

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE**

VALDIR ARAGÃO DO NASCIMENTO

**O ACESSO AO SUS NA FRONTEIRA BRASIL/PARAGUAI:
ESTRATÉGIAS E REPERCUSSÕES IDENTITÁRIAS**

**CAMPO GRANDE
2020**

VALDIR ARAGÃO DO NASCIMENTO

**O ACESSO AO SUS NA FRONTEIRA BRASIL/PARAGUAI:
ESTRATÉGIAS E REPERCUSSÕES IDENTITÁRIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-
Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul para a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Oliveira de
Andrade

**CAMPO GRANDE
2020**



Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos oito dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte, às oito horas, na à distância - videoconferência, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS), Alvaro Banducci Junior (UFMS), Luiza Helena de Oliveira Cazola (UFMS), Maria Elizabeth Araujo Ajalla (UFMS) e Marli Marques (SES/MS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho do aluno: **VALDIR ARAGÃO DO NASCIMENTO**, CPF 76038033149, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**O acesso ao SUS na fronteira Brasil/Paraguai: estratégias e repercussões identitárias**" e orientação de Sonia Maria Oliveira de Andrade. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra ao aluno que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno)
Dr. Alvaro Banducci Junior (Externo)
Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola (Externo)
Dra. Maria Elizabeth Araujo Ajalla (Externo)
Dra. Marli Marques (Externo)
Dr. Valter Aragao do Nascimento (Interno) (Suplente)

ASSINATURA

Sonia Maria Oliveira de Andrade
Alvaro Banducci Junior
Luiza Helena de Oliveira Cazola
Maria Elizabeth Araujo Ajalla
Marli Marques

AValiação

Aprovado
Aprovado
Aprovado
Aprovado
Aprovado

RESULTADO FINAL:

☒ Aprovação

☐ Aprovação com revisão

☐ Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Após a apresentação oral e a análise da tese em documento escrito, a banca fez suas considerações e os membros propuseram ajustes no texto escrito, o que não minimiza a qualidade do produto apresentado. Assim, o aluno foi considerado aprovado.

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Sonia Maria Oliveira de Andrade
Presidente da Banca Examinadora

Valdir Aragão do Nascimento
Aluno

AGRADECIMENTOS

A célebre e poética frase de Saint-Exupéry “Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” traduz um pouco do meu sentimento de gratidão a todos os que colaboraram com este trabalho, tanto de forma direta quanto indireta. Se deixei um pouco de mim nesse processo, não sei... Mas com certeza muito do que obtive deles, e com eles, está e ficará comigo hoje e sempre.

Ciente de que qualquer pesquisa está sempre inserida em uma dinâmica sociocultural muito mais complexa do que as aparências permitem entrever, e que as regras discursivas da composição e estruturação formais dos textos acadêmicos raramente autorizam descrever, deixo aqui registrado meus sinceros agradecimentos.

À Professora Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade, pelo apoio incondicional à elaboração desta tese; pelas orientações sempre pertinentes; pela paciência; atenção e lidez no trato para comigo, meus sinceros agradecimentos!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste/PPGSD/UFMS, aos servidores que atuam na Secretaria do Programa, pela paciência, atenção e compreensão, obrigado!

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste PPGSD/UFMS, Turma de 2016, em especial ao Igor Domingos de Souza, ao Cleberson Dias Lima e à Jaciara Lucena, grato pela amizade e companheirismo.

À Profa. Dra. Maria Elizabeth Araújo Ajalla e ao Prof. Dr. Álvaro Banducci Júnior, agradeço as inestimáveis considerações e sugestões feitas ao trabalho quando da realização do Exame de Qualificação e da Defesa de Tese.

Às professoras doutoras Marli Marques e Luíza Helena de Oliveira Cazola, grato pelas contribuições e observações feitas à Tese quando da realização da defesa de doutorado.

Aos meus diversos e, por vezes, fugidios interlocutores em Ponta Porã, tanto brasileiros quanto paraguaios, obrigado e até a próxima!

