem como exemplos de gestão territorial mais aproximada da transfronteirização. O MERCOSUL apresenta vocação para a integração, pois já possuiu uma transfronteirização espontânea praticada pela população da fronteira. Assim, o desafio está em lidar com a complexidade para coordenar acordos econômicos e sociais de forma institucionalizada que avance para uma cooperação transfronteiriça.

O terceiro capítulo — “Geografia, fronteira e saúde” — apresenta as estratégias realizadas pelo SUS para conseguir oferecer assistência de saúde aos estrangeiros ou brasileiros residentes em cidades fronteiriças do Paraguai e que procuram serviços de saúde nos municípios paranaenses da linha de fronteira. Nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios cotidianos no intento de atender essa demanda, que os gestores consideram excedente (por falta de provisão orçamentária), embora devido. O Programa SIS-Fronteira e o Programa “Mais Médicos” são apresentados como estratégias desenvolvidas nos municípios estudados. Também é analisado o uso do Cartão SUS, que se depara com a ambiguidade de garantir o atendimento a quem o possui ou negar sua confecção, negando assim todo o acesso à saúde pública.

O quarto capítulo — “A realidade da saúde na fronteira Brasil e Paraguai” — analisa a problemática do acesso ao atendimento de saúde oferecido pelo SUS aos usuários residentes no Paraguai. Para isso são relatadas experiências obtidas mediante entrevistas abertas com agentes de saúde e também com usuários SUS. Evidenciamos que as interações populacionais são o principal fator que caracteriza as especificidades da saúde da fronteira, visto que as estratégias para conseguir o atendimento são caracterizadas pela solidariedade, identificada entre os transfronteiriços, assim consolidando os fluxos migratórios e, portanto, a transfronteirização.

Assim, a realidade sobre o atendimento aos fronteiriços é complexa, diacrônica e paradoxal, já que os usuários estrangeiros são motivados a buscar atendimento do lado brasileiro, tanto por questões pessoais quanto por outras estruturais, promovendo dificuldades nas unidades locais de saúde. Nesse cenário, identificamos a necessidade de implementação de políticas de cooperação para a resolução das problemáticas de acesso à saúde enfrentadas por ambas as nações.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pelo exposto, esta dissertação pode ser considerada como estudo geográfico descritivo e analítico que abrange as localidades situadas no limite de fronteira entre Brasil e Paraguai. Do ponto de vista do modelo teórico, a pesquisa avalia as ações desenvolvidas pelos sistemas locais de saúde, reportando-se, especificamente, às características relacionadas à transfronteirização. Destarte, esta pesquisa analisa as propostas brasileiras para a redução das disparidades e as condições de atendimento ao direito à saúde da população em zonas de fronteira, evidenciando a relevância da cooperação transfronteiriça.

A cooperação transfronteiriça, enquanto programa institucional, já é exercida na União Europeia, a exemplo do Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal (POCTEP). Salvo as diferenças históricas e econômicas entre a fronteira Portugal-Espanha e a fronteira Brasil-Paraguai, as práticas exitosas europeias podem também ser aplicadas nas fronteiras da América do Sul — em várias regiões da fronteira do Brasil com outros países sul-americanos. Para combater as desigualdades regionais, a Coesão Territorial, que também é econômica, política e cultural, é compartilhada com a institucionalização da Cooperação e da Transfronteirização — que devem ser indissociáveis sob o ponto de vista dos acordos bilaterais entre nações que possuem um território diferenciado em regiões de fronteira.

A pesquisa busca oferecer informações aos municípios estudados para que os respectivos agentes de saúde possam conhecer a situação regional da saúde na fronteira. É, portanto, importante analisar se os programas de saúde desempenhados pelo governo federal brasileiro contribuem para o desenvolvimento local e regional, estimulando a formação de redes e reduzindo as desigualdades regionais, nesta via então observando a atuação de (i) Programa SIS-Fronteira, (ii) Programa Saúde da Família, que inclui o Projeto Mais Médicos e, por fim, (iii) o cadastramento de usuários através do Cartão SUS, considerando os pontos positivos e questões a serem resolvidas para ampliar a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde nas regiões fronteiriças.

Para elucidar as problemáticas enfrentadas na oferta da saúde pública na fronteira, foi realizado um amplo levantamento bibliográfico (livros, artigos científicos, dissertações e teses), sobre pesquisas que tratam de temas como fronteira, saúde, cooperação, integração, transfronteirização e região limítrofe ao lago de Itaipu, bem como a análise de documentos

constantes em páginas eletrônicas do Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores. Esses dados forneceram os subsídios para a caracterização da população fronteiriça.

Os dados secundários foram obtidos no *site* do DATASUS (<<http://www.datasus.gov.br>>). Esse levantamento foi complementado pelas informações de base populacional do Censo do IBGE (2010). Trabalhos acadêmicos também foram consultados para o levantamento de dados. Todas as informações pertinentes foram apresentadas em formato de tabelas elaboradas no editor Excel 2007®. Sobre a distribuição de recursos financeiros para os municípios fronteiriços conforme o PAB e SIS-Fronteira, os dados foram compilados no formato de tabela e a fonte de dados utilizada foi: BRASIL (2005) e RELATÓRIO (2010) considerando: o total da população censitária em 2010; Piso de Atenção Básica (PAB) fixo; repasse PAB; total do repasse SIS-fronteira em 2005 e repasse adicional SIS-fronteira em 2008. Para quantificar a população residente por nacionalidade, para isso foi elaborada uma tabela que quantificou a população total de brasileiros natos, estrangeiros e naturalizados brasileiros. A fonte dos dados foi o Censo do IBGE (2010). As informações sobre o Paraguai foram obtidas de Indicadores Sociais do Paraguai (2008) e Censo Nacional de Población y Viviendas do DGEEC (2002).

Sobre os brasileiros natos residentes no Paraguai e residências particulares que têm como língua materna o português, para isso foi elaborada tabela conforme dados disponibilizados pelo Censo Nacional de Población y Viviendas, DGEEC (2002), nomeando os Distritos do Paraguai fronteiriços com os municípios de estudo, quantificando a população total dos Distritos e população de brasileiros natos. Foi considerada também a quantidade de residências particulares, contabilizando as que utilizam como língua materna o português. Para analisar a quantidade de leitos hospitalares SUS e não SUS, o dado considerou as categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e não SUS. A proporção de leitos hospitalares SUS para cada mil habitantes foi quantificada conforme a fórmula: $(N^{\circ} \text{ de leitos SUS} / \text{População censo 2010}) \times 1.000$. A fonte de dados utilizada foi DATASUS (2014) e IBGE (2010).

Ressalta-se, ainda, que o projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná¹,

¹ O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná foi criado com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos, dentre os quais visa preservar os interesses dos sujeitos envolvidos na coleta de dados. Esse comitê é vinculado à Comissão Nacional de Ética em

sob CAAE 34591514.1.0000.010 (Anexo 1), para poder dar continuidade à pesquisa com os dados obtidos com os atores envolvidos, que são agentes de saúde e usuários do SUS.

Duarte (p. 215, 2004) considera que as entrevistas qualitativas são importantes instrumentos para a pesquisa acadêmica, afirmando que:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados.

Com a finalidade de comprovar os dados apresentados pelo referencial, as entrevistas são muito pertinentes. A partir do questionário aplicado para os agentes de saúde (Apêndice 1), foram entrevistados funcionários municipais que lidam diariamente com os usuários do SUS residentes na área de fronteira Brasil-Paraguai. As entrevistas foram realizadas no período do segundo semestre de 2014 até o primeiro semestre de 2015. Aceitaram responder os questionários um secretário de saúde, uma enfermeira e dois atendentes, caracterizando o grupo dos agentes de saúde, dos municípios de Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena. Optou-se por não revelar a identidade dos entrevistados, visto que o objetivo das entrevistas é analisar as experiências pessoais e os procedimentos utilizados perante o atendimento aos usuários que residem no Paraguai.

Também foram realizadas entrevistas a um grupo de usuários do SUS. Assim, o questionário (Apêndice 2) foi aplicado a seis usuários que possuem algum tipo de interação entre Brasil e Paraguai: sendo dois indivíduos que residem no Paraguai e são de nacionalidade paraguaia, mas com descendência brasileira; três indivíduos que residem atualmente no Brasil, mas que viveram a maior parte de sua vida no Paraguai e, nesse tempo, migravam para o Brasil a fim de procurar atendimento SUS e, atualmente, auxiliam moradores no Paraguai na busca pelo atendimento no Brasil; e um indivíduo nascido no Paraguai, mas que reside no Brasil e também se solidariza com quem vem para ser atendido pelo SUS, hospedando quem necessita dos

serviços de saúde. Esses quatro últimos entrevistados foram escolhidos por auxiliarem os migrantes para que garantam o atendimento SUS, auxílio que prestam mediante o empréstimo de comprovante de residência e hospedagem, assim caracterizando uma rede de solidariedade presente na fronteira Brasil-Paraguai. As entrevistas contribuíram para identificar as motivações que levam os residentes no Paraguai a migrarem para o Brasil com a finalidade de atendimento em estabelecimentos do SUS.

Os questionários foram aplicados buscando identificar as percepções dos sujeitos da pesquisa, averiguando os semelhantes ou diferentes pontos de vista sobre o acesso aos usuários SUS sob a característica da transfronteirização. Como esclarece Duarte (2004, p. 2016):

Realizar entrevistas, sobretudo se forem semi-estruturadas, abertas, de histórias de vida etc. não é tarefa banal; propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a “provocar” um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante é uma tarefa bem mais complexa do que parece à primeira vista.

Ao se deparar com a complexidade que é trabalhar com entrevistas abertas, esta pesquisa encontrou dificuldades em aplicar os questionários, tanto com agentes de saúde quanto com a população de usuários SUS, visto que realizamos o convite de entrevista para contribuírem com a pesquisa, mas diversas pessoas preferiram não participar. Alguns agentes de saúde se negaram por afirmarem que não possuíam conhecimentos suficientes sobre o tema e por sentirem temor de que suas considerações sobre o assunto poderiam influenciar negativamente no seu meio de trabalho. Entre os usuários, a recusa em participar da pesquisa evidenciou o medo de perder o direito de ser atendido pelo SUS no Brasil. Mesmo enfrentando esses problemas, os entrevistados, mencionados a seguir, entenderam os objetivos da pesquisa e aceitaram responder aos questionários. Ressaltamos que todas as pessoas consultadas para as entrevistas foram esclarecidas sobre a confidencialidade de sua identidade na apresentação desta dissertação, para o que receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como pode ser conferido no Anexo 2 e Anexo 3.

A identidade dos entrevistados foi preservada, sendo que todos são identificados apenas como “Informante”, denominação diferenciada de um para outro apenas por número consecutivo, conforme ilustra a Tabela 01. Destacamos que todas as entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, isso com o objetivo de garantir o maior número possível de informações. Pela

análise das entrevistas percebemos que há muitas lacunas sobre o tema, principalmente nos estabelecimentos de saúde, que reconhecem que o atendimento é realizado, mas não quantificam o número de usuários SUS residentes em países vizinhos. Outra dificuldade remete-se ao fato da omissão de documentos que foi constatada tanto pelos atendentes como pelos usuários, por causa de estratégias desviantes para promover o acesso ao SUS a qualquer demandante, mesmo os legalmente não contemplados, que, então, conseguem acesso mediante informações improvisadas, como é a questão do empréstimo de endereço a partir de parente, amigo ou conhecido do lado brasileiro.

Tabela 1: Informantes entrevistados durante a pesquisa.

Informante	Local de residência do entrevistado	Motivo da entrevista	Data da entrevista
Informante 01	Marechal Cândido Rondon	Funcionário municipal da Unidade Básica de Saúde de Porto Mendes há 1 ano e 6 meses e anteriormente funcionário na área da saúde no Município de Itaipulândia por 6 anos.	24/4/2015
Informante 02	Guaíra	Funcionário municipal na área da saúde pública em Guaíra há 3 meses.	2/7/2014
Informante 03	Santa Helena	Funcionário municipal na área da saúde pública em Santa Helena há 3 anos.	14/5/2015
Informante 04	Marechal Cândido Rondon	Funcionário municipal na área da saúde pública por 11 anos, trabalhou em várias unidades de saúde de Marechal Cândido Rondon.	6/8/2014
Informante 05	Marechal Cândido Rondon	Usuário SUS, nasceu no Paraguai, possui 37 anos e há 16 anos reside no Brasil. Auxilia quem vem do Paraguai para conseguir serviços de saúde pelo SUS.	13/4/2015
Informante 06	Marechal Cândido Rondon	Usuário SUS, possui 63 anos, nasceu no Brasil. Em 1979 foi morar no Paraguai, e em 2011 voltou a residir no Brasil. No período em que vivia no Paraguai utilizava-se de serviços de saúde do SUS, nos municípios de Marechal Cândido Rondon e Foz do Iguaçu.	6/4/2015
Informante 07	Naranjal/Paraguai	Usuário SUS, descendente de brasileiros, local de nascimento Paraguai. Idade 29 anos. Busca atendimento SUS em Marechal Cândido Rondon e Foz do Iguaçu.	1º/4/2015a
Informante 08	Naranjal/Paraguai	Usuário SUS, descendente de brasileiros, local de nascimento Paraguai. Idade 31 anos. Busca atendimento SUS em São Miguel do Iguaçu.	1º/4/2015b
Informante 09	Marechal Cândido Rondon	Usuário SUS, possui 63 anos, nasceu no Brasil. Em 1973 imigrou para o Paraguai, e em 2010 voltou a residir no Brasil. No período em que morava no Paraguai utilizava-se de serviços de saúde do SUS na área de oncologia em Foz do Iguaçu.	26/5/2015a
Informante 10	Marechal Cândido Rondon	Usuário SUS, possui 70 anos, nasceu no Brasil. Em 1973 imigrou para o Paraguai, e em 2010 voltou a residir no Brasil. No período em que morava no Paraguai utilizava-se de serviços de saúde do SUS, em Foz do Iguaçu.	26/5/2015b

Os agentes de saúde de Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena e os usuários SUS da região de fronteira do Brasil com o Paraguai foram escolhidos pelo seguinte critério: a ligação direta dos municípios ao Paraguai e a intensidade do fluxos gerados, e, com o fator de serem municípios com poucas informações sobre o atendimento à saúde aos estrangeiros, diferentemente de Foz do Iguaçu, que possui diversas pesquisas que relatam sobre o atendimento aos migrantes, que serão mencionadas ao longo desta dissertação.

No caso de Santa Helena e de Marechal Cândido Rondon, há portos fluviais que os ligam ao país vizinho. As características de Foz do Iguaçu e Guaíra são peculiares, pois sua ligação com o Paraguai é realizado via pontes, o que implica maior intensidade da circulação entre pessoas nos limites de fronteira. Reconhecemos que o Lago de Itaipu também é utilizado como meio de integração entre Brasil e Paraguai, sendo promovido por embarcações que realizam o transporte coletivo diário na travessia entre os países. Para compreender algumas características sobre as travessias fluviais, foi realizado trabalho de campo em Porto Britânia e em Porto Mendes, procedendo a registros fotográficos que identificam algumas características, como o tempo de duração da travessia (pela visualização da distância entre as margens) e horários disponíveis.

Como recurso metodológico foram utilizados mapas prontos, assim como a elaboração de novos mapas sob aspectos do recorte espacial de estudo. Utilizamos o Software de livre acesso Quantum Gis 2.6.1 para a confecção dos mapas. Os mapas utilizados elaborados por outros autores auxiliaram na precisão de dados e na complementação de informações específicas.

Através dos procedimentos metodológicos, a pesquisa buscou compreender e aprofundar as informações sobre a saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai, caracterizando o fluxo existente de usuários transfronteiriços, portanto a escolha metodológica forneceu subsídios que contribuíram para o encaminhamento desta pesquisa, propondo novos questionamentos sobre a cooperação transfronteiriça.

CAPÍTULO 1 – AS INTERAÇÕES ENTRE ESPAÇO GEOGRÁFICO E TERRITÓRIO

Considerando a relevância das categorias que se relacionam para expressar o sentido que esta pesquisa quer demonstrar, este capítulo intenta apresentar uma base teórica sobre essas mesmas categorias.

1.1 As categorias espaço e território em sua formação teórica na geografia.

No senso comum, os significados dos conceitos espaço e território facilmente se confundem ou são considerados similares. Na própria ciência geográfica há uma diversidade de consensos sobre quais elementos se diferenciam ou não entre o espaço e o território. A variedade de explicações é determinada pelo ponto de vista epistemológico do pesquisador, de suas metodologias de análise e pela dimensão do local de estudo (MORAES, 2000).

O espaço é analisado pela Geografia como uma porção específica da Terra na qual se estabelece a natureza e ali se identificando as ações que a sociedade realiza. De outro modo, espaço também pode ser visualizado como referência de localização ou com a finalidade de situar diferentes escalas espaciais (CORRÊA, 1995). De acordo com Santos (1994), o espaço geográfico é considerado sinônimo de território usado, pois remete a uma compreensão do mundo com a sociedade e, portanto, é uma categoria indispensável para entender o mundo.

Postos esses vários lados do conceito de espaço, cabe então colocar a noção de território. O território, tal como analisado nos estudos geográficos, é indissociável do espaço e a busca por uma compreensão científica perpassa variados estudos de sua epistemologia na evolução da geografia, sendo construído a partir das diversas correntes históricas do pensamento político. A etimologia da palavra “território”, de origem latina, apresenta uma dupla conotação de forma simbólica e material. A primeira conotação estabelece similaridade entre terra e *territorium*, com ênfase na noção de identificação, de apropriação e de pertencimento a uma porção de Terra. A segunda conotação faz similaridade entre *térreo* e *territor*, definida por terror, aterrorização e dominação (CURY, 2010). Em ambas as interpretações, a origem da palavra território está

diretamente relacionada com o sentido de dominação e poder, isso de uma maneira muito material e no sentido de apropriação em uma visão simbólica.

O que caracteriza os estudos propostos por Ratzel (1988) sobre o território é a representação do Estado, visto que, em uma sociedade politicamente organizada, a defesa do território é originada a fim de atingir certo grau da civilização, deste modo o Estado-nação se tornando a expressão da evolução humana, ou seja, assim uma nação é definida pelo território em comum. A versão ratzeliana indica que o território representa conjunção entre solo e povo através da organização social do Estado, definindo a questão legal e moral que a sociedade expressa ao exercer sua territorialidade.

Contrapondo-se à visão naturalista de Ratzel, o possibilismo de La Blache, no final do século XIX, efetiva o termo de região para rebater a noção de território (CORRÊA, 1995). Como observa Lacoste (1997), o conceito de gênero de vida, que define o modo de existência e estilo de vida moldado pelas relações humanas com o território, em unidades e cada qual subdividido com suas várias regiões, demonstra que as fronteiras seriam demarcações baseadas mediante os meios naturais, portanto seu pertencimento seria efetivado por tempos imemoriais. Nesse entendimento, a região seria um organismo, e o meio físico concederia o suporte necessário para o desenvolvimento humano.

No possibilismo, o papel do geógrafo caracterizava-se pela delimitação e descrição do espaço geográfico. Nessa concepção, o ser humano era considerado passivo e, portanto, deveria adaptar-se na paisagem regional. O caráter eminentemente descritivo desse modelo fortaleceu a dicotomia “homem X natureza”, promovendo muitas críticas, o que posteriormente foi nomeado como método regional (MORAES, 2005).

Novas conceituações sobre o território voltam a ser discutidas na década de 1970, iniciadas por Gottman (1973), que redefine o termo como uma porção do espaço geográfico, coincidindo com extensão espacial da jurisdição de um governo, priorizando a versão de que o território é determinado por um processo político organizado pelos indivíduos no espaço, com intenções e objetivos próprios. Para o autor, o território reorganiza a sociedade mediante relações de dominação e controle. Assim, o território é concreto, material e político-ideológico.

Conforme Saquet (2009), a abordagem híbrida que Gottman confere ao território proporcionou um salto qualitativo sobre seu conceito na Geografia, renovando a derivação do termo através das obras de La Blache e desmontando a visão de que o Estado é o único detentor

do poder. Assim, a definição de território, a partir de 1950, é renovada, surgindo novas contribuições que quebram os paradigmas sobre a temática.

Raffestin (1993) fundamenta sua tese a partir da década de 1980, repensando o conceito de território, partindo para bases que indicam a relação do homem com o espaço mediante ações de poder. Nessa visão, o território é classificado como uma construção humana. Assim, o espaço é a matéria-prima natural na qual as ações sociais promovidas produzem o que chamamos de território.

Neste tema Raffestin (1993, p.143) enfatiza que:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator “territorializa” o espaço [...].

As contribuições de Raffestin (1993) sobre o território e sua formação a partir do espaço mediante a territorialização em qualquer nível, incluindo as ações de poder, definem o sistema territorial, o qual é dividido em três subconjuntos estruturais: a tessitura, o ponto e a rede. É por intermédio desses elementos que a diversidade das práticas e as lógicas espaciais são compreendidas, e assim “[...] sustentam a prática espacial. Conjuntos estruturais aparentemente multiformes, mas que são, de fato, imagens possíveis de uma mesma estrutura de base” (RAFFESTIN, 1993, p. 151).

Percorrendo a tessitura podemos analisar como se conjuga os exercícios dos poderes e indicando a área atingida conforme sua capacidade. Nessa percepção, os Estados apresentam tessituras estáveis, já outros grupos organizacionais têm que se adaptar de acordo com as mudanças estruturais e conjunturais ocorridas no espaço, que se apresentam sem homogeneidade ou sem uniformidade. O subconjunto dos pontos define os locais de poder hierarquicamente abaixo da tessitura. Os pontos abarcam os atores que controlam e influenciam a e na criação de redes, assegurando sua posição e função. O terceiro e último subconjunto estrutural é a rede. Este é um sistema de linhas que vão desenhando as tramas, sistema que pode ser abstrato ou concreto, representando o poder e a dominação de alguns atores (RAFFESTIN 1993).

Sobre o conjunto estrutural referido (tessitura, nós e redes) no qual ocorre a formação do sistema territorial, podemos entender que essa é a representação das relações que são organizadas sobre o território. Raffestin (1993) indica que a organização do território é o meio, mas também

tem como finalidade propor a ideologia da organização, apresentando-se de modo estratégico, sendo ora produto, ora, meio de produção, expostos nas práticas espaciais e caracterizando campos de poder divergentes na produção do território.

Contribuindo, Sack (1986) aborda a territorialidade baseada nas motivações humanas, visto que pode ser representada através da intenção de controlar recursos e pessoas, buscando definir, delimitar e controlar áreas específicas, promovendo o espaço para território. O uso do termo “território” na Geografia configura-se através da evolução e do aprofundamento da noção do uso do espaço. Sack (1986) passa a caracterizar o território através da globalização, afirmando que os limites territoriais não são imutáveis, pois modificam estrategicamente os recursos e o controle espacial abarcados pela fluidez que transpassa as fronteiras por meio das mercadorias, das pessoas, da informação e do capital financeiro. Esse movimento com a representação do território-rede-lugar exhibe que o território é definido mediante as noções de “rigidez” e de “territorialização”. Já a rede aponta para uma fluidez caracterizada pela des-territorialização e, nessa perspectiva, o território é um tipo de lugar.

O geógrafo Haesbaert (2006) explicita que todas as relações humanas acontecem no território, e isso é indissociável. Assim, a conotação de territorialização é própria da natureza humana e sua relação com o espaço. Então se pode definir territorialização tal como o fez Haesbaert (2006, p. 16):

[...] como o processo de domínio (político-econômico) e/ou de apropriação (simbólico-cultural) do espaço pelos grupos humanos. Cada um de nós necessita, como um “recurso” básico, territorializar-se. Não nos moldes de um “espaço vital” darwinistartzeliano, que impõe o solo como um determinante da vida humana, mas num sentido muito mais múltiplo e relacional, mergulhado na diversidade e na dinâmica temporal do mundo.

Machado e Haesbaert (2005) abordam que o território caracteriza-se por ser um produto de processos que são assimilados pelo espaço físico através da população em uma construção histórica. Assim, os meios de controle, dominação e apropriação do espaço geográfico muitas vezes não coincidem com as propostas de limites definidos. Entende-se, portanto, que a territorialização se apresenta como um espaço vivido, delineando o território através das comunidades, por uso e posse, em que a determinação jurídico-administrativa não se constitui como intransponível.

Esse dinamismo, conforme Silveira (2011) converge novamente para a noção de “território usado”, pois se caracteriza pela participação das ações humanas sobre o comportamento no território das pessoas, das instituições e das empresas. Esses processos progridem ao desmanchar limites anteriores e criar novos. Assim concebem novas localizações, novas divisões do trabalho e novas formas de cooperação.

A solidariedade praticada no espaço, no entendimento de Santos (1994), efetiva-se como uma função ativa do território representada pelo termo “lugar”. As uniões horizontais, que se ampliam através de formas particulares de produção e consumo, se expandem e definem os usos e a resistência, caracterizada pelos valores que a sociedade impõe ao lugar, contrariando a perversidade imposta pelo mundo globalizado.

Espaço e território são conceitos estudados por tempos e categorias teóricas diferentes e o aprofundamento de seu entendimento demonstra a importância que o tema oferece para a geografia. Entender o espaço geográfico é fundamental para compreender o seu uso. Assim, portanto, para entender as relações abarcadas pelas fronteiras, compreendemos a forte ligação entre espaço e território. A seguir, buscamos caracterizar a fronteira entre Brasil e Paraguai no contexto teórico de sua delimitação, averiguando que as populações desempenham papel ativo nesses espaços.

1.2 Espaços fronteiriços entre Brasil e Paraguai

As fronteiras são espaços que expressam a resistência da sociedade que vivência um determinado lugar no qual as horizontalidades representam o papel ativo no território e no seu uso. É nesses lugares que ocorrem as especificidades e, assim, desenham uma dinâmica única e tornando as práticas sociais conjugadas pela autenticidade.

Como apresenta Wesley (2011), a delimitação de fronteiras é diferenciada ao longo de diferentes tempos. No período assinalado pelos séculos XIII e XV, as fronteiras eram definidas pela herança dos feudos. Com isso, os indivíduos ligados por laços de vassalagem foram ultrapassando os territórios pertencentes a reinos e impérios, criando um mosaico próprio, que, na prática, não representava o domínio de poder dos reis.

Com essas interações ocorrendo, Wesley (2011, p.8) menciona que:

Isso faz ruir as bases do sistema assentado nos direitos hereditários e históricos que tinham prevalecido até então na delimitação de fronteiras fortalecendo a emergência do Estado Moderno, baseado na relação entre fronteira e soberania territorial inexistente no mundo europeu, visto que o poder dos reis sobre o reino era de tipo feudal e não nacional.

Através do fluxo espontâneo entre territórios modificou-se a noção de fronteira natural para uma definição mediada pela nacionalidade através do território do Estado, sendo que os limites deveriam ter como fundamento a cultura e a língua em comum. Steiman (2002, p.18) estabelece a constituição das fronteiras políticas internacionais a partir de três etapas:

- a) a delimitação, que consiste na fixação dos limites através de tratados internacionais;
- b) a demarcação, que é a implantação física dos limites, por meio da construção de marcos em pontos determinados;
- c) a densificação ou caracterização, etapa na qual se realiza o aperfeiçoamento sistemático da materialização da linha divisória, mediante intercalação de novos marcos, com o objetivo de torná-los cada vez mais intervisíveis.

Na América do Sul, um fator preponderante para delimitação das fronteiras continentais foi a influência das Reduções Jesuíticas. A intenção da Coroa espanhola em enviar os jesuítas não caracterizava apenas o desejo de expandir a fé cristã, mas, ao aplicar esse projeto, incidia também um caráter de estratégia expansionista. Assim, portanto, as missões se caracterizaram por serem de múltiplos interesses, não apenas colonizador, mas também não pelo simples cunho catequizante. Dessa forma, a ação missionária teve um caráter político muito forte, devido à própria situação fronteiriça, pois garantiram a livre navegação fluvial, utilização da mão de obra indígena, e o direito sobre as terras devolutas da região (MCNASPY, 1987).

Conforme McNaspy (1987), a palavra “redução” não possui o significado de reduzir, mas tem o sentido de convencer ou levar os índios que viviam de modo nômade, para um estado de comunidade livre, através de uma vida sedentária. As missões eram importantes no contexto geopolítico espanhol, por isso eram instituídas com prioridade nas fronteiras. A defesa territorial contra o avanço lusitano era primordial, sendo criadas milícias missioneiras, responsabilizadas por defender as reduções e, portanto, a fronteira (BRUXEL, 1987). Atribuindo aos índios essa tarefa, o domínio espanhol visava o avanço para o interior, na busca da conquista e da ocupação de novos territórios. As principais reduções originaram-se entre os séculos XVII e XVIII, na

Província Jesuítica do Paraguai, que abrangia territórios dos atuais países do Paraguai, Uruguai, Argentina, Bolívia e o sul do Brasil. Esse período também foi marcado pela entrada da frente pioneira para a extração de erva-mate e madeira, garantida pelo caráter transfronteiriço da livre circulação de homens e de mercadorias.

Posteriormente, nos séculos XIX e XX, essa mesma região compreendeu uma colonização agrícola similar, composta por imigrantes alemães, italianos, escandinavos, ucranianos, poloneses, suíços, etc. Esses novos espaços promoveram uma história dilatada de inter-relações fronteiriças nunca interrompidas, gerando uma população com boa articulação composta por diversas nações, capazes de assimilar várias línguas e culturas simultaneamente (CAMMARATA, 2001).

A síntese cultural concebida pelas relações sociais nas fronteiras entre o Brasil e o Paraguai é elaborada contando com os significados e com as mesclas históricas representadas por todas as etnias presentes, resultando em um contínuo processo de criação de novas espacialidades. Desse modo, as relações transfronteiriças são ancestrais, instituídas antes de qualquer delimitação política vigente, indicando que as territorialidades são representações estabelecidas espontaneamente.

Steiman (2002) complementa que, no Brasil, a primeira etapa da consolidação das fronteiras começou no século XVIII, continuando até o século XX, sendo que os limites pendentes ou que apresentavam problemas foram resolvidos pelo Barão do Rio Branco. Após essa etapa, as delimitações e demarcações de limites foram desenvolvidas por duas comissões, uma responsável pelas fronteiras setentrionais (Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia e Peru) e a outra nas fronteiras meridionais (Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai). Sobre os territórios nacionais do Brasil e do Paraguai, a região de fronteira perpassa vários contextos que se estabeleceram através da história, sociedade, economia e cultura desses países.

O contexto histórico da definição dos limites entre Brasil e Paraguai foi iniciado pelas discussões luso-hispânicas que configuraram o Tratado de Madri, em 1750, e o Tratado de San Idelfonso, em 1777. As negociações sobre a posse de terras ocorreram de acordo com o princípio do *uti possidetis*², coincidindo a mesma linha divisória estabelecida nos dois tratados anteriores. Mediante esses acordos se esperava a conclusão referente à definição das fronteiras, porém as

² Baseado no Direito Romano: “*Uti possidetis, ita possideatis*”, ou seja, “assim como possuis, continuarás a possuir” (GHETTI 2008).

divergências entre as coroas de Espanha e Portugal continuaram, promovendo várias modificações na delimitação dos países. No ano de 1784 foi assinado o primeiro tratado entre Brasil e Paraguai. Outros tratados ainda foram modificados principalmente envolvendo questões sobre a navegação fluvial, com maiores discussões em 1850. Em 1856, o Tratado da Amizade é assinado definindo as relações sobre o comércio e a navegação entre Brasil e Paraguai, porém ele ainda não se consolidou definitivamente naquele ano (GHETTI, 2008).

Espósito Neto (2014) declara que os problemas fronteiriços foram preponderantes nas questões políticas entre Brasil e Paraguai, promovendo a evolução dos (des)entendimentos que circundaram a questão de limites, sobre a livre navegação dos rios da Bacia do Prata e com as disputas pelo poder no Cone Sul até a efetiva eclosão da Guerra do Paraguai, em 1864. Yegros (2013) considera que, após o estabelecimento dos limites fronteiriços baseados em diversos tratados de limites e divergências de conquistas territoriais entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, houve o distanciamento desses países. Esse isolamento entre Estados Nacionais, fortalecido com a Guerra do Paraguai (1864-1870), não repercutiu, no entanto, na vida cotidiana dos fronteiriços (YEGROS, 2013).

A necessidade de resolver os problemas políticos presentes na fronteira Oeste do Paraná, foram expostos através de queixas de abandono divulgadas pela Coluna Prestes nos anos de 1925 a 1927, na qual se revelou a desnacionalização da região, sobretudo nas línguas predominantes que eram o espanhol e o guarani, e no dinheiro de maior circulação que era o peso argentino. Estes aspectos sobrepostos por condições de vida miseráveis, indicavam a fragilidade para uma possível invasão estrangeira. Neste cenário foi idealizado o movimento “marcha para o oeste” com a finalidade de nacionalizar as fronteiras brasileiras ocupando o vazio demográfico do País de Norte a Sul. Para o andamento do projeto nacionalista o Território Federal do Iguaçu foi criado em 1943 por decreto do presidente Vargas, porém foi brevemente extinto em 1946 com os esforços dos políticos paranaenses, novamente integrado ao Estado do Paraná sob o compromisso de atender as necessidades da região Oeste. Estes fatores presentes na fronteira oeste do Paraná indicam sua identidade, marcada por conflitos e disputas em uma complexidade teórica que revela muita história nesta fronteira (PRIORI, et al. 2012).

