
SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADA NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ (BRASIL) E PEDRO JUAN CABALLERO (PARAGUAI)¹

PRIVATE HEALTH SERVICES ON THE BORDER OF PONTA PORÃ (BRAZIL) AND PEDRO JUAN CABALLERO (PARAGUAY)

Rosana Keiko Dokko ²
Lisandra Pereira Lamoso ³

RESUMO: As cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero estão separadas apenas por uma rua, caracterizada como “fronteira-seca”, o que facilita maior integração entre moradores paraguaios e brasileiros. O objetivo do trabalho é verificar se os serviços de saúde privada são compartilhados pela população de ambas as cidades, se os custos em Pedro Juan Caballero atraem a população de Ponta Porã e vice-versa. Pesquisamos o que motiva a busca por serviços de saúde privado de ambas as cidades. Esta pesquisa foi dividida em pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. O estudo demonstrou que os serviços de saúde privada são compartilhados pela população das duas cidades, principalmente os serviços de saúde privado de Pedro Juan Caballero, que atrai a população pontaporanense em função de custos, intermediação de planos de saúde binacionais e relações de confiança.

Palavras-chave: Fronteira; Cidades-Gêmeas; Serviços de Saúde; Planos de Saúde; Ponta Porã e Pedro Juan Caballero

ABSTRACT: The twin cities of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero are separated only by a street, characterized as “border-dry”, which provides greater integration between Paraguayans and Brazilians residents. This study verifies whether private health services are shared by the population of both cities, and whether prices in Pedro Juan Caballero attract the population from Ponta Porã, or vice versa. We researched what motivates the search for private health services in both the cities. This research was divided into bibliographic research and fieldwork. . The study showed that private health services are shared by the population of the two cities, and that Pedro Juan Caballero’s private health services attract the Ponta Porã population due to costs, binational health plans and relationships based on trusts.

Key words: Border; Twin Cities; Health Services; Health Plans; Ponta Porã and Pedro Juan Caballero

1 Este texto foi produzido com dados da pesquisa sobre saúde na fronteira, sistematizados na dissertação de mestrado defendida em abril de 2014 no PPGG da UFGD, acrescido de contribuições da banca de defesa e incrementado com aprofundamento da revisão bibliográfica. As autoras agradecem o apoio do CNPq e da Fundect.

2 Mestre em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados. E-mail: rosanadokko@hotmail.com

3 Doutora em Geografia Humana. Docente na Universidade Federal da Grande Dourados. E-mail: lisandralamoso@ufgd.edu.br

Artigo recebido em setembro de 2014 e aceito para publicação em dezembro de 2014.

INTRODUÇÃO

Os municípios brasileiros localizados na faixa de fronteira tem sido objeto de diagnósticos e preocupações no campo da política pública no sentido de atentar para essa extensa porção do território nacional que está mais diretamente em contato com as manifestações dos países vizinhos, principalmente localidades que, ao se formarem germinadas, derivam interações socioespaciais.

Na dinâmica das interações, processos de competição e complementaridade estão presentes no cotidiano. Nessa interação, destacamos compreender uma possibilidade em específico, que foi definido pelos serviços de saúde privada oferecidos nas cidades de Pedro Juan Caballero (Departamento de Amambay - Paraguai) e Ponta Porã (Estado de Mato Grosso do Sul - Brasil). Este recorte foi motivado por duas questões: a primeira, por considerar que há uma lacuna no estudo dos serviços de saúde privada ainda por ser preenchida. A literatura já apresenta pesquisas sobre compartilhamento de serviços de saúde pública, com destaque para programas como SIS Fronteira e outros. Um segundo motivo é uma idéia recorrente expressada por moradores do lado brasileiro, de que seria vantajoso para os paraguaios utilizarem os serviços no Brasil, entre eles o de saúde. Isso nos levou a investigar se também há um movimento formado por brasileiros em direção ao Paraguai e em que medida isso ocorre.