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Instituição à qual devo grande parte da minha formação como pesquisador, meu muito obrigado!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Fronteira

Na fronteira passo minha inexistência.
Trêmulas bandeiras desencontradas
evitam a minha mão. Desfaço os nós
presos ao estribilho e torno o hino
impatriótico na universalidade.

Espaço o caminho das ultrapassagens.
Ao lado é estar aqui na consequência.

Poema de Pedro Du Bois

In: <http://revistacerradocultural.blogspot.com/2012/02/?m=0>

São convenientes as coisas que,
aproximando-se uma das outras, vêm a se
emparelhar; tocam-se nas bordas, suas franjas
se misturam, a extremidade de uma designa o
começo da outra.

Desse modo, comunica-se o movimento,
comunicam-se as influências e as paixões, e também
as propriedades. De sorte que, nessa articulação das
coisas, aparece uma semelhança. Dupla, desde que
se tenta destrinchá-la: semelhança do lugar, do local
onde a natureza colocou as duas coisas, similitude,
pois, de propriedades; pois, neste continente natural
que é o mundo, a vizinhança não é uma relação
exterior entre as coisas, mas o signo de um
parentesco ao menos obscuro.

E, depois, desse contato nascem por permuta novas
semelhanças; um regime comum se impõe; à
similitude como razão surda da vizinhança,
superpõe-se uma semelhança que é o efeito visível
da proximidade.

Foucault, *in*: As Palavras e as Coisas
São Paulo: Martins Fontes, 1995. p. 34

RESUMO

A saúde tem se constituído no Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, um dos principais objetos de atenção por parte do Estado brasileiro, principalmente no que concerne ao atendimento dos pressupostos norteadores de sua atuação: universalidade e equidade. Apesar dos esforços do Estado, que através do SUS busca ofertar atendimento a toda a população brasileira, o acesso à saúde no País tem se realizado de forma precária e insatisfatória. Em que pesem os problemas, o SUS tem atendido à população brasileira em todo o território nacional, de forma gratuita; gratuidade que chama atenção dos países vizinhos, economicamente mais vulneráveis e com sistemas de saúde segmentados e com cobertura gratuita inexistente ou pouco abrangente. Face a essa realidade, os nacionais de países vizinhos têm buscado os serviços de saúde de que precisam no Brasil, onerando, segundo gestores, o Sistema Único de Saúde. Dentre os países vizinhos, o Paraguai é um dos que aportam em terras brasileiras à procura dos serviços de saúde ofertados, notadamente pela gratuidade do atendimento e pela estreita proximidade entre as duas nações. No entanto, para ser atendido no Brasil é necessária a posse de alguns documentos, o que nem sempre é fácil conseguir por vias legais; situação que leva os indocumentados a se utilizarem de estratégias para obter o acesso aos serviços. O trabalho aqui apresentado teve como principal objetivo deslindar quais os mecanismos simbólicos e os elementos empíricos que facultam o acesso à saúde aos indocumentados de origem paraguaia na fronteira do Brasil com o Paraguai, especificamente as cidades-gêmeas de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. Para tanto, realizou-se trabalho de campo de cunho etnográfico nas cidades mencionadas, bem como o uso de entrevistas semiestruturadas e livres com informantes-chave e interlocutores eventuais. Os dados obtidos no decorrer da pesquisa foram interpretados à luz das teorias de Fredrick Barth e Michel De Certeau, respectivamente sobre os grupos étnicos e suas fronteiras e as estratégias e táticas. O resultado deixa claro a relevância das estratégias e táticas no acesso aos serviços de saúde dos indocumentados na fronteira em estudo, bem como a influência que exercem tais categorias na manutenção das identidades étnicas na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Assim, respondendo ao objetivo geral que norteou esta pesquisa, o acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, por meio do Sistema Único de Saúde, é oportunizado de diversas formas, tanto as autorizadas quanto as consideradas pelo ordenamento jurídico brasileiro e paraguaio como desviantes. No âmbito das práticas estabelecidas pelo Estado, o atendimento aos estrangeiros e aos brasileiros não residentes no Brasil, na cidade de Ponta Porã, é realizado pelo SUS e, geralmente, se dá por meio da apresentação de documentos, carteira de identidade, comprovante de residência, no caso dos brasileiros. No que diz respeito às práticas não ortodoxas e, por isso, à margem do controle do Estado, o acesso se dá por meio das táticas e estratégias operacionalizadas pelas redes de solidariedade.