Para os governos brasileiro e paraguaio, a região de fronteira perpassa vários contextos que se estabeleceram através da história, sociedade, economia e cultura desses países. Isso, evidentemente, promoveu políticas fragmentadas, sendo notória a dificuldade em estabelecimento

de acordos de cooperação. Destarte, os resquícios materiais e culturais das missões jesuíticas na tríplice fronteira caracterizaram costumes e uma etnicidade diversa, originária de múltiplas culturas, que, com o passar dos séculos, foram sendo absorvidas por povos distintos, destacando-se o hibridismo entre as tradições indígenas e europeias. A construção dessas identidades é visualizada através das paisagens, dos símbolos e da memória desses povos que resistem nesses espaços.

Através da formação geográfica, social e cultural das fronteiras, observam-se fatores que contribuem para a complexidade do entendimento e relações encontradas na conjunção de Estados e povos diversos. Os acordos de integração internacionais desempenham grandes mudanças nesses espaços. Nesse entendimento, o item seguinte busca incluir alguns aspectos promovidos pelas frentes migratórias e a construção da Hidrelétrica Binacional de Itaipu desempenhando papel fundamental nas interações entre sociedade e governo do Brasil e do Paraguai.

1.2.1 As políticas governamentais e a influência na fronteira

No ano de 1937, com a instalação do Estado Novo no início do período ditatorial de Getúlio Vargas até 1945, o Brasil inseriu o artigo 165 na Constituição Federal, criando a chamada “faixa de fronteira” de 150 quilômetros de largura. Na região Oeste do Paraná, proibiu investimentos e projetos colonizadores, que ficaram restringidos à submissão e à autorização do governo federal. Depois desse período, a retomada do processo de colonização voltou a ser desenvolvido nas décadas de 1940-1950, promovendo um povoamento intensivo, realizado especialmente por incentivos das companhias colonizadoras particulares. Nesse período, as ações dos empreendimentos empresariais foram sobrepostos por ações concomitantes do governo e a colonização foi realizada por milhares de famílias advindas do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Esse intenso processo de povoamento do Oeste do Paraná perdurou até 1970, resultando na criação de diversos municípios nesses locais da faixa de fronteira (PERIS, 2003).

As políticas desenvolvimentistas iniciadas no governo de Getúlio Vargas entre 1930 até 1945 e intensificadas em 1950 foram preponderantes para o planejamento e desenvolvimento no Brasil. A integração efetivou-se com a retomada de acordos, sendo estabelecidos na década de 1970, principalmente entre os governos do Brasil e do Paraguai em razão da construção da Usina

de Itaipu no rio Paraná, sendo as sedes situadas em Ciudad del Este e em Foz do Iguaçu (SOUZA, 2008).

A construção da Hidrelétrica Binacional Itaipu a partir de 1974, seguida da formação do seu reservatório em 1982, representou, para o Extremo-Oeste paranaense, uma mudança geográfica e demográfica com aspectos sociais e econômicos com consequências duradouras. Os municípios que sofreram os efeitos da formação do Lago de Itaipu foram: Santa Helena, Marechal Cândido Rondon, Terra Roxa, Guaíra, Matelândia, Medianeira, São Miguel do Iguaçu e Foz do Iguaçu. E os municípios que foram criados sob o desmembramento dos anteriores: Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Itaipulândia, Mercedes, Missal, Pato Bragado, São José das Palmeiras, Santa Terezinha de Itaipu e Mundo Novo. Este último no Estado do Mato Grosso do Sul (PERIS, 2003).

No ano de 1980 também ocorre o reconhecimento dos patrimônios históricos jesuítico-guaranis pela UNESCO, que os classificou como patrimônios da humanidade. No mesmo ano é criada a Zona Franca de Ciudad del Este, no Paraguai, convergindo com a importância turística das Cataratas do Iguaçu na divisa entre Brasil e Argentina. Todos esses fatores promoveram mudanças na configuração urbano-regional, elevadas pelo comércio legal e ilegal, pelas diversas formas de turismo internacional e pela migração de agricultores brasileiros para o Paraguai, aumentando ainda mais o fluxo entre as populações dos países fronteiriços do arco sul (CAMPOS E RÜCKERT, 2014).

A alteridade promovida na fronteira demonstra as diferenças em considerar o “eu” do “outro”, contribuindo para a formação de novas identidades. Assim ao identificar que colonizadores e nativos dividem a mesma faixa territorial é possível relacionar que estes locais propiciam relações múltiplas, moldadas conforme os tempos históricos.

As características dos habitantes transfronteiriços atuais podem ser entendidas pelo "multiculturalismo" que desenvolvem, pois, nas sociedades multiculturais, o atributo comum é a heterogeneidade. Com base no conceito multicultural de Hall (2003), essa heterogeneidade pode ser uma característica social segundo a qual comunidades culturais distintas convivem e constroem uma vida em comum, retendo algumas nuances de sua identidade original. E, quando forçados a voltar à sua situação original, enfrentam dificuldades em se religarem à sociedade de origem, surgindo uma situação de diáspora, em que as identidades tornam-se múltiplas. Destarte,

os atores das regiões de fronteira desenvolveram essas identidades multiculturais, sendo visualizadas nos contextos sociais, culturais, econômicos, entre outros.

Nesse sentido, Raffestin (2005) aponta que a fronteira é parte da interpretação da história, pois as sociedades são definidas por fronteiras traçadas por elas mesmas, sendo que é o movimento dos povos entre esses limites que promove as transformações nas civilizações. A gênese da fronteira é marcada pela diferença, tanto a diferença biológica como cultural, portanto ela não é uma linha, mas é um elemento da comunicação biossocial representando um equilíbrio dinâmico, difícil de identificar simplesmente no sistema territorial.

Compreendendo as nuances em torno da comunidade que vivencia a fronteira, os termos geográficos que auxiliam sua interpretação são complacentes para identificar as ações promovidas nos espaços e sua abrangência. Logo, o seguinte item — que busca definir os termos zona de fronteira, faixa e limite — compreende um processo teórico acerca desses conceitos, que, na prática, são percebidos pela intensidade de relações sociais, econômicas e geopolíticas estabelecidas.

1.2.2 Distinções entre zona de fronteira, faixa de fronteira e limite

Salientamos, neste item, que há diferenças sobre o entendimento de “limite”, “faixa de fronteira” e “zona de fronteira” nos estudos geográficos. O conceito de zona de fronteira é compreendido por um espaço de interação composto por alteridades que ultrapassam o limite internacional, além de corresponder a uma territorialidade bem evoluída em razão dos fluxos bens e serviços e das interações transfronteiriças. Já a faixa de fronteira está associada aos limites territoriais do poder do Estado. Os setores localizados no limite com um ou mais países expressam a demarcação territorial do poder do Estado (MACHADO, 2005). Assim, entendemos que a zona de fronteira é a soma das regiões fronteiriças, ou seja, o local em que as interações efetivamente aparecem.

Machado (1998) proporciona o entendimento para o termo limite sobre dois significados que convergem, porém não são sinônimos. O primeiro reflete sobre a demarcação de uma linha que define uma configuração espacial, contornando uma área, região ou território. A segunda cabe no contexto espacial de definição e edificação da soberania. Assim, a fronteira é configurada por forças centrífugas, ou seja, para fora, enquanto que os limites se orientam por forças

centrípetas, para dentro. Nesse viés, Peiter (2005, p.36) complementa que “[...] o limite é uma linha de separação abstrata, porém definida juridicamente (fator de separação), enquanto a fronteira configura uma zona de contato (fator de integração)”.

Segundo Silva (2011, p.42), a faixa de fronteira

[...] sempre foi tratada pelo Estado como área de segurança, o que desfavoreceu por muito tempo a formalização de planos de integração para essas zonas ou faixas. Historicamente, a atuação governamental nessa área é permeada pela presença de forças militares, pela colonização, nacional ou por estrangeiros e por atividades relativas a concessões públicas, entre outras.

De acordo com o IBGE (2005) e BRASIL (2004), a Faixa de Fronteira, no Brasil, compreende uma área interna de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional. Em 1890, pela Lei nº 601, de 18 de setembro, foi definida como área geográfica sob regime jurídico. Essa lei vem sendo regulamentada com o passar das décadas de mais de século mediante instrumentos legais que tratam, especificamente, sobre a ocupação humana nessa região. Assim, sob a Lei Federal nº. 6.634, de 2 de maio de 1979, e o Decreto Presidencial nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, a faixa de fronteira é considerada como área indispensável à segurança nacional e na qual é vedada, sem o prévio assentimento do órgão federal competente, a prática de atos referentes a: concessão de terras, abertura de vias de transporte e instalação de meios de comunicação; construção de pontes, estradas internacionais e campos de pouso; estabelecimentos ou exploração de indústrias que interessem à Segurança Nacional.

As áreas de fronteira abrangem uma vasta faixa de terras, situada ao longo dos 15.719 km de fronteira do território nacional, como pode ser observado na Figura 2 (vide p.38).

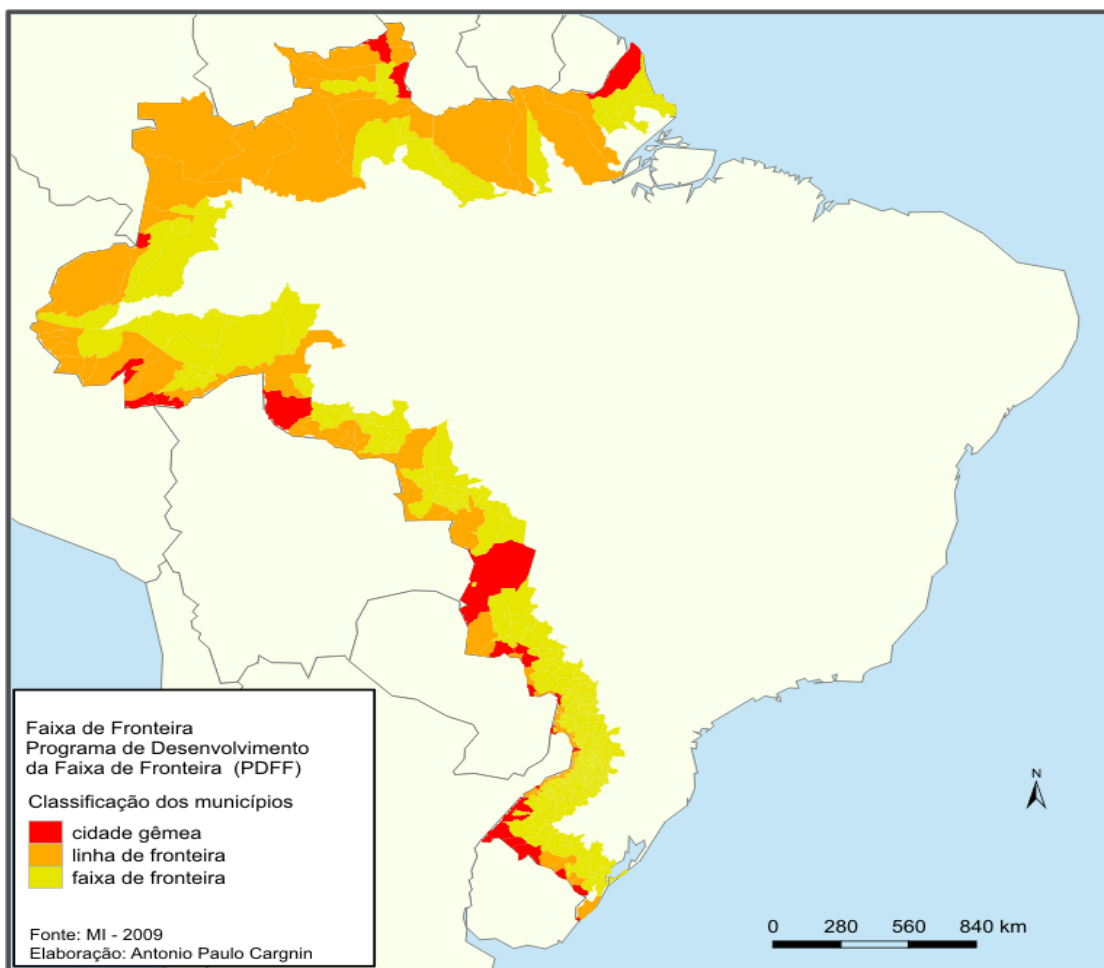


Figura 2: Faixa de Fronteira.

Fonte: CARGNIN e RÜCKERT (2013).

Seguindo a definição da Lei Federal nº. 6.634/79, que é regulamentada pelo Decreto nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, define-se a “linha de fronteira”, através da demarcação dos municípios brasileiros que possuem divisas internacionais. As cidades que possuem ligação direta com um ou mais territórios vizinhos são chamadas de “Cidades Gêmeas”. No Paraná, a Faixa de Fronteira abarca as áreas de fronteira com a Argentina e o Paraguai que pertencem ao chamado Arco Sul do Brasil, visualizado na Figura 3 (vide p. 39). O Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) dividiu a Faixa de Fronteira em Arcos e espaços sub-regionais, de acordo com as peculiaridades da organização social e características produtivas (BRASIL/MI, 2009).

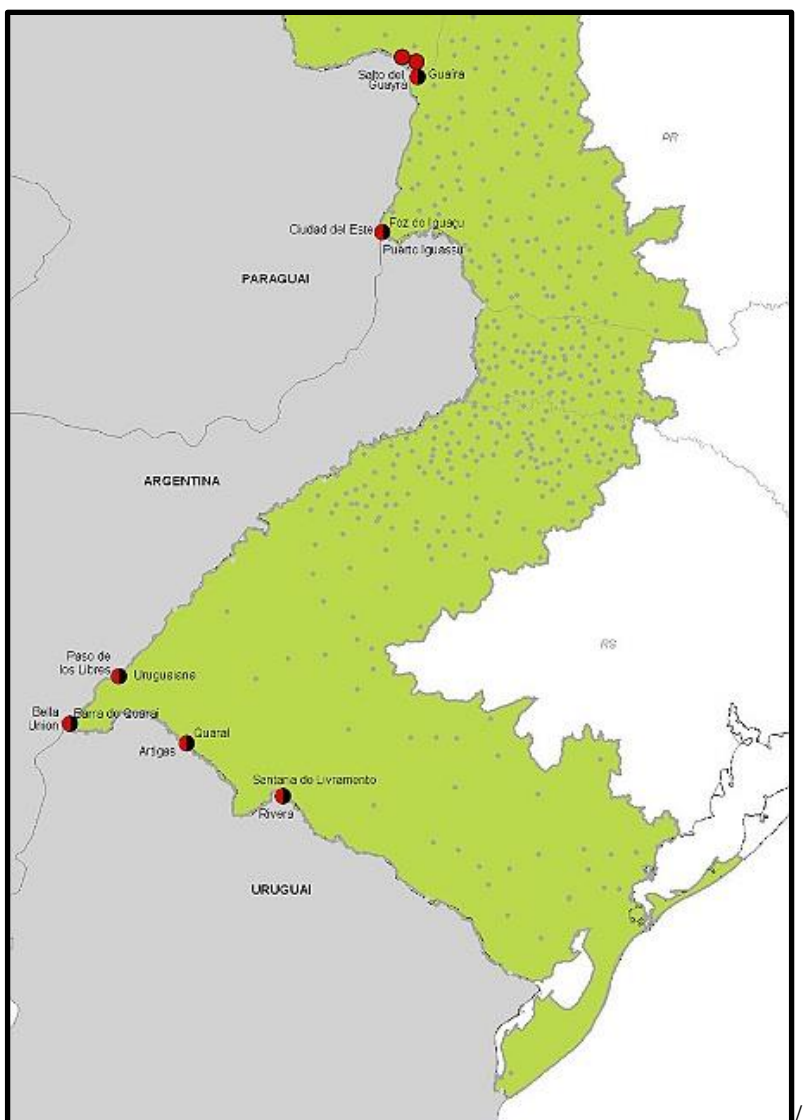


Figura 3: Arco Sul.

Fonte: BRASIL/MI, 2009.

Essas áreas são caracterizadas por sua dinâmica peculiar, apresentando fluxos constantes e compreendendo um “[...] espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças” (BRASIL, 2005b, p. 21).

No Paraguai, as áreas abarcadas pelos limites internacionais são representadas pela Zona de Seguridad Fronteriza, que foi estabelecida pela Lei nº.2.532, promulgada em 14 de fevereiro de 2005. Suas características são apresentadas no artigo 1º, que definem uma faixa de 50

quilômetros paralelos às linhas de fronteira dentro do seu território nacional. A Figura 4 apresenta a delimitação da Zona de Seguridad Fronteriza do Paraguai.



Figura 4: Zona de Seguridad Fronteriza

Fonte: ABC Color (2011).

Albuquerque (2014) sintetiza que a lei que estabelece a faixa de fronteira no Paraguai foi importante dentro do contexto da integração regional, pois assim houve uma definição institucional das áreas de segurança nacional e de desenvolvimento estratégico. Vale ressaltar que, em 2005, quando foram iniciados os trabalhos para averiguar a propriedade dos imóveis rurais na zona fronteiriça, o processo gerou polêmica, já que grande parte dos proprietários de imóveis rurais nessa região são fronteiriços de países vizinhos. Sobre isso, cabe lembrar que fronteiriços ocuparam essas áreas no período de 1954 a 1989, durante o governo de Stroessner, época em que era permitido que a zona de fronteira fosse ocupada por imigrantes e empresas agrícolas e extrativistas, principalmente de origem brasileira. Durante esse governo ditatorial

houve reivindicações para que ações políticas pudessem nacionalizar as propriedades fronteiriças, o que de fato não ocorreu.

Albuquerque (2010 p. 329) assevera que as fronteiras revelam a vivência humana, declarando que:

A noção de fronteira adquire variados significados no mundo contemporâneo. Fronteiras como delimitações de territórios ou como metáforas da vida social, fronteiras porosas e rígidas, barreiras ou formas de travessias, diferenças e sincretismos, limites e caminhos. A fronteira é, por definição, um termo polissêmico e que pode ser apreendido mediante diferentes metáforas.

O sentido em delimitar e definir as fronteiras nacionais indica sua ligação com as relações de poder. As redes criadas nesses espaços, que ultrapassam os limites institucionais, vão, contudo, desempenhando um importante papel na conjugação de políticas públicas e de cooperação. Isso demonstra a emergência desse assunto na Geografia, pois não se pode deixar de considerar a presença da população transfronteiriça através de fluxos constantes que se complementam de acordo com as necessidades da sociedade regional.

1.3 A construção do conceito de sujeito transfronteiriço e a transfronteirização.

O entrelaçamento de culturas, tal como o assunto foi abordado na pesquisa de Pereira (2013), demonstra a dificuldade de designar um termo para o cidadão que vive na região de fronteira, especificamente a do Brasil com o Paraguai. Especificamente nesse caso, a polissemia de termos em relação ao conteúdo de identificação da população residente na faixa de fronteira é complexa. Os territórios surgem em razão das relações humanas com o espaço. Nesse intuito, a sociedade constrói representações através de suas vivências e necessidades. Ao analisar a fronteira, não é possível caracterizar esses espaços apenas pelo limite político existente entre os Estados, pois esse espaço pode, ao mesmo tempo, separar ou aproximar sua população, devido ao caráter contraditório e ambíguo designado pelas relações sociais.

Rolim (2004) identifica o uso do termo transfronteiriço na literatura internacional, informando que o termo é utilizado em pesquisas sobre as fronteiras dos Estados Unidos com México e com o Canadá e as fronteiras na Europa. No Canadá, a situação fronteiriça apresenta-se via conflitos político-administrativos, privilegiando determinadas relações entre mercados. Nesse

caso ocorre uma integração econômica intensa com os Estados Unidos. Nessa questão, a cooperação e integração tem como efeito a abertura de mercado, o que promoveu um acirramento e concorrência entre os países. Já o caso europeu caracteriza-se por configurar uma região transfronteiriça, promovendo a integração através de uma estrutura que fez com que os controles e as barreiras deixassem de existir, possibilitando a cooperação entre populações, principalmente referente ao aproveitamento de programas de desenvolvimento que utilizam o espaço transacional em comum.

Conforme Ruiz (1996), o conceito de sujeito transfronteiriço é visto como símbolo de identidade, representado por processos extranacionais, referindo-se a indivíduos que vivem em um lado da linha fronteira, mas desenvolvem ações cotidianas no outro lado, como, por exemplo: trabalho, estudo e visitas de curta duração entre famílias. Esses movimentos diferenciam o transfronteiriço do indivíduo que se restringe ao território de um país, já que o transfronteiriço desenvolve suas atividades em uma área geograficamente restrita, sob uma origem e destino bem localizada entre os limites de fronteira.

Esta dissertação utiliza o termo “transfronteiriço”, visto que objetivamos mencionar as populações que ultrapassam constantemente os limites de fronteira. Assim, mediante a adoção do termo transfronteiriço, fazemos perceber que a fronteira se caracteriza por uma profunda dinâmica entre o espaço e as inter-relações sociais nele promovidas, sendo representada pelos sujeitos políticos que nela convivem e que configuram uma sociedade transfronteiriça. A movimentação constante entre os limites oferece aos transfronteiriços uma sobreposição dos modos de vida, tornando seus ambientes de vida e suas identidades peculiares.

Caracterizando as articulações e as semelhanças nos ambientes de vida dos transfronteiriços, temos algo como o que foi descrito por Foucault (2007, p.24): “[...] são convenientes às coisas que, aproximando-se umas das outras, vêm a se emparelhar; tocam-se nas bordas, suas franjas se misturam, a extremidade de uma designa o começo de outra”. Nesse intuito, as políticas cooperativas específicas para fronteiras devem responder às necessidades da população transfronteiriça, avaliando o alto grau de troca cultural e vivências compartilhadas.

O termo “brasiguai”, comumente utilizado para definir este grupo regional, não foi escolhido para definir essa população, pois pode remeter a pontos de referência distintos, já que, no campo político, caracteriza os brasileiros agricultores que, na década de 1980, ocuparam a faixa de fronteira do Paraguai. Eles, os brasiguaios, portanto, não traduzem a identidade das

experiências fronteiriças como um todo. O uso do termo “fronteiriço” pode ser entendido como a menção daquele que está no limite, porém a população residente na fronteira é determinada por relações em que esses espaços se caracterizam como zonas de contato. Assim, há uma essência de um modo de vida que se forma por laços de espontaneidade e que ultrapassam a linha dos Estados oficialmente demarcada (PEREIRA, 2013).

A concepção de fronteira deve levar em consideração a dependência mútua entre os países, pois esses espaços são compartilhados pelos povos transfronteiriços. Assim, a dinâmica existente é complexa nesses territórios, pois são abarcados por uma identidade que transcende os limites estatais. As áreas concebidas pelos limites político-territoriais são constantemente ultrapassadas e são reforçadas pela criação social promovida pela circulação de produtos e de pessoas.

Com a finalidade de compreender esse espaço fronteiriço, Souza (2013) sugere que a análise seja integrada, buscando compreender a complexidade espacial através de lógicas contíguas e reticulares baseadas em Haesbaert (2004), que indica que “[...] teríamos então duas formas ou lógicas básicas de territorialização: uma, pela lógica zonal, de controle de áreas e limites ou fronteiras, outra, pela lógica reticular, de controle de fluxos e polos de conexão ou redes” (HAESBAERT, 2004, p. 290).

A lógica zonal, que estabelece os territórios-zona, é representada pelo ordenamento espacial. Já a lógica reticular se desdobra na formação de redes que interligam os pontos de fluxos, estimulando a fluidez territorial (HAESBAERT, 2004). Os migrantes brasileiros e paraguaios, ao encontrarem a rigidez expressada nas barreiras fronteiriças internacionais, criam mecanismos e redes de solidariedade com caráter transfronteiriço aplicado nas permutas comerciais, culturais e políticas, formando um emaranhado de ações ao buscar a melhor opção de localização no espaço (SOUZA, 2013).

São as características geográficas distintas que criam os ambientes dinâmicos entre os limites de fronteira. Essas distinções promovem mesclas culturais e econômicas, mas também o compartilhamento de problemas. Essa mobilidade promove dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, dificuldades relacionadas a problemas diplomáticos, limitações jurídicas e operacionais de saúde pública. Assim, portanto, medidas bilaterais são imprescindíveis para garantir melhor o acesso aos serviços públicos aos transfronteiriços.

O conjunto de pesquisas sobre a formação de uma região que abarca as fronteiras internacionais entre Brasil, Paraguai e Argentina vem se estendendo e fortalecendo com o passar dos anos. As pesquisas de Souza (2013), Pereira (2013), Carneiro Filho (2013), Rückert (2013), Cury (2010), entre outros, vem apontando a formação de regiões transfronteiriças como uma ação que beneficiaria uma população dos três países. Esses estudos constataram que as interações transfronteiriças ultrapassam os limites urbanos, extrapolando sua influência na mesorregião do Oeste Paranaense e por todo distrito de Alto Paraná no Paraguai, tudo ocorrendo por ação das diversas noções objetivas e subjetivas do e sobre o sujeito que vive a fronteira.

Como expressa Carvalho (2010, p. 85-86), podemos definir isso como “processos de fronteiramentos”. Para o autor:

A fronteira como construção em permanente desenvolvimento deveria de ser uma palavra conjugada no gerúndio: *fronteirando*. O movimento que atribui sucessivas significações às fronteiras constitui processos de fronteiramentos. São significados atribuídos ao fenômeno/conceito, a fim de fazer valer uma acepção motivadora, da relação de quem julga a manifestação, inteligível e total em sua relação com ele. São construções que também participam da trama de constante re-construção/identificação do fenômeno/conceito, não o esgotando, apenas elencando alguns de seus dispositivos e os usando em suas estratégias de consumação territorial. [...] Os processos de fronteiramento na formação, consolidação e constituição do fenômeno territorial fronteira, são estratégias políticas de apropriação dos poderes espacializados nas frentes do fenômeno fronteira. Frentes manifestas de forças que tencionam diversas formas de encontros, desencontros, dispersão e expansão ou fechamento e choques, disputas e transgressões, ou até mesmo, conexões integradoras (legais e ilegais), contiguidades e permeabilidades, que estão em constante estado de manifestação, pelo território que se adensa em incomensuráveis territorialidades de produção e reprodução de relações de poder.

Os conceitos em formação sobre regiões transfronteiriças e processos de transfronteirização compõem um estudo contemporâneo. São entendidos como uma multiplicidade de formas e diferenciações territoriais, considerando as reestruturações territoriais. Ressaltamos que representam muito sobre os estudos do cotidiano das fronteiras surgindo com uma possibilidade para entender as fronteiras na América do Sul (CARVALHO, 2010).

Mediante ações desenvolvidas a fim de promover a integração supranacional³, nesse sentido, a transfronteirização como processo adquire um papel importante. A mobilização sobre

³A supranacionalidade não é simples sobreposição hierárquica do Direito Comunitário, mas verdadeira integração do ordenamento comunitário, com as legislações internas, em que há mescla de ambos, traduzindo-se, ao final, como sendo o próprio ordenamento pátrio. (RAMOS, 1994, p. 76).

os interesses das comunidades transfronteiriças vem ampliando o debate das agendas políticas em blocos regionais, superando a escala nacional e considerando as relações territoriais como fator essencial para a formulação de políticas públicas.

Rückert (2012) define que a transfronteirização compreende dimensões variadas, dimensões essas compostas por fluxos econômicos e demográficos, por relações culturais, por infraestruturas comuns, por instituições inter-estatais, por acordos bi, tri ou multilaterais, por relações entre escalas de múltiplos poderes e por multigovernança transfronteiriça entre atores que têm recursos muito diferentes. A mobilidade pelo território é fator preponderante, ao considerar que a migração entre os limites da fronteira é realizada nos dois sentidos. Assim, a localização dos indivíduos entre os países é derivada de motivações combinadas entre as forças do mercado e as decisões políticas, consolidando a transfronteirização.

Para Campos e Rückert (2014), a transfronteirização, em escala regional, associa-se com formações regionais que vão se estendo por uma ou mais fronteiras nacionais, sobre a emergência dos processos em escala regional, através das ligações e dos fluxos desenvolvidos pelos atores que migram entre os territórios, surgindo naturalmente a vontade política de uma conexão continuada devido à proximidade territorial. A transfronteirização também ocorre quando as práticas na fronteira não são bloqueadas pela linha separadora ou por sentimentos de pertencimento, contribuindo para valorizar essa região como um conjunto e não mais a separação entre sistemas políticos, econômicos e/ou socioculturais.

Isso demonstra que políticas, principalmente relacionadas às questões de saúde inclusivas na fronteira, são imprescindíveis. É mister que os usuários não sejam discriminados pelo local de residência, rompendo a noção de que os indivíduos devem ser valorizados ou desvalorizados conforme sua localização territorial. Sobre a incorporação de políticas sociais no MERCOSUL, Dal Prá et al. (2007) apontam que as tratativas intergovernamentais indicam sua concretização em longo prazo. Assim o debate em torno da redistribuição e da acessibilidade de políticas de saúde eleva-se para a necessidade em propor uma cidadania que garanta o respeito à cultura.

A improvisação em acordos cooperativos de âmbito local ou intermunicipal, firmados em forma de convênios e consórcios, para garantir o direito à saúde e o atendimento da população fronteiriça, é dificultado pelas propostas e ações definidas pelo Ministério da Saúde, que pouco avançam na faixa de fronteira. Assim, os municípios brasileiros são responsáveis por arcar financeiramente para atender à demanda, criando estratégias próprias.

O conceito de região transfronteiriça é comumente utilizado para definir ações sob cooperação binacional. Conforme Carneiro Filho (2013), a existência de uma região transfronteiriça é derivada de fronteiras com certo nível de porosidade, sendo reconhecida pelos Estados como uma linha estável, ou como fronteira apaziguada, prevalecendo vínculos através de trocas estruturadas, organizadas e duradouras efetuadas por curtas distâncias. Assim, a região transfronteiriça tem como principal característica a mobilização de seus atores sociais em redes de solidariedade.

Para ocorrer o processo de transfronteirização que é identificado nas formações regionais entre uma ou mais fronteiras nacionais deve haver manifestações promovendo a superação da escala nacional. A formação de uma região conexa é vista pelas interações e pelos fluxos devido à proximidade territorial entre os atores que atravessam as fronteiras. Esses também são aspectos que indicam a vocação para políticas de continuidade, que são possíveis com a superação da ideologia de separação sempre presente nos limites fronteirizos. Através desse entendimento, as regiões de fronteira devem aproveitar suas potencialidades valorizando as questões locais que tornam esses espaços tão peculiares.

Nos apontamentos de Brum (2001), o território está cada vez mais mundial, visto que a desterritorialização financeira está incompatível com o sistema regulador de base nacional do Estado, em virtude da globalização do capital mercantil. Assim, a formação de blocos regionais aponta uma nova tentativa de territorialidade entre os países com interesses similares.

Para Carneiro Filho e Rückert (2013), a gestão territorial adotada pelo Brasil, se estende além das políticas de desenvolvimento urbano e regional, convergindo com políticas setoriais e macroeconômicas que reproduzem efeitos importantes para o país.

No ano 2000, a gestão do território fronteiro do Brasil foi caracterizada pelos grandes programas que visam a integração fronteira (IIRSA - Iniciativa para a Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana; PDFF – Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira; e PAC – Programa de Aceleração do Crescimento). Essa estratégia definida pelo Ministério da Integração, promoveu a instalação de núcleos regionais de fronteira em cada estado localizado em faixa de fronteira, objetivando elevar o desenvolvimento para essas áreas, conforme o detalhamento no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 02 – COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA: DO FUNDAMENTO ÀS EXPERIÊNCIAS

O desenvolvimento da cooperação transfronteiriça — cooperação vista como uma estratégia para que os territórios contíguos reforcem a integração regional — apresenta-se como um grande e relevante desafio para a América do Sul. A cooperação transfronteiriça abrange um conjunto de ações coordenadas entre iniciativas formais ou informais desenvolvidas pela comunidade ou autoridades dos Estados fronteiriços. A finalidade é atuar conforme os interesses em comum, reforçando as relações de vizinhança e garantindo a boa convivência entre os respectivos Estados.

O objetivo deste capítulo é analisar como diversos pesquisadores interpretam a cooperação transfronteiriça e as políticas de integração, com destaque para os estudos sobre o acesso aos serviços de saúde pela população de fronteira. Para elucidar essas questões torna-se imprescindível compreender como os programas que almejam a integração e coesão territorial nas fronteiras estão sendo estruturados.

Para Rhi-Sausi e Oddone (2012, p. 156), as condições fundamentais para o estímulo da cooperação transfronteiriça são favoráveis mediante as seguintes condições:

Que os territórios compreendidos participem de processo de conectividade física; que se conte com acordo político de alto nível entre os países envolvidos que se materialize em algum marco institucional que ordene suas relações; e que se reconheça a participação dos governos subnacionais fronteiriços, na qualidade de articuladores dos atores locais e como instância institucional necessária para uma positiva governabilidade.

No entendimento de Sant’anna (2009, p. 32), a cooperação vai além da noção de ser “[...] um processo gradual não-linear e aberto que sofre influência de fatores domésticos e internacionais, e que pode causar transformações nos próprios atores e no sistema internacional”. A cooperação e a integração não são sinônimos, pois a primeira tem o objetivo de coordenar políticas com a finalidade de atingir objetivos em comum, contudo preservando a soberania. Já a segunda carrega um certo grau de supranacionalidade, fator esse que promove um nível alto de independência na sua organização.