O trabalho empírico que embasa essa discussão foi realizado entre novembro de 2013 e março de 2014, com aplicação de 56 questionários em usuários dos serviços de saúde que estavam à espera de serem atendidos em clínicas particulares dos dois municípios. Realizamos 4 entrevistas e reunimos informações de convênios que oferecem planos de saúde. É necessário registrar a dificuldade tanto com informações relativas aos planos de saúde quanto a dados sobre as clínicas e hospitais localizados em Pedro Juan Caballero. A seleção dos estabelecimentos se deu após visitas *in loco* que avaliaram a quantidade de pessoas que aguardavam atendimento e por terem sido as mencionadas por moradores escolhidos de forma aleatória, como “as mais conhecidas”.

A estrutura desse texto inicia com uma breve discussão sobre a questão institucional do limite legal entre municípios de diferentes países; caracteriza ambos quanto aos aspectos históricos e econômicos, que ajudam a compreender relações de compartilhamento consolidadas; trás elementos sobre os serviços de saúde e termina por apresentar as características desse compartilhamento.

LIMITES E INTERAÇÕES

O limite entre as duas cidades é estabelecido por apenas uma rua, que separa legislações diferentes. O limite é utilizado para a delimitação do território interno, pois o “limite, por outro lado, é a marca divisória de dois sistemas políticos soberanos” (SILVA, 2014, p.5). Pelo fato de seu limite ser estabelecido por uma rua e não possuir uma barreira natural como um acidente geográfico ou uma barreira física, quem não conhece a cidade, não percebe, num primeiro momento, esse limite. Como relata Benitez,

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

A linha imaginária separa duas legislações diferentes que, por sua vez, regulam o acesso aos serviços de saúde. Há, por parte da legislação brasileira, programas que tentam integrar o acesso aos serviços de saúde, como o Programa Sistema Integrado de Saúde da Fronteira - SIS Fronteira.

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

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

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

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

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero limitam-se por uma rua de fácil acesso entre as duas cidades. Este limite é fixo, sendo a linha internacional que designa aos processos administrativos e jurídicos. Ponta Porã é considerada cidade-gêmea pela legislação brasileira. Para definir as cidades-gêmeas, usamos a Portaria n° 125, de 21 de março de 2014, na qual o Ministério da Integração Nacional estabelece o conceito de cidades-gêmeas nas linhas de fronteira nacionais, tendo em vista as crescentes demandas pelos municípios de políticas públicas específicas e para a integração sul-americana (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2014):

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

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

Art. 3º A lista de cidades-gêmeas nacionais encontra-se no Anexo desta Portaria. Parágrafo único. Os municípios designados como localidades fronteiriças vinculadas em acordos internacionais celebrados pela República Federativa do Brasil e ratificados pelo Congresso Nacional, que não constam na lista de Anexo desta Portaria, serão equiparados às cidades-gêmeas.

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

As cidades-gêmeas são cidades que estão próximas ao limite internacional, as quais podem aparecer conurbadas, como é o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Possuem articulação terrestre, diversas culturas e alto grau de interação.

As interações espaciais ocorrem na saúde quando usuários de Ponta Porã vão a Pedro Juan Caballero para utilizar os serviços de saúde ou quando usuários de saúde de Pedro Juan Caballero buscam serviços de saúde de Ponta Porã.

OS MUNICÍPIOS DE PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO

O Município de Ponta Porã está localizado no Estado de Mato Grosso do Sul, no Brasil. Faz limite com o Município de Pedro Juan Caballero, que é capital do Distrito de Amambay, no Paraguai. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), Ponta Porã possui uma população de 83.747 habitantes. Segundo dados do Atlas do censo de Amambay (2002), Pedro Juan Caballero possui 88.189 habitantes, um pouco mais de 170 mil habitantes.

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

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

O município de Ponta Porã teve várias formas administrativas, sendo subordinado a Nioaque e Bela Vista, mas só em 18 de julho de 1912 Ponta Porã se tornou um município autônomo. Em 1943, foi criado o Território Federal de Ponta Porã, com capital na cidade de Ponta Porã (a capital passou a ser Maracaju, mas em 1944 voltou a ser Ponta Porã). Mais seis municípios faziam parte contudo, em 1946, foi extinto o Território Federal de Ponta Porã e voltaram a fazer parte de Mato Grosso todos os Municípios que o compunham. Ao longo da história se desmembraram de Ponta Porã.