Descritores: Saúde na fronteira. Acesso aos cuidados de saúde. Construção social da identidade étnica. Antropologia. Estratégias e Táticas.

ABSTRACT

Since the enactment of the Federal Constitution of 1988, health has been constituted in Brazil, one of the main objects of attention of the Brazilian State, especially as regards the fulfillment of the guiding presuppositions of its performance: universality and equity. Despite the efforts of the State, which through the SUS seeks to provide care to the entire Brazilian population, access to health care in the country has been performed precariously and unsatisfactorily. In spite of the problems, the SUS has attended to the Brazilian population in the whole national territory, free of charge; free service that draws attention from the neighboring countries, economically more vulnerable and with segmented health systems with free coverage that is non-existent or not comprehensive. In view of this reality, nationals of neighboring countries have sought the health services they need in Brazil, burdening the Unified Health System. Among the neighboring countries, Paraguay is one of those who contribute in Brazilian lands in search of health services offered, notably by the gratuitous service and the close proximity between the two nations. However, to be attended in Brazil is necessary to have some documents, which is not always easy to achieve, by legal means; situation that leads the undocumented to use strategies to gain access to services. The main objective of this study was to identify the symbolic mechanisms and empirical elements that provide access to health for undocumented immigrants of Paraguayan origin on the border between Brazil and Paraguay, specifically the twin cities of Ponta Porã / BR and Pedro Juan Caballero / PY. For this purpose, ethnographic work was carried out in the cities mentioned, as well as the use of semi-structured and free interviews with key informants and possible interlocutors. The data obtained during the research were interpreted in the light of the theories of Fredrick Barth and Michel De Certeau, respectively on the ethnic groups and their borders and the strategies and tactics. The result makes clear the relevance of the strategies and tactics in access to undocumented health services in the study frontier, as well as the influence of such categories on the maintenance of ethnic identities in the frontier of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero. Thus, responding to the general objective that guided this research, access to health at the border of Ponta Porã and Pedro Juan Caballero, through the Unified Health System, is provided in several ways, both authorized and those considered by the Brazilian legal system and Paraguayan as deviants. Within the scope of the practices established by the State, assistance to foreigners and non-resident Brazilians in Brazil, in the city of Ponta Porã, is carried out by SUS and, usually, through the presentation of documents, identity card, proof of residence, in the case of Brazilians. With regard to unorthodox practices and, therefore, outside the control of the State, access is given through tactics and strategies operated by solidarity networks.

Descriptors: Health at the border. Access to health care. Social construction of ethnic identity. Anthropology. Strategies and Tactics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

Art. – Artigo

BR – Brasil

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNUDM – Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar

CPB – Código Penal Brasileiro

CPE – Comitê de Ética em Pesquisa

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa

CONAPS – Consultoria, Assessoramento e Planejamento em Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DGEEC – Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPS – Instituto de Previsión Social

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Mato Grosso do Sul

MSPyBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

PY – Paraguai

RNE – Registo Nacional de Estrangeiro

SAMHPS – Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social

SINAPS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIS – Sistema de Informações em Saúde

SIS FRONTEIRA – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo e Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFERMS – Unidade Fiscal Estadual de Referência de Mato Grosso do Sul

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

WEB – World Wide Web

ZEE – Zona Econômica Exclusiva

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Fronteira Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY – Cidades-gêmeas/conurbadas.....	15
Figura 2. O Sistema de Saúde Paraguaio e os Marcos Regulatórios.....	38
Figura 3. Sistema de Saúde Paraguaio.....	39
Figura 4. Momentos históricos, em ordem cronológica, relacionados à construção do SUS.....	46
Figura 5. Faixa de Fronteira do Brasil.....	52
Quadro 1. Principais Estratégias/Táticas de Acesso.....	62