Corroborando esse entendimento sobre cooperação e integração, Caldeira (2011) explica que o desenvolvimento cooperativo tem como base a coesão econômica, social e territorial,

então, assim, a cooperação constitui-se como a chave da coesão territorial. O princípio de coesão territorial, uma vez aplicado nas agendas políticas, apresenta-se como meio para se alcançar o desenvolvimento socioeconômico equilibrado, valorizando a diversidade nas fronteiras. Conforme Caldeira (2011, p. 40):

A coesão territorial é, claramente, uma política europeia que, vista numa perspectiva abrangente, é, de certo modo, a expressão territorializada e concreta de políticas europeias de coesão econômica e social, reforçadas e ampliadas com os valores e princípios do Ordenamento do Território, num quadro em que a solidariedade, operacionalizada por políticas várias, deverão ser elementos de integração e coerência para fazer face aos problemas decorrentes da globalização.

Assim, Santinha (2014) aponta que coesão territorial consiste em uma dupla abordagem prática e operativa. A visão sobre o ordenamento transnacional surgiu na Europa por decorrência do programa comunitário INTERREG — Política Regional de Cooperação Interregional Transfronteiriça — buscando estratégias em comum para a orientação e a formulação de políticas públicas que abrangem todas as escalas (da europeia à local). Nesse tema, as políticas territoriais possuem duas bases: os Estados-Membros e a própria União Europeia.

Como explicita Medeiros (2013), a INTERREG foi criada em 1990 e continua seu trabalho até a atualidade, implementando diversas redes de cooperação transfronteiriça presentes entre Portugal e Espanha. Nos primeiros três anos de implantação (1990-1993) foram realizadas intervenções no tocante à infraestrutura. No segundo ciclo, entre 1993 a 1999, houve o apoio em reorientações nas questões mais imateriais. Entre 2000 a 2006, inicia-se um processo de colaboração mais genuíno devido à obrigatoriedade legal sobre a implementação dos projetos de cooperação. Em 2007 até 2013 ocorre a criação de estruturas de cooperação transfronteiriças regionais mais sólidas, sustentáveis e efetivas.

De acordo com Seixas (2012), os conceitos referentes à inclusão entre países da União Europeia passaram para o primeiro plano nas discussões sobre políticas territoriais. O termo “coesão territorial” apresenta-se como objetivo da Agenda Territorial 2007 e 2010. A Agenda de 2007 surgiu na reunião ministerial informal sobre desenvolvimento urbano e coesão territorial, sendo revisada em 2011, por meio da elaboração de metas e de desafios para 2020. Sobre as prioridades territoriais para o desenvolvimento da União Europeia, os objetivos propostos buscam: (i) o desenvolvimento do policentrismo e o equilíbrio territorial; (ii) a integração

territorial; (iii) economias locais e competitividade global; e (iv) conectividade e valores da região.

As redes de cooperação transfronteiriças são sistemas geográficos transfronteiriços, pois há intensidade de movimentação de fluxos de pessoas, de informações e de mercadorias que se movimentam entre os limites da fronteira. Medeiros (2013) aponta, todavia, que a constituição das redes de cooperação necessita de uma abordagem dual, mediante a integração de setores sobre as atividades econômicas e o conhecimento sobre a realidade local, possibilitado pelo envolvimento ativo da comunidade.

Em decorrência dessa abordagem, Matlary (apud PRADO, 2013, p.24) afirma:

A cooperação entre Estados, para os idealistas, facilitaria a criação de consensos e permitiria a criação de estruturas e normas dentro dos processos de cooperação. Contudo, ressaltamos que a integração regional é mais complexa do que o processo de cooperação entre Estados.

Nesse pensamento é identificado que a integração regional promove novas relações entre os países, seja através de transferência formal ou informal de decisões e de poder. Então a integração regional não contempla apenas questões administrativas do Estado, mas envolve a sociedade civil de forma geral. Por isso que questões de relações internacionais são controladas pelo Estado, promovendo resistência em implementar ações de cooperação, pois estas podem encaminhar-se para um processo de integração regional. Prado (2013) entende que as relações entre os Estados estão passando por um processo de interdependência. A clássica imagem da força e do poder do Estado vem mudando, ao mesmo tempo em que ocorre a agregação de funções relacionadas ao meio ambiente, economia e questões sociais.

A interdependência é entendida, conforme Mariano e Mariano (2002), como ações reguladoras, ações nas quais os Estados firmam acordos com um conjunto de regras, normas e procedimentos com uma localização específica ou regional, sendo restritas às relações desenvolvidas entre determinados Estados. Desse modo, a interdependência afeta a política internacional e o comportamento das nações. Isso faz com que o Estado perca sua posição de dominante na política mundial, mesmo que tenha autonomia total para controlar as relações transnacionais e interestatais, ainda que influenciado pela abertura promovida pelas corporações multinacionais.

Conforme Prado (2013), a integração regional é referenciada através da questão regional a partir de uma área geográfica ou uma localidade territorial, sendo que essa área não precisa ser necessariamente contínua, entretanto a proximidade facilita o processo de integração. Em seguida vêm as questões econômica, social, cultural e política entre os territórios. Esses fatores promovem a associação de interesse em comum com a finalidade em promover o conjunto dessas questões com criação de um todo. A integração contribui para que os Estados possam atingir objetivos para o bem comum, visto que, isoladamente, teriam dificuldades. Assim, as estratégias e as metas coletivas são efetivadas de modo mais eficiente contribuindo para o desenvolvimento econômico, social, cultural, jurídico, político e na área de segurança. Isso evidencia que a globalização contribuiu, estimulando a aproximação entre Estados e outros atores da sociedade internacional.

Prado (2013, p. 23) define que:

[...] a integração regional caracteriza-se como um processo dinâmico – e não estanque – das relações internacionais, que visa a aproximar os atores internacionais com características estratégicas regionais parecidas cujo escopo é a criação de organismos para congregar interesses e participar na ordem internacional com mais peso e presença política.

A regionalização, segundo Almeida (2001), é visualizada na formação dos espaços geográficos que apresentam homogeneidade em alguns aspectos, que podem ser econômicos ou culturais, ultrapassando as fronteiras nacionais. Nesse intuito, a integração vem a definir mecanismos para ampliar o fomento em intercâmbio tecnológico e de matérias-primas, flexibilizar as barreiras aduaneiras e defender os interesses da região frente às negociações internacionais.

Na busca por compreender a funcionalidade da regionalização evidenciada nas fronteiras internacionais, a experiência da União Europeia proporciona maior entendimento sobre os mecanismos da coesão e cooperação territorial, encaminhando-se progressivamente para a integração transfronteiriça. Nesses aspectos, a União Europeia está na vanguarda com a proposta de pôr fim às barreiras transfronteiriças. Este rompimento de limites políticos foi importante para o crescimento desse bloco, apresentando maiores avanços com a elaboração de leis e de programas que beneficiem a população transfronteiriça. Nesse sentido, compreende-se a necessidade de criar uma gestão territorial sob um conjunto de instrumentos políticos,

instrumentos que vão sendo implementados e vivenciados com a superação dos desafios encontrados nesses espaços múltiplos.

As experiências europeias evidenciam as possibilidades que podem ser aplicadas também no MERCOSUL. A exposição do próximo item tem a finalidade de compreender como acordos, estabelecidos sob interesses conjuntos, podem amadurecer a noção do planejamento territorial nas fronteiras internacionais. Mediante pactos que ultrapassam a noção de soberania nacional, as medidas entre diferentes entes fronteiriços são estabelecidas no MERCOSUL de forma isolada, proporcionando ações locais e que se refletem nos problemas enfrentados na maioria dos limites fronteiriços do MERCOSUL.

2.1 O modelo das políticas de cooperação territorial ibéricas como uma possibilidade para o MERCOSUL

As dificuldades geralmente arroladas a respeito da criação de acordos binacionais em países latino-americanos são resultantes de políticas não cooperativas, políticas que derivam de uma precária ordem econômica, política, cultural, ambiental e de segurança. Mesmo assim, porém, as relações dinamizadas entre local e o global são intensas e reconfiguradas pela população transfronteiriça.

Em função das problemáticas enfrentadas pela livre circulação de pessoas e de capital, a Europa passou por um processo progressivo, almejando a alteração das fronteiras político-administrativas para configurar-se como uma “Europa sem fronteiras” ou “Europa das Regiões”. O processo da cooperação verificado na Europa atualmente se difunde no debate sobre o papel das fronteiras e sobre a alteração conceitual de espaços da separação para espaços de contato (ISIDRO, 2013).

O modelo de desenvolvimento cooperativo iniciado na Europa surge como tentativa de resolver as questões fronteiriças. Medeiros (2009) assinala que o programa de cooperação transfronteiriça promove inúmeros benefícios para as regiões, transformando as características de separação em locais de comunicação, assim promovendo (i) a superação do ódio e do preconceito entre os povos transfronteiriços, (ii) o fortalecimento da democracia, (iii) o desenvolvimento de programas regionais com estruturas administrativas locais e (iv) a superação da ideologia de

periferia e isolamento, para proporcionar o crescimento econômico por meio do incentivo ao bem-estar da população e transformando a Europa em um espaço cada vez mais integrado.

Isidro (2013) assim sintetiza a questão da Europa: as políticas de coesão europeias abarcam estratégias que são distribuídas entre os países, visando maior efetividade e competitividade. O conceito de coesão territorial é conjugado à coesão econômica e social, tudo no intuito de promover um desenvolvimento equilibrado mediante políticas regionais. Nesse plano, as áreas menos desenvolvidas são prioritárias, tornando a competitividade um dos principais elementos de coesão.

O programa de cooperação transfronteiriça estabelecido na Europa elevou as áreas fronteiriças para campos abertos de oportunidades promovidas pela cooperação entre territórios. Há, porém, que ressaltar que, na fronteira Brasil-Paraguai, os problemas envolvidos são diferentes, portanto um programa similar ao europeu deve ser individualizado a nível local, abrangendo as problemáticas que mais afetam as cidades de acordo com suas estruturas locais.

Giovanella (2007b) demonstra que a responsabilidade europeia pela organização dos serviços de saúde é de cada Estado-Membro, sendo regulado o acesso ao usuário sem serviços de saúde em outro Estado-Membro, impondo interação entre políticas econômicas e sanitárias. Ao regulamentar o mercado único sobre serviços, medicamentos e equipamentos, houve impactos na compra, nos suprimentos e na entrega dos serviços de saúde.

Carneiro Filho (2013) define que a maior distinção entre iniciativas efetuadas no MERCOSUL e a União Europeia é referente à condição de institucionalidade e a falta de políticas públicas direcionadas ao desenvolvimento integrado do território. O planejamento e a criação de políticas para as áreas de fronteira devem ser definidas pelos agentes locais e não apenas serem instituídas pelas capitais federais.

Assim, as políticas de desenvolvimento, pautadas na coesão e cooperação transfronteiriça, devem ser consideradas nos espaços fronteiriços brasileiros através de análise integrada, contínua, progressiva, e suplementada por ações de interesse escalar local, regional e internacional. Pode-se averiguar que o desafio está em integrar as áreas mais fragilizadas no sentido econômico e social, seja o aspecto limitador de maior destaque nas fronteiras sul-americanas. Assim, a integração transfronteiriça continua sendo estudada, em especial por sua ampla complexidade entre acordos econômicos e sociais.

Ao analisar as políticas públicas de saúde nas regiões de fronteira, entende-se que os contextos culturais e as relações internacionais se tornam características principais nos projetos de políticas públicas, incluindo esses aspectos na elaboração das bases e diretrizes em vigência. Ao atribuir ao Estado a responsabilidade sobre as garantias para atender a todos, independentemente de sua nacionalidade, também é de seu encargo coordenar e viabilizar os serviços de saúde que propõe.

A tensão promovida pelas políticas nacionais de saúde e os objetivos econômicos do mercado único, assim como o desafio de ajustar a solidariedade com a sustentabilidade financeira, ligadas à livre circulação, podem proporcionar caminhos aos países sul-americanos no desenvolvimento de suas políticas fronteiriças. O primeiro aspecto a ser considerado deve ser relacionado à mobilidade histórica de famílias nas fronteiras. Lini (2014) considera que a migração atual não é permanente, mas se caracteriza por um padrão migratório transfronteiriço no qual os fluxos são independentes do local de origem e destino, já que é menor o tempo utilizado em percorrer as distâncias entre as fronteiras do Brasil com Paraguai. Esse movimento, denominado de migração pendular, no qual ocorre um movimento urbano individual periódico, é complexo, pois as escolhas e o trânsito entre os países estão diretamente relacionados aos benefícios adquiridos, como pela oferta de trabalho e renda.

Na compreensão de Lini (2014, p.180), a migração é um instrumento que propõe aos transfronteiriços escolher o que mais lhes é atrativo, dizendo que:

Nestes casos aplica-se a função de utilidade da migração, onde o indivíduo faz uma comparação entre os níveis de utilidade do lugar atual de residência com os demais lugares alternativos conhecidos, incorpora fatores materiais ou tangíveis (ingresso, possibilidades de emprego, poder de compra, etc.) e fatores não materiais ou intangíveis, tais como aceitação social, conduta cultural ou idioma.

A situação sobre a garantia do direito à saúde entre fronteiras supera a escala nacional, considerando que esta é uma mobilização para a cidadania global. Numa cidadania global, o mundo sem fronteiras deve ser batalhado, não somente para os interesses de mercado, mas deve ser pensado para as pessoas. Referente aos Sistemas de Saúde nas fronteiras, o caso da divisa do Brasil com Uruguai possui um bom exemplo de integração no atendimento à saúde. Conforme Lemos (2010), o município de Sant'Ana do Livramento, no Rio Grande do Sul, fronteiro ao departamento de Rivera, no Uruguai, apresenta a existência de uma política de cooperação local fortalecida. No caso, o desenvolvimento da cooperação binacional em saúde foi motivado pelo

início dos trabalhos de prevenção à dengue. O desenvolvimento dessa política perpassa a atuação de médicos brasileiros e uruguaios em ambos os lados fronteiriços, da mesma forma o atendimento é realizado para usuários das duas nacionalidades independentemente do local de atendimento. A efetivação das políticas de cooperação transfronteiriça procedeu ao Acordo de Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios. Os países ainda compartilham ações em diversas subcomissões, como sobre drogas, sobre AIDS, sobre atenção primária à saúde, sobre trabalho epidemiológico e sanitário, além de trânsito e mobilidade.

Esse exemplo desenvolvido entre Brasil e Uruguai indica que as ações para a integração de serviços públicos são possíveis. E a experiência da União Europeia sobre cooperação transfronteiriça aponta para o fato de que, mesmo enfrentando dificuldades de implantação, as regiões transfronteiriças e suas políticas de integração são os pontos fundamentais para o seu desenvolvimento. Como afirma Perkmann (2007), há unanimidade entre fronteiras da União Europeia em participar de algum tipo de região transfronteiriça. É relevante considerar a existência de mais de 70 tipos desses arranjos territoriais na Europa, denominados de eurrregiões ou comunidades de trabalho.

No MERCOSUL, os obstáculos enfrentados na integração territorial fronteiriça estão relacionados a processos de circulação e o acesso a serviços públicos, entre outros. Assim, metodologias comparativas podem indicar possíveis ações que promovam a dissolução dessas dificuldades. Rückert e Dietz (2013) lembram que, nas regiões fronteiriças, o capital é ágil, enquanto, nesse mesmo tempo, as questões políticas envolvem lentos processos. Segue, portanto, que o uso dessas regiões abrange diversas negociações sobre as políticas externas dos países. Acionando um grande conjunto de atores nas escalas local e regional-fronteiriça, esses procedimentos, realizados longe dos centros de poder, apontam para a transfronteirização.

Souza (2013) retrata a necessidade de implantar políticas que se encaminhem para uma efetiva e eficaz cooperação transfronteiriça e sua emergência é identificada nos problemas idênticos que são enfrentados por essas regiões já que poderiam ser resolvidos mediante soluções conjuntas:

Um programa de cooperação transfronteiriço deve visar desenvolver uma estratégia de cooperação orientada para o estabelecimento de parcerias de múltiplos níveis (nacionais, estaduais, regionais e locais), mas, sobretudo, parcerias supranacionais que pretendam alcançar os vários domínios do desenvolvimento regional com infraestruturas, economia, cultura e desporto, ambiente, saúde, educação, segurança, inovação e tecnologia, lazer e turismo etc. (SOUZA, 2013, p. 77).

Ao analisar as experiências do modelo europeu sobre a transfronteirização, verifica-se, na América do Sul, a existência de esforços para a realização de formas mais simples de cooperação. Disso se extrai o sinal de que o processo de transfronteirização europeu é recente e, portanto, é insuficiente para ser considerado um paradigma para outras regiões e com formação socioespacial diferente. Assim, o apoio governamental entre países do MERCOSUL é basilar para a gestão regional no tocante à integração fronteiriça.

A paradiplomacia vem a ser importante para entender questões relativas à soberania no processo de integração regional. Banzatto e Prado (2014) indicam que ações de paradiplomacia estão sendo ampliadas nos países do MERCOSUL, mesmo que ainda não possuam ordenamento jurídico. Na criação de políticas públicas, a cooperação descentralizada e a paradiplomacia seriam mecanismos essenciais para as fronteiras, ainda mais relevantes para os Estados-Parte mercosulinos. As regiões de fronteira apresentam um grande potencial para a implantação de governos subnacionais, porém, no Brasil, a pouca integração política externa não estimula para que os assuntos administrativos nas áreas fronteiriças sejam definidos com a criação de governos subnacionais e, enfim, encaminhar-se para estratégias de cooperação em assuntos econômico, social e político.

Rousseau (1996) situa o início do movimento paradiplomático na época do auge da democracia direta do século XX — que esse auge teria influenciado a formação do movimento paradiplomático. Para ele, a soberania é a representação da participação de todos os indivíduos, sua noção de soberania ideal é indivisível e inalienável, porém, com os avanços da globalização, o contexto de soberania de Rousseau, na prática, vem sendo questionado pelas relações internacionais, mas o conceito de paradiplomacia continua presente nos debates sobre cooperação internacional, e vem sendo moldado pelas correntes teóricas contemporâneas.

Ribeiro (2009, p.33) evidencia que o significado da paradiplomacia surgiu de forma empírica na política, em especial na teoria renovada do federalismo: “O prefixo ‘para’ designaria além de algo paralelo, algo associado a uma capacidade acessória ou subsidiária, referindo-se à

atuação ‘diplomática’ dos governos subnacionais”. A paradiplomacia apresenta um caráter evolutivo, caráter evolutivo no qual, inicialmente, são inseridas ações pontuais e, posteriormente, racionalizam-se até efetivarem uma política institucionalizada entre entes subnacionais e o seu amadurecimento pode tornar-se definitivamente uma política globalizada.

Nas regiões transfronteiriças, as ações de políticas públicas não integradas e desarticuladas revelam-se de baixa eficácia, isso em razão de que a conjuntura comparece com alto grau de interação entre as populações transfronteiriças. Assim, o governo do Brasil, visando integrar e articular, vem buscando estratégias para a criação de programas específicos para esses espaços. Como afirma Machado (1998), o Estado brasileiro está adequando uma nova perspectiva sobre as questões de fronteira, desempenhando novas políticas referentes à função dos limites e das fronteiras internacionais. As estratégias apontam para as comunidades de fronteira, adquirindo caráter no âmbito subnacional em que a Cooperação entre Nações apresenta grande potencial para melhorar as condições de vida da população fronteiriça.

Os recursos investidos de forma desconectada geram a pulverização de investimentos, que são decorrentes da duplicação de infraestruturas ou da sobrecarga de investimentos em um dos lados fronteiriços. Através de uma nova ótica, com intervenções que superem a situação de fronteira como limite intransponível, o desenvolvimento territorial cooperativo aponta que esses espaços são regiões com aptidão para o desenvolvimento e a valorização da cidadania. As políticas públicas apresentam a capacidade de contribuir para que as diferentes regiões do território potencializem os seus recursos.

Haesbaert (2006) caracteriza que, na produção da regionalização, há também uma "re-criação" (recriação) da realidade através da complexa dinâmica de "re-construção" (reconstrução) material-ideal. Desse modo, as regiões fronteiriças necessitam de estudo que associe a cultura e os processos definidos pelo capital, principalmente nos fluxos migratórios. É a partir dos processos de territorialização que ocorrem as formas de dominação do espaço, mediando às relações de poder, tanto de maneira concreta, como de maneira simbólica.

É mediante a implantação de políticas que permitam a integração entre as populações fronteiriças que os conflitos entre nacionalidades são minimizados. Desse modo, o planejamento regional descentralizado pode ser um grande aliado para os mecanismos de integração social nessas áreas, que apresentam tantas peculiaridades. O Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteira) desempenhou seu papel de política pública, buscando facilitar o acesso à

assistência de saúde na fronteira, através de serviços adequados e que deveriam ser ininterruptos, porém sua continuidade deparou-se com fragilidades que serão apontadas no decorrer desta dissertação.

Para Lindo (2011), políticas públicas são desenvolvidas pelo Estado nos contextos político, social, cultural e econômico. O que essas políticas visam é intervir nas questões sociais verificadas através das desigualdades e das contradições (re)produzidas pelo sistema capitalista de produção. O Estado tem uma função ativa, sendo responsável pela coordenação e pela fiscalização, viabilizando as agendas de inovação.

De acordo com Teixeira (2002, p. 2), ao conceituar políticas públicas, devemos compreender que elas são compostas por “[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”. Segue-se, portanto, que, através de sistematizações ou de documentos apresentados em formas de leis e de programas, as aplicações dos recursos públicos são repassadas para a sociedade.

Souza (2006, p. 22), em sua definição afirma:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Consequentemente, as políticas regionais são fundamentais para resolver as problemáticas encontradas em áreas de fronteira. A preocupação do Estado com a gestão da totalidade do território apresenta-se na sua capacidade em entender a complexidade, e assim propor soluções para as problemáticas enfrentadas. De acordo com Ribeiro (2009), um dos aspectos que dificulta as políticas integradas é resultante do fato de que os governos regionais buscam sempre defender o território que governam, portanto, ao atenderem uma agenda sobre temáticas sociais, os aspectos políticos se sobrepõem à solidariedade. Carneiro Filho (2012) complementa, informando que a soberania se apresenta como um obstáculo para que a integração transfronteiriça seja efetivada.

Assim, portanto, programas desenvolvidos nas regiões transfronteiriças enfrentam questões que se sobrepõem à vivência das populações, marcadas pelo nacionalismo. Nesse sentido, a elaboração das políticas públicas deve beneficiar ambos os lados, para não haver uma “queda de braço” entre a população e entre gestores.

2.2 As iniciativas governamentais sobre a saúde na fronteira

A formação dos blocos econômicos regionais no final do século XX promoveu uma nova disposição no cenário político internacional. Assim, propostas de integração surgiram na América Latina e na Europa, criando, entre países fronteiriços, acordos multilaterais, visando à formação de mercados comuns e intercâmbio diplomático. No ano de 1991 foi criado o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Todos os países da América do Sul participam do MERCOSUL, seja como Estado Parte, ou como Estado Associado. Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai (desde 26 de março de 1991) e Venezuela (desde 12 de agosto de 2012). Estado Parte em processo de adesão: Bolívia (desde 7 de dezembro de 2012). Estados Associados: Chile (desde 1996), Peru (desde 2003), Colômbia, Equador (desde 2004), Guiana e Suriname (ambos desde 2013).

O MERCOSUL criado pelo Tratado de Assunção, com sua secretaria executiva localizada na cidade de Montevidéu, desempenha ações que desenvolvem a integração regional através de organização institucionalizada. Nesse sentido, o intuito da integração regional pode ser definido como intergovernamental e supranacional, já que possui incentivos custeados pelos governos nacionais dos Estados. Esses recursos são definidos de acordo com o grau de poder destinado aos grupos que desenvolvem as práticas de integração. Essas organizações abrangem áreas muito diversificadas, algumas delas com grau maior de institucionalização e compromisso dos membros (PRADO, 2013).

Com a implementação do MERCOSUL, diversas políticas regionais surgiram com a finalidade de promover as relações transfronteiriças, interpretando os locais de fronteiras como espaços de integração através das interações transfronteiriças. Silva Neto (2010) afirma que, mediante de protocolos firmados pelo MERCOSUL, questões relativas a saúde, aspectos sanitários do fluxo de pessoas, bens e serviços são pautados nos temas referentes à dinâmica fronteiriça.

A criação do bloco proporcionou ao Brasil a elaboração de políticas públicas específicas para a fronteira. O desafio da urgência de implantação dessa integração econômica era sentido pela premência de problemas acumulados de gestão, esta incapaz de dar acesso aos serviços locais de saúde para os cidadãos da fronteira. Sob o fato de que ações e políticas públicas devem ser desempenhadas para atender também à demanda da população migrante na linha de fronteira, desse modo competentes políticas públicas de integração aos serviços de saúde são imprescindíveis e o único caminho para direcionar corretamente as estratégias governamentais.

Ao buscar medidas sobre equilíbrio do desenvolvimento territorial para a faixa de fronteira e a integração nacional, foi elaborado o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF). O Programa aponta para o fato de que as estratégias e as diretrizes políticas nos espaços de fronteira devem estimular os processos de desenvolvimento e de integração regional. Com o PDFF, o governo federal visa combater as desigualdades, fortalecer e viabilizar os potenciais endógenos e favorecer as populações que apresentam vulnerabilidade social (BRASIL, 2005). O PDFF foi efetivado pela Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), concebida pelo Ministério da Integração Nacional, institucionalizando mecanismos e instrumentos que valorizam o potencial endógeno proporcionado pelo desenvolvimento regional.

A diferença do PNDR para outras políticas elaboradas anteriormente consiste em reconhecer que não se devem apenas levar em consideração as diferenças entre riqueza e pobreza enfrentadas pelas regiões, mas reconhecer que são necessárias medidas para recuperar territórios marginais ao processo de desenvolvimento. Ao definir as áreas prioritárias, através dos critérios sobre indicadores básicos de renda e dinamismo das microrregiões geográficas, foram utilizadas metodologias específicas, priorizando as grandes regiões estagnadas do Norte, Nordeste e o Centro-Oeste.

Através do PNDR, há uma agenda que visa desenvolver as regiões de fronteiras através do ponto de vista da integração regional e sul-americana. Para resolver questões encontradas especificamente nas regiões fronteiriças, foi realizado, no ano de 2005, um detalhado estudo nomeado de Proposta de Re-Estruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, sendo o instrumento de base para reformular o PDFF.

Ao ser relançado em 2008, o PDFF constituiu-se como instrumento que aproxima o território fronteiriço, tornado a fronteira cada vez mais porosa ao mostrar a necessidade do

estreitamento da cooperação entre a faixa de fronteira dos países sul-americanos. Porosidade territorial, segundo Arroyo (2001), é uma característica encontrada em territórios nacionais que possuem uma ampla ou profunda conexão com o exterior, através de uma base normativa, formada por ações conjugadas que intencionalmente promovem a inserção externa dos territórios. Assim, as fronteiras não são mais entendidas como locais de isolamento, sendo espaços singulares estimulados a desenvolver a integração regional — tudo sob a ótica de que o fortalecimento regional deve abranger as características comuns vividas entre as nações (BRASIL, 2008).

Ao considerar o aproveitamento das potencialidades locais, atribuem-se à região vantagens comparativas e articuladas. Oferece-se, então, uma abordagem que dinamiza as questões sociais, econômicas e de infraestrutura, criando oportunidades e condições para a cidadania mediante a implantação de arranjos produtivos locais. Políticas Públicas na área de saúde devem estar presentes na agenda nacional de uma maneira descentralizada, resultando em ações sociais mais dinâmicas, através das experiências concretas que são verificadas nas regiões fronteiriças.

Conforme o RELATÓRIO (2014), por atribuição do Comitê de Articulação Federativa (CAF) foi designado o Grupo de Trabalho Interfederativo (GTI). Foi o GTI que propôs um modelo de gestão integrada no ano de 2008, sendo apresentado em formato de relatório e aprovado em 2010 pela Plenária do CAF. Nesse mesmo ano, foi assinado o decreto que instituiu a Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira (CDIF). Assim, o Ministério da Integração Nacional elaborou o relatório denominado de “Bases para uma Proposta de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira”. Posteriormente, houve reuniões preparatórias para a instalação da CDIF com o objetivo de mobilizar e construir os Núcleos Estaduais de Fronteira que foram instalados efetivamente no ano de 2011.

Assim, por conta da implantação do CDIF, as ações para o desenvolvimento da faixa de fronteira foram elaboradas, buscando abranger políticas públicas integradas e complementares. As propostas abrangeram o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão com base na regionalização. As ações estratégicas, sob a ótica da integração, envolveram os projetos de Grupos de Trabalho nas áreas da educação, saúde, infraestrutura, controle fronteiriço e produção.

Considerando o processo de integração transfronteiriça que vem ocorrendo, mesmo que apenas progressivamente, no MERCOSUL, Rhi-Sausi e Oddone (2011, p. 3) destacam que as inter-relações entre os países sempre ocorrem e o diferencial é que:

A integração regional não põe fim às fronteiras nem às interações em fronteira, só as redimensiona, fazendo-as mais visíveis (por estimulá-las ou limitá-las), dando lugar a uma luta entre o reconhecimento dos fatores idiossincráticos – por um lado – e a necessidade de inclinação a generalizações – por outro.

A integração transfronteiriça legitimada pelos programas desenvolvidos na fronteira é motivada pelo intenso movimento que é analisado em todos os setores da sociedade. Quando o Estado busca implementar ações na fronteira, evidenciamos que ocorre uma mudança na visão de fronteira da própria sociedade que nela convive, e, se for bem desempenhada, quebra paradigmas culturais sobre os direitos a serviços básicos pela população.

2.2.1 As políticas de cooperação transfronteiriças para a saúde na fronteira Brasil e Paraguai.

A mobilidade populacional transfronteiriça nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu é determinada em parte pela busca de serviços na saúde pública. O atendimento que o governo brasileiro oferece aos estrangeiros, principalmente nos municípios de faixa de fronteira, evidencia as questões de cidadania internacional, pois visa minimizar problemáticas do Sistema de Saúde Público ocasionadas pelas políticas fragmentadas, principalmente relacionadas ao acesso de estrangeiros aos serviços de saúde.

Lini (2014 p. 176) descreve isso como uma cidadania fluida, que é formada pela interação transfronteiriça, indicando que:

O “sacoleiro”, o taxista e o mototaxista, o ambulante, as empregadas domésticas e o “pasero” são peças fundamentais na engrenagem econômica da fronteira, porém, como sua cidadania é fluida, e seu sentimento de pertencimento é ambíguo – vive parte do tempo em um país, mas obtém sua renda em outro – é um desafio aos Estados o atendimento das demandas desta parcela da população que vive na informalidade.

São as características geográficas distintas que criam os ambientes dinâmicos entre os limites de fronteira, promovendo mesclas culturais e econômicas, além do compartilhamento de problemas. Esta mobilidade causa dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, relacionadas a problemas diplomáticos, limitações jurídicas e operacionais de saúde

pública. Assim, portanto, medidas bilaterais são imprescindíveis para garantir melhor o acesso aos serviços públicos aos cidadãos transfronteiriços.

Conforme Becker (1996), são os valores culturais e sociais que valorizam o território, sendo expressos de forma autônoma e alternativa pela população local. Assim, o grande desafio está na gestão do território, alocando investimentos por meio de infraestrutura e, ao mesmo tempo, respeitando e reconhecendo as diferenças, a fim de produzir informação articulada sobre o território. Ações e políticas públicas devem ser desempenhadas para atender à demanda da população de migrantes na linha de fronteira Brasil-Paraguai. Deste modo, o comportamento social relacionado aos serviços de saúde é imprescindível para direcionar as estratégias governamentais. Os Sistemas de Saúde Pública na Fronteira se deparam com duas categorias principais, o Estado em ação e a determinação social da saúde. Assim, iniciativas relacionadas à complementaridade dos serviços de saúde são essenciais.

Entendendo as dificuldades sobre o acesso à saúde nas fronteiras, houve esforços em elaborar propostas para a integração dos serviços de saúde dos países do MERCOSUL. De fato, em 2005 foi implantado o denominado SIS-MERCOSUL (Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL), sistema que buscava atender principalmente os municípios de fronteira, seja para a equação da atenção à saúde, seja para a reversão da situação precária vivida, principalmente pelas limitações do exercício de sua cidadania. O SIS-MERCOSUL foi criado através de ações conjuntas visando caminhar para a integração regional. Esse tema é extremamente importante para as áreas de fronteira, objetivando fortalecimento da região através da elaboração de uma agenda de cooperação em saúde para os países do MERCOSUL. Foram consideradas prioritárias a isonomia de normas, a homologação de cursos mediante a acreditação, e o trabalho específico para áreas de fronteira, vislumbrando ampliar ações colaborativas, permitindo ampliar o acesso da população aos serviços de saúde (GALLO E COSTA, 2004).

Referente às necessidades mais básicas, no ano de 2010 foi criado o Estatuto da Cidadania do MERCOSUL. Em seu Plano de Ação constam como principais objetivos: (i) implementação de política de livre circulação de pessoas na região; (ii) igualdade de direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicas para os nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL e (iii) igualdade de condições para acesso ao trabalho, à saúde e à educação.