Após a Guerra da Tríplice Aliança (Guerra do Paraguai), o Mato Grosso estava enfraquecido economicamente, dependendo basicamente da atividade pecuária. Enquanto isso, Buenos Aires estava se fortalecendo e tornando-se um importante mercado

consumidor de erva-mate importante. O Porto de Concepción, no Paraguai, era utilizado para a exportação da erva-mate. Nessa conjuntura, houve a concessão de terras do sul do Mato Grosso para a exploração da erva-mate nativa, pela Companhia Matte Laranjeira. Naquela época, a base econômica estava na exploração da erva-mate, na pecuária e nas atividades comerciais (contrabandos transfronteiriços e os pontos de trocas dos povoados que surgiram na fronteira). A exploração da erva-mate tornou-se importante atividade econômica mas também, o arrendamento de terras dificultou o povoamento, que só teve estímulo a partir da não renovação do contrato pelo Governo de Vargas. A partir da década de 60, a atividade ervateira decaiu e a pecuária e a agricultura passaram a ser o centro das atividades econômicas de Mato Grosso. Em 1977, a Presidência de República separou o território, criando Mato Grosso do Sul.

Os núcleos urbanos se desenvolveram com origem comum e configuram-se em municípios com forte base na agropecuária de grãos, turismo de compras e serviços¹.

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE

Uma das mais relevantes diferenças entre os sistemas de saúde é universalidade oferecida no Brasil através do Sistema Único de Saúde. O sistema de saúde no Brasil é composto pelas esferas pública e privada. A esfera pública é representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange todos os serviços de saúde na esfera pública, como afirmam Carvalho e Félix (2013, p. 59):

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

O Sistema Único de Saúde é universal, pois prevê o acesso de todos os usuários com igualdade ao serviço. Além disso, compõe-se de integralidade, que designa a totalidade de assistência à saúde, e gratuidade, onde não se cobra taxa do usuário, pois tal serviço é financiado por recursos orçamentários de seguridade social político (CARVALHO & FÉLIX, 2013).

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

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

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

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

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

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

O subsetor público é formado por várias entidades, como

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS); Instituto de Previsión Social (IPS); Sanidad de las Fuerzas Armadas; Sanidad Policial; Universidad Nacional de Asunción; Municipios y Gobernaciones; y empresas estatales descentralizadas. (VALENTIM & SILVA, 2006, p.299).

O Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) é composto pelo poder executivo que oferece serviços em 17 Departamentos e Assunção, inclusive no Departamento de Amambay, onde se encontra Pedro Juan Caballero. O MSPyBS atua na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na reabilitação. O financiamento é realizado por diversos recursos, como os do tesouro público, os de pagamentos originados na Central Hidroelétrica de Itaipu, os recursos gerados por estabelecimentos de saúde do Ministério, os recursos de crédito externo e os recursos especiais, entre outros.

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

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

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

SISTEMA DE SAÚDE NA FRONTEIRA

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

Na literatura, Giovanella *et al.* (2007) discutiram a saúde nas fronteiras e outros temas correlatos como o acesso e as demandas de estrangeiros⁵ e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), na perspectiva dos secretários municipais de saúde. O trabalho de Giovanella *et al.* (2007) tem como objetivo analisar as condições de acesso e as demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL. Para isso, foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde de cidades brasileiras localizadas na linha de fronteira em 69 localidades, sendo estas nos Estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, do Paraná e de Mato Grosso do Sul. Pôde-se constatar que a busca pelo atendimento pela população de outros países é uma realidade nos municípios de fronteira. Isso indica que há campo para investigação também sobre a busca por serviços privados.