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	A fronteira e seus conceitos	25
2.2	Sob o prisma da antropologia: fronteira, cultura e sociedade	29
2.3	O sistema de saúde paraguaio e brasileiro: breves considerações	33
2.3.1	O sistema de saúde paraguaio: público, pero no mucho!	33
2.4	O sistema de saúde brasileiro/SUS	42
2.5	O acesso ao SUS na fronteira de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR)	51
2.6	Nas tramas do complexo: dinâmicas das estratégias e táticas do acesso à saúde na fronteira de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR)	59
3	MARCO TEÓRICO (FREDRIK BARTH E MICHEL DE CERTEAUL)	63
3.1	Fredrick Barth: os grupos étnicos e suas fronteiras identitárias	63
3.2	Estratégias, táticas e identidades: conceitos e paradigmas	67
4	OBJETIVOS	70
4.1	Objetivo geral	70
4.2	Objetivos específicos	70
5	METODOLOGIA	71
5.1	Tipo, local e período da pesquisa	71
5.2	Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão	71
5.3	Organização e análise dos dados	72
5.4	Aspectos éticos	72
5.5	Avaliação dos riscos e benefícios para os participantes	72
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
6.1	O acesso aos serviços de saúde pelo SUS: o caso dos brasileiros não residentes no Brasil	74
6.2	O acesso aos serviços de saúde pelo SUS: o caso dos estrangeiros indocumentados em Ponta Porã, Brasil	79
6.3	Dádivas, contradádivas e sanções: a dinâmica das trocas simbólicas	81
6.4	O acesso à saúde e sua dinâmica na fronteira: estratégias, táticas e repercussões identitárias em Pedro Juan Caballero e Ponta Porã	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – Formulário	111
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
	APÊNDICE C – Término de Consentimiento Libre y Informado	115
	ANEXO A – Autorização Secretaria de Saúde de Ponta Porã	118
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP	119
	ANEXO C – Artigo publicado em periódico científico	122
	ANEXO D – Artigo submetido em periódico científico	147

1 INTRODUÇÃO

A fronteira guarda em si intrincados desdobramentos e ocorrência de fenômenos socioculturais, o que deve ser considerado quando da elaboração de projetos e políticas públicas que tenham o espaço de fronteira como objeto. Para além de questões meramente geográficas, estes espaços se caracterizam pelas diversas e multifacetadas relações e inter-relações que sua condição de fronteira enseja. Aqui, questões como educação; soberania; identidade e saúde assumem contornos *sui generis*, dada a natureza de sua existência.

O acesso à saúde nas fronteiras do Brasil com os países que com ele se limitam geograficamente tem se constituído um sério problema às autoridades brasileiras. Pensados para atender aos seus moradores, os recursos alocados não dão conta de atender a contento àqueles estrangeiros que porventura busquem atendimento no País. Contudo, em que pese às limitações de todos os tipos, o atendimento é realizado, principalmente quando emergenciais, dado que a omissão de socorro é tipificada no Código Penal Brasileiro – Art. 135 – como crime, ao qual o profissional que nele incorrer deve ser responsabilizado, sendo possíveis ainda as penas de prisão e multa (BRASIL, 1940).

Na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, a situação pode ser percebida com mais atenção. Nessa faixa de fronteira, as pessoas que residem no Paraguai, em Pedro Juan Caballero, costumam fazer uso dos serviços de saúde ofertados no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde/SUS. No entanto, não são apenas os estrangeiros que fazem uso do SUS, mas também os brasileiros que moram no Paraguai, os chamados brasiguaios que, não sendo contabilizados quando da realização dos censos, acabam não sendo considerados na hora do repasse de recursos aos municípios de fronteira que comumente os atendem.