Conforme Moura e Cardoso (2013), será necessário apagar as linhas divisórias da fronteira para tornar esse um espaço único, pois as fronteiras pertencem a quem vive nelas, quem

faz o seu uso. Assim, não deve haver políticas de vigilância, mas políticas que captem suas peculiaridades. Nesse intuito, propostas de cooperação devem ser consideradas, objetivando a integração entre regiões separadas por fronteiras nacionais que compartilham determinados problemas e que podem ser solucionados mediante medidas comuns. Carneiro Filho (2013) indica que o desenvolvimento em áreas de fronteira deve ser estimado a partir da integração regional, através do cooperativismo e da complementaridade, permitindo que os estados fronteiriços sejam reorganizados internamente, tornando as relações jurídicas locais e extraterritoriais mais competentes.

As ações de cooperação internacional em saúde fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Destarte, políticas participativas vêm sendo fortalecidas por meio de parcerias entre países. Entre os anos de 2010 e 2013, das 5.095 iniciativas de cooperação técnicas, o Brasil implementou 22,14% em iniciativas na área da saúde, beneficiando cerca de uma centena de países da América Latina, Caribe, África e Ásia (BRASIL, 2014). No intuito de melhorar o Sistema de Saúde nas áreas de fronteira, a Divisão das Comunidades Brasileiras no Exterior (DBR) do Itamaraty elaborou o Plano de Ação 2014 na “IV Conferência Brasileiros no Mundo”. Nesse documento constam diversas medidas para resolver problemas comuns, principalmente enfrentados em regiões transfronteiriças.

As propostas para ampliar a assistência de saúde aos brasileiros no exterior incluem: (i) possibilitar, mediante acordos bilaterais, a prestação de serviços de saúde hospitalar aos brasileiros no exterior, sem que haja necessidade de envolver ações de reembolso pelo governo do Brasil; (ii) realização de Feiras de Saúde no exterior e distribuição de materiais informativos com orientações e prevenção de doenças para as comunidades de brasileiros no exterior; (iii) possibilitar a inscrição no SUS de nacionais brasileiros por intermédio dos consulados; e (vi) garantir verbas na área de saúde às municipalidades fronteiriças brasileiras, a fim de atender brasileiros que residem em países vizinhos.

As medidas elaboradas pela DBR contribuem para a melhoria dos sistemas locais de saúde no Paraguai, visto que diminuem as necessidades dos brasileiros que residem em países vizinhos em buscar serviços de assistência médica no Brasil. No mesmo intuito, caso haja procura por serviços mais complexos, a inscrição no SUS via consulado facilita o atendimento. Mesmo, porém, com as ações promovidas pelo governo brasileiro no Paraguai, ainda há problemáticas pautadas ao atendimento dos usuários residentes no exterior nos postos de saúde

nacionais, que envolvem principalmente questões relacionadas à falta de informações, tanto da parte dos atendentes como dos usuários.

O Ministério das Relações Exteriores, pela ação da Associação Brasileira de Cooperação, promove no Paraguai ações referentes ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, com ênfase no combate à dengue e à implantação do regulamento sanitário internacional e o fortalecimento institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social da República do Paraguai.

Uma das propostas elaboradas remete à Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai, caracterizada pela implantação do “Programa Saúde da Família” no Paraguai. A implantação de reformas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Paraguai foi instituída com base nos moldes do modelo brasileiro, cujo trabalho foi iniciado no final do ano de 2008. No ano de 2009 equipes do Paraguai foram ao Rio de Janeiro para uma missão técnica, com o objetivo de conhecer melhor o funcionamento do Sistema de Saúde do Brasil. Nesse mesmo ano foram realizados cursos buscando melhorar treinamento de profissionais, estrutura e funcionamento das Unidades de Saúde do Paraguai. Em 2010 o trabalho continuou através de visitas e reuniões técnicas (CAMPOS et al., 2013).

Esse programa de cooperação bilateral, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, visa atender aos ideais políticos de acesso universal à saúde propostos para o MERCOSUL. O governo do Paraguai estabeleceu dez medidas prioritárias sobre a questão da saúde pública do país, apresentadas por Campos et al. (2013, p.19), indicando:

1. Declarar um estado de emergência nacional em saúde e criar o Sistema Público Nacional;
2. Desenvolver um Cadastro Nacional de Recursos Humanos, Infraestrutura e Equipamento em saúde;
3. Convocar e reestruturar os Conselhos de Saúde;
4. Convocar e reestruturar o Conselho Nacional de Saúde;
5. Estabelecer espaços de elaboração de ações no marco da estratégia de promoção da equidade e qualidade de vida e saúde;
6. Conformer uma Equipe Técnica Nacional;
7. Iniciar a instalação progressiva das 100 primeiras equipes de Atenção Primária em Saúde;
8. Implementar progressivamente a rede de urgências e os sistemas de comunicação e transporte;
9. Implementar progressivamente a rede de hospitalizações e a rede de atenção especializada;
10. Reordenar e tornar transparente o financiamento do setor saúde.

Ao serem definidas as necessidades do Sistema de Saúde Paraguaio, verifica-se que as questões permeiam as estratégias sobre melhoria na gestão, planejamento e infraestrutura, demonstrando as carências que o país enfrenta. Assim, acordos bilaterais cooperativos com o Brasil interferem positivamente, não apenas no país vizinho, mas no sistema brasileiro também.

O Sistema de Saúde do Paraguai, segundo Arnau e Pierantoni (1995), vem sendo modernizado desde o final do período militar em 1989. O Ministério de Salud Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) vem buscando desempenhar ações que promovam a prevenção em saúde. Os serviços oferecidos variam de acordo com os recursos financeiros e humanos, e o atendimento prestado prioriza a prestação de serviços assistenciais, promovendo escalas diferentes de cobertura nacional definidas pela complexidade dos serviços.

A descentralização dos serviços é uma medida que vem sendo debatida pelo MSPBS, sendo fundamental a superação das limitações referentes à alocação de recursos e a capacitação dos servidores. Neste processo os acordos de cooperação entre OPS/OMS tornam-se importantes para gerenciar as ações de saúde pública desenvolvidas pelo governo paraguaio (VOUGA 2006).

Outra ação positiva é realizada pela Usina Binacional de Itaipu, por meio do Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu Saúde). Este projeto é caracterizado por discutir e implementar projetos específicos na região fronteira desde 2003. Inicialmente o GT tinha como objetivo apoiar os hospitais mantidos pela UH Itaipu, sendo o “Costa Cavalcanti”, em Foz do Iguaçu, e o Área 2, em Ciudad del Este. Posteriormente, as ações foram ampliadas para a região de Tríplice Fronteira, especialmente relacionadas a campanhas de vacinação e saúde preventivas. No ano de 2009, a Argentina passou a participar dessas reuniões e integrar o GT. Atualmente o programa conta com a parceria dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai, a Secretaria de Saúde do Paraná, prefeituras e as regiões sanitárias de Alto Paraná e Canindeyú. A área de atenção foi ampliada para 28 cidades brasileiras e 31 paraguaias, que, segundo a Itaipu Binacional (2015), atende uma região que soma 1,5 milhão de habitantes.

Becker (1996), afirma que o Estado deve direcionar as ações a fim de alcançar propostas para o coletivo social, orientando o controle do território. Assim, o ordenamento territorial amplia o papel do Estado sobre o controle político e técnico na produção do espaço. Em contrapartida, a ação conjugada da revolução científico-tecnológica e a crise ambiental redefiniram e retiraram a exclusividade do poder do Estado sobre o território nacional. Na verdade, a informação possibilitada pelas redes técnicas acelera as estruturas sobre o espaço-tempo, porém as vantagens

competitivas não são determinadas pela tecnologia, mas pela capacidade de negociação e organização quando são inseridas espacialmente através de ações.

Moura e Cardoso (2013) consideram que o meio acadêmico deve analisar a fronteira como uma nova categoria teórica, isso devido às diferenças que esses espaços abarcam. Assim, portanto, a fronteira torna-se um desafio empírico, pois, ao comparar dados entre os países, há que se considerar que os métodos e escalas dos Estados Nacionais são distintos, exigindo dados que sejam compatíveis e comparáveis.

Nesse cenário de problemas e desafios, as responsabilidades se diluem e os povos das fronteiras se veem privados dos direitos essenciais, ao mesmo tempo em que construções simbólicas emergem a partir justaposição diversidade e conflito. (MOURA e CARDOSO, 2013, p. 14).

Nesse cenário, propostas de cooperação bilateral no âmbito do MERCOSUL favorecem os países. Há, portanto, um fortalecimento das estratégias de saúde através de suas potencialidades, contribuindo para novas discussões e a consequente resolução dos desafios enfrentados na fronteira. Projetos com metodologias consagradas como o “Programa de Saúde da Família”, do SUS, garantem um diálogo entre espaços que passam por problemas enfrentados também no Brasil.

CAPÍTULO 03- GEOGRAFIA, FRONTEIRA E SAÚDE

As relações entre a saúde e espaço são inseparáveis, tornando a ciência geográfica uma área potencialmente importante para intervenção e abordagens sobre as questões de saúde pública. Um aspecto inerente ao trabalho do geógrafo é a análise sobre a dinâmica espacial das populações, planejamento e gestão respectiva. Os debates relacionados ao componente territorial e a importância ao lugar tornaram-se essenciais. O sistema de saúde público do Brasil — Sistema Único de Saúde (SUS) — visa garantir atendimento gratuito aos cidadãos brasileiros. A complexidade no contexto da saúde aos municípios de fronteira remete-se ao fato de que é cotidiana a busca por atendimento de saúde por parte de uma população residente no exterior.

Neste capítulo buscamos introduzir a saúde na fronteira como um objeto de pesquisa para a Geografia, trazendo à luz os apontamentos de pesquisadores que discutiram a Geografia da Saúde e como o SUS aplica políticas específicas como a experiência do SIS-Fronteiras. Também será demonstrado que políticas abrangentes, como o Programa Mais Médicos, auxiliam grande parte dos municípios analisados nesta pesquisa. Também será questionada a função do cartão SUS no aspecto de facilitar o atendimento aos usuários ou negar o atendimento a quem não atende os requisitos para solicitação do cartão, que é condição para a realização de muitos procedimentos do SUS.

3.1 A saúde na fronteira

As regiões de fronteira se deparam com a própria situação geopolítica, que é marcada por desigualdades em saúde, sendo constadas em indicadores sóciodemográficos e sanitários da população. Os métodos de gestão e planejamento nas questões sobre a saúde pública observam na Geografia uma importante ferramenta para elucidar as problemáticas enfrentadas pelas questões territoriais. Conforme Santana (2004), a Geografia da Saúde apresenta-se como uma área científica que agrega temáticas da Geografia Física e da Geografia Humana. Assim, pela Geografia da Saúde perpassa uma compreensão global, atuando em problemas pluridisciplinares, pois é uma disciplina nodal ao incidir na convergência de fenômenos naturais com sociais.

A relação entre as doenças e as características ambientais é considerada, desde o século IV a.C., com Hipócrates e sua publicação: “Dos ares, das águas e dos lugares”, na qual são

sistematizadas as relações entre o meio físico e as doenças. No século XVIII, o termo Geografia Médica torna-se uma expressão utilizada por médicos, para explicar fenômenos relacionados às pandemias na Europa, acarretadas pelo processo de exploração e de colonização das regiões tropicais, que promoveu o contato com novas doenças. No ano 1854 é publicado, oficialmente, o primeiro estudo formal de Geografia Médica, escrito pelo médico inglês John Snow, que investigou a associação entre o risco de cólera e a ingestão de água por determinados poços de água contaminados (ANDRADE, 2008).

A Geografia vem contribuindo para a elucidação de investigações sobre a saúde desde o século XIX, proporcionando resultados sobre questões epidemiológicas, no que tange aos estudos espaciais sobre processos de saúde *versus* doença, proporcionando melhoria na qualidade de vida populacional. No Brasil, a Geografia Médica compreendia assuntos como indicar as áreas de distribuição de patologias transmitidas por vetores epidemiológicos, como malária, esquistossomose, doença de chagas, leishmaniose, hanseníase, parasitoses intestinais, assim como demais tipos de viroses. No século XX, a descoberta da penicilina ocasionou uma crise nos estudos da Geografia Médica, pois o alvo considerado nos tratamentos e questões de saúde pública passou a ser somente o combate do agente causador da doença, assim as estratégias de controle ambiental foram deixadas de lado, pois acreditava-se que os antibióticos seriam o meio mais eficaz de controlar as doenças (PEREHOUSKEI e BENADUCE, 2007).

A ausência de estudos sistematizados, mais a poluição e a degradação ambiental retomaram os estudos da Geografia Médica. O termo Geografia Médica, assim utilizado para a disciplina, foi substituído por Geografia da Saúde em 1976. Nessa década, porém, os estudos ainda eram fragmentados considerando separadamente os aspectos relacionados ao clima, relevo, hidrografia, paisagem, habitação, aspectos culturais e humanos. Nos anos de 1980 as questões relacionadas à aglomeração urbana foram interligadas. Essa interligação ocorreu não somente pelo aumento dos números das doenças, mas por causa da associação com casos de homicídio, acidentes de trânsito e violência urbana, representando um novo auge para estudos geográficos que consideram a saúde pública. No final da década de 1990, os estudos sobre a Geografia da Saúde incluíram temáticas relacionadas à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando também estratégias sobre prevenção de doenças e planejamento. Assim, a avaliação de ações epidemiológicas e a gestão dos serviços de saúde adquiriram caráter prioritariamente

sobre a prevenção da saúde, ao invés de analisar apenas a ocorrência de agravos (PEREHOUSKEI e BENADUCE, 2007).

Depois, a Geografia da Saúde se fortaleceu no Brasil com a promoção do I Simpósio de Geografia da Saúde (Presidente Prudente/SP, dezembro de 2003). Posteriormente, mediante reuniões bianuais, o evento consolidou, em 2013, sua quinta edição, demonstrando a relevância da temática da saúde aos estudos espaciais. O desenvolvimento de pesquisas sobre Geografia da Saúde encaminha-se para o crescimento no âmbito nacional. Diante desse panorama, o campo da saúde permite que geógrafos analisem a realidade da sociedade, sintetizando as desigualdades sociais, territoriais e econômicas articuladas com fatores naturais e políticos que podem dificultar e limitar a gestão e acesso de usuários. Assim, portanto, a Geografia vem a ser uma disciplina estratégica, que integra diversos conhecimentos para melhorar a qualidade de vida da população (PEITER, 2005).

Ao verificar que há uma grande dinâmica dos processos de saúde-doença entre os países de fronteira, estudos sobre esta temática tornaram-se mais frequentes. Conforme Peiter (2005, p.31):

A preocupação com a circulação internacional de doenças não é nova no campo da saúde. Ganhou evidência nas últimas duas décadas com a aceleração da circulação mundial de pessoas, mercadorias, informação e também doenças, no bojo do processo conhecido como “globalização” e do fenômeno denominado “emergência de doenças”. Tal processo impulsiona os estudos que tratam da relação limites, fronteiras e saúde.

A percepção da existência de uma fronteira ocorre a partir da identificação de diferenças significativas em âmbito linguístico, cultural, legal e monetário (salvo no caso de moeda única para vários países). Assim, a percepção de uma fronteira não somente deriva do reconhecimento do que é diferente, mas também da afirmação daquilo que se apresenta como sendo próprio de nós mesmos, da nossa própria identidade. Nesse contexto é que as áreas de fronteira se tornam locais do encontro de conceitos e de preconceitos e, a partir disso, fundamentamos nossa nacionalidade.

De acordo com Machado (1998), o termo “fronteira” remete-se a um fenômeno da vida social espontâneo e que indica a margem do mundo habitado. Conforme o desenvolvimento da civilização, as fronteiras passaram a ser lugares de comunicação, tornando-se marcos políticos.

A autora aponta para o fato de que o sentido da fronteira não era determinar o fim do território do Estado, mas o seu começo, o que demarcaria as áreas de expansão.

Nesse contexto, Bhabha (1998, p. 211) descreve que:

A diferença do espaço retorna como a mesmice do tempo, convertendo Território em Tradição, convertendo o Povo em Um. O ponto liminar desse deslocamento ideológico é a transformação da fronteira espacial diferenciada, o “exterior”, no tempo “interior” [inward] legitimador da Tradição. O conceito de Freud do “narcisismo das pequenas diferenças” – reinterpretado para nossos propósitos – oferece uma maneira de compreender como a fronteira que assegura os limites coesos da nação ocidental pode facilmente transformar-se imperceptivelmente em uma liminaridade interna contenciosa, que oferece um lugar do qual se fala sobre – e se fala como – a minoria, o exilado, o marginal e o emergente.

Para Raffestin (1993), a demarcação dos limites das fronteiras permite o exercício de três funções básicas formando um sistema hierárquico: a função legal, a função de controle e a função fiscal. Destarte, a fronteira é caracterizada em conformidade com ações sociopolíticas e socioeconômicas, porém a disfuncionalização dessas ações afeta o interior do território. Também é importante considerar que os limites são zonais, caracterizados pelas atividades econômicas ou culturais, que não se perdem de maneira brusca no território, senão de modo progressivo.

No mesmo propósito, Bhabha (1998) aponta que uma nação é reconhecida a partir de suas margens, as fronteiras culturais. Sendo assim, é necessário compreender como se dá a construção do sujeito nacional, que se configura através de diversos fragmentos presentes na sociedade, observados pelos conflitos sociais e pela vivência das minorias. Nesse entendimento, viver entre as fronteiras remete os sujeitos à condição de estarem à margem de duas ou mais culturas.

Sobre essa situação de desigualdades enfrentadas pelas populações nas fronteiras, Santos (1993, p.123) explica que:

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. A República somente será realmente democrática quando considera todos os cidadãos como iguais, independentemente do lugar onde estejam.

Entender a faixa de fronteira através da perspectiva regional contribui para caracterizar com maior aprofundamento esse espaço. No entendimento de Martins (1997), a fronteira se

representa com sujeitos políticos e decifrá-la nos permite conhecer a própria sociedade brasileira. Corroborando esse entendimento, Albuquerque (2010, p. 34) aponta:

As fronteiras não são somente marcos de delimitação fixados no território físico. Elas representam o fim e o início da jurisdição estatal, os limites da cidadania e dos símbolos oficiais da pátria. Muitas vezes significam zonas de hibridismo entre línguas nacionais, meios de comunicação e outros símbolos culturais. As fronteiras nacionais são lugares de comunicação e de travessia, lugares de movimento de pessoas que cruzam os limites territoriais e configuram novas fronteiras.

Como as áreas de fronteiras apresentam diversas peculiaridades, os estudos de Augustini e Nogueira (2010) demonstram que as questões relacionadas à gestão e ao financiamento das ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde - SUS devem abranger políticas descentralizadas e novas maneiras de organização do sistema de serviços locais de saúde. São nessas áreas, pois, que as demandas nos serviços de saúde devem abordar estratégias de cooperação e acordos interfronteiriços.

Conforme Faria e Bortolozz (2009), os conceitos geográficos contribuem para o entendimento dos processos de saúde-doença na era da globalização, pois apresentam a manifestação social e o estudo do espaço, sobre as práticas de gestão da saúde pública, devido às epidemias e fluxos em que as doenças se disseminam. Logo, para Santos (2003), o planejamento territorial desdobra-se no controle de doenças mediante ações de saúde pública que levam em consideração as diferentes realidades territoriais.

Ao caracterizar a saúde pública, devemos, portanto, observar a dinâmica social em que está inserida. É relevante considerar os desdobramentos sociais que afetam a sociedade: "Processos relacionados à globalização e fragmentação, redes e fluxos, concentração populacional em áreas urbanas, entre outros, mudaram as formas de adoecer e morrer" (SANTOS, 2003, p.39).

Sayad (1998) relata que, no contexto do fenômeno da imigração, ocorre uma dissimulação sobre a própria condição de imigrante, sendo considerada como um estado provisório. Esse sentimento de provisoriedade oscila conforme as circunstâncias, por causa de uma dupla interpretação que envolve sua situação de instalação prolongada ou no fato de ignorar sua presença — principalmente quando a questão envolve o caráter sobre quais são seus direitos. Assim, é relativa à forma como essa sociedade os recebe.

No intuito da imigração entre Brasil e Paraguai, a linha divisória é muito tênue, portanto a condição de provisoriedade apresentada neste espaço se repercute em questões sociais e econômicas. Ao considerar que nos municípios de linha de fronteira a migração é periódica e nas cidades contíguas, como Foz do Iguaçu (com Ciudad del Leste e com Puerto Iguassu) e Guaíra (com Salto del Guairá), é diária, a situação de moradia, trabalho e consumo é condicionada pelo serviço necessitado e as oportunidades ofertadas pelos países contíguos. Sobretudo se pensar que os brasileiros buscam ascensão econômica no Paraguai principalmente em atividades de agricultura e comércio e retornam ao Brasil em busca de serviços como saúde e educação, ocasionando uma migração constante entre as fronteiras.

A busca por serviços de saúde por estrangeiros no Brasil estimulou a necessidade de modificar a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de adaptar-se com a realidade encontrada nos municípios que recebem amplo contingente de migrantes e garantir o atendimento com base no direito à saúde. Nas regiões de fronteira, essa situação é ainda mais complexa e, portanto, os mecanismos para regulamentar os serviços são explicitados a seguir, compreendendo os princípios que norteiam o SUS e a necessidade dos pactos estabelecidos nas fronteiras.

3.1.1 O SUS e o acesso à saúde aos estrangeiros

A Constituição Federal de 1988, na qual o Brasil faz a opção por instituir um Sistema Único de Saúde (SUS) nacional, e isso elevou e eleva a carga de compromissos do Estado, que passa a se responsabilizar pelo acesso da população ao atendimento à saúde. Logo em seguida, pela Lei Federal nº 8.080/1990, o SUS começou a operacionalizar o atendimento público da saúde aos brasileiros, com base nos seguintes princípios: (i) universalidade, (ii) integralidade, (iii) equidade, (iv) descentralização e (v) participação popular. Assim, com base na Constituição Federal, especificamente com base no artigo 198, o SUS deve atender às seguintes diretrizes e aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em razão da organização do SUS, a expansão da cobertura da atenção em saúde foi se fortalecendo e expandindo, consolidando, a partir de 1996, o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente, o PSF objetivou atender às necessidades primárias de populações a nível local, através de ações de prevenção de doenças — o que se tornaram a característica primordial deste serviço. Mais tarde, o programa foi ampliado com a implantação da atenção à saúde bucal. O que caracteriza o SUS são diversos componentes, como o financiamento, que tem como fonte principal os recursos arrecadados pelo governo federal, assim como convênios que formam o Fundo Nacional de Saúde e os consórcios municipais. Isso se configura numa relação complexa entre o financiamento e a prestação de serviços, determinando a oferta e a demanda referentes aos serviços e aos recursos disponibilizados para a população. Mesmo com a disponibilidade de serviços públicos, muitas vezes os investimentos são complementados através da contratação de serviços privados, incluindo ao sistema os prestadores particulares, sendo que a remuneração varia de acordo com os procedimentos realizados.

O acesso baseado no princípio da universalidade visa oferecer todos os serviços necessários, sem distinguir os usuários. A cobertura assistencial é caracterizada pela integralidade, assegurando que o atendimento terá cobertura em todos os níveis de atenção à saúde por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos. Para atender às necessidades locais dos municípios, o modelo de descentralização foi baseado na relação entre

a União e os municípios. Essa articulação foi analisada por Yunes (1999, p.68) e por ele dada como prejudicial ao processo de regionalização dos serviços, visto que enfatiza as desigualdades regionais, pois, “[...] acaba desequilibrando a redistribuição dos recursos destinados à saúde”.

Assim, portanto, em 2006 o SUS analisa as fragilidades enfrentadas pelo atendimento e cobertura de saúde, implantando ações que tornam o SUS mais eficiente, promovendo o Pacto pela Saúde. Conforme o CONASS (2006), há uma divisão em três esferas que objetivam a consolidação do SUS. O “Pacto pela Vida”, que tem como objetivo atender com prioridade ações referentes à saúde do idoso, da mulher, da redução da mortalidade infantil e materna, da saúde do trabalhador, da saúde do homem e da saúde mental; o “Pacto em Defesa do SUS”, este busca definir as esferas de gestão, regulamentando o financiamento das ações em saúde entre municípios, estados e governo federal; o “Pacto de Gestão” estabelece a organização administrativa da saúde, definindo as responsabilidades e os ordenamentos regionais e territoriais — este eixo é importante para contemplar a descentralização e desburocratizar a gestão do SUS. Assim, portanto, o acesso aos serviços é regulamentado e melhorias são previstas para promover a qualidade do atendimento (CONASS, 2006).

No aspecto da regionalização, os municípios de fronteira são avaliados de maneira específica, buscando atender às necessidades das populações fronteiriças. A orientação aos gestores municipais, estaduais e federal, para o atendimento às populações fronteiriças, remete à criação de Regiões de Saúde Fronteiriças. Nesse eixo existe o Pacto pelas Cidades-Gêmeas Brasileiras (PORTARIA Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). No Brasil, a gestão de serviços de saúde municipal possui o planejamento e financiamento através de dados *per capita* da população residente, portanto o atendimento da população não contabilizada — no caso os estrangeiros ou brasileiros residentes em outros países — afeta os sistemas locais e sobrecarrega a oferta e qualidade dos serviços prestados (BRANCO, 2013).

Conforme Nogueira et al. (2014), as regiões de saúde são definidas por espaços territoriais que abrangem uma mesma área geográfica. Nesses espaços percebe-se certa homogeneidade nos âmbitos culturais, econômicos e sociais. O Pacto em Defesa do SUS compreende ações nas três esferas de governo, buscando envolver gestores e atores na defesa dos princípios da Constituição Federal e do SUS. Com a delimitação das regiões, os gestores se organizam em forma de redes de ações e serviços de saúde, trabalhando para garantir que os princípios do SUS sejam incluídos nas propostas de saúde na fronteira. As propostas desenvolvidas são definidas pelo grau de

resolutividade, com a finalidade de que a atenção básica seja completamente suficiente para atender aos usuários, e que parte da média complexidade também esteja garantida. Se as propostas não gerarem os resultados esperados, ocorrem mudanças no planejamento regional e modificam-se as estratégias e direcionamento dos investimentos nos estabelecimentos de saúde.

Referentemente ao acesso aos tratamentos de saúde de média e alta complexidade, as regiões devem buscar a criação de pactos inter-regionais, onde cada Pacto deve envolver um trabalho em escala macrorregional, com a intenção de estar pactuado na Comissão Inter-Gestores Bipartite (CIB), de acordo com as necessidades de cada estado. A classificação regional é estabelecida da seguinte forma: I Regiões Intraestaduais, compostas por diversos municípios dentro do mesmo estado; II Regiões Intramunicipais, compostas por municípios que possuem grande extensão territorial e densidade populacional; III Regiões Interestaduais, as quais são formadas por municípios limítrofes em diferentes estados; VI Regiões Fronteiriças que são formadas por municípios limítrofes com países vizinhos. Nesta última classificação, de Pacto para regiões fronteiriças, então a responsabilidade é do Ministério da Saúde, órgão que tem o dever de promover a articulação entre os países e órgãos responsáveis pelo atendimento à saúde, portanto atender os municípios da fronteira e auxiliar na gestão e constituição dessas regiões (BRASIL, 2006).

Os princípios que o SUS busca para implementar as políticas de saúde visam promover o direito à cidadania e garantir o atendimento universal e integral. A estratégia de efetivar as Regiões de Saúde Fronteiriças vai, efetivamente, enfrentar obstáculos existentes nesses espaços. Somente mediante essa estratégia é possível, absorver uma demanda sobressalente por saúde, promovendo a suficiência de recursos humanos, de equipamentos e de infraestrutura devido a essa demanda especial fronteira (BRANCO, 2013). Deste modo, o sistema público de saúde está diretamente ligado às condições de vida, indicando a importância da disponibilidade de serviços de saúde a qualquer usuário. As condicionantes e determinantes da saúde na fronteira facilitam o entendimento do modo de vida da população fronteira e indicam a importância que o serviço público desempenha na vida das pessoas.

3.2 A experiência do SIS-Fronteira no Oeste do Paraná

Com a intenção de promover a integração de ações e de serviços de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2005, o SIS-Fronteiras. O Programa visou contribuir, fortalecer e organizar os sistemas locais de saúde localizados em regiões fronteiriças (BRASIL, 2005). Essa política pública foi executada de acordo com o Programa Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011, como uma das metas relativas ao eixo da Cooperação Internacional.

O programa teve o intuito de melhorar o acesso à saúde de brasileiros e de estrangeiros, pois os laços que existem entre as populações devem ser considerados a partir de diretrizes específicas. Desde o ano de 2009, o Programa encontra-se sob a gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, portanto, esse tópico tem o objetivo de verificar quais foram as estratégias que o Programa utilizou, e quais foram os aspectos gerais, pontos positivos e negativos proporcionados por essa política pública.

Os contextos locais e regionais sobre a saúde das populações residentes nos limites das fronteiras do Brasil-Paraguai apresentam suas peculiaridades e necessidades. Desse modo, o SUS possui políticas específicas, como o programa SIS-Fronteira, na tentativa de diminuir as problemáticas enfrentadas na fronteira. Os municípios abrangidos pelo SIS-Fronteira prestam o atendimento na atenção básica e emergencial para a população fronteiriça migrante, que, muitas vezes, não possui cadastro no Sistema Único de Saúde – SUS, ou tem dificuldades de acesso a serviços de saúde em suas localidades municipais. Consequentemente, o atendimento não pode ser negado a essa população flutuante.

Mello (2013) relata que há muitas gestantes residentes no Paraguai que buscam atendimento em Foz do Iguaçu. Então esse atendimento é realizado pelo Centro Materno Infantil (CMI), instituição criada com recursos do SIS-Fronteira em 2006 para atender à demanda de gestantes que residem no exterior, na região de fronteira entre Argentina/Brasil/Paraguai. Ressaltamos que o CMI é o primeiro e, até o momento, o único serviço de pré-natal de fronteira existente no Brasil. O estabelecimento conta com os serviços de médicos e de enfermeiros obstetras, que realizam o pré-natal com suporte técnico de laboratório de análises clínicas, exame de ultrassonografia e maternidade de referência.

No momento do cadastramento, se a gestante for estrangeira, porém comprove residência em Foz do Iguaçu, então no cadastro constará sua origem como brasileira. Assim, portanto, o banco de dados apresenta omissão em declarar a origem das usuárias, dificultando mensurar o fluxo de fronteiriços. No que se refere ao acompanhamento pré-natal, os agentes de saúde informam dificuldade de fazer o acompanhamento não periódico dessas gestantes, já que, diferentemente das residentes no Brasil, as que vêm do exterior fazem poucas consultas de pré-natal ou até mesmo chegam apenas para o momento do parto, o que constitui dificuldade no atendimento emergencial. Mello (2013, p. 38) aponta que a demora em procurar atendimento de forma preventiva causa gastos ainda maiores para o serviço brasileiro, afirmando que:

Todo esse processo lento e burocrático demonstra a falta de conhecimento/informação acerca do SUS, o que implica na procura tardia dos serviços e durante as condições agudas de doenças, onerando o sistema brasileiro e impedindo a consolidação da prevenção e promoção à saúde como portas de entrada da rede assistencial. Os próprios serviços de saúde do Paraguai, reféns desse sistema, encaminham tardiamente as gestantes brasileiras nos casos que necessitam de atendimento especial e de maior complexidade.

Branco (2013) discute o direito do estrangeiro ao SUS com base na Constituição Federal, informando que ocorre uma diversidade de entendimento sobre esse acesso à saúde. Em sua análise, a pesquisadora identificou que “[...] estrangeiro fronteiriço tem direito a tratamento diferenciado, mas nem sempre de fato” (p.51). Embora a lei garanta que deve haver critérios diferenciados aos Estados e municípios que apresentam processos de migração intensos, na prática é o contingente populacional que regula o financiamento do SUS aos municípios. Dessa forma, o atendimento é realizado de acordo com a interpretação de cada gestor, o mesmo acontecendo com o cadastramento do Cartão SUS. Com as dificuldades encontradas no atendimento, essa situação promove ainda mais omissão de dados, visto que o cadastramento seria uma fonte confiável para a identificação do fluxo dessas populações. Aí, então, passa a ter fundamento a teoria de que há atendimentos acima da demanda. Assim, se as relações com essa população flutuante fossem outras e mais apropriadas, então haveria informações precisas sobre a demanda transfronteiriça por saúde e o atendimento prestado a não residentes poderia estar baseado em dados concretos sobre a situação do SUS, assim se podendo estabelecer e subsidiar novos acordos e ações, como trocas ou compensações financeiras de serviços entre as partes envolvidas.

Enfim, o desenvolvimento do SIS-Fronteira buscou suprir as dificuldades enfrentadas pelos municípios fronteiriços, visando fortalecer os sistemas de saúde locais e promover a integração de ações de saúde pública. O programa foi instituído pela Portaria GM/MS nº. 1.120, de 6 de julho de 2005, alterada pela Portaria GM/MS 1.188, de 5 de junho de 2006.

Atores políticos locais analisam questões relacionadas à gestão e ao financiamento, verificando que, através da descentralização, devem ser inseridas novas maneiras de organização dos sistemas de serviços locais de saúde. Os estudos propostos por Augustini e Nogueira (2010) demonstram que existe a dificuldade de mecanismos de troca de informações nas cidades de fronteira prejudicando a qualidade das ações de saúde, primordialmente nas questões sanitárias e epidemiológicas. Isso é agravado pela ausência de decisões das outras esferas governamentais. Desse modo, promove nos municípios a elaboração de estratégias próprias, visando novos procedimentos isolados e individuais sobre as questões da saúde na fronteira. Outra dificuldade é o modo como os gestores consideram que o direito à saúde pelo sistema público é restrito aos usuários nacionais, intensificando o controle ou negando o acesso aos estrangeiros, de modo a impelir os subterfúgios ilegais. As soluções apresentadas pelos gestores da saúde, assim como as saídas praticadas pelos estrangeiros, não conduzem para políticas éticas que favorecem a cooperação transfronteiriça.