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

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

A dupla nacionalidade é normal nas cidades fronteiriças, principalmente em fronteiras secas. Observa-se um comportamento diferente no departamento de Amambáí em relação às outras regiões de fronteira do país, em particular podemos citar a população de Cidade do Leste que tem nacionalidades bem definidas. Em Pedro Juan, a maioria da população nativa tem dupla nacionalidade, muito Paraguaiois têm documento de identidade brasileira e vice-versa. A identificação como nacionais de um ou de outro país se dá, principalmente, áqueles que nasceram em outras cidades ou lugarejos de fronteira, razão esta que, provavelmente explica o alto índice de documentação das populações destas cidades. (BIOLCHI, 2006, P.46).

Em Pedro Juan Caballero há pessoas com dupla nacionalidade então é considerável a probabilidade das pessoas com dupla nacionalidade conseguirem a documentação necessária para fazer o cadastro do cartão SUS. Sendo assim, essas pessoas não são contabilizadas como paraguaias no Sistema Único de Saúde.

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

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

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

Outro estudo importante é o de Cazola *et al.* (2011), sobre o atendimento a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. O estudo buscou identificar e analisar as características dos atendimentos do SUS a brasileiros residentes no exterior, nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul com o Paraguai: Ponta Porã, Coronel Sapucaia, Paranhos e Sete Quedas. Os resultados foram obtidos pelo trabalho demonstraram que a maior demanda de brasileiros não residentes no País foi nos serviços de atenção básica, sendo 11,9% nas unidades básicas de saúde da família de Coronel Sapucaia, 3,5% nos municípios de Paranhos e Ponta Porã, e 1,1% em Sete Quedas. As unidades básicas de saúde apresentaram 43,8% em Sete Quedas, 21,1% em Coronel Sapucaia, 14,7% em Paranhos e 2,3% em Ponta Porã. E as entrevistas confirmaram a percepção de que um número importante de brasileiros que moram no exterior recebe atenção pelo SUS nas cidades estudadas. Como esses usuários não estão no planejamento dos serviços de saúde prestado pelo SUS, isso pode causar impacto na qualidade da atenção prestada ou motivá-los a acessar serviços privados.

Ainda estudando a saúde na fronteira, Pereira (2013) fez uma análise do diagnóstico acerca do sistema integrado de saúde da fronteira em Mato Grosso do Sul, especificamente nos Municípios de Corumbá e Ponta Porã. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteira é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa a integrar ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira. Tal projeto teve como objetivo elaborar diagnósticos locais de saúde e um plano para melhoria da saúde, com vistas a subsidiar a mobilidade política e legislativa através de acordos bilaterais ou multilaterais. De acordo com Pereira,

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

emergência. Nestes casos, geralmente é o município que arca com as despesas, não sendo ressarcido pelo SUS (PEREIRA, 2013, p.75).

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

Os repasses federais de orçamento para a saúde são realizados de acordo com a modalidade *per capita*, calculada segundo os dados do IBGE, e não incluem a população itinerante das cidades de fronteira. Dessa maneira, Ponta Porã recebe menos de R\$ 100,00 *per capita* e um número significativo de estrangeiros nos atendimentos à saúde; porém não existe instrumento normativo para regulamentar os atendimentos e conferir segurança jurídica à prestação desses serviços (PEREIRA, 2013).

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

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

Atualmente, com os processos de integração regional, as áreas de fronteira dinâmicas favoreceram os fluxos populacionais em busca de melhor atendimento, visando qualidade e facilidade de acesso, além de gratuidade. Essa demanda foi reconhecida pelos programas SIS – Fronteiras e a inclusão do Pacto pela Saúde, que busca melhorar as informações entre os Países, para melhor controle das doenças e na atenção à saúde nos Municípios de fronteira. Cada município elabora individualmente as estratégias adequadas para a sua particularidade. Normalmente, o atendimento ou não ao estrangeiro acontece de acordo com a compreensão dos profissionais (enfermeiros, agentes de saúde, médicos ou auxiliares de enfermagem) acerca do direito à saúde no momento da procura, raramente incluindo nessa decisão inicial o setor administrativo (AUGUSTINI & NOGUEIRA, 2010).