A mobilidade presente nas faixas de fronteira é fruto das estratégias adotadas por indivíduos de ambos os lados das linhas demarcatórias instituídas pelos Estados, as populações fronteiriças vivenciam diuturnamente as travessias que tais estratégias oportunizam, como demonstram os estudos realizados por Banducci Júnior (2011), Donnan e Wilson (1999), Peiter (2007) e Vila (2000, 2003). As travessias estreitam sobremaneira os muitos tipos de relacionamento estabelecidos pelos fronteiriços nos limites territoriais, constituindo um cenário no qual “as práticas de cooperação entre a população e os organismos públicos aí estão presentes. São essas práticas que envolvem fatores como segurança, economia, aspectos

culturais ou até mesmo políticos, possuindo espaços de relacionamento permanentes e comuns.” (PRADO, 2016, p. 35).

Em que pese à riqueza sociocultural que esses intercâmbios ensejam, é insofismável o fato de que nessas inter-relações também se imiscuem problemas atinentes à saúde pública das populações localizadas nas fronteiras, notadamente aquelas sob a denominação de cidades-gêmeas. Esse trânsito de pessoas acaba por constituir-se em problema para a vigilância sanitária dos países que possuem cidades conurbadas, já que a referida mobilidade traz consigo a dificuldade de registro de problemas relacionados à saúde, o que por sua vez também dificulta a adoção de estratégias eficientes no combate às doenças e aos seus vetores; atrapalha a continuidade do tratamento iniciado por alguns pacientes; e inviabiliza – no todo ou em parte – a implementação de ações destinadas à imunização e ao controle de vetores (CARNEIRO, 2016, PEITER, 2007).

Repousa na constatação da complexidade dialética existente nas fronteiras o reconhecimento do alto grau de dificuldade envolvido na tentativa de garantir acesso aos imigrantes, isto porque: “Nestas zonas, podem ocorrer desigualdades assistenciais e discriminatórias entre pessoas de uma mesma região, porém de países diferentes” (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 126).

São essas, afirmam Guerra e Ventura (2017) e Peiter (2007), as razões que vulnerabilizam as áreas de fronteira no tocante à saúde. Afirmam ainda que não é suficiente o reconhecimento dessa vulnerabilidade, sendo imperativo também levar em consideração as peculiaridades socioculturais, econômicas e geográficas de cada região; isso para que as políticas públicas de saúde venham a ser as mais adequadas a cada contexto. Nessa perspectiva, enquanto não houver uma efetiva integração nas regiões de fronteira, matizada por políticas públicas que se articulem internacionalmente, não será possível suplantare as desigualdades legislativas e fomentar o desenvolvimento social igualitário (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Contribui para a manutenção dessa situação, asseveram Aikes e Rizzotto (2018), o amorismo das iniciativas que intentam, sem sucesso, validar os procedimentos atinentes à transfronteirização, notadamente aqueles intrinsecamente associados aos direitos sociais. Desse modo, a população transfronteiriça continua enfrentando “discriminações, tornando o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde instável e descontínuo. O subfinanciamento é fator limitador do acesso e as ações de integração ocorrem em situações emergenciais, sobretudo relacionadas à vigilância em saúde.” (AIKES; RIZZOTTO, 2018, p. 9).

Contudo, Peiter alerta a respeito da premente necessidade de associação de governos transfronteiriços em questões concernentes à eficácia das políticas públicas que têm lugar nas

faixas de fronteira: “Por mais eficientes que sejam os programas de controle de doenças transmissíveis no lado brasileiro da faixa de fronteira sempre haverá a possibilidade de introdução de patógenos a partir dos vizinhos, caso não haja uma forte cooperação com os mesmos.” (PEITER, 2005, p. 292).

No que tange ao acesso à saúde aos estrangeiros residentes no Brasil, esse era garantido até 2017 pela Lei nº 6.815/80 conhecida também como Estatuto do Estrangeiro (BRASIL, 1980). Esse dispositivo regulamentava a situação jurídica de indivíduos de outras nacionalidades em solo brasileiro, segundo o artigo 95 da referida Lei “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.” Em 2018 foi publicada a Nova Lei de Imigração (Lei 13.445/2017) cujo objetivo é substituir o Estatuto do Estrangeiro de 1980, deixando, em tese, mais igualitárias as condições de estrangeiros no País. No entanto, nesse novo dispositivo, fica ainda ressalvada a necessidade de documentação para acesso ao País e aos seus serviços, bem como as taxas a serem pagas para a concessão dos documentos (BRASIL, 2017).