Há diversas problemáticas envolvendo os usuários migrantes, quando a questão é o acesso ao sistema público de saúde. Desse modo, o governo brasileiro buscou resolver as dificuldades enfrentadas, também pelas unidades de saúde, com a criação do SIS-Fronteiras. Para Augustini e Nogueira (2010), a problemática enfrentada no acesso da população estrangeira na atenção básica remete-se à falta de protocolos e de orientações no atendimento. Isso favorece o tratamento igualitário e sem impedimentos, o que promove, na visão de usuários brasileiros, transtornos, refletidos em filas e listas de espera, promovendo discussões e disputas de vagas.

Em estudos apresentados por Augustini e Nogueira (2010) e por Silva (2006), verificou-se que as secretarias de saúde apresentam dificuldades em organizar seus sistemas de saúde locais nos municípios de fronteira. Desse modo, as questões epidemiológicas e sanitárias são resolvidas mediante procedimentos isolados e individuais. E o atendimento à população estrangeira torna-se um empecilho no gerenciamento, ocasionando principalmente restrições no encaminhamento a tratamentos de saúde. Muitas vezes os gestores consideram que o acesso aos serviços pelo SUS deve ser restrito aos usuários nacionais e, desta forma, intensificam o controle ou negam o

atendimento à estrangeiros. Esses procedimentos facilitam as estratégias ilegais, como apresentação de documento fraudado, endereços falsos, omissão da nacionalidade entre outros.

3.2.1 Os recursos financeiros repassados para a execução do SIS-Fronteira

O SIS-Fronteira é uma ação estratégica, que procura, especificamente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde em municípios sobrecarregados, situação peculiar nas linhas de fronteira. Visa corrigir os repasses do SUS sob o critério do contingente populacional nos municípios fronteiriços. Assim, o programa objetiva diminuir as desigualdades regionais e fortalecer a integração da América do Sul.

A mobilidade humana nas regiões de fronteira apresenta diferentes problemas na área da saúde para os cidadãos que nelas vivem. No Brasil, o principal complicador é o critério que o SUS aplica para o repasse de investimentos, pois adota o contingente populacional como meio regulador. Assim, ao não contabilizar as populações estrangeiras ou os brasileiros que residem em países vizinhos, mas que procuram os serviços de saúde no lado brasileiro, o planejamento local fica ineficiente, pois há mais demandas do que os serviços e recursos repassados para os municípios.

O repasse de recursos financeiros para a implantação do SIS-Fronteira e execução do plano de ação teve como principal critério o cálculo de 40% sobre o Piso de Atenção Básica – PAB, que representa um valor mínimo, de recursos financeiros designados para realização de investimentos. Esses são aplicados em procedimentos e em ações de assistência básica a nível municipal, calculado com base em um valor *per capita*, denominado de PAB-FIXO (BRASIL, 2002). Os valores destinados para a execução do SIS-Fronteira, nomeadamente por município, podem ser visualizados na Tabela 2 (vide p.81).

Tabela 2: População e distribuição de recursos financeiros para os municípios fronteiriços: PAB e SIS-Fronteira.

MUNICÍPIOS	Pop.	PAB (R\$)	fixo	Repasse (R\$)	PAB	Total do Repasse SIS-Fronteira (R\$)	Repasse Adicional* SIS-Fronteira (R\$)
Entre Rios do Oeste	3.452	13		44.876,00		17.950,40	30.000,00
Foz do Iguaçu	279.620	13		3.635.060,00		1.454.024,00	10.000,00
Guaíra	28.246	13,48		380.756,08		152.302,43	30.000,00
Itaipulândia	7.655	13		99.515,00		39.806,00	30.000,00
Marechal Cândido Rondon	42.825	13		556.725,00		222.690,00	20.000,00
Mercedes	4.753	13		61.789,00		24.715,60	30.000,00
Missal	10.452	13		135.876,00		54.350,40	30.000,00
Pato Bragado	4.207	13		54.691,00		21.876,40	30.000,00
Santa Helena	20.993	13		272.909,00		109.163,60	30.000,00
Santa Terezinha de Itaipu	19.668	13		255.684,00		102.273,60	30.000,00
São Miguel do Iguaçu	25.769	13		334.997,00		133.998,80	30.000,00

*Repasse adicional de acordo com a Portaria n. 3.137, de 24 de dezembro de 2008. FONTE: BRASIL (2005), RELATÓRIO (2010). Elaboração: AZEVEDO, S. T. de.

Com base na tabela supra-apresentada, durante a primeira fase, determinada pela Portaria GM/MS nº 1.189/2006, foram liberados 30% do valor total, para a realização dos diagnósticos quali-quantitativos da situação dos municípios, após assinatura e publicação do Termo de Adesão, depois ocorrendo a elaboração do chamado Plano Operacional, com estratégias e ações para alcançar as prioridades identificadas no diagnóstico. Essa etapa foi concluída no ano de 2007.

A segunda fase foi destinada à implantação de serviços nas áreas de fronteiras. Através da homologação da Fase I pela Coordenação do SIS-Fronteira, os municípios receberam 35% do valor total, após a aprovação dos Planos Operacionais, buscando execução dos projetos locais.

A terceira fase, que propôs a implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços, foi liberada mediante apresentação do Plano Operacional, sendo que o restante de 35% do valor total aplicou-se na continuidade dos projetos, para implementar estratégias de acompanhamento e avaliação constante sobre as ações executadas e destino dos recursos. Para dar continuidade ao programa SIS-Fronteira, foi realizado, em 2008, um repasse adicional, que propendia à manutenção dos projetos locais.

Preliminarmente, verificou-se que os recursos propostos pelo governo federal para o projeto foram repassados para as municipalidades, acrescidos de parcelas adicionais para a manutenção do SIS-Fronteira, porém nem todas as secretarias municipais de saúde conseguiram desempenhar a termo a terceira fase do programa, visto que a Portaria Nº 622, de 23 de abril de 2014, estabeleceu o último prazo para a conclusão dos Planos Operacionais até 31 de julho de 2014. Isso indicou que, mesmo com esse benefício, o Programa não alcançou as demandas, sendo necessários ajustes para resolver as problemáticas remanescentes.

Os recursos, provenientes do SIS-Fronteiras, não resolvem a pendência de atendimento ao público estrangeiro, portanto as discussões geográficas são pertinentes para conhecer as condições de acesso e promover estratégias que resolvam as problemáticas encontradas referentes à saúde nas regiões de fronteira. O acesso aos serviços de saúde das populações flutuantes está sendo garantido, mas possui restrições, principalmente quando são necessários tratamentos de saúde mais complexos e contínuos.

As dificuldades em trabalhar com projetos específicos na fronteira foram relatadas por Evelin e Costa (2011, p.26):

O SIS-Fronteira, que é o SUS da faixa de fronteira, não funciona se anda sozinho, porque não tem a contrapartida do apoio municipal e da capacidade institucional. Se chega sozinho, sem o Estado, não tem sustentabilidade depois. [...] Então, é necessário construir uma grande pactuação política entre os órgãos federais nesse aspecto. Ninguém consegue chegar sozinho na faixa de fronteira.

Tais observações enfatizam a importância de projetos que buscam a integração das ações na faixa de fronteira. Como o SIS-Fronteira não teve incentivos financeiros depois do ano de 2013 por parte do governo federal, analisamos que surgiram outros programas com a finalidade de promover a melhoria da saúde pública. Uma dessas políticas públicas é o Programa Mais Médicos, que faz parte do Programa Saúde da Família (PSF), e visa melhorar o atendimento principalmente nas unidades básicas de saúde participantes do PSF, localizadas em pequenas vilas e bairros, PSF no qual também estão incluídos municípios fronteiriços.

3.3 A implantação do Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos faz parte de um acordo de cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o intuito de proporcionar a vinda de médicos estrangeiros. Esse programa é um dos componentes do pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, visando à implantação de investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, buscando primordialmente levar profissionais de saúde, principalmente médicos, para as regiões do país onde há escassez e ausência de profissionais. O programa atua também na implantação de políticas educacionais nos cursos de medicina e no estímulo à pesquisa aplicada ao SUS (BRASIL, 2014).

Em 8 de julho de 2013 é adotado pelo governo brasileiro a Medida Provisória (MP) número 621, que institui o Programa Mais Médicos. No mesmo ano, a MP 621 é convertida para a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Para o desenvolvimento desse projeto foram contratados médicos estrangeiros com conhecimento da Língua Portuguesa, sendo concedida licença provisória do Conselho Regional de Medicina. Esse acordo de cooperação técnica internacional está sendo firmado com países que possuem indicadores superiores aos do Brasil sobre as taxas de 1,8 médicos por mil habitantes. Outro objetivo reflete-se na troca de experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros. Os médicos estão autorizados a trabalhar no período de três anos exclusivamente nos serviços de atenção básica em que forem lotados (BRASIL, 2014).

Assim, portanto, todas as diretrizes do Programa estão na MP 621/2013, a qual institui:

- a) Remuneração de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a profissionais para atuar na rede pública. Estrangeiros só foram chamados para ocupar vagas não preenchidas por brasileiros; b) Serão aceitos somente brasileiros formados no exterior e profissionais estrangeiros com conhecimento de língua portuguesa, vindos de países com mais de 1,8 médicos por habitante (índice brasileiro); c) Os estrangeiros selecionados no programa recebem um registro temporário e só podem exercer a atenção básica (prevenção e procedimento pouco complexos); d) Os médicos estrangeiros não precisam passar pelo Revalida (exame de validação de diploma estrangeiro). Atente-se para o detalhe que, em 2012, 92% (noventa e dois por cento) dos candidatos foram reprovados; e) Os médicos estrangeiros passam por um período de avaliação e treinamento em uma instituição de ensino e são supervisionados ao longo dos três anos de duração do programa.

Kamikawa e Motta (2014) classificam o Programa Mais Médicos como uma política pública de modelo *top-down* (de cima para baixo), pois essa estratégia veio pra conter a falta de médicos, e foi implantada da esfera federal para a municipal. Esse Programa caracteriza-se pela atitude tomada em efetivar o direito à saúde para as populações com maiores carências em acesso à saúde pública, verificada como uma tentativa por parte do Estado em promover uma ação que efetive a qualidade no atendimento para uma ampla cobertura nacional.

Esse programa consiste em proporcionar, para as Unidades Básicas de Saúde, que atendem pela Estratégia de Saúde da Família, manter e garantir médicos em período integral. Como as áreas de fronteira apresentam vulnerabilidade social referente a políticas de saúde, o Programa Mais Médicos também contempla os municípios abrangidos por esta dissertação. Esse Programa almeja uma proposta de mudanças estruturais para a saúde básica.

Para participar desse projeto, os municípios devem encaixar-nos nos perfis retratados na Tabela 3, que define as regiões prioritárias do SUS.

Tabela 3: Perfis dos Municípios

PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
PERFIL 4: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
PERFIL 5: municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;
PERFIL 7: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi ;
PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

Fonte Ministério da Saúde (2013). Lei nº 12.781, de 22 de outubro de 2013, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.

Os municípios que se adequaram ao perfil 7 em nossa região de estudo foram: Guaíra, Foz do Iguaçu, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Santa Teresinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu. Apenas Itaipulândia e Missal não estão incluídos no Programa, pois não possuem o perfil de município prioritário.

Para identificar se houve aumento no efetivo de médicos nos municípios estudados, buscamos analisar o mês de março em três anos diferentes — *vide* Tabela 4, em 2013, enquanto o Programa Mais Médicos ainda não havia sido implementado, 2014 quando se iniciou a primeira etapa da implementação do Programa e 2015, com o Programa em pleno andamento e ampliado, sendo que foi escolhido março pelo fato de ser o dado mais atualizado fornecido pelo Ministério da Saúde em 2015.

Tabela 4: Quantidade de médicos segundo Município no período Mar/2013, Mar/2014 e Mar/2015.

Municípios	Médicos do atendimento SUS			Médicos do atendimento privado			Total		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Entre Rios do Oeste	25	46	46	6	8	10	31	54	56
Foz do Iguaçu	2.502	2.451	2.380	359	409	431	2.861	2.860	2.811
Guaíra	175	163	200	58	54	66	233	217	266
Itaipulândia	86	84	88	14	14	15	100	98	103
Marechal Cândido Rondon	298	339	367	118	131	147	416	470	514
Mercedes	43	46	48	2	3	3	45	49	51
Missal	87	93	99	16	16	21	103	109	120
Pato Bragado	35	39	38	4	3	3	39	42	41
Santa Helena	133	138	152	26	35	39	159	173	191
Santa Teresinha de Itaipu	124	139	142	13	22	33	137	161	175
São Miguel do Iguaçu	165	156	167	18	17	18	183	173	185

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Os dados indicam que houve aumento progressivo de médicos, porém os números mostram que também houve aumento no número de médicos que trabalham sem vínculo ao SUS, com quantidade mais expressiva em Foz do Iguaçu, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Santa Helena e Santa Teresinha de Itaipu, demonstrando que a demanda por médicos vem crescendo, tanto na saúde pública como no atendimento particular. Evidenciamos que o aumento no número de médicos auxilia no acesso à saúde pública, mas ainda não resolve todos os problemas da população, pois, quando a gravidade dos problemas de saúde ocorre, havendo a necessidade de cirurgias, exames complexos ou tratamentos avançados, então o usuário terá que seguir adiante

para centros de saúde regionais, gerando um fluxo de pessoas grande, e sem a certeza de que serão efetivamente atendidos, pois a questão orçamentária gera a espera no atendimento, que se complica ainda mais com a demanda de fronteiriços que não são contabilizados no orçamento público.

Para que os serviços oferecidos para a população sejam eficientes e garantidos, diversos fatores deverão ser considerados, envolvendo a formação e a quantidade dos profissionais de saúde disponíveis no município, destinação e aplicação dos recursos para o sistema de saúde da melhor maneira possível, administrar a máquina pública evitando que aja insuficiência de serviços, e implementar políticas públicas para que a oferta de serviços seja acessível para a população (KAMIKAWA e MOTTA, 2014).

De acordo com Bauermann (2014), os gestores, ao defenderem o atendimento apenas para residentes, criam uma situação dicotômica, já que os direitos universais à vida se colidem com os limites orçamentários. Isso, nas fronteiras, retrata a necessidade em reavaliar as políticas de saúde. Entendendo a questão espacial pelo olhar das relações sociais, entende-se que a integração fronteiriça se apresenta como possível caminho para a ampliação de direitos dessa população, a fim de resolver as questões da sobrecarga de atendimentos de saúde, contribuindo para que a população tenha o atendimento garantido.

Sobre os dados referentes aos leitos para internação disponíveis nos municípios, são eles apresentados na Tabela 5 (vide p.86), que mostra o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares. O dado considerou as categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e não SUS. São as camas destinadas à internação de um paciente no hospital. Não considera como leito hospitalar os leitos de observação.

Tabela 5: Número de Leitos Hospitalares por Município - 2013

Localidade	Leitos Hospitalares SUS – Total	Leitos Hospitalares SUS – Total	Leitos Hospitalares Existentes – Total	Leitos Hospitalares SUS – Por mil Habitantes
Entre Rios do Oeste	20	10	30	2,89
Foz do Iguaçu	245	168	413	0,60
Guaíra	70	18	88	0,63
Itaipulândia	*	25	25	3,26
Marechal Cândido Rondon	253	91	344	2,12
Mercedes	*	*	*	*
Missal	24	21	45	2,00
Pato Bragado	11	4	15	0,95
Santa Helena	18	95	113	4,52
Santa Terezinha de Itaipu	58	32	90	1,62
São Miguel do Iguaçu	*	*	*	*

(* Dado inexistente) Fonte(s):MS-CNES (2013), IBGE (2010). Elaborado pela autora.

Os municípios que apresentam a maior oferta de leitos por mil habitantes são: Santa Helena (com 4,52 leitos por mil habitantes), Itaipulândia (com taxa de 3,26) e Entre Rios do Oeste (com 2,89 leitos por mil habitantes). O restante da região apresenta um preocupante déficit de leitos, com menos de 2,5 leitos por mil habitantes, visto que, conforme a Organização Mundial de Saúde estabelece, o padrão de 3 a 5 leitos por mil habitantes seria um número ideal. A maior parte dos municípios está abaixo da média paranaense, que é de 3,2 leitos por mil habitantes. Esses índices apontam que a situação da saúde pública apresenta níveis pouco satisfatórios, que se agravam com o aumento da demanda acrescida de não residentes, ocasionada pela situação de fronteira. O Paraguai possui índices ainda mais baixos, pois lá a média nacional é de 1 leito por mil habitantes. Os estados fronteiriços paraguaios de Alto Paraná e Canindeyú apresentam respectivamente 0,5 e 0,8 leito por mil habitantes (PARAGUAY, 2008). Esses indicadores comprovam como a precariedade da saúde no Paraguai motiva a população a buscar serviços de saúde no Brasil, promovendo déficits na estrutura de saúde pública nos municípios brasileiros da fronteira.

Analisar a saúde a partir da Geografia permite a avaliação espacial dos serviços de saúde, possibilitando averiguar a estrutura e distribuição dos serviços médicos, os aspectos

socioespaciais do comportamento dos usuários do sistema de saúde e atribuições relativas às desigualdades e planejamento dos serviços e equipamentos prestados. A demanda aos serviços de saúde por parte da população fronteiriça indica que é extremamente importante uma cooperação técnica e financeira governamental de ambos os países, para que haja uma melhor gestão através de um sistema integral, objetivando atender todas as pessoas, independentemente do país de origem. Mesmo assim, há de se considerar que os problemas referentes ao atendimento público são muito complexos, pois o atendimento à população brasileira local ainda está longe de ser resolvido, e a situação territorial de fronteira acarreta ainda maiores dificuldades de gestão e de falta de recursos.

A fim de compreender a dinâmica sobre os serviços de saúde e facilitar o acompanhamento do usuário SUS, o governo brasileiro implementou um sistema de cadastro único de saúde denominado de cartão SUS. Essa estratégia, promovida a nível nacional, busca resolver os problemas referentes ao planejamento local, porém, em áreas em que o número de usuários é flutuante, como nos municípios de fronteira, a gestão encontra desafios particulares não resolvidos com o cartão.

3.4 O cartão SUS

Uma tentativa de melhorar o atendimento pelo SUS foi a implantação do cartão-SUS, com o objetivo de gerar uma base de dados sólida e completa para os usuários e promover planejamento e gestão para os órgãos responsáveis pelo acesso à saúde. Ocorre que nos municípios de fronteira esse cartão gera situações ambíguas. De um lado, pode facilitar o acesso, tornando-o mais rápido e ágil. Já para quem não o possui, as dificuldades no atendimento são comuns.

O cartão nacional de saúde — cartão SUS — foi implantado pelo Ministério da Saúde no Brasil em 2001, sendo introduzido como um documento de identificação para o acesso das pessoas às ações e aos serviços de assistência à saúde. Sendo um avanço na área de gestão, o cartão SUS, surgiu com o intuito de ser um prontuário informatizado. Assim, o cartão SUS deve proporcionar a identificação unívoca dos usuários do SUS, contendo informações que proporcionem o acompanhamento dos atendimentos realizados. O seu objetivo principal é facilitar o atendimento ao cidadão e qualificar o trabalho dos gestores e profissionais da área da

saúde. A base de dados apresenta-se como uma ferramenta de ação que visa à formulação de políticas públicas na área da saúde (BRASIL, 2011).

O atendimento à população estrangeira já passou por várias restrições e exigências. Para Silva (2006), uma delas foi a implantação do cartão SUS, que é condição para o atendimento público. Esse sistema de gerenciamento restringe ou dificulta o acesso ao estrangeiro. Outro problema apontado é o modo como os gestores consideram que o direito à saúde pelo sistema público é restrito aos usuários nacionais, intensificando o controle ou negando o acesso aos estrangeiros, de modo a impelir os subterfúgios ilegais.

No Manual sobre as Normas e Procedimento de Uso do cartão SUS, os usuários estrangeiros e a população de fronteira são considerados como “cidadãos em situação especial”. Assim, o procedimento realizado deve ser seguido conforme a legislação do artigo 23, parágrafo 2 (BRASIL, 2011), que orienta:

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 2º No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência.

Nesse contexto, o cartão SUS, se aplicado conforme o previsto pela legislação, deve proceder ao cadastramento para todos os que o solicitarem, sendo usuário residente no Brasil ou não. Ocorre que o atendimento prestado a essa população em situação especial, muitas vezes, é dificultada por conceitos gerenciais do município, dificultando o acesso ao cartão SUS. Quando essa situação ocorre, considera-se que aplicar exigências para obter o cartão SUS vai contra a universalidade do atendimento.

Este se torna mais um exemplo de como políticas nacionais, efetivadas de maneira centralizada, são interpretadas de maneiras diversas. Nos casos de situação especial, como é visto nas fronteiras internacionais, o atendente torna-se uma peça fundamental para garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados. O acesso aos serviços de saúde das populações flutuantes é garantido pela lei e deve ser realizado, mas possui restrições, principalmente no contexto de tratamentos de saúde mais complexos e contínuos. Como as zonas fronteiriças são territórios dinâmicos, constituídos por unidades epidemiológicas, os problemas de saúde são compartilhados

e necessitam de atenção e de controle para garantir uma saúde pública de qualidade à população de ambos os países.

Em ação civil pública de autoria do Procurador da República Alessandro José Fernandes de Oliveira (BRASIL 2006, p.22), sobre o atendimento aos residentes no Paraguai nos estabelecimentos do SUS em Foz do Iguaçu, é relatada a dificuldade que os fronteiriços enfrentam para conseguir o cartão SUS:

É neste momento que os brasiguaios se veem colocados entre a cruz e a espada: se declaram seu verdadeiro endereço, lhes é negado o Cartão SUS, pois não residem no Município ou sequer no Estado e, com isso, deixam de ser atendidos pelo SUS; se mentem, cometem o crime de falsidade ideológica. [...] Naturalmente, em razão de seu desespero muitos acabam optando pela indicação falsa de seu endereço, e nem se pode exigir deles conduta diversa, pois a defesa do seu direito à vida e a saúde prevalece sobre qualquer formalidade ou mesmo sobre qualquer outro direito que venha antepor-lhe, como é obvio e demonstra até ordem em que foi colocado nos direitos garantidos como invioláveis no caput da Constituição.

Os municípios, visando a diminuição dos fluxos de migrantes não residentes, realizam cadastros municipais de saúde na tentativa de controlar o acesso apenas aos munícipes. Os documentos exigidos para o cadastro são: Identidade, Cartão SUS, CPF, Título de Eleitor e comprovante de residência. Caso o usuário não seja cadastrado, o atendimento médico ou farmacêutico não será garantido (BAUERMMAN, 2014).

As estratégias para barrar atendimentos não repercutem apenas no paciente estrangeiro, mas também nos usuários nacionais não residentes. Essas ações que dificultam o atendimento promovem a omissão de dados pessoais ou a declaração de informações que não condizem com a verdade, pois, caso contrário, o atendimento nas Unidades de Saúde não será realizado. O cartão SUS, além de ser uma fonte de identificação do usuário, pode revelar as ações dos serviços que foram prestados e dados sobre o profissional que realizou o atendimento, portanto é um mecanismo que contribui na proteção tanto do usuário como do atendente, porém enquanto existirem as situações que levam as pessoas a omitirem informações, esse sistema não atingirá seu objetivo (BAUERMMAN, 2014).

Kamikawa e Motta (2014, p. 363) reafirmam o entendimento de que todos os indivíduos possuem direito à saúde, indicando que esta é a prioridade que o ser humano busca conquistar durante toda sua existência, afirmando que:

O direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida e que, dada a sua essencialidade também é classificado como um direito da personalidade. Pois, é perfeitamente conclusivo que se o indivíduo não puder gozar de saúde, outros direitos não lhe despertarão interesse e nem poderão ser sequer exercidos. Para que haja respeito à vida e integridade da pessoa humana (física e moral), condições mínimas para uma existência digna precisam ser asseguradas, através de direitos fundamentais, viabilizando a dignidade da pessoa humana.

Espera-se que a confecção do CARTÃO SUS não seja um empecilho para que o acesso à saúde se realize. O Ministério da Saúde está realizando o recadastramento do cartão SUS aos usuários, iniciado no ano de 2014 e continuado em 2015, visando corrigir problemas referentes à duplicidade e possíveis erros de cadastro. Após esta etapa, é indispensável que medidas gerenciais sejam implementadas nos municípios de fronteira, visto que haverá um método mais eficiente para calcular a população usuária do SUS nos municípios. Com dados exatos dos usuários do SUS, as prefeituras municipais poderão comparar com o número da população municipal contabilizada pelo IBGE, e, quem sabe, assim identificar a população flutuante que utiliza os serviços de saúde locais.

Sobretudo, devemos entender que, na região de fronteira, a legislação deve ser considerada através de suas peculiaridades, no intuito de uma construção e reconstrução de normas que se adéquem à dinâmica territorial. Dessa maneira, a discussão sob a temática da fronteira deve ser um ponto importante para as instituições, pois o processo de construção da identidade transfronteiriça e a capacitação de agentes locais de saúde são a base para políticas eficientes, políticas que considerem a cooperação como questão primordial.

Os diferentes mecanismos de acesso à saúde na fronteira, dadas as iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde para a melhoria do SUS, como o SIS-Fronteira, Programa Saúde da Família, Programa Mais Médicos e Cartão SUS, são identificadas através de resultados positivos e de demandas que não foram conquistadas para os municípios fronteiriços. A implantação do SIS-Fronteira beneficiou as regiões de fronteira com o amplo diagnóstico, afirmando a necessidade de melhorar o atendimento nesses locais, sendo um dos pilares da Cooperação Internacional para o MERCOSUL. O Programa identificou que a demanda do atendimento executado nos estabelecimentos localizados nas fronteiras é superior ao contingente populacional, indicando a necessidade de estímulos necessários para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Com sua estagnação em 2014, o SIS-Fronteira apresentou dificuldades em suprir os recursos financeiros necessários para resolver os problemas dos municípios integrantes. Esse fator, mais a questão da destinação incerta dos recursos do Programa, evidenciam que havia lacunas na autonomia que tentaram oferecer às prefeituras municipais. Atualmente, as ações do SIS-Fronteira foram dando lugar aos projetos do Programa Saúde da Família, especificamente o Programa Mais Médicos, que contempla a maioria dos municípios analisados nesta pesquisa. Esse PSF, que amplia os recursos humanos em localidades de vulnerabilidade social, e que está em pleno andamento, apresenta-se como uma importante política pública para atender à demanda do atendimento básico.

Nas fronteiras, o atendimento continuado, que envolve processos e tratamentos de saúde complexos, ainda se depara com a falta de recursos. E, com a implantação do Cartão SUS, a população fronteiriça que não reside no Brasil é impedida ou omite informações para garantir a continuidade do atendimento. Nessa compreensão, a integração transfronteiriça no MERCOSUL mostra-se ainda mais relevante, para que a qualidade dos serviços de saúde seja garantida a toda população, estimulando todos os países do grupo a defenderem os interesses do acesso à saúde de qualidade e gratuita.

As informações apresentadas até aqui vem a contribuir para a exposição do capítulo seguinte, que comprova o atendimento e os mecanismos de acesso ao SUS, comprovação mediante relatos de experiências individuais e aleatórias, que demonstram, de forma qualitativa, os mecanismos exercidos pela população fronteiriça para promover e garantir o direito à saúde, estimulados pelas questões territorial e cultural, que intensificam essas interações.

CAPÍTULO 4 - A REALIDADE DA SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL E PARAGUAI

O presente capítulo identifica as motivações relacionadas ao acesso e ao atendimento aos serviços de saúde do SUS por transfronteiriços residentes no Brasil e Paraguai. Assim, buscamos captar as percepções e as experiências vivenciadas pelos usuários e agentes de saúde selecionados para as entrevistas. O texto contará com os depoimentos e relatos sobre o atendimento e o fluxo, como fator motivacional para os serviços de saúde. Primeiramente é necessário compreender como as questões geográficas, sociais e culturais são preponderantes na migração de usuários para os estabelecimentos do SUS, sendo apresentadas a seguir.

4.1 As interações entre atores fronteiriços: o acesso à saúde através do SUS

Com a formação do Lago de Itaipu em 1982, em decorrência do término da construção da barragem da Hidrelétrica Binacional Itaipu, a região se reconfigurou. Desse modo, a dinâmica populacional merece destaque nesta pesquisa, visto que, nesse ambiente de fronteira, há populações ribeirinhas dos dois países desempenhando atividades comuns. Alvarez (2010, p. 11) afirma que a construção da Itaipu e a formação de seu reservatório — o Lago de Itaipu — tiveram efeitos sociais adquiridos e sentidos até hoje pela população atingida.

Com efeito, a estrutura social da região sofreu o duplo impacto da construção de um grande projeto com a represa de Itaipu. Este empreendimento, por um lado atraiu numerosos migrantes internos, mobilizados pelo engajamento no grande projeto como força de trabalho, ao mesmo tempo que o enchimento do reservatório implicou a inundação de uma extensa faixa de território e provocou o êxodo de parte desta população rural. Uma parcela considerável desta recebeu indenização pelas terras alagadas e, motivadas pelo preço da terra no Paraguai, migrou para a zona rural do país vizinho. Outros contingentes se somaram a esta corrente migratória, que atraiu também moradores da região sul e sudeste do Brasil. Os cálculos oficiais do censo de Paraguai falam de um contingente de 100.000 brasileiros. Já os dados da igreja e dos movimentos sociais apontam para uma cifra acima dos 300.000 brasiguaios. No debate eleitoral no Paraguai se invoca a cifra de 800.000 elevando o número destes cidadãos híbridos.

Desse modo, a Usina Hidrelétrica de Itaipu aumentou o contingente populacional da região, com milhares de trabalhadores, que chegaram vindos de todas partes do Brasil e Paraguai,

e, em seguida, o impacto promovido aos agricultores pela inundação de suas terras com a formação do reservatório da usina. As transformações causadas pela Itaipu contribuíram para o processo migratório entre os brasileiros e os paraguaios, pois, ao receberem a indenização de suas terras inundadas, muitos brasileiros adquiriram terras no Paraguai. Assim, também houve paraguaios que permaneceram nas cidades fronteiriças do Paraná. Esses fatores promoveram um forte êxodo rural na região Oeste do Paraná e a consequente corrente migratória de brasileiros em direção das fronteiras agrícolas do Paraguai, promovendo mesclas culturais que caracterizam o transfronteiriço de Itaipu. Mediante esses fatores, a porosidade nas fronteiras foi contínua, pois os laços afetivos permaneceram em ambos os territórios, constituindo novas territorialidades.

A população presente na fronteira paranaense entre Brasil e Paraguai é caracterizada por intensos processos de migração nacional e internacional, além de uma população flutuante representada por comerciantes, turistas e indígenas remanescentes da Nação Guaraní. É a diversidade étnica e cultural que garante a complexidade da identidade e do território fronteiriço. Os fluxos de população e de mercadorias são reforçados por relações de prestação de serviços públicos e privados que se complementam. Essas dinâmicas não seguem padrões previsíveis, dificultando as ações de planejamento nas cidades.

Em sua tese, Fiorentin (2010) trabalha com a hipótese de que o modelo estrutural econômico e de desenvolvimento do Paraguai tem como consequência problemas sociais. Sobre a situação da saúde, os brasileiros, muitas vezes, são excluídos do sistema paraguaio e, desse modo, migram para o atendimento nos municípios de Foz do Iguaçu, Marechal Cândido Rondon, Santa Helena e Guaíra. Esse processo gera superlotação nas unidades de saúde e nos hospitais dos respectivos municípios.

A Tabela 6 (vide p.94) apresenta os dados sobre a população dos municípios abrangidos pelo SIS-Fronteira, com a finalidade de identificar a quantidade de estrangeiros e naturalizados brasileiros no ano de 2010.

Tabela 6: População residente por nacionalidade - 2010

Municípios	Brasileiros Natos	Estrangeiros	Naturalizados Brasileiros	Total
Entre Rios do Oeste	3.818	34	75	3.927
Foz do Iguaçu	247.317	5.747	3.024	256.088
Guaíra	29.995	440	269	30.704
Itaipulândia	8.700	82	244	9.026
Marechal Cândido Rondon	46.393	162	264	46.819
Mercedes	4.927	50	69	5.046
Missal	10.188	157	130	10.473
Pato Bragado	4.708	44	70	4.822
Santa Helena	22.699	419	295	23.413
Santa Terezinha de Itaipu	20.339	198	304	20.841
São Miguel do Iguaçu	25.208	226	334	25.768
Total	424.292	7.559	5.078	436.927

Fonte: IBGE - Censo 2010. Org. Azevedo, Suelen T. de.

No total da população residente na linha de fronteira, nele estão incluídos cerca de 12.635 estrangeiros e naturalizados brasileiros, conforme a pesquisa censitária. De acordo com o IBGE, em 2010 a média brasileira de estrangeiros no Brasil era de 0,22% da população, enquanto na fronteira, como consta no total da população dos municípios da linha de fronteira, essa média chega a 2,9%, indicando que o número é elevado se comparado com a média nacional. Os municípios que ultrapassam essa média são Foz do Iguaçu (com 3,4% residentes estrangeiros) e Santa Helena (com 3,1% residentes estrangeiros). Os estrangeiros naturalizados indicam a forte atração para a região Oeste do Paraná, especificamente nos municípios lindeiros localizados na fronteira. O fato de a migração entre Brasil e Paraguai ser facilitada, isso demonstra a necessidade de implementação de políticas que facilitem e resolvam as demandas de usuários da saúde estrangeiros ou migrantes.