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

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

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

No trabalho de campo, de levantamento de informações que realizamos, a Coordenação da Atenção Básica de Saúde de Ponta Porã, nos foi relatado que, “o SIS fronteira não está funcionando em Ponta Porã, desde 2011”.

Na entrevista⁶, de acordo com a Albertini,

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

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

Apesar de existir no Brasil o projeto SIS Fronteira do Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o serviço de saúde em regiões de fronteira, em Ponta Porã o recurso não é suficiente pelo fato de a cidade ser um polo regional de atendimento às localidades fronteiriças. Isso sobrecarrega os hospitais e postos de saúde do município nos atendimentos realizados. Dessa forma, o sistema público de saúde (SUS) não atende de forma contínua a população paraguaia que, muitas vezes, procura os serviços de saúde no lado brasileiro. Somente alguns casos emergenciais são realizados nos postos de saúde. Além disso, pela legislação brasileira, o SUS exige o CPF e o comprovante de residência dos usuários para a liberação da carteira de atendimento. Do lado de Pedro Juan Caballero, existe um sistema de saúde pública que ocasionalmente atende os brasileiros, mas faltam recursos para equipamentos e medicamentos. (TORRECILHA, 2013, p.170).

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

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

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

A política brasileira de melhoramento dos serviços de saúde tem resultado na possibilidade dos estudantes que realizam seus cursos no Paraguai, passarem pelo Revalida - exame que lhe permitirá, se aprovado, o exercício profissional da medicina em território brasileiro. Essa possibilidade, aliada ao custo das mensalidades e a forma de ingresso, tem aumentado a procura pela graduação em Medicina, principalmente nas cidades de fronteira.

Além da formação dos médicos, há a questão dos convênios. Em Ponta Porã, levantamos sete convênios, sendo três binacionais. Os convênios brasileiros pesquisados foram: UNIMED, CASSEMS, FUSEX, CASSI, Assefaz. Os binacionais foram: Pax Primavera e Nipoassist – com sede no Brasil - e COMED – com sede no Paraguai. Em Pedro Juan Caballero, encontramos cinco convênios, são eles: COMED, Assismed, Medilife, Odontomédica, e Migone.

Esses convênios são agentes importantes que fazem a mediação entre usuários e serviços de saúde. É através deles, mediados pelos valores cobrados, que os usuários tem pautado suas opções pelos serviços de saúde.

Os estabelecimentos de saúde na cidade de Ponta Porã estão listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS, a partir da visita à Secretaria de Saúde do Município, em que foi indicado o *site* para consulta.

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

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

As clínicas e os hospitais visitados na cidade de Pedro Juan Caballero foram: Clínica Diaz de Vivar, Clínica San Antonio, Hospital Viva Vida, Hospital San Lucas, Hospital San Francisco. Apenas a Clínica Diaz de Vivar não autorizou a aplicação do questionário da pesquisa de campo. O trabalho de campo nas clínicas foi decisivo para o contato com os usuários.

OS USUÁRIOS NA FRONTEIRA

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

De acordo com a pesquisa realizada com o questionário, podemos identificar as seguintes características: Nos estabelecimentos de saúde privada de Pedro Juan Caballero, a nacionalidade dos pacientes foi de 64,28% de paraguaios e 35,71% de nacionalidade brasileira. A cidade de domicílio desses pacientes apresentaram os mesmos dados, sendo de 64,28% residem no Paraguai, e 35,71% no Brasil.

A maioria dos pacientes que responderam à pesquisa nos estabelecimentos de saúde de Pedro Juan Caballero não utilizou nenhum convênio médico. Foram 85,71%, contra 14,28% que possuíam convênio médico. Mesmo os convênios montando um plano de pagamento, há uma dificuldade de acesso aos mesmos que pode ser derivada do reduzido poder aquisitivo dos usuários.

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

Nos estabelecimentos privados de saúde de Ponta Porã, a nacionalidade e a cidade de domicílio de domicílio dos pacientes foi 96,42% brasileira e apenas 3,57% paraguaia. Os pacientes que utilizam os estabelecimentos de saúde privado em Ponta Porã se dividem em 53,57% com convênios e 46,42% sem convênios.