Para aqueles indocumentados, o acesso é oportunizado por meio de algumas condições, tais como o agravamento dos casos de saúde até um nível crítico, o que obriga os profissionais a atenderem o paciente; e a obtenção de documentos por meio de expedientes pouco convencionais. Uma estratégia eficiente para se ter acesso aos serviços é o aluguel de endereços, que consiste na obtenção de boletos de água e luz, sem fotos, para comprovar residência junto aos postos de atendimento.

Esses expedientes, bem como o atendimento em si aos estrangeiros, reverberam no seio da sociedade local, despertando sentimentos às vezes negativos – ou fortalecendo os já existentes – por parte dos brasileiros em relação aos paraguaios e vice-versa. A situação é paradoxal, posto que de um lado existem brasileiros que emprestam ou alugam endereços a paraguaios, de outro existem aqueles que não só condenam a prática em si, mas a própria utilização de qualquer modo dos serviços pelos paraguaios. Nessa querela em que o acesso à saúde é o mote, vêm à baila questões de todo tipo, inclusive identitárias. Podem ser reforçadas as acusações mútuas entre os indivíduos dos dois países; exacerbam-se os sinais diacríticos e os signos identitários e as identidades se tornam fluidas e situacionais, adequando-se à realidade das interações tanto institucionais quanto pessoais.

As questões a respeito das estratégias adotadas no processo de obtenção de serviços de saúde na fronteira Brasil/Paraguai são emblemáticas no que tange às manifestações identitárias que têm lugar naquela região. Desvelar a dinâmica que permeia esses expedientes é fundamental para se entender, não só como realmente funciona o acesso à saúde naquela

fronteira em particular, mas como se percebem e se representam tanto brasileiros quanto paraguaios nessa interação.

O conhecimento dessa dinâmica de ação servirá como subsídio à elaboração de políticas públicas de atendimento à saúde na fronteira Brasil/Paraguai, tanto no que diz respeito aos estrangeiros quanto aos brasileiros não residentes no País.

Trabalho de campo e dilemas etnográficos

As cidades de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY localizam-se na fronteira seca do Brasil com o Paraguai, cidades-gêmeas conurbadas entre as quais a cisão de limites é dada pela Avenida Internacional, no lado brasileiro, e pela rua Dr. Francia, no lado paraguaio, separação terrestre que caracteriza a região como fronteira-seca. Convivem nesse espaço liminar os moradores de ambos os países, onde, ao longo da Avenida Internacional e da rua Dr. Francia, existe um intenso fluxo de produtos, serviços e relações nos quais se ocupam, se beneficiam e divergem brasileiros e paraguaios (BANDUCCI JÚNIOR, 2011; 2016; NASCIMENTO, 2012; 2014; 2019).

Figura 1 Fronteira Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY – Cidades-gêmeas/conurbadas



Fonte: Folha de Dourados, 02/01/2018 15h05 – Disponível em:
<https://www.folhadedourados.com.br/noticias/brasil-mundo>

As cidades são marcadas por diferentes processos históricos; legislações; culturas e formas de organização social, o que confere à região características *sui generis*. A proximidade física entre Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY torna próximos os moradores de ambos os lados da fronteira, ensejando uma gama de inter-relações perpassadas por categorias antagônicas como amizade/inimizade, consenso/dissenso, legalidade/ilegalidade, confiança/desconfiança, dentre outras (BALLER, 2014; BANDUCCI JÚNIOR, 2011; 2016; NASCIMENTO, 2012; 2014; 2019; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

A região se caracteriza pelas paradoxais inter-relações estabelecidas entre as duas cidades, visto que ao mesmo tempo que se repelem e se distanciam, se aproximam e se complementam, conformando de maneira única o tecido social fronteiriço. As identidades são fluidas e situacionais, mas também assumem contornos mais arraigados, como é o caso da identidade nacional dos indivíduos em ambos os lados da fronteira. Assim, em que pese a existência de uma identidade hibridizada, fronteiriça, paraguaia, brasileira e brasiguiaia, quando instados a responder sobre sua identidade nacional, apressam-se a deixar clara sua condição de paraguaio ou brasileiro (NASCIMENTO, 2012; 2014).

A presença dos Estados, tanto brasileiro quanto paraguaio, e seus múltiplos e conflitantes interesses conferem à região seu aspecto mais dual, posto que oscilam entre a defesa desmedida daquilo que consideram prerrogativa de sua soberania nacional e a necessidade de equacionar os interesses de caráter regional para resolver problemas urgentes referentes à saúde, ao crime organizado e às relações de trabalho em ambos os lados da fronteira. Nesse contexto, a integração necessária entre os dois países resta prejudicada, notadamente pelo consórcio de forças contrárias à sua realização, a exemplo das incompatibilidades político-jurídicas, do labiríntico e moroso aparato burocrático-estatal e das muitas e diversificadas redes de corrupção que se espraiam geográfica e economicamente para muito além das estruturas socioculturais e políticas que as ensejaram.

A efetiva falta de integração entre os Estados brasileiro e paraguaio, aliada à conjunção de fatores supracitados, que oportunizam o fluxo de bens, serviços e pessoas e constrói um cenário propício à alta lucratividade, especificamente a ilícita, transforma a região de fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY em um paraíso para o crime organizado, que a partir das fragilidades estruturais das instituições públicas de segurança, direciona seus tentáculos para além dos limites nacionais.

Na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY a violência tem se intensificado nos últimos anos, preenchendo a pauta dos veículos de comunicação que atuam nos dois países. As desigualdades socioeconômicas da região impulsionam o trânsito de

indivíduos entre as duas nações, levando paraguaios a buscarem os serviços de saúde no Brasil (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018); bem como oportunidades de trabalho; e os brasileiros ao comércio de produtos importados em Pedro Juan, às vezes como consumidores e outras como trabalhadores da chamada migração pendular (BANDUCCI JÚNIOR, 2016).

A despeito da falta de integração em nível estatal entre o Brasil e o Paraguai, impera a integração em nível pessoal e popular entre os moradores de ambas as cidades, integração que pode ser percebida ao longo deste trabalho, notadamente através do exame das redes de solidariedade que permeiam a realidade do acesso aos bens e serviços de saúde na região de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. Outro exemplo da existência de acordos entre alguns profissionais envolvidos com os serviços de saúde em ambos os lados da fronteira é o caso dos bombeiros de ambos os países. Para viabilizar o atendimento a brasileiros e paraguaios em caso de acidentes graves, os bombeiros de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã resolveram realizar os atendimentos às vítimas de acidentes graves, independente da nacionalidade dos envolvidos e da anuência dos Estados (TORRECILHA, 2013).

Obviamente, esse tipo de acordo não se processa sem o auxílio de outros atores sociais que ocupam posições estratégicas nos serviços de saúde tanto do Brasil quanto do Paraguai. Médicos, enfermeiros, auxiliares administrativos, assistentes sociais e outros profissionais se associam aos bombeiros para que o atendimento ocorra, obviamente sem prejuízos e sanções administrativas a nenhum deles. Como isso se processa? Através das redes de solidariedade, que nesse caso funcionam para esconder o caráter subversivo do atendimento, posto que realizado em desacordo com as regras estabelecidas pelos Estados brasileiro e paraguaio.

Casos semelhantes ao dos bombeiros também ocorrem no setor da segurança pública em ambos os lados da fronteira em estudo. Policiais tanto paraguaios quanto brasileiros têm um acordo quando as ações envolvem criminosos que atravessam os limites dos dois países. Nessas circunstâncias, os agentes estatais atravessam os limites internacionais com o objetivo de não deixar os criminosos escaparem quase sempre buscando aproveitarem-se dos limites de ação de cada país no que diz respeito à jurisdição das forças policiais em solos estrangeiros. Expediente inconcebível do ponto de vista jurídico e político-diplomático, mas eficaz no sentido de demover os criminosos de tentarem utilizar da fronteira, como condição limitadora dos agentes estatais, para buscarem refúgio no Brasil