Quanto à integração territorial promovida pelo ato migratório internacional, o contexto dessa integração revela a vivência a partir das conexões duradouras entre os lugares. Assim, o fluxo de informações e de recursos pelo território são facilitados e intensificados. Mediante a compreensão sobre o meio técnico-científico-informacional, conforme entendimento elaborado por Santos (1996), identificamos como a rapidez ocasionada pela tecnologia condiciona a acessibilidade e a conectividade entre os lugares. A sobreposição de territórios, analisada mediante os conceitos de tecnosfera e psicosfera, retratam a mobilidade espacial intensificada pelo período da globalização.

A tecnosfera demonstra a possibilidade que os objetos técnicos proporcionam na interligação de espaços, caracterizando a mobilidade de pessoas e recursos (SANTOS, 1996). A relação que os objetos técnicos abarcam não é, porém, suficiente para entender todas as formas encontradas nas conexões territoriais estabelecidas na fronteira. Assim, é imprescindível considerar as pessoas nesse processo. Destarte, o termo psicofera, utilizado para denominar um conjunto de ideias, valores e símbolos, expõe a improvisação e os novos usos dos espaços utilizados pela população transfronteiriça, encontrados e marcados pela técnica.

Isso promove uma flexibilização do conceito de território, principalmente no que tange à mobilidade populacional. Assim, o espaço revela-se como uma coexistência do passado e do presente restaurado pelo sistema técnico no território, mediante o sistema de objetos e de ações que são concretizadas pelo uso social. A integração da técnica para a vida social é condicionada a interagir com o sentido simbólico e cultural (SANTOS, 1996).

Como a territorialidade nas fronteiras é representada pela espontaneidade dos fluxos populacionais, os territórios se desenvolvem em busca de sua identidade. O mesmo ocorre na fronteira Brasil e Paraguai, no sentido de que as interações são visualizadas como um modo de vida para populações ribeirinhas, já que se utilizam de ambos os espaços geopolíticos para atender às suas necessidades pessoais.

A conexão de territórios promove o constante movimento de territorialização-desterritorialização-reterritorialização. Para entender a lógica e a produção dos movimentos e sua distribuição e extensão no espaço geográfico, deve-se compreender que a estrutura das redes tem a função em distribuição/circulação de matérias-primas, de objetos e de pessoas (HAESBAERT, 2004).

A migração, portanto, ultrapassa o âmbito das trocas populacionais, pois compreende várias relações entre os lugares, dinamizando as formas urbanas e a expansão da fronteira agrícola, pois vai indicar a direção para a especialização e o crescimento das relações de trabalho e moradia. Assim, uma configuração do nível de centralidade, de atração ou de repulsão populacional vai sendo exercida conforme as relações sociais e os fluxos promovidos pelos fixos representados pela infraestrutura de serviços na área de saúde, mercado e educação.

Há situações diferenciadas nas fronteiras. Não é apenas a fronteira geográfica que promove os conflitos, mas é a partir do encontro entre humanidades com culturas e costumes distintos. Assim também, visto que uma área de fronteira vem a ser local de coexistências de

humanidades, certamente um dos aspectos consiste no confronto entre o moderno e o arcaico, um encontro de tempos históricos, promovendo o processo de degradação desses povos (MARTINS, 1997).

Essa fronteira de conflito entre o arcaico e o moderno é sobreposta na questão da qualidade do atendimento de saúde que os transfronteiriços buscam, isso mediante os fatores que envolvem os serviços prestados e o custo-benefício respectivo. A atração para o SUS muitas vezes é influenciada pela questão cultural, na qual os transfronteiriços identificam no Brasil como local com uma gama maior de procedimentos disponíveis e confiáveis.

A população de brasileiros residentes no Paraguai e que migram constantemente entre as fronteiras é evidente, principalmente ao caracterizar a população lindeira nas margens do Paraguai, conforme exposto na Tabela 7.

Tabela 7: População, brasileiros natos residentes no Paraguai, residências particulares que têm como língua materna o português.

Distritos	População total	População de brasileiros natos	Residências particulares Total	Residências particulares de língua materna: português
San Alberto	11.410	3.893	2.803	2.113
Minga Porá	11.119	2.221	2.430	1.153
Hernandarias	62.777	3.441	13.490	1.459
Salto del Guairá	11.284	2.160	2.755	978
Mbaracayú	8.269	2.185	1.915	1.130
La Paloma	6.361	1.532	1.549	844
Nueva Esperanza	9.857	3.600	2.436	1.736
Gral. Francisco C. Alvarez	8.799	1.703	2.062	859
Total	129.876	20.735	29.440	10.272

Fonte: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Org. Azevedo, Suelen T. de

As informações subsidiadas pela Tabela 7 demonstram que em todos esses distritos a população de brasileiros natos é grande. Conforme os dados, 16% da população lindeira residente na linha de fronteira do Paraguai é composta por brasileiros natos. Os dados de residências que utilizam a língua portuguesa como idioma predominante representam aproximadamente 35% das residências. Desse modo, verificamos que nessa fronteira predominam os aspectos culturais brasileiros, já que, pela linguagem utilizada, assemelham-se os costumes entre residentes das duas margens do Lago de Itaipu. Isso indicando que essa população fica mais atraída por procurar

serviços públicos mais específicos do lado brasileiro, já que a maior parte dos moradores possui fortes ligações com o Brasil, começando pela língua principal que utilizam para a comunicação.

As águas do Rio Paraná representam a fronteira de uma forma muito interessante, pois separa os territórios de maneira ao mesmo tempo em que interliga promovendo o contato social. Nesse sentido, o trajeto Brasil e Paraguai é realizado nas seguintes localidades: Porto Britânia (Pato Bragado-PR à Marangatú-PY); Travessia Internacional de Santa Helena (Santa Helena-PR à Porto Índio e Sanga Funda-PY); Porto Mendes (Marechal Cândido Rondon-PR à Porto Adela-PY); Porto Internacional de Guaíra (Guaíra-PR à Salto del Guayrá-PY). Essas travessias entre Brasil e Paraguai podem melhor ser visualizadas na Figura 5.

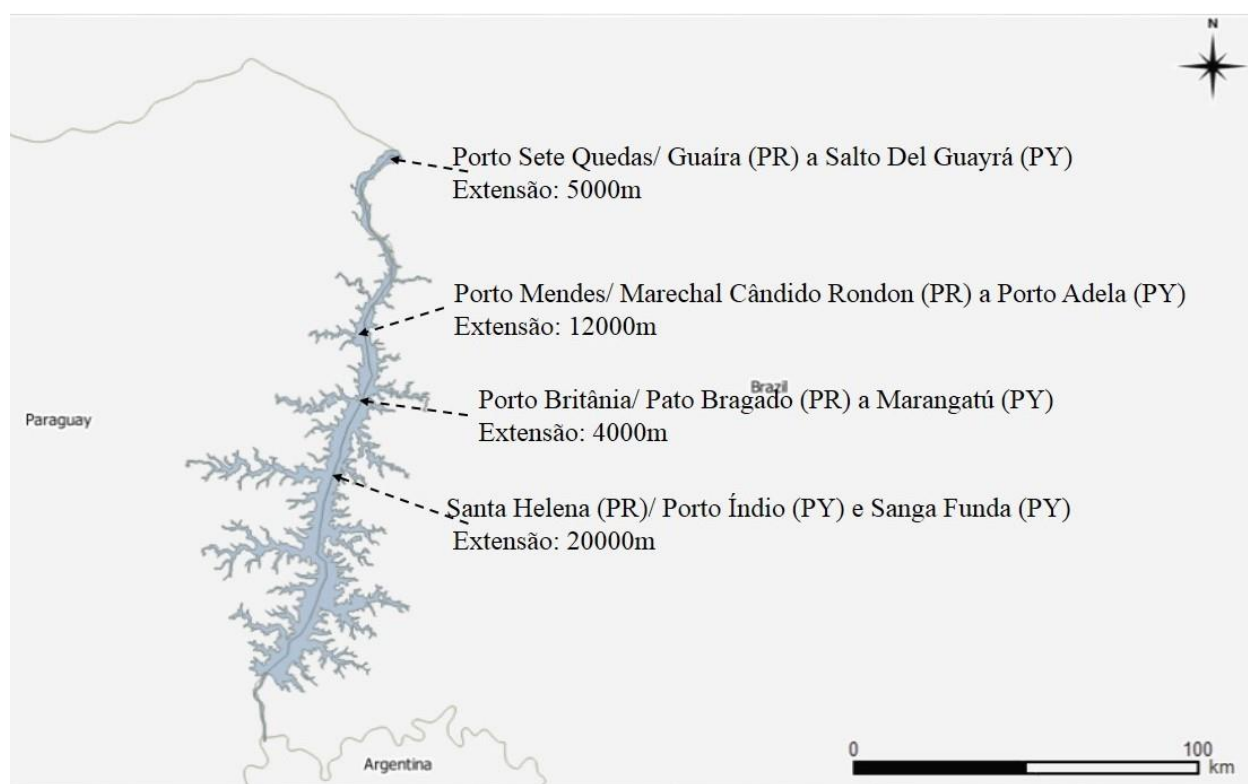


Figura 5: Localização das travessias fluviais internacionais do Lago de Itaipu.

Fonte: Marinha do Brasil Capitania Fluvial do Rio Paraná (Portaria n. 4/CFRP, de 05/2/2015). Elaborado pela autora.

Como opção de acesso aos ribeirinhos, a migração é realizada via fluvial, por meio de pequenos portos na extensão do Lago de Itaipu, o que promove um fluxo constante dessa população, facilitando o trânsito entre os dois países. Os portos fluviais internacionais destacados são autorizados pela Marinha do Brasil para realizar o transporte de pessoas no Lago de Itaipu,

sendo o caminho utilizado por indivíduos que residem no Paraguai e que atravessam o Lago para a margem brasileira, motivados por diversas questões, incluindo os serviços de saúde prestados pelo SUS. É importante relatar que, no lado brasileiro, empresas de transporte coletivo rodoviário têm pontos de embarque/desembarque nesses locais. Assim, portanto, a mobilidade pelo território brasileiro é facilitada.

A seguir podemos observar um dos portos oficiais de embarque para a população que se utiliza dos serviços oferecidos para a travessia fluvial no Lago de Itaipu. A Figura 6 apresenta o local de embarque em Porto Mendes, que se interliga a Porto Adela, no Paraguai. No primeiro plano da imagem observa-se a margem brasileira e, no horizonte, podemos visualizar o território paraguaio, com o Lago de Itaipu mediando os espaços.



Figura 6: Lago de Itaipu, Porto Mendes (Marechal Cândido Rondon).

Fonte: Trabalho de campo realizado pela autora.

A Figura 7 mostra o Porto Britânia, o qual se interliga com o distrito de Marangatu, no Paraguai. Esse ponto do lago apresenta a travessia mais curta, com quatro quilômetros de distância entre a margem brasileira e a margem do Paraguai. Ao visualizar a imagem pode-se observar a proximidade, observando pela margem brasileira, ao horizonte as terras do Paraguai.



Figura 7: Lago de Itaipu, Porto Britânia (Pato Bragado).

Fonte: Trabalho de campo realizado pela autora.

A seguir, a Figura 8 (vide p.100) apresenta o modelo de embarcação utilizado para o transporte coletivo de passageiros. Essa embarcação, especificamente, realiza a travessia do Porto Britânia a Marangatu, mas destacamos que, nos outros portos, a travessia é realizada por embarcações que se assemelham a esta, tanto no seu formato, quanto na capacidade de passageiros.



Figura 8: Embarcação utilizada para o transporte de pessoas na travessia Porto Britânia/Porto Marangatu.

Fonte: Trabalho de campo realizado pela autora.

Para mostrar os horários disponíveis, destacamos a placa fixada no Porto Britânia, informando os horários disponíveis para a travessia. Como se observa na Figura 9 (vide p.101), a travessia é realizada diariamente, incluindo fim de semana e feriados. Isso possibilitando a mobilidade rotineira para os passageiros. O tempo médio no qual se realiza a viagem é de 30 minutos, o que afirma não apenas a proximidade entre os locais, mas demonstra o fluxo cotidiano de transfronteiriços viabilizado entre os países.



Figura 9: Placa informando os horários de travessia entre Brasil e Paraguai no Porto Britânia.

Fonte: Trabalho de campo realizado pela autora.

A observação da circulação de pessoas estimuladas pelas embarcações que realizam o serviço de travessia fluvial permite verificar que há um movimento periódico de passageiros, já que as travessias são realizadas pelo menos duas vezes ao dia, o que garante que o migrante possa chegar no período da manhã e retornar à tarde para o destino de origem. Em sua tese, Arroyo (2001) define que a fluidez territorial pode ser percebida de acordo com a qualidade que os territórios nacionais possuem, promovendo uma aceleração cada vez maior dos fluxos que os estruturam, a partir da existência de uma base material formada por um conjunto de objetos concebidos, construídos e acondicionados para garantir a realização desse movimento.

Informamos que não foram utilizados dados quantitativos sobre os atendimentos realizados no SUS, visto que as informações são sempre duvidosas, sendo válido destacar que muitos desses números podem não representar a realidade. Constatamos, nas pesquisas

qualitativas realizadas para a elaboração do Diagnóstico Local dos Municípios (2006) e nas entrevistas realizadas para esta dissertação — dados a serem apresentados a seguir —, que muitos usuários residentes no exterior sonegam as informações sobre seu país de residência, apresentando comprovantes de endereço de parentes e amigos, e as próprias Unidades de Saúde fazem um registro provisório para os usuários não residentes no município de atendimento. Assim, portanto, a quantidade real de indivíduos migrantes não é identificada pelos sistemas locais do SUS.

Mesmo sob essas dificuldades, Viegas e Penna (2013) afirmam que, nas áreas de fronteira, manter o sistema “SUS - um direito de todos!” torna-se mais difícil, pois não há regulamentação que seja eficiente para organizar, orientar, definir e otimizar o uso dos recursos e dos serviços de saúde pública, e, assim, promover o acesso com equidade à população. Pesquisas realizadas por Silva (2006) e Augustini e Nogueira (2010), sobre a saúde nas fronteiras, verificaram que os estrangeiros, ao procurarem serviços de atenção básica de saúde, têm mais facilidades em conseguir consultas médicas, imunizações e medicamentos, pois esses serviços têm critérios de atendimento mais intransigentes, facilitando o encaminhamento para estratégias ilegais, como a fraude de documentos nos registros de atendimento, através de informações como endereços falsos, a omissão da nacionalidade, entre outros.

Conforme apontam Gadelha e Costa (2007), uma das principais dificuldades observadas nas áreas de fronteira é a movimentação das populações residentes em fluxos, nos dois sentidos, buscando a melhor oferta de ações e serviços de saúde. Essa mobilidade promove diversas dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros e dos países vizinhos, como problemas diplomáticos e obstáculos jurídicos e operacionais de saúde pública.

A mesma problemática é apontada na pesquisa de Giovanella et al. (2007a), que buscaram investigar o acesso e a demanda por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL, onde foram relatadas situações semelhantes por 90% dos secretários municipais de saúde. Esses informantes identificam que as populações de outros países procuram atendimento relacionado aos serviços de saúde nos municípios de fronteira e acabam conturbando a organização dos sistemas municipais de saúde. A conturbação decorre de que, em não havendo uma regulamentação para o atendimento aos estrangeiros, torna-se difícil garantir e promover tratamentos continuados ou serviços especializados.

Para comprovar os mecanismos utilizados pelos agentes de saúde do SUS, selecionamos os municípios que possuíam altos níveis de interação transfronteiriça e menos informações acerca da problemática saúde da fronteira. Assim foram escolhidos os municípios de Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena para a realização das entrevistas qualitativas. Primeiramente são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os agentes de saúde, identificando os mecanismos utilizados para o atendimento a usuários oriundos do Paraguai e como os estabelecimentos de saúde absorvem a demanda dos usuários não residentes. Posteriormente, com a finalidade de identificar a realidade vivida pelos usuários SUS da fronteira, foram entrevistados seis indivíduos que residem ou residiram no Paraguai, para relatar suas experiências na busca de atendimento à saúde no Brasil, a fim de verificar os mecanismos que utilizam para conseguir atendimento, quais são os serviços procurados e por quais motivos escolhem o Brasil para o acesso à saúde.

4.2 Análise e discussão dos resultados das entrevistas

Este item pretende abordar a visão dos agentes de saúde entrevistados, sob as estratégias utilizadas pela população residente no Paraguai na busca pelo atendimento do SUS, assim como os procedimentos praticados nos estabelecimentos de saúde dos municípios da linha de fronteira com o Paraguai. Este estudo visou avaliar as medidas praticadas pelos funcionários do SUS ao atender essa população migrante.

Para esta pesquisa foram utilizados relatos de quatro gestores da área da saúde, sendo um do município de Guaíra, um de Santa Helena e dois de Marechal Cândido Rondon. Sobre a população fronteiriça atendida, foram entrevistados: dois usuários SUS com nacionalidade e que residem no Paraguai, três usuários SUS de nacionalidade brasileira, mas que residiram grande parte de sua vida no Paraguai e atualmente moram no Brasil, e um usuário de nacionalidade paraguaia, mas que reside atualmente no Brasil. Esses indivíduos que já residiram no Paraguai, ao retornarem para morar no Brasil, então passam a auxiliar, em suas casas, na hospedagem de parentes, amigos e conhecidos residentes no Paraguai, sendo que há um fator comum entre os entrevistados, que é o de hospedar ou de ser hospedado em razão dos serviços de saúde procurados no SUS brasileiro.

4.2.1 Entrevistas aplicadas aos agentes de saúde

Os agentes de saúde são importantes fontes orais, pois compreendem a rotina vivenciada pelos estabelecimentos públicos de saúde. Reconhecem, portanto, as características populacionais dos usuários do SUS. No mesmo propósito são capazes de relatar os procedimentos essenciais para que o usuário tenha acesso aos serviços oferecidos no município em que o agente exerce sua atividade.

Quando os agentes foram questionados sobre os motivos que levam os residentes no Paraguai a migrarem para o Brasil em busca de serviços de saúde, todos relataram que a principal questão é a facilidade de chegar ao Brasil, principalmente quando a travessia é realizada por embarcações no Lago de Itaipu.

Para o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), a população migrante busca atendimento pelo SUS principalmente pela facilidade, visto que a distância percorrida para o acesso aos estabelecimentos de saúde é menor no Brasil do que no Paraguai. No caso de Marechal Cândido Rondon, os usuários que buscam atendimento geralmente vêm de barco para o Brasil, pois há barqueiros que realizam a travessia duas vezes por dia, uma de manhã (às 9:15 horas) e uma de tarde (às 17:15 horas).

Para os migrantes é mais perto atravessar o rio do que ir até um posto de saúde no Paraguai. A vinda muitas vezes de brasiguaios e paraguaios dificulta o atendimento, pois a questão da linguagem nem sempre é fácil de entender, quando mistura português com guarani e espanhol daí de vez que a comunicação fica ruim. (INFORMANTE 01, M. C. Rondon, 24/4/2015).

Sobre o perfil de atendimento a não residentes, o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), declara que, especificamente no município de Marechal Cândido Rondon, são na maioria usuários brasileiros residentes no Paraguai que buscam serviços de saúde no Brasil. Os serviços mais procurados são os odontológicos, consultas com clínico geral, vacinação, medicamentos e métodos contraceptivos. Como o primeiro atendimento muitas vezes é realizado na Unidade Básica de Saúde de Porto Mendes, que é cadastrada no Programa Saúde da Família, não são realizados serviços de urgência e emergência, porém a Unidade encaminha os casos graves diretamente para a Unidade Municipal de Saúde 24 horas. Em casos de atendimento pré-natal e pediatria, o atendimento é encaminhado para a Clínica da Mulher Municipal.

No município de Guaíra, segundo o Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014), para o atendimento ao usuário nos estabelecimentos de saúde municipais é necessária a apresentação dos documentos pessoais, como RG, CPF e comprovante de residência do município de Guaíra. Sobre os usuários que residem em outros países, o informante relata que:

A maioria solicita o atendimento sem possuir nenhum documento de identificação. Nestes casos, quando chegam à recepção, o usuário é atendido. Se for um caso de urgência ou emergência, o atendimento é realizado na hora, mas, se não for este o caso, o indivíduo é medicado e passa pela pré-consulta, e depois pede-se que procure atendimento no país de sua residência. (INFORMANTE 02, Guaíra, 2/7/2014).

O atendimento se diferencia aos usuários brasileiros, porque, ao constatar que não é residente de Guaíra, é realizado o pré-atendimento e, se não for constatado caso de emergência, não passam por uma consulta com o médico, e são orientados a retornar ao país de origem. No caso de usuários não residentes, é realizado um registro momentâneo, um cadastro temporário, o qual fica disponível por alguns dias, fica o registro de que o usuário passou pelo atendimento, mas isso não permanece no cadastro municipal definitivo.

O Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) indica que, no município de Santa Helena, para que o usuário seja atendido, também é necessária a apresentação da documentação composta por RG, CPF e comprovante de residência, porém, caso o usuário já possua o cadastro municipal, não é necessário comprovar a residência. Já em casos de urgência é realizado um pré-cadastro, no qual não é identificado se o usuário é estrangeiro ou não, sendo este válido por 30 dias — pois, caso a pessoa tenha vindo morar há pouco tempo no município, ela tem o período de 30 dias para regularizar sua situação, e assim ter acesso a todos os serviços oferecido no SUS. Para quem não possui o cadastro municipal, as consultas de rotinas são mais complicadas em conseguir, não são necessariamente negadas, mas, por exemplo, se o usuário precisar de medicamentos e exames fornecidos pelo SUS, será barrado. Assim, portanto, o atendimento a não residentes se limita apenas ao atendimento básico e de emergência.

O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) declara que a documentação exigida para obter continuidade no atendimento é realizada mediante a apresentação de documento brasileiro, principalmente o CPF, para que assim o atendente possa prosseguir com a inscrição ao sistema do Cartão SUS. Como o PSF possui o cadastramento de todas as famílias da área de abrangência do Posto de Saúde, é fácil detectar quando o usuário não é residente, porém esses indivíduos

apresentam uma declaração, que comprova a sua residência no Brasil registrada em cartório e com firma reconhecida. O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), assim como o Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014), afirmam que os atendentes declaram desconfiar sobre a legitimidade do documento, porém prosseguem o cadastro, pois entendem que não é sua função questionar a autenticidade dessa informação, mesmo desconfiando que o usuário é residente no Paraguai. O cartão do SUS, nesses casos, irá garantir apenas os atendimentos de emergência. Se o usuário necessitar de serviços como consultas, exames e medicamentos, deverá ter o cadastro municipal, caso contrário deverá voltar para o município ou país de origem.

Como o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) também foi agente de saúde em Itaipulândia durante o período de seis anos, ele nos relata que, nesse município, o atendimento prestado a quem vem do Paraguai não é igual ao realizado pelo município de Marechal Cândido Rondon.

Em Itaipulândia, o município todo possui cadastro no Programa Saúde da Família. Portanto as agentes de saúde conhecem todos os usuários do SUS. Caso algum indivíduo que não resida no município procure atendimento, o município só oferece em caso de urgência, em outros casos o Posto de saúde só dará continuidade no atendimento caso seja comprovado que o usuário possua o registro de no mínimo 3 visitas da agente de saúde na sua residência. (INFORMANTE 01, M. C. Rondon, 24/4/2015).

Para o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), em Itaipulândia não há uma procura grande de paraguaios, pois o meio de transporte utilizado para chegar ao município é de automóvel e, para isso, essas pessoas obrigatoriamente já passam por Foz do Iguaçu e como o atendimento a estrangeiros, realizado principalmente pelo Hospital da Itaipu, é mais incentivado a esses usuários, eles ficam por lá mesmo.

Mas já houve casos de pessoas, que moram no Paraguai e possuem parente em Itaipulândia, procurar serviços de saúde, que quando comprovados que não possuem a visita domiciliar registrada, o município encaminha para Foz do Iguaçu, e normalmente não realiza o atendimento a não residentes. (INFORMANTE 01, M. C. Rondon, 24/4/2015).

Quando questionados sobre o Programa Saúde da Família, o Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) afirma que as Unidades de Saúde participantes buscam realizar o melhor atendimento aos usuários, pois há maior incentivo aos funcionários. Se as Unidades de Saúde acatarem todos

os requisitos propostos pelo Ministério da Saúde, através de metas a serem cumpridas, eles recebem um aditivo financeiro que os recompensa pelo bom atendimento prestado.

O Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014) diz que o PSF foi um avanço para a saúde local, pois os agentes de saúde e médicos realizam atendimento domiciliar em casos de pacientes com dificuldade de mobilidade, e isso auxilia muito as famílias. O informante reconhece que os profissionais que trabalham pela saúde da família enfrentam questões muito difíceis, pois vivenciam a fragilidade que os pacientes enfrentam no momento da doença, e sempre oferecem um atendimento humanizado e contínuo.

O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) relata que o PSF, mediante o cadastro de todas as famílias do distrito de Porto Mendes, indica que há mais clientela do que população estimada para o cadastro. E, dessa população, ainda há uma grande parcela que utiliza serviços privados, como convênio médico particular, ou seja, não utilizam serviços no Posto de Saúde.

Conforme os relatos do Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), o Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) e o Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014), percebemos que o Programa Saúde da Família contribui para o acesso à saúde mediante o sistema de recompensa aos funcionários, também chamado de décimo quarto salário. Essa remuneração financeira busca estimular a prestação de serviços. O PSF também auxilia para que os municípios compreendam as demandas da população local, entendendo que existem atendimentos realizados acima da quantidade estimada para essas regiões fronteiriças.

Quando os agentes de saúde são questionados sobre como a demanda de migrantes fronteiriços afeta o sistema de saúde local, o Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014) relata que:

O atendimento além da demanda afeta muito o usuário local, porque o município trabalha em cima de uma base orçamentária e um recurso que é a população de Guaíra. Quando estas pessoas vêm de fora, acabam ultrapassando o que seria utilizado para o orçamento, e isso acaba sendo dividido com outros municípios, para que este atendimento seja realizado, mas dificulta bastante. Os recursos para atender usuários acima da demanda não vêm, e os recursos são captados a partir do que a secretaria municipal consegue com os recursos a nível estadual e federal, e assim atende-se como pode.

Nesse entendimento, o Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) aponta que:

Isto aumenta a demanda. Congestiona o fluxo de atendimento, pois os repasses financeiros não levam em consideração os estrangeiros. E isso afeta, porque não tem uma continuidade de tratamentos, e se não tem tratamento não tem resultado. Assim, a Unidade de Saúde consulta o mesmo usuário que muitas vezes retorna e passa pelo mesmo procedimento sem nenhuma melhoria ou resultado do seu problema. Isso gera o aumento no número de consultas para o município.

Para o Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014), o que prejudica o sistema local de saúde não é apenas o atendimento realizado para quem mora no Paraguai, mas também para quem mora nos municípios vizinhos. Ocorre que o paciente (de fora) que vem se consultar em Marechal Cândido Rondon utiliza outros serviços, como exames e medicamentos, visto que o município possui maior variedade de serviços oferecidos pelo SUS que outros municípios com menor contingente populacional. Assim, em decorrência, não sobram recursos para atender a todos os munícipes rondonenses. Então, em sua opinião, não julga ser correto ofertar serviços, exceto emergenciais, para quem não mora em Rondon.

Sobre as dificuldades enfrentadas, o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) indica que a vinda dos migrantes repercute em indicadores de saúde desfavoráveis, pois normalmente ocorre atraso nas vacinas dos que já estão cadastrados no Posto de Saúde. E como esses usuários não continuam seus tratamentos de saúde, chegam para o atendimento muito debilitados. Na opinião do Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), eles adoecem no Paraguai e vêm ao Brasil para morrer, aumentando os óbitos no sistema nacional de saúde. Há uma questão cultural muito forte para os residentes no Paraguai, que repercute num atraso referente à atenção à saúde. É o caso das gestantes, que é o mais preocupante, pois o que mais acontece é que elas vêm procurar atendimento em pleno trabalho de parto, ou seja, não houve nenhum acompanhamento sobre a saúde da grávida e do bebê.

O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) relata um caso que lhe chamou a atenção sobre as dificuldades enfrentadas na fronteira quando a questão é a saúde. Sobre um fato que foi atendido no seu local de trabalho, referente a uma gestante menor de idade do Paraguai, vindo ao Brasil no final de sua gravidez para esperar a hora do parto. O atendimento a essa gestante foi possível devido à denúncia de populares, a qual mobilizou as agentes de saúde na busca da gestante para realizar os encaminhamentos, mesmo que tardios, para o pré-natal. Ao descobrir

que estava sendo procurada pela Unidade de Saúde, a gestante voltou para o Paraguai, retornando ao Brasil a fim de fazer o parto. Logo que o bebê nasceu foi constatada anencefalia, condição essa em que é necessária a realização de acompanhamento periódico da criança. O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) afirma que a gestante já saiu do hospital com todas as consultas do médico pediatra pré-agendadas e demais encaminhamentos para que a saúde do bebê ficasse garantida, mas a mãe do recém-nascido não realizou os encaminhamentos indicados pelos profissionais de saúde, pois retornou ao Paraguai e, portanto, não recebeu o acompanhamento das agentes da saúde da família, e dois meses depois o bebê entrou em óbito. Esse exemplo foi citado pelo Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) para descrever a gravidade em atender não residentes, pois não é possível realizar um acompanhamento efetivo, como nesse caso. E isso repercute mal para o município, pois, se esse usuário não faz parte da área de abrangência do PSF, então não é possível identificar os problemas e assim realizar encaminhamentos com maior eficiência, como é o caso quando o usuário faz parte.

Quando lhe é perguntado sobre o SIS-Fronteira, o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) relata que conhece o Programa, porém não sabe como os recursos são utilizados no município em que trabalha, e que a verba possivelmente é insuficiente para a demanda de serviços que são oferecidas a não residentes. Os custos de um paciente se refletem em 4 ou 5 procedimentos, que vão desde o agendamento, a pré-consulta, a consulta com o médico, realização de exames e recebimento de medicamentos subsidiados pelo governo. Se, portanto, há uma demanda grande, isso se reflete na maior quantidade de recursos humanos necessários, que são limitados, pois somente vem verba para a quantidade de cadastrados. Assim, se há atendimentos além dos cadastrados, a qualidade é precária e a quantidade de recursos é limitada. Na opinião do Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015):

Seria melhor para quem utiliza o SUS que não houvesse recursos como o SIS-Fronteira. Deveria haver restrição no atendimento, já que o serviço ofertado é maior do que a verba repassada para atender a população excedente. Mas o município tem uma questão política a ser considerada, já que essas pessoas que residem no Paraguai e que buscam o atendimento do SUS votam no município. Então os políticos pedem votos em troca do atendimento de saúde. Esses fatos geram até revolta nos munícipes, pois muitos alegam que o povo que vem do Paraguai é atendido antes do que quem sempre morou no Brasil.

O Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014) também relata sobre eleitores brasileiros que moram no Paraguai, dizendo que: “A saúde nunca vai funcionar se misturar com política”. Para o

Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), a população que reside no Paraguai tem que se adaptar com a realidade de lá, portanto não concorda com a procura por serviços públicos do Brasil.

O Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014) desconhece programas que auxiliam municípios que atendem a usuários estrangeiros, apesar de declarar que já ouviu falar sobre o SIS-Fronteira. Não possui, porém, informações sobre o Programa. O Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) expõe que o SIS-Fronteira está estagnado e não auxiliou o município de Santa Helena, pois os recursos financeiros foram utilizados para a compra de bens não duráveis, como material de enfermagem ou computadores e isso não se reflete em melhoria da qualidade do atendimento a longo prazo, sendo que o recurso repassado não condiz com a procura pelo atendimento. Já o Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014) relata que já ouviu falar do SIS-Fronteira, e entende que é um pacto que o Brasil tem com o Paraguai, mas não possui informações sobre os mecanismos de funcionamento, se existe uma cota para o atendimento ou se o Paraguai tem que pagar algo para o Brasil.

Conforme os entrevistados, todos alegam que há um protocolo a ser seguido para atender à população não residente. De acordo com o Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015), referente às orientações dos atendentes perante esses usuários não residentes, o informante desconhece que haja um treinamento para atender essa população migrante.

Para o Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014), o município de Guaíra tem um sistema diferenciado de atendimento, afirmando que:

Guaíra tem uma capacidade e muita qualidade no atendimento. As reclamações que existem nunca são por falta de atendimento. Principalmente no setor de urgência e emergência, todos são atendidos de forma a preservar a vida e, dessa forma, o município de Guaíra faz a diferença e a equipe toda da Secretaria Municipal de Saúde atende com atenção. Sobre a demanda maior de usuário do que de recursos, o município vem se adequando com o cadastramento do cartão-SUS, principalmente através do comprovante de endereço que o usuário tem que apresentar, para poder organizar de forma adequada e encaixar todos no orçamento. Em casos de complexidade, o usuário estrangeiro sempre é atendido. Não é por que ele é de outro País que não será atendido.

O Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) diz que:

Não há um consenso. Cada funcionário trata de um jeito. Uns são mais solidários e outros mais rígidos. Por isso não tem como contabilizar essa população, porque o cartão SUS é fácil de conseguir. Só precisa colocar o nome da mãe e a pessoa que vai realizar esse cadastramento pode colocar que o usuário é brasileiro, mesmo ele sendo do Paraguai. Em Santa Helena não é exigido o CPF, por isso o atendimento é flexível.

O Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014) enfatiza que, em Marechal Cândido Rondon, para solicitar o cartão do SUS são necessários os documentos pessoais, como RG e CPF e, principalmente, o comprovante de residência. Sem este último dado, o usuário não será cadastrado pelo Cartão SUS. Apesar de identificar que há muitos paraguaios que burlam a lei, e apresentam uma declaração no cartório afirmado que residem no Brasil, mas isso, se não for verdadeiro, é ilegal, e pode gerar processo no futuro para quem omite ou mente sobre essas informações.

Sobre os motivos que atraem a população não residente, o Informante 03 (Santa Helena, 14/5/2015) indica que Santa Helena oferta um grande número de consultas, sendo as especializadas o maior atrativo para os usuários estrangeiros. O total de investimentos realizado pelo município reflete na qualidade, mas ainda assim a lista de espera para atendimento é grande. Na visão do Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014), o atendimento deve ser realizado como um todo, tanto para o brasileiro como para o estrangeiro, isso em todo lugar. No caso de Guaíra, o município também presta muitos atendimentos a usuários que residem nos municípios brasileiros próximos. Esses atendimentos, tanto de outros países, estados e municípios, dificultam o gerenciamento dos recursos para o município de Guaíra, mas todo mundo tem direito ao atendimento médico, sendo que a primeira condição deve ser salvar a vida. A princípio, o Paraguai não contribui com nenhum recurso para auxiliar no atendimento de sua população que busca atendimento em Guaíra. Esse Informante 02 indica que entende os meios utilizados pela população migrante, pois eles têm que buscar o sistema público para ser atendido, e nesse momento começam a burlar a lei ou o endereço que utilizam para comprovar o local de residência.

De acordo com o Informante 04 (M. C. Rondon, 6/8/2014), quem mora no Paraguai e vem ser atendido pelo SUS declara que é porque lá não tem atendimento, e que, quando tem, a qualidade é muito precária, pois os estabelecimentos de lá possuem pouca capacidade para

atender a população, além de a formação dos profissionais da saúde de lá ser duvidosa. Por isso, sobre o atendimento a quem mora no Paraguai, para o informante, cada caso é um caso. Por exemplo, se a pessoa está com câncer, seria desumano o Brasil não atender. Assim, quem procura esse atendimento em Marechal Cândido Rondon logo é encaminhado para Cascavel, pois para esse tipo de atendimento sempre se dá um jeito.

O Informante 01 (M. C. Rondon, 24/4/2015) relata sobre a questão da integração internacional entre sistemas de saúde, considerando que a maior necessidade é aumentar a oferta de serviços de saúde do lado paraguaio, para que os residentes de lá não sintam a necessidade de procurar serviços de saúde no Brasil. Além disso, é necessário esclarecer, aos residentes do Paraguai, sobre o que lhes é ofertado lá e a qualidade dos serviços deles, pois muitos não confiam no serviço de saúde do Paraguai. Um dos casos conhecidos pelo informante é sobre a questão da vacinação, que, mesmo com o Paraguai oferecendo, a população vem para o Brasil:

No caso da vacina do HPV, que o Paraguai disponibilizou gratuitamente para toda população-alvo muito antes que o SUS no Brasil, mas a população que reside na fronteira no Paraguai veio até o Brasil para utilizar o serviço. Ou seja, tem uma questão cultural muito forte que precisa ser esclarecida. O Paraguai possui serviços muito bons e de qualidade. Há hospitais lá que oferecem serviços gratuitos que são muito mais equipados principalmente na capital Asunción, mas poucos residentes fronteiriços utilizam estes serviços, sendo que a maioria alega que no Paraguai as estradas não são boas, o acesso é ruim, então eles vêm para o Brasil porque aqui é mais fácil, basta atravessar o rio. (INFORMANTE 01, M. C. Rondon, 24/4/2015).

O Informante 02 (Guaíra, 2/7/2014) ressalta que não há integração de serviços, visto que sempre é solicitado ao paciente que busque o atendimento em seu país. Quando questionado sobre a possibilidade de implantação de algum programa de cooperação de atendimento a serviços de saúde entre os dois países, o Informante 02 aponta que:

Em conversa há interesses em implantar, mas que exista algo de fato, não. O sistema de saúde municipal fica deficiente por falta de plano de governos ou de projetos, até mesmo de outros municípios. Pois se funcionar no seu município de origem, o cidadão não vai precisar buscar serviço de saúde em outro lugar. As vezes, a falta de capacidade do gestor do município acaba afetando no atendimento daquele município. E hoje a saúde tem que ser em primeiro lugar. Se o indivíduo não encontrar atendimento, ele vai ter que procurar, ele tem que garantir, principalmente se não tem condição de procurar serviço particular. (INFORMANTE 02, Guaíra, 2/7/2014).

O relato desses profissionais de saúde abarca várias questões já apontadas na revisão de bibliografia, assim comprovando as dificuldades enfrentadas pelos funcionários dos estabelecimentos do SUS. A questão da falta de documentação é, muitas vezes, ignorada para que o atendimento possa ser efetivamente realizado, porém a questão mais preocupante é que os usuários migrantes, por uma questão de medo de que o atendimento seja negado, evitam ao máximo procurar atendimento preventivo, dificultando que possíveis doenças sejam diagnosticadas em tempo hábil. Muitas vezes só procuraram atendimento médico quando a gravidade do problema já é iminente, para que assim possam ser atendidos na emergência, gerando custos muito mais altos para o SUS. Esse comportamento indica que é necessário esclarecer, tanto para os profissionais como para os usuários, os acordos estabelecidos pelo SIS-MERCOSUL referentes à busca por serviços médicos.

Os relatos de usuários evidenciam o fluxo e demonstram as principais motivações relacionadas ao acesso à saúde pelo SUS. As entrevistas com os usuários, no próximo tópico, vêm comprovar os mecanismos para o acesso aos serviços de saúde citados pelos agentes de saúde.

4.2.2 Entrevistas aplicadas aos usuários SUS

Iniciamos este item citando as palavras do Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015), com a declaração de que: “Os brasileiros que moram no Paraguai, sofrem preconceito duas vezes. Primeiro no Paraguai, por ser de nacionalidade brasileira, e depois no Brasil por viver no Paraguai”. O contexto da frase revela que a população migrante é caracterizada pela dificuldade em conquistar direitos através de políticas públicas devido à sua territorialidade e território. E, quando se trata do acesso à saúde, a questão é ainda mais conflituosa, pois a falta de estabelecimentos de saúde em colônias de brasileiros no Paraguai, como foi dito pelos agentes de saúde do SUS, demonstra que esses locais apresentam peculiaridades, principalmente pela carência no atendimento gratuito aos usuários no Paraguai, promovendo a constante migração para o Brasil, por variados motivos e variadas situações vivenciadas por essa população.

Sobre as motivações para a travessia ao Brasil, o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015), que reside em Marechal Cândido Rondon e declarou hospedar vários parentes, amigos e conhecidos que moram no Paraguai, principalmente vindos de Porto Adela (PY), relata

que as pessoas oriundas do Paraguai fazem todos os tipos de tratamento de saúde no Brasil. No Paraguai, principalmente em Porto Adela e Marangatu, o acesso a tratamentos de saúde é muito difícil, pois, para chegarem aos hospitais mais próximos, precisam de carro próprio, já que não há transporte público. Assim, precisam enfrentar estradas em péssimas condições, o que promove uma demora de 3 horas ou mais até o hospital público mais próximo e ainda sem terem a certeza de atendimento. Já para chegar no Brasil há dois horários fixos da balsa (um no começo da manhã e um no final da tarde), o tempo de viagem varia de 30 minutos até 1 hora, dependendo da direção e velocidade do vento. A embarcação leva em torno de 20 a 40 passageiros, e o custo aproximado de cada trecho é de R\$ 12,00 por pessoa. As pessoas que necessitam de uma travessia mais rápida ou fora do horário oficial de saída, essas pessoas utilizam um serviço denominado pela população de “bote especial para emergências”, com um custo aproximado de R\$ 50,00 e com esse serviço cada trecho demora em torno de 10 minutos para atravessar o Lago de Itaipu. No Paraguai, a cidade mais próxima com hospital público é Salto del Guairá, mas, quando chove, os moradores de Porto Adela e Marangatu não têm acesso, pois as estradas ficam impossibilitadas, correndo-se o risco de ficar atolado e não conseguir chegar ao destino. Com essas dificuldades, eles têm que dar um jeito e, portanto, encontram em Porto Mendes ou em Pato Bragado um caminho mais curto e garantido para os tratamentos de saúde. Ao chegarem nesses locais, há linhas de ônibus que os levam até o centro dos municípios para chegarem até os estabelecimentos de saúde. Inclusive, quando o caso é muito grave, a população já liga para a ambulância esperar o barco chegar ao Porto.

O Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) relata sobre a facilidade em ser atendido pelo SUS, dizendo que:

O SUS sempre atende o pessoal do Paraguai, mas todos têm que ter documento. Só quando é caso de emergência, daí nem pedem documentos. Primeiro atendem e depois dizem para providenciar. O pessoal que atende improvisa o que é necessário, mas sempre atendem. Até perguntam se é do Paraguai, mas como a maioria é brasileiro ou tem documento brasileiro, eles não se importam.

O Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015), que residiu no Paraguai no período de 1979 até 2011, e que mora atualmente em Marechal Cândido Rondon, ele nos esclarece que, nos primeiros anos em que se mudou para o Paraguai, no distrito de Naranjal, quando se tratava de saúde, o pessoal sempre tinha que ir para o Brasil porque lá não tinha nada. Décadas mais tarde,

em Naranjal iniciaram o atendimento público com consulta no posto de saúde e exames, se restringindo aos serviços básicos. O informante diz que:

E até hoje em casos quando não se sabe direito o que tem ou fica com dúvidas, vem logo para o Brasil. O pessoal do Paraguai confia mais no Brasil. Agora no Paraguai já melhorou a questão da saúde, mas no começo era tudo muito precário. (INFORMANTE 06, M. C. Rondon, 6/4/2015).

Sobre o sistema de saúde no Paraguai, o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) diz que no Paraguai não existe algo parecido com o SUS do Brasil, afirmando que até atendem de graça na parte da consulta, mas não encaminham para nenhum lugar, ou seja, caso haja a necessidade de fazer exame, cirurgia ou medicação, os usuários têm que pagar tudo integralmente, e nem sempre os residentes no Paraguai sabem onde procurar esses atendimentos. De acordo com o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015):

No Brasil, se você chega com um problema, eles te atendem, logo te levam pro hospital e medicam. Não precisa se preocupar. Lá os postos de saúde até têm vacina de graça, mas como sempre falta luz, ninguém confia na vacina de lá, todo mundo vem para o Brasil se vacinar, porque têm medo de tomar vacina vencida.

Sobre a questão da vacinação, o Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015) confirma que, sobre a distribuição das vacinas, dizendo que: “Lá no Paraguai é tudo particular, mas a parte das vacinas, daí é igual no Brasil, os dois países dão de graça”. De acordo com o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015), tem muita gente do Paraguai que vem para o Brasil em busca de atendimento na parte da saúde, e essa motivação ocorre principalmente por que no SUS todo o atendimento é gratuito e pela confiança, principalmente quando precisam de algum especialista.

O Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015) relata dizendo que:

Em Foz do Iguaçu tem os vereadores que ajudam a encaminhar as pessoas que moram no Paraguai e o consulado também diz que a gente tem direito. Os vereadores também vão para o Paraguai pedir voto, então, quando o pessoal precisa, eles ajudam. Vir para o Brasil é mais perto. Por exemplo, uma pessoa que está com câncer e precisa de um tratamento, vem antes para o Brasil do que para Asunción, porque lá a gente não conhece nada e ainda tem que ir para Ciudad del Este para esperar vaga. Quando é casos que precisam de UTI, é encaminhado para Ciudad de Este no Tesãi e ficam lá até conseguir vaga no Hospital da Itaipu em Foz do Iguaçu. Isso ajuda muito as pessoas, porque não precisam pagar nada. Lá no Paraguai falta muita coisa ainda. Lá eles atendem, olham e olham, mas só resolvem o problema quando a pessoa vem para Foz, ver

o especialista do Costa Cavalcante. Daí eles já sabem o que a pessoa tem. Lá em Foz, o governo oferece muitos exames, tudo pelo SUS, e ainda tudo é bem moderno.

Sobre os atendimentos mais procurados pelos residentes no Paraguai, o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) lembra que já hospedou no mesmo período três grávidas do Paraguai, pois elas não sabiam a data aproximada do parto. Nesses casos, o Informante 05 explica que ocorre uma programação por parte das gestantes, pois elas vêm para o Brasil pelo menos com um mês antes da data prevista para o parto. A sazonalidade também é evidenciada, pois, para quem depende da travessia de barco no inverno, quando o indivíduo tem consulta agendada, é necessário vir alguns dias antes para o Brasil, porque às vezes já sabem que não vai ter como passar o rio devido às condições climáticas. Então ficam na casa de parentes, amigos e conhecidos.

Na questão da facilidade em ser atendido nos municípios fronteiriços da região Oeste, o Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) relata que todas as suas cunhadas do Paraguai buscaram realizar o parto nos serviços de saúde do município de Marechal Cândido Rondon (para os serviços obstétricos, o município encaminha as gestantes para a cidade de Toledo, que fica a 42 quilômetros de distância):

Quando elas começavam a sentir as dores, vinham. Nem precisaram mostrar documento. Como não tem parto pelo SUS na cidade, tem que ir em Toledo, mas às vezes o parto é tão rápido que eles dizem que se não abrir vaga em Toledo, eles levam para o Hospital particular de Rondon. Sempre dizem que não precisa se preocupar, que eles vão dar um jeito. Por exemplo, já teve caso de uma parente minha que estava com uma doença muito grave e procurou atendimento em Salto del Guairá. Eles mesmo mandaram ela pra Guaíra e de lá ela veio pra Rondon e depois foi pro hospital do câncer em Cascavel, mas como a doença já estava muito avançada ela acabou falecendo em Cascavel. (INFORMANTE 05, M. C. Rondon, 13/4/2015).

Outro caso relatado pelo Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) foi o de seu sobrinho do Paraguai, que também estava passando muito mal e ninguém sabia o que ele tinha. Foram buscar atendimento em Salto del Guairá, no Paraguai, e lá indicaram que poderia ser intoxicação por veneno ou apendicite. Medicaram o menino e o mandaram para casa. Como ele continuava com dor, os familiares o levaram para Marechal Cândido Rondon, buscando ajuda.

O Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) assim descreve o fato, dizendo:

Era dezembro, época de férias dos médicos, mesmo assim ele foi atendido na emergência e logo chamaram um pediatra. Na mesma hora fizeram o Raio X, e descobriram que a apendicite já estava para estourar. Logo levaram de ambulância para Toledo e fizeram a cirurgia, tudo no mesmo dia. Por isso as pessoas vêm para o Brasil, porque é tudo bem rápido. O SUS tem muita qualidade. O pessoal confia muito no SUS.

O fato de ser atendido sem restrições em casos emergenciais não é suficiente para garantir a assistência necessária para quem reside nos limites territoriais da fronteira do Paraguai. Quando os informantes são questionados sobre outros serviços de saúde buscados pelos residentes no Paraguai, logo nos relatam sobre a necessidade da inscrição no Cartão SUS. O Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) indica que há uma preocupação em manter os serviços de saúde pelo SUS, principalmente com base na solidariedade entre os fronteiriços, através do empréstimo de comprovantes de residência e da hospedagem do pessoal que vem do Paraguai:

Mas, mesmo que eles atendem sem documento, o pessoal se prepara. A maioria fez o cartão do SUS e sempre tem alguém que passa o endereço. A gente sempre dá um jeito de ajudar as pessoas de lá, porque sabemos que eles não têm outra opção. Quando os tratamentos são mais demorados, o pessoal já se adianta, fica na casa de alguém por um tempo ou aluga casa, ou quem tem condição compra casa em Porto Mendes e deixa alugada, porque sabem que a única solução para os problemas de saúde é o Brasil. Mas o pessoal de lá se prepara. Quando escutam no rádio que tem que recadastrar o SUS, eles vêm logo, com medo de perder o cartão. Para os que não têm o cartão, se é atendimento de emergência, os atendentes fazem um cartão provisório e mandam o pessoal do Paraguai providenciar o documento. Quem vem do Paraguai tem identidade de lá, e mora no Brasil pode fazer o CPF temporário. O primeiro vale por 2 anos e depois pode pedir um que vale 10 anos, mas esse é mais demorado e caro, custa mais de R\$ 300,00, mas com ele a gente pode fazer o RG. Esses documentos todo mundo está providenciando, porque, nos últimos meses, complicou para ser atendido, porque o pessoal da prefeitura tá pedindo o comprovante de residência e declaração registrada em cartório para quem é maior de 18 anos e não tem nenhuma conta de luz no nome. Então falaram que vão negar a consulta, mas o pessoal do Paraguai sempre se prepara, porque o SUS é a única saída que eles têm. Então sempre dão um jeito, tem que se virar, porque lá a saúde não funciona. [...] A maioria das pessoas vota no Brasil, então, quando a situação é muito complicada, no caso de remédio caro que tem que pedir na prefeitura, eles procuram os vereadores que elegeram para cobrar, pois votam já confiando na ajuda. Mas isso não é sempre. (INFORMANTE 05, M. C. Rondon, 13/4/2015).

O Informante 05 (M. C. Rondon, 13/4/2015) já chegou a hospedar 10 pessoas que vieram do Paraguai de uma vez em sua casa, incluindo três mulheres esperando para dar à luz. Depois do parto, essas mulheres ficaram em sua residência pelo menos até a segunda consulta do bebê, que ocorre 30 dias depois do parto. Nesse tempo, elas já fazem os documentos do bebê e as vacinas necessárias. Tudo no Brasil. O Informante diz que o SUS é muito bom para quem mora no Paraguai, e ninguém de lá reclama. Todos são bem atendidos no Brasil.

Sobre o uso dos serviços SUS, o Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015) relata que, quando precisava de atendimento no Brasil ou no Paraguai, primeiramente procurava o atendimento particular, mas quando precisou de atendimento pelo SUS, sempre teve bom atendimento. No caso específico de sua família, um dos integrantes possui um problema crônico neurológico e que exige medicação periódica, e quando o SUS começou a oferecer remédios de graça, a família passou a vir até Foz do Iguaçu ou Marechal Cândido Rondon para conseguir a receita dos remédios em consultórios particulares, e através de comprovantes de residência emprestados de parentes, realizavam o cadastro para receber os medicamentos de uso contínuo pelo SUS, apesar de o informante relatar que nem sempre o SUS tinha disponível toda a medicação solicitada. Apesar disso, os remédios que conseguiam ajudavam muito a família.

O Informante 06 (M. C. Rondon, 6/4/2015) retrata a prontidão com que o Consulado brasileiro oferece aos nacionais que residem no Paraguai, através do auxílio nas questões do acesso à saúde e, principalmente, mediante campanhas de conscientização sobre os direitos dos brasileiros residentes no Paraguai, assim como em seu país de nascimento:

Depois que estabeleceram o cartão do SUS, o Consulado criou campanhas para fazer a inscrição dos brasileiros que moram em Naranjal. Pelo menos duas vezes por ano, o Consulado vai para as cidades que têm bastante brasileiros no Paraguai e fica uns dias fazendo ou regularizando documentos. Eles fazem cartão do SUS e dão informações. Eles sempre dizem que os brasiguaios têm direito de ser atendidos no Paraguai, que se não quiserem atender, é para ir no Consulado em Foz. Mas como o Consulado encaminha direto para os estabelecimentos do SUS em Foz, tem gente que prefere ir para os lugares que tem parentes. Para ser atendido, se a pessoa tem o cartão do SUS, logo é encaminhado, mas muita gente não tem. Nesses casos, quando acontece um acidente ou algo mais grave e a pessoa não tem o cartão do SUS, daí os vereadores de Foz ajudam. No Paraguai, quem é brasileiro não tem direito, só o pessoal que trabalha, mas daí tem que ir para o Tesãi, em Ciudad del Este. (INFORMANTE 06, M. C. Rondon, 6/4/2015).

O Consulado desempenha um papel importante, trabalhando na regularização de documentos da população migrante, mais ainda ocorrem muitos casos de mulheres, de filhas de brasileiros e de nascidas no Paraguai, que vão para o Brasil na hora do parto, pois seu desejo é de que os filhos possuam a documentação brasileira, com a finalidade de garantirem os benefícios oferecidos pelo governo. Adotando essa prática, quando as famílias retornam para o Paraguai, é necessário fazer a permissão de entrada da criança e essa permissão tem a validade de 90 dias. Nesses casos, quando a licença de permanência no Paraguai está para vencer, as famílias retornam para o Brasil e ficam alguns dias na casa de parentes para que possam novamente fazer a permissão de entrada da criança, e esse mecanismo ocorre de forma periódica, pois as famílias alegam que, para que a criança tenha dupla nacionalidade, a documentação exigida pelo Paraguai tem um custo muito alto, então a migração rotineira compensa financeiramente.

O Informante 07 e o Informante 08 afirmaram que escolheram que seus filhos nascessem no Brasil justamente para garantir que tivessem o documento brasileiro. A vacinação das crianças também é realizada, na maioria das vezes, no Brasil. Os motivos que envolvem essa preferência ocorrem, primordialmente, pela facilidade em se localizar, já que possuem vários parentes e amigos no Brasil. O Informante 07, assim como o Informante 08, ambos relatam que a cada 90 dias retornam ao Brasil com suas famílias, ficando na casa de parentes por alguns dias, para assim poderem voltar, tirar o documento que permite o retorno das crianças ao Paraguai de forma legalizada. Essa migração para garantir as crianças com documentos brasileiros, mas que residem no Paraguai, estimula para que os serviços de saúde sejam procurados no SUS, já que a situação se inverte para esses migrantes, pois seus filhos, possuindo somente o documento brasileiro, podem enfrentar dificuldades em conseguir atendimento no lado do Paraguai. Assim, portanto, a complexidade vai além da busca de atendimento à saúde, mas envolve questões de identidade presentes na decisão sobre a nacionalidade de seus filhos.

O Informante 08 aponta que residia em São Miguel do Iguaçu, mas há 9 anos mudou-se para o Paraguai em virtude do seu casamento, porém busca, no Sistema de Saúde Público do Paraguai apenas serviços básicos como consultas de rotina, pois, quando o caso de saúde é mais agravado e emergencial, a família procura os serviços do SUS em Foz do Iguaçu e quando é algum serviço contínuo, como pré-natal, parto ou cirurgias, o município escolhido é São Miguel do Iguaçu, pois assim o informante tem a possibilidade de utilizar o comprovante de residência de familiares para garantir o atendimento. Mesmo assim, afirma que os atendentes sabem que

vive no Paraguai, mas como conhecem seus familiares, atendem normalmente, como se residisse no Brasil.

O Informante 09, enquanto residia no Paraguai, foi diagnosticado com câncer, e logo procurou atendimento em Foz do Iguaçu, por razões financeiras e por confiar no serviço oferecido pelo SUS. Para poder ter acesso aos serviços públicos de saúde, afirmou que amigos residentes em Foz do Iguaçu auxiliaram colocando a conta de água deles em seu nome, para que assim pudesse ter o atendimento garantido. No período de exaustivo tratamento oncológico, o Informante 09 realizava um trajeto de mais de 100 quilômetros do local em que morava no Paraguai para chegar no Hospital Costa Cavalcante, em Foz do Iguaçu, e muitas vezes era necessário realizar este deslocamento em dias intercalados. Durante seu tratamento, percebeu que grande parte dos pacientes atendidos eram do Paraguai, portanto afirma que há uma migração intensa do Paraguai no sentido ao Brasil para a realização de diagnóstico e tratamento de câncer, e que, na maioria das vezes, os próprios estabelecimentos de saúde do Paraguai encaminham os pacientes para Foz do Iguaçu, sendo dito que são atendidos com recursos repassados pela Itaipu Binacional.

O Informante 10 morou 27 anos no Paraguai. Seu retorno para o Brasil foi motivado pelos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Como o informante possui problemas de audição, deve fazer acompanhamento no setor de otorrinolaringologia. Nesse sentido, mesmo morando em Marechal Cândido Rondon, continua seu tratamento em Foz do Iguaçu. E a aquisição do aparelho auditivo é feita em Ciudad del Este, visto que no Brasil o equipamento que lhe foi oferecido tem o custo aproximado de seis mil reais, e na cidade paraguaia ele desembolsa mil e oitocentos reais, afirmando que o aparelho vendido no Paraguai é de qualidade superior. A fronteira proporciona essas escolhas. Assim, os indivíduos definem onde serão beneficiados e, para isso, migram constantemente entre os países.

A busca por serviços de saúde não é especificidade das localidades que permeiam o Lago de Itaipu, pois distritos do Paraguai que não são contemplados pela área estabelecida como zona de fronteira também se deslocam para o Brasil em busca de atendimento. No distrito de Narajal, localizado a 341 quilômetros de Asunción e a 106 quilômetros de Foz do Iguaçu, é comum a viagem para o Brasil em busca de tratamento médico. São deslocamentos feitos principalmente para questões referentes a tratamentos mais complexos, como câncer e até mesmo atendimento pré-natal e parto. Quando perguntados sobre os principais motivos que levam a esses

deslocamentos, todas as testemunhas afirmaram que a gratuidade dos serviços é o fator mais considerado na hora de procurar atendimento no Brasil e a proximidade maior de hospitais públicos brasileiros para casos de saúde mais complexos. No caso de encaminhamentos para Assunção, capital do Paraguai, informam, geralmente há um tempo de espera maior para o atendimento. Todos entrevistados consideraram confiar e relataram que os serviços públicos brasileiros são executados com muita qualidade. Também indicaram que não há dificuldades em conseguir o atendimento quando o paciente tiver todos documentos brasileiros em mãos. Quando foram perguntados sobre qual era a nacionalidade e o local de residência, os entrevistados afirmaram que, na maioria das vezes em que procuraram o SUS, eles se declaram como nacionais brasileiros. Ao serem questionados sobre o motivo, afirmaram que omitiam sua residência no país vizinho, pois tinham medo de não serem atendidos ou de não serem encaminhados para os serviços contínuos de que precisavam.

Esses exemplos definem que o brasileiro residente no Paraguai fica mais à vontade em buscar tratamento médico do lado brasileiro, e, quando a situação fica mais grave, a preferência por voltar a morar no Brasil é comum, principalmente em se tratando de idosos. Esses fatos demonstram que a afetividade, a confiança, a gratuidade e a familiaridade compõem um fator decisivo na hora de escolher o tratamento médico.

4.2.3 Considerações sobre os relatos de agentes de saúde e de usuários SUS

Através dos relatos apresentados, podemos compreender que as estratégias utilizadas pelos usuários SUS residentes no Paraguai são similares, sendo relatadas pelos seis informantes com depoimentos que se complementam. Podemos, portanto, compreender que os motivos acerca da migração em busca de saúde referem-se ao fato: (i) da proximidade geográfica; (ii) da facilidade em ser atendido pelo SUS; (iii) da confiança no atendimento brasileiro; (iv) da gratuidade do SUS e da garantia da continuidade em casos complexos; (v) da facilidade de transporte encontrada nos municípios brasileiros; (vi) da urgência e da gravidade de casos de saúde; e (vii) de os distritos paraguaios estarem longe dos centros de saúde, evidenciando a ausência e a insuficiência de serviços de saúde.

Os agentes de saúde entrevistados também apontaram problemas semelhantes vivenciados pelos municípios de Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena, acerca do atendimento a

usuários estrangeiros. As principais dificuldades citadas envolvem questões financeiras, em razão das quais os municípios encontram uma sobrecarga de atendimentos, afetando dessa forma investimentos que poderiam promover maior qualidade no atendimento aos usuários residentes. O atendimento efetuado aos estrangeiros afeta também as questões estatísticas, pois, como muitos usuários buscam o SUS somente em casos de urgência, não resistem e acabam falecendo nos estabelecimentos de saúde. Outro fato se refere à vacinação, pois os usuários que residem no Paraguai estão mais suscetíveis a não cumprirem o calendário de vacinação estimado pelo Ministério de Saúde, pois o acesso a informações e o medo de não serem atendidos fazem com que esses indivíduos não procurem o serviço periodicamente. Os dados referentes aos óbitos ou atraso no calendário de vacinação afetam a vinda de recursos financeiros, pois estes têm como pré-requisitos os bons indicadores em saúde e, assim, os municípios podem não ser contemplados com novos projetos.

Ao compreender os motivos destacados pelos usuários e correspondê-los aos mecanismos de atendimento dos agentes de saúde, percebemos que o atendimento, na maioria das vezes, não é negado, mas, nos tratamentos que exigem uma continuidade, principalmente quando é necessário o deslocamento para outro município, a fim de acessar serviços de maior complexidade, nesse caso a apresentação da documentação brasileira é imprescindível. Essa insegurança proporcionada pelo medo de ficar sem acesso à saúde faz com que os transfronteiriços criem estratégias próprias, como o empréstimo de endereço, o aluguel temporário de casas no Brasil, e até mesmo se beneficiam da compreensão dos atendentes que realizam os procedimentos sem declarar a residência e nacionalidade dos usuários.

Esses mecanismos indicam que há redes de solidariedades muito intensas, estimulando o fluxo da população do Paraguai para o Brasil. O atendimento promovido a quem vem do Paraguai com ajuda de quem vive no Brasil, isso identifica a transfronteirização existente nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu, visto que a barreira proporcionada pelas águas do Rio Paraná não interfere na interação dessas populações. Quando o atendimento é proporcionado e não negado, isso demonstra que o diálogo entre os transfronteiriços existe e que faz parte do cotidiano das regiões de fronteira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo buscado estudar o tema da oferta da saúde pública na região da fronteira entre Brasil e Paraguai, à medida que avançávamos nos assuntos programados, percebemos que o tema não se esgota por aqui, seja na fronteira ou em outra região. A luta pela defesa do SUS como um sistema universal e gratuito vai na contramão dos interesses do sistema capitalista — como se sabe. Tal sistema preconiza o comércio dos serviços de saúde, estimulando uma “saúde pobre para os pobres” — como também se sabe (mas não foi objeto deste estudo). Nesse contexto, verificou-se, pela análise das informações dos entrevistados, que os fortes interesses do capital podem, porém, ser enfraquecidos e dissipados pela promoção de redes de solidariedade, tal como essas que encontramos em vários locais da fronteira onde se consegue promover o acesso ao SUS de maneira praticamente universal — apesar dos obstáculos impostos pela fronteira. Estas barreiras portanto, indicam que os transfronteiriços não possuem políticas públicas de saúde transfronteiriças e que na práxis, há uma tendência para o modelo residual que precisam transpor com mecanismos coletivos.

Assim, portanto, reconhecer a indispensabilidade do atendimento que o SUS oferece aos transfronteiriços, isso estabelece uma predisposição pública para a necessidade de criar políticas de cooperação entre os países da fronteira. As políticas públicas efetivadas tornam-se uma possibilidade para que a qualidade dos serviços possa melhorar significativamente, sob a condição de que as responsabilidades do sistema público de saúde sejam compartilhadas, favorecendo quem vive na fronteira e solidificando os laços já estabelecidos pelo cotidiano transfronteiriço.

Para que a transfronteirização seja aplicada por meio de políticas públicas, a visão supranacional deve ser incitada, entendendo que as interações entre populações acontecem estimuladas pelas vantagens proporcionadas nos dois lados da fronteira, comprovando o fluxo existente também na acessibilidade à saúde. A cooperação transfronteiriça valoriza as questões locais e potencializa os benefícios oferecidos por cada país, lembrando que os desejos sociais regionais devem se sobrepor aos simplesmente locais, embora sem afetar negativamente uma das partes. Assim, portanto, o maior desafio é resolver os problemas comuns através de propostas bilaterais que possam ser encaminhadas para a efetiva integração transfronteiriça.

Na questão da saúde, a complexidade é entendida pelas estratégias utilizadas pelos agentes e usuários SUS, tanto na omissão de informações, como na própria falta de recursos financeiros para solucionar os problemas que um sistema universal e gratuito de saúde, como o SUS, possui. Para isso, os blocos regionais apontam um caminho que pode ser trilhado, assim como a experiência demonstrada pela União Europeia, pois, quando os países contíguos se unem para enfrentar questões compartilhadas, a soma das forças pode defender os interesses coletivos da sociedade transfronteiriça — assim não se subjugando aos interesses meramente capitalistas primários.

Como se sabe, de um lado e de outro lado da fronteira, não se trata apenas de problemas locais, regionais ou fronteiriços diferentes, mas, também, de ordenamentos jurídicos diferentes e de condições econômicas e sociais muito desiguais. Mesmo diante dessas realidades díspares, contudo, a ação efetiva do Poder Central, no desenvolvimento e regionalização de políticas articuladas, poderia proporcionar meios para a cooperação e a integração mediante políticas complementares e que não sobrecarreguem apenas um Estado, e que, ao mesmo tempo, possam criar meios de desenvolver as áreas estagnadas.

Destarte, as interações transfronteiriças presentes nos territórios do Brasil e do Paraguai foram intensificadas com a construção da Usina Hidrelétrica Binacional da Itaipu, revigorando as ligações culturais e econômicas, e reforçando a transfronteirização espontânea. Nesse sentido, o transfronteiriço de Itaipu é caracterizado por se identificar com os dois países, demonstrando o hibridismo presente nesse espaço. Isso promove aspectos da transfronteirização que devem ser institucionalizadas mediante ações de cooperação transfronteiriça necessárias para as fronteiras, estimulando as redes já estabelecidas pela sociedade.

Decorre, portanto, que o modelo abarcado pela União Europeia e suas experiências bem-sucedidas reflete a possibilidade de visualizar novas perspectivas para o desenvolvimento das regiões de fronteira também entre nós, sul-americanos. As ações técnicas desempenhadas entre o Brasil e Paraguai indicam o potencial que programas conjuntos podem oferecer para a sociedade, elevando o desenvolvimento para programas regionais e indicando a integração como uma estratégia a ser considerada. Nesse âmbito, programas na área de saúde apresentam sua importância pelos desafios enfrentados pelos transfronteiriços que utilizam o sistema público de saúde brasileiro, assim como as dificuldades dos gestores em atender a todos os que buscam assistência através do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios fronteiriços.

Como sugere Bauman (2001), há necessidade em “quebrar fronteiras”, torná-las fluidas, já que os fluídos movimentam-se com facilidade, portanto, sempre estão dispostos a mudar. Assim, ao liquidar os padrões de limite fronteiriços, então a multiplicidade da fronteira surge. Talvez esse seja o caminho que a cooperação efetiva poderá proporcionar. Então, portanto, a mobilidade associada à fluidez indicam a ausência de peso, promovendo relações cordiais entre os locais.

As redes de solidariedade apresentaram-se como uma surpresa para o fim desta pesquisa, pois, mesmo que seja alegado, em diversos estudos, que o sistema de saúde brasileiro é conivente com o bloqueio a serviços oferecidos para os usuários residentes no Paraguai, identificamos que as questões burocráticas, que privilegiam os usuários nacionais, são menores e que, na prática, ocorre o entendimento de que o fronteiriço também receba o atendimento à saúde. Isso ressalta a emergência e o papel que os governos centrais têm em estabelecer programas que auxiliem as fronteiras, pois as interações presentes indicam a aptidão para ações de integração por meio do planejamento.

A dinâmica transfronteiriça aponta para relações que estimulam os interesses regionais, diretamente relacionados com populações locais. Ao compartilhar vivências, a busca pelos serviços de saúde apresenta-se como uma questão específica e que merece maior aprofundamento de suas questões, seja em novos trabalhos acadêmicos ou em ações institucionais realizadas pelo Estado. Segue-se, portanto, a necessidade de criar uma gestão territorial através de um conjunto de instrumentos que reconheçam a importância dos atores sociais, que valorizem a territorialidade expressada e assim apontem caminhos para o rompimento das barreiras, estimulando o desenvolvimento nas regiões de fronteira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC COLOR. **Por decreto, Lugo pretende violar la propiedad privada.** Disponível em: <<http://www.abc.com.py/articulos/por-decreto-lugo-pretende-violar-la-propiedad-privada-326556.html>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

ADIALA, Cristiane de Sousa Mota. **Efeitos de políticas públicas em cidades de fronteira:** Uruguaiana e Santana do Livramento (RS). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Geografia. Rio de Janeiro, 2006, 110 p.

ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. **A dinâmica das fronteiras:** os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai. São Paulo: Annablume, 2010. 268 p.

_____. Migrações em territórios fronteiriços: a experiência cotidiana entre legislações nacionais, fronteiriças e regionais. **38º Encontro Anual da Anpocs. Caxambu**, MG, 27 a 31 de outubro de 2014. GT23. 30 p.

ALMEIDA, José Gabriel Assis de. **MERCOSUL:** manual de direito da integração. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001. 215 p

ALVAREZ, Gabriel O. Identidades migrantes, fronteira e cidadania. In: SOARES, M.; MATTOS, I. M.; MARTINS, D. C. (Org.). **Região e poder, representações em fluxo.** 1. ed. Goiânia, GO: Editora da PUC/Goiás, 2010. p. 65-88. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/interethnica/articulo/download/11134/7987>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

ANDRADE, Inês de Jesus Martins. **Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa.** Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I. p.), 2008. 270 p.

ARNAU, Alicia; PIERANTONI, Célia R. “Paraguai: situação da formação e mercado de trabalho na área de Saúde”. In: **Organização Pan-Americana da Saúde. Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL** [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 147 p. ISBN 85-85676-19-1.

ARROYO, Mônica. **Território nacional e mercado externo.** Uma leitura do Brasil na virada do século XX. Tese de Doutorado. Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2001. 216 p.

AUGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira MERCOSUL. **Serviço Social e Sociedade**, nº 102, São Paulo, abr./jun. 2010.

BANZATTO, Arthur Pinheiro de Azevedo; PRADO, Henrique Sartori de Almeida. A paradiplomacia, a cooperação descentralizada e a integração fronteiriça no MERCOSUL. **Boletim Meridiano** 47, vol. 15, n. 141, p. 18-24, jan./fev. 2014.

BAUERMANN, Cesar Luís. **Desafios da saúde pública na fronteira Brasil/Paraguai:** o caso do município de Santa Helena - Paraná. 2014. TCC (Graduação) - Curso de Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2014. 64 p.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 258 p.

BECKER, Bertha. Informação e território. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 6-7, 1996.

BHABHA, Homi K. “Disseminação – o tempo, a narrativa e as margens da nação moderna”. In: _____. **O local da cultura**. Tradução: Myriam Ávila, Eliana Lourenço de Lima Reis, Gláucia Renate Gonçalves. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG, 1998. p. 198-238.

BONTEMPO, Carla Gabriela Cavini. **A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011)**. Universidade Católica de Pelotas Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Curso de Mestrado. Pelotas, 2013

BRANCO, Marisa Lucena. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cad. Ibero-Amer.** Dir. Sanit. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jul. 2013.

BRASIL. **Cartão Nacional de Saúde** - Normas e Procedimentos de Uso/ Ministério da Saúde– versão II – Brasília, DF, 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 nov. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 nov. 2013.

_____. **Decreto Presidencial nº.85.064**, de 26 de agosto de 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D85064.htm> Acesso: 19 set. 2015

_____. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso: 1º fev. 2015 Acesso: 13 mar. 2015

_____. **Lei nº 6.634**, de 2 de maio de 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L6634.htm> Acesso: 19 set. 2014.

_____. **Lei nº 601**, de 18 de setembro de 1850. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L0601-1850.htm>. Acesso: 19 set. 2015

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso: 12 jan. 2015

_____. **Lei nº.2.532**, promulgada em 14 de fevereiro de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm#art198§4>. Acesso: 13 jan. 2015

_____. **Medida Provisória nº 621**, de 8 de julho de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso: 15 mar. 2015

_____. **Ministério da Integração Nacional.** Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Secretaria de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional. Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira. Brasília, 2004.

_____. **Ministério da Integração Nacional.** Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira - PDF. 2008. Brasília.

_____. **Ministério da Integração Regional.** Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Ministério Público Federal.** Ação Civil Pública nº. 2006.70.02.007102-9/PR, de 2006b. [on-line]. Disponível em: <<http://www.trf4.jus.br/trf4>>. Acesso: 1º fev. 2015.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA: MP, SPI, 2014.

_____. **Portaria nº 399,** de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso: 22 fev. 2015.

_____. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais. 2005.

_____. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais. 2005.

_____. **Relatórios, Notas e Legislações sobre o Programa Mais Médicos.** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-programas/mais-medicos/mais-sobremais-medicos/5955-documentos>>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS-Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade.** Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; Secretaria Executiva / DIPE; Secretaria de Atenção à Saúde. 2005b.

BRUM, Argemiro Luís. **A economia internacional na entrada do século XXI:** transformações irreversíveis. Ijuí, RS: UNIJUÍ, 2001.

BRUXEL, Arnaldo. **Os trinta povos Guaranis.** 2. ed. Porto Alegre, RS: EST, Nova Dimensão, 1987.

CALDEIRA, Jorge Manuel Mendes. **Cooperação transfronteiriça e coesão territorial: o caso ibérico: Minho-Lima/Pontevedra e Baixo Alentejo e Algarve/Huelva**. Coimbra: [s.n.], 2011. Dissertação de mestrado. 113 p.

CAMMARATA, Emilce Beatriz. **Misiones: turismo, paisaje en la frontera con Paraguay y Brasil**, 2001. Disponível em: <<http://igeo-server.igeo.ufrj.br/retis/wp-content/uploads/2004-Misiones-turismo-paisaje-frontera-EBC.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

CAMPOS, Heleniza Ávila; RÜCKERT, Aldomar Arnaldo. **Dinâmicas territoriais da rede urbana em regiões de fronteira: a realidade transfronteiriça internacional do Rio Grande do Sul (Brasil)**. I Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão Territorial. Rio de Janeiro, 7-10 outubro 2014.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera et al. **Cooperação técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. (Boas práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS). Brasília: OPAS, 2013. 72 p.

CARGNIN, Antônio Paulo; RÜCKERT, Aldomar A. **O planejamento territorial no Brasil: efeitos da Política Nacional de Desenvolvimento Regional no Estado do Rio Grande do Sul**. Confins [on-line], 19 | 2013, posto on-line no dia 12 novembro 2013. Disponível em: <<http://confins.revues.org/8519>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira. **Tríplice Fronteira Brasil-Argentina-Paraguai: transfronteirização através do crime. Relações Internacionais no Mundo Atual**, v. 2, p. 1-21, 2012.

_____. **Processos de transfronteirização na Bacia do Prata: a tríplice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2013. (Tese de Doutorado). 255 p.

_____; RUCKERT, Aldomar. Transfronteirização e gestão do território no Arco Sul da fronteira do Brasil. **Revista Geonorte**, Edição Especial 3, v. 7, nº 1, p. 1298-1314, 2013. (ISSN – 2237-1419).

CARVALHO, Thiago Rodrigues. **O programa de desenvolvimento da faixa de fronteira e o Mato Grosso do Sul: discursos e desdobramentos da política governamental na fronteira**. Universidade Federal da Grande Dourados / Faculdade de Ciências Humanas / Programa de Pós-Graduação em Geografia. Dourados-MS. 2010. Dissertação de Mestrado. 289 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica 13: Para entender o pacto pela saúde. 2006. Disponível em: <<http://conass.org.br>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

CORRÊA, Roberto. Lobato. Espaço, um conceito-chave da geografia. In CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 15-48.

CURY, Mauro José Ferreira. **Territorialidades transfronteiriças do Iguassu (TTI): interconexões, interdependências e interpenetrações nas cidades da Tríplice Fronteira - Foz Do Iguaçu (Br), Ciudad del Leste (Py) e Puerto Iguazú (Ar)**. Tese de Doutorado em Geografia. Curitiba, PR: UFPR, 2010. 234 p.

DAL PRÁ, Keli Regina et al. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Supl. 2: S167-S173, 2007. 10 p.

DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessos em: abr. a jul. 2014.

DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas. Assunción, 2002.

DIAGNÓSTICO Local dos Municípios: Entre Rios do Oeste; Foz do Iguaçu; Guaíra; Itaipulândia; Marechal Cândido Rondon; Mercedes; Missal; Pato Bragado; Santa Helena; Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu. Fevereiro 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 31 out. 2012.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, Editora UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

ESPÓSITO NETO, Tomaz. **As possibilidades e os limites do “realismo periférico”:** a política externa do Paraguai de 1954 a 1989. In: 3º Encontro Nacional Abril 2011, 2011, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000122011000300051&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 ago. 2014.

EVELIN, Heloisa Solino; COSTA, Giovana Dias da. **Seminário Perspectivas para a Faixa de Fronteira / organização.** – Brasília: Presidência da República, Secretaria de Acompanhamentos e Estudos Institucionais, 2011. 320 p.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZ, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **RA´E GA**, Curitiba, Editora UFPR, nº 17, p. 31- 41, 2009.

FERRARI, Carlos Alberto. **O avanço do agronegócio e a exploração dos brasiguaios no município de San Alberto.** Marechal Cândido Rondon: UNIOESTE (Centro de Ciências Humanas de Educação e Letras), 2006. 213 p.

FIORENTIN, Marta Izabel. **A experiência da imigração de agricultores brasileiros no Paraguai (1970-2010).** Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em História) - Universidade Federal Do Paraná. Curitiba. 2010. 112 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 288 p.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Supl. 2: S214-S226, 2007.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís. **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS - MERCOSUL: uma agenda para integração.** Brasília; OPAS; 2004. 376 p.

GHETTI, Isabella Benini Lolli. **A questão urbana no universo fronteiriço:** sobre a fronteira internacional de Ponta Porã. Dissertação (Mestrado em arquitetura e urbanismo) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2008. 194p.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, suppl. 2, p. S251-S266, 2007a. ISSN 0102-311X.

_____. **Saúde nas fronteiras**: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2007b. 82 p.

GOTTMANN, Jean. **The significance of territory**. Charlottesville: University Press of Virginia, 1973. 169 p.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 395 p.

_____. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 337-372.

HALL, Stuart. **Da diáspora**: identidades e mediações culturais. Liv Sovik (Org.). Trad. Adelaine la Guardia Resende. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG; Brasília: Representação da Unesco no Brasil, 2003. 434 p.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2013 até maio 2015.

INFORMANTE 01. Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em 24/4/2015.

INFORMANTE 02. Entrevista concedida em Guaíra-PR em 2/7/2014.

INFORMANTE 03. Entrevista concedida em Santa Helena em 15/5/2015.

INFORMANTE 05. Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em dia 13/4/2015.

INFORMANTE 06. Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em 6/4/2015.

INFORMANTE 07. Entrevista concedida em Naranjal/Paraguai em 1º/4/2015a.

INFORMANTE 08. Entrevista concedida em Naranjal/Paraguai em 1º/4/2015b.

INFORMANTE 09. Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em 26/5/2015a.

INFORMANTE 10. Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em 26/5/2015b.

INFORMANTE Entrevista concedida em Marechal Cândido Rondon-PR em 6/8/2014.

ISIDRO, A. I. S. C. **Políticas de cooperação territorial**: O Centro de Estudos Ibéricos e a cooperação transfronteiriça na Raia Central Ibérica. Universidade de Lisboa. Portugal: Lisboa, 2013. (Dissertação Mestrado). 194 p.

ITAIPU BINACIONAL. **Saúde na fronteira**. Disponível em: <<https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-fronteira>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

KAMIKAWA, Gisele Keiko; MOTTA, Ivan Dias da. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa “Mais Médicos”. **Revista Jurídica Cesumar: Mestrado**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 341-367, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/viewFile/3691/2427>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

LACOSTE, Yves. **A geografia** – isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra. Tradução: Maria Cecília França – 4ª ed. – Campinas, SP: Papirus, 1997. 264 p.

LEMOES, Bruno de O. **A região transfronteiriça de Sant’Ana do Livramento-Rivera**: cenários contemporâneos de integração/cooperação. Trabalho de graduação em Geografia. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2010. 84 p.

LINDO, Paula Vanessa de Faria. **Geografia e política de assistência social**: territórios, escalas e representações cartográficas para políticas públicas. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 205 p.

LINI, Priscila. Políticas públicas na fronteira trinacional: o desafio ao pleno exercício da cidadania. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 4, p. 173-184, 2014.

MACHADO, Lia Osório. Limites, fronteiras, redes. In: _____. **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre, RS: AGB - PORTO ALEGRE, 1998.

_____. Estado, territorialidade, redes: cidades gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Continente em chamas**: globalização e território na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

_____. HAESBAERT, Rogério et al. O desenvolvimento da faixa de fronteira – uma proposta conceitual-metodológica. In: OLIVEIRA, Tito C. M. de (Orgs.). **Território sem limites** – estudos sobre fronteiras. Campo Grande, MS: UFMS, 2005.

MARIANO, Marcelo; MARIANO, Karina. As teorias de integração regional e os Estados subnacionais. **Impulson**. 31 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp31art02.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2010.

MARINHA DO BRASIL. Capitania Fluvial Do Rio Paraná. **Portaria n. 4/CFRP**, de 05/2/2015. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewe>. Acesso: 5 mai. 2015.

MARQUES, Denise Helena França. **Circularidade na fronteira do Paraguai e Brasil**: o estudo de caso dos “brasiguaios”. Belo Horizonte, MG: UFMG / Cedeplar, 2009 (Tese Doutorado).

MARTINS, José de Souza. **Fronteira**: a degradação do outro nos confins do humano. São Paulo: Hucitec, 1997. 213 p.

MCNASPY, Clemente J. **Una visita a las Ruínas Jesuíticas**. Assunção (PY): Loyola, 1987. 93p.

MEDEIROS, E. **A política de coesão da UE em Portugal (1989-2013)**: contribuições para o desenvolvimento territorial. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa (CEG); Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT), 2013. 197 p.

_____. **O processo de cooperação transfronteiriça da UE**. O caso de estudo do INTERREGA nas regiões de fronteira: Portugal-Espanha e Suécia-Noruega. Portugal, Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, 2009. 144 p.

MELLO, Fabio. **Saúde nas fronteiras**: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu. Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 2013 (Mestrado). 57 p.

MORAES, Antônio Carlos Robert. **Geografia**: pequena história crítica. 20. ed. São Paulo: Annablume, 2005. 152 p.

_____. **Bases da formação territorial do Brasil**: o território colonial brasileiro no “longo” século XVI. São Paulo: Hucitec, 2000. 432 p.

MOURA, Rosa; CARDOSO, Nelson Ari. **Mobilidade transfronteiriça**: o ir e vir na fronteira do possível. Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, 15, 2013, Recife. Desenvolvimento, planejamento e governança: 30 anos de ANPUR. Recife: ANPUR, 2013. p. 1-17.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro et al. **Experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linha de fronteira**. 2014. Disponível em: <http://www.cerestoeste.com/files/palestras_2014/Nogueira_Fagundes_Perez_ALASS.pdf>. Acesso em: 1º maio 2015.

PARAGUAY. **Indicadores Básicos de Salud**. Paraguay: Asunción, OPS/OMS; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2008. 10 p.

PEITER, Paulo César. **Geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. - Programa de Pós-Graduação em Geografia - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2005. 308 p. Tese (Doutorado em Geografia).

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v. 23, n. 68, p.34-44, set. 2007.

PEREIRA, Jacira Helena. Brasiguaios ou Fronteiriços? a noção de habitus para compreender o pertencimento cultural na fronteira Brasil-Paraguai. **Ideação**, Foz do Iguaçu, v. 15, n. 2, p.2-12, jun. 2013.

PERIS. Alfredo Fonseca. **Estratégias de desenvolvimento regional**: Região Oeste do Paraná. Cascavel, PR: Cascavel, 2003. 536 p.

PERKMANN, Markus. Policy entrepreneurship and multilevel governance: a comparative study of European cross-border regions. In: **EPC Government and Policy**. Volume 25, p. 861-879, 2007.

PRADO, Henrique Sartori de Almeida. **Inserção dos atores subnacionais no processo de integração regional**: o caso do MERCOSUL. Dourados-MS: Ed. UFGD. 2013. 138 p.

PRIORI, Angelo. et al. **História do Paraná: séculos XIX e XX** [online]. Maringá: Eduem, 2012. O Território Federal do Iguaçu. pp. 59-74. ISBN 978-85-7628-587-8.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993. 269 p.

_____. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, Tito C. M. de (Orgs.). **Território sem limites** – estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Ed. da UFMS, 2005. p. 9-15.

RAMOS, Rui Manoel Moura. **Das comunidades à União Europeia**. Coimbra: Coimbra Editora, 1994. 365 p.

RATZEL, Friedrich. **Géographie politique**. Paris: Ed. Régionales Européennes, 1988. 385 p.

RELATÓRIO de Desempenho do Projeto SIS-Fronteiras. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Março 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_de_desempenho_sis.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

RELATÓRIO de Gestão: Exercício de 2013. Secretaria De Desenvolvimento Regional; Ministério da Integração Nacional. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=8c1c2a8b-a61b-41ec-8106-781496b88b5f&groupid=367893>. Acesso em: 20 ago. 2014.

RHI-SAUSI, José; ODDONE, Nahuel. **A cooperação transfronteiriça entre as unidades sub-nacionais do MERCOSUL**. Tradução: Thauan Santos. Disponível em: <<http://www.paradiplomacia.org/upload/downloads/31b47f3b39a610539b7531841e5f2795doc1p.ort.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Cooperação transfronteiriça e integração: oportunidades para o desenvolvimento do Peru. **Revista Tempo do Mundo**. Rtm, v. 4, nº 1, p. 153-178, abr. 2012.

RIBEIRO, Maria Clotilde Meirelles. **Globalização e novos atores**: a paradiplomacia das cidades brasileiras. Salvador, BA: EDUFBA, 2009. 212 p.

ROLIM, Cássio. **Como analisar as regiões fronteiriças**: Esboço de um enquadramento teórico-metodológico a partir do caso de Foz do Iguaçu. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.econ.fea.usp.br/nereus/td/Nereus_s_05_04.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ROUSSEAU, Jean-Jaques. **O contrato social**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 188 p.

RÜCKERT, Aldomar; Políticas territoriais, crise europeia e fronteiras. Perspectivas comparadas entre União Europeia e o Brasil. **GEOUSP** – Espaço e Tempo, São Paulo, n. 35, p. 55-69, 2013.

_____. Transfronteirizações: possibilidades de pesquisa comparada América do Sul - União Europeia. **Revista de Geopolítica**, Natal - RN, v. 3, nº 2, p. 90 – 112, jul./dez. 2012.

_____. DIETZ, Circe. Integração regional, a região transfronteiriça da bacia do Rio da Prata e os projetos de infraestruturas de conexão. **Revista Confins/USP**, n. 17, 2013. Disponível em: <<http://confins.revues.org/8216>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

RUIZ, Olívia. O ir e vir: as relações fronteiriças (México e EUA). **Revista O Olho da História**, n. 3, dez. 1996.

SACK, Robert David. **Human territoriality**: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press. 1986. p. 486-488.

SANT'ANNA, Fernanda Mello. **Cooperação internacional e gestão transfronteiriça da água na Amazônia**. Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. 197 p.

SANTANA, Paula. **Saúde, território e sociedade**. Contributo para uma Geografia da Saúde. Coleção Textos Pedagógicos e Didáticos, Faculdade de Letras, Coimbra. 2004. 188 p.

SANTINHA, Gonçalo. O princípio de coesão territorial enquanto novo paradigma de desenvolvimento na formulação de políticas públicas: (re)construindo ideias dominantes. **EURE: revista latinoamericana de estudios urbanos regionales**, nº 19, p. 75-97, 2014. ISSN 0250-7161, ISSN-e 0717-6236.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996. 392 p.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

_____. **Técnica espaço tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 176 p.

_____. **Território e cidadania**: o espaço do cidadão. 2. ed. São Paulo: Nobel, 1993. 142 p.

SAQUET, Marcos Aurélio; BRISKIEVICZ, Michele. Territorialidade e identidade: um patrimônio no desenvolvimento territorial. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 1, n. 31, p. 3-16, 2009.

SAYAD, A. **Imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Edusp, 1998. 299 p.

SEIXAS, Paulo Castro. Políticas e modelos de desenvolvimento territorial na Europa e em Portugal. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n.122, p.147-175, jan./jun. 2012.

SILVA NETO, Antônio Levino da. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. 212 p.

SILVA, Maria Geusina da. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios**: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu, Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006. 176 p.

SILVA, Ana Regina Ferreira da. **Perspectivas das políticas territoriais na Faixa de Fronteira Internacional da Amazônia Oriental Brasileira**: Estados do Pará e do Amapá. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Pará, Belém. 2011. 190 p.

SILVEIRA, Maria Laura. Território Usado: Dinâmicas de Especialização, Dinâmicas de Diversidade. **Revista Ciência Geográfica** - Bauru - XV - Vol. XV - (1), p. 4-12, jan./dez. 2011.

SOUCHAUD, S. **Geografía de la migración brasileña en Paraguay**. 1 ed. Asunción: UNFPA-ADEPO, 2007. 122 p.

SOUZA, Celina. A introdução a políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Edson Belo Clemente de. Por uma cooperação transfronteiriça: algumas contribuições para as dinâmicas territoriais da fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal**. UFMS/AGB. Corumbá/MS. v. 8, nº 15, p. 63-78, jul./dez. 2013.

_____. Políticas territoriais de desenvolvimento regional: o planejamento em foco nas margens do Lago de Itaipu - Costa Oeste do Paraná. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 115, p. 125-147, jul./dez. 2008.

_____. GEMELI, Vanderléia. A região da hidrelétrica da Itaipu – a produção do espaço através do planejamento. **Anais do 12º Encontro de Geógrafos da América Latina** – 3 a 7 de abril de 2009 – Universidade de Montevidéu, Uruguai. Disponível em: <http://egal2009.easypanners.info/area08/8077_Gemelli_Vanderleia.pdf>.

STEIMAN, Rebeca. **A geografia das cidades de fronteira**: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. 117 p.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Políticas Públicas** - O Papel das Políticas Públicas. AATR-BA. 2002. 11 p.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.18, nº 1, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232013000100019>. Acesso em: 5 maio 2013.

VOUGA, B. V. Paraguay: desafios para la integracion regional. In: **Foro Mercosur sobre Integracion Regional y Sistemas de Salud**. 2006. s/p.

WESLEY, Maria Helena de Amorim. Fronteiras transnacionais, territórios cibernéticos e os impactos na Cultura e na Soberania Nacional. **Seminário Soberania Nacional e Relações Internacionais** - Natureza das Fronteiras: Institucional Extra-Limites, ABD (Academia Brasileira de Defesa), 22/10/2011. Rio de Janeiro. Vide: TEXTOS BRASILEIROS. Disponível em: <<http://www.brasilbrasileiro.pro.br>>.

YEGROS, Ricardo Scavone; BREZZO, Liliana M. **História das relações internacionais do Paraguai**. Brasília, DF: FUNAG, 2013. 187 p.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 13, nº 35, p. 65-70, abr. 1999.

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Saúde na Fronteira: o SIS-Fronteiras nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu

Pesquisador: SUELEN TERRE DE AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34591514.1.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.104.530

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa de Mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

Foram relatados como objetivos primários: "Trata-se de analisar o programa de saúde da fronteira Brasil Paraguai, denominado de Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras ou, simplesmente, SIS-Fronteiras, nomeadamente dos municípios localizados na margem paranaense do Lago de Itaipu, sob o ponto de vista socioespacial de atendimento aos moradores da zona de fronteira". Foram relatados como objetivos secundários: "Visando conseguir alcançar a realização do objetivo geral, pretende-se desenvolver os seguintes procedimentos mais específicos: - compreender o SIS-Fronteiras enquanto política pública de atendimento às populações de regiões fronteiriças (histórico, contexto social, regulamentos e atos institucionais); diagnosticar a saúde na fronteira: número de atendimentos/mês, principais ocorrências médicas e localização do atendimento; dimensionar o fluxo de pessoas por meio do serviço do SIS-Fronteiras, verificando os meios utilizados para o acesso ao atendimento; identificar o perfil das populações que se beneficiam desse programa (brasileiros, paraguaios, brasiguaios, nível de renda, escolaridade e profissão); analisar, comparativamente, a experiência desse programa com experiências de outras regiões fronteiriças; caracterizar as ações promovidas pelo SIS-fronteiras referentes às questões de

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PRMunicípio:

Telefone: (45)3220-3272

CASCADEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 1.104.530

integração social; identificar e analisar os impactos promovidos no acesso às ações e aos serviços de saúde do SIS-fronteiras; caracterizar os programas de atenção à saúde realizados pela Itaipu Binacional na fronteira Brasil/Paraguai".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos no Projeto de Pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância para a área dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos considerados obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

CASCADEL, 12 de Junho de 2015

Assinado por:
João Fernando Christofolletti
Coordenador)

Endereço:

UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR **Município:**

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

CASCADEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: **A saúde na fronteira: O SIS-Fronteira nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu.**

Destinado aos: Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisador responsável: Suelen Terre de Azevedo. FONE: (45) 9963-6191

Orientador: Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza. FONE: (45)3284-7878

Convidamos _____ a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de analisar o sistema de saúde na fronteira Brasil-Paraguai através do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras, para isso será realizada uma entrevista. Ao responder nosso questionário você irá colaborar para o alcance de nosso objetivo que é identificar as percepções dos usuários do SUS fronteiriços referente aos serviços que buscam nos municípios brasileiros. Sua participação é muito importante. Durante a execução do projeto você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Sua entrevista ajudará no levantamento de informações sobre a realidade do sistema de saúde pública em áreas de fronteira, apontando as dificuldades enfrentadas pelos. Fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o atendimento prestado a brasileiros e estrangeiros na Região Oeste do Paraná, e assim estará contribuindo para futuros projetos sobre o tema estudado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a). Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. As informações obtidas serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando publicados, os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal. Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná– UNIOESTE através do Programa Mestrado de Geografia sendo a aluna Suelen Terre de Azevedo a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza. Os pesquisadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate-nos pelo telefone (45) 9963-6191, e-mail: suelenterre@yahoo.com.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa, no telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto**

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura: _____

Eu, SUELEN TERRE DE AZEVEDO, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

_____, _____ de _____ de 201__.

ANEXO 3 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: **A saúde na fronteira: O SIS-Fronteira nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu.**

Destinado aos: Funcionários das Unidades Básicas de Saúde.

Pesquisador responsável: Suelen Terre de Azevedo. FONE: (45) 9963-6191

Orientador: Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza. FONE: (45)3284-7878

Convidamos _____ a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de analisar o sistema de saúde na fronteira Brasil-Paraguai através do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras, para isso será realizada uma entrevista. Ao responder nosso questionário você irá colaborar para o alcance de nosso objetivo que é identificar como é realizado o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, que atuam nos municípios da Linha de Fronteira, verificando as percepções dos funcionários referente ao atendimento à população residente no Paraguai. Sua participação é muito importante. Durante a execução do projeto você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Sua entrevista ajudará no levantamento de informações sobre a realidade do sistema de saúde pública em áreas de fronteira, apontando as dificuldades enfrentadas pelos usuários e agentes de saúde. Fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o atendimento prestado a brasileiros e estrangeiros na Região Oeste do Paraná, e assim estará contribuindo para futuros projetos sobre o tema estudado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a). Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. As informações obtidas serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando publicados, os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal. Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná– UNIOESTE através do Programa Mestrado de Geografia sendo a aluna Suelen Terre de Azevedo a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof. Dr. Edson Belo Clemente de Souza. Os pesquisadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate-nos pelo telefone (45) 9963-6191, e-mail: suelenterre@yahoo.com.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa, no telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto**

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura: _____

Eu, SUELEN TERRE DE AZEVEDO, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

_____, _____ de _____ de 201____

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para entrevistas – Agentes de saúde municipais.

Data da entrevista:

Unidade de Saúde:

1. Qual é a sua formação?
2. Há quanto tempo o senhor (a) trabalha no serviço de saúde deste município?
3. O que é necessário para o usuário conseguir atendimento pelo SUS?
4. Esta Unidade de Saúde atende usuários que residem no exterior? Qual a frequência?
5. Esta Unidade de Saúde atende usuários estrangeiros? Qual a frequência?
6. É realizado algum registro quando o usuário reside em outro País?
7. O atendimento ao usuário estrangeiro é igual ao usuário residente no município?
8. Por quais motivos os usuários residentes no exterior procuram o Sistema de Saúde do Brasil?
9. O atendimento a usuários residentes no exterior afeta o sistema de saúde local?
10. Qual a origem dos usuários residentes no exterior? Eles declaram residir em outro País?
11. O senhor (a) sabe se existe algum programa de saúde no Brasil que atende o usuário residente no exterior?
12. O sabe o que é o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteira)? Que informações o senhor (a) possui sobre esse programa?
13. Existe troca de informações entre as Unidades de Saúde do Brasil com as Unidades de Saúde do Paraguai?
14. Como o Programa da Saúde da Família é desenvolvido nos municípios?
15. O Programa Saúde da Família proporcionou melhorias para a população local? Quais?
16. O município está localizado na linha fronteira internacional brasileira. Essa condição o torna diferente em relação aos demais municípios aqui da região?

APÊNDICE B - Roteiro para entrevistas – Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios fronteiriços.

Data da entrevista.

01. Local de Nascimento.
02. Local de Residência.
03. Profissão.
04. Idade.
05. Há quanto tempo o senhor (a) reside em outro País?
06. Quais serviços de saúde pública o senhor (a) e sua família utilizam no Paraguai
07. O senhor (a) já buscou serviços de saúde pública no Brasil? Quais?
08. Quais serviços sua família utilizam pelo SUS?
09. Com que frequência o senhor (a) e sua família buscam atendimento de saúde no Brasil?
10. Quais são os principais motivos?
11. Quais meios de transporte o senhor (a) e sua família utilizam para chegar ao Brasil ou ao Paraguai?
12. Há outras pessoas que residem no Paraguai e buscam serviços de saúde pública no Brasil?
Por quais motivos?
13. Quais dificuldades o senhor (a) enfrenta ao buscar serviços de saúde pelo SUS no Brasil?
14. Quais dificuldades o senhor (a) enfrenta ao buscar serviços de saúde no Paraguai?
15. Quando o senhor (a) busca atendimento de saúde é necessário apresentar documentos e comprovante de residência? E quem não possui documento brasileiro como resolve essa exigência?
16. Em quais municípios da região Oeste do Paraná o senhor (a) procurou atendimento de saúde pelo SUS?
17. Em sua opinião quais são as motivações de residentes no Paraguai ao buscar atendimento de saúde no Brasil?
18. O senhor (a) sabe se existe alguma política de integração na área da saúde entre Brasil e Paraguai?