Já os motivos de escolha do estabelecimento de saúde foram 75% pela opção do médico e 25% pela opção oferecida pelo convênio.

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

Nos estabelecimentos em Ponta Porã, foram encontradas uma quantidade muito baixa de pacientes de nacionalidade paraguaia que residiam no Paraguai. A maior parte tinha nacionalidade brasileira e morava no Brasil. Quase metade dos pacientes possuía convênios médicos, a outra parte pagava direto o valor integral do serviço. O motivo de escolha do estabelecimento, em sua maior parte, residia na opção do médico, sendo poucos os que responderam ser pela opção oferecida pelo convênio. Essas opções devem-se à rede de relações que a população das duas cidades já estabelece historicamente. São conhecidos, pessoas com grau de parentesco, indicações de amigos, que fazem com que haja essa integração em busca de um serviço de saúde além, principalmente, da questão do custo desse atendimento ser inferior na cidade paraguaia em comparação com a cidade brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Para os brasileiros terem acesso aos serviços públicos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde é preciso a apresentação do cartão SUS, que é feito com CPF, RG e comprovante de residência. Fronteiriços que possuem a documentação necessária (normalmente os que possuem dupla nacionalidade) são atendidos como se fossem brasileiros. Outros fronteiriços que não possuem recursos para retirar a documentação, não conseguem atendimento. Só recebem atendimento sem a documentação necessária, em procedimentos de urgência e emergência. Quanto aos serviços particulares, investigamos se havia alguma forma de complementaridade.

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

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

Ainda em Pedro Juan Caballero, o que motivou a escolha dos estabelecimentos de saúde dos hospitais e clínicas privados foram os seguintes: 64,28% pela opção pelo médico, 28,57% pelo preço da consulta e 7,14% pela opção oferecida pelo convênio. Há médicos brasileiros residentes em Pedro Juan mas também o indicativo de que existe uma relação de confiança no profissional do município fronteiriço. Isso nos leva a comentar que algumas resistências à vinda de fronteiriços pelo Programa Mais Médicos⁷ merecem estudos locais e pode ser resultado de um esforço de propaganda corporativa, em defesa dos profissionais brasileiros.

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

Usuários que possuem um melhor poder aquisitivo procuram também a cidade de Dourados que possui um pólo de serviços médicos, além de irem para Campo Grande

ou metrópoles nacionais (dependendo do recurso e da gravidade do usuário). Assim como, em Pedro Juan Caballero, alguns usuários se deslocam para Assunção.

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

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

Uma possível solução seria construção de normas internacionais que possam instituir normas entre os sistemas Municipais de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero, os governos locais precisam trabalhar junto com os seus respectivos governos federais, apresentando a particularidade do município aos governantes e a importância de regulamentar o atendimento a fronteiriços.

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

NOTAS

⁴Para maiores informações sobre as atividades comerciais e de serviços, consultar Lamberti (2006) e Siqueira (2013).

⁵A palavra estrangeiro é utilizado pelos seguintes autores: Giovanella *et. al.*, 2007; Cazola *et. al.*, 2011; Pereira, 2013; Augustini & Nogueira, 2010.

⁶Entrevista realizada dia 7 de abril de 2014.

⁷O “Programa Mais Médicos” é um Programa que aceita médicos intercambistas cooperados para levar para regiões onde há escassez de profissionais.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas

fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23, Sup 2: S251-S266, 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=500660#>> Acessado em: 02 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul|ponta-pora>> Acessado em: 05 Jan. 2014.

LAMBERTI, Eliana. **Dinâmica comercial no território de fronteira: reexportação e territorialidade na conurbação Ponta Porã e Pedro Juan Caballero**. Aquidauana: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SIQUEIRA, Gisele dos Santos. **A complementaridade comercial nas cidades gêmeas de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados. Monografia de bacharelado em Geografia, 2013. 80f.

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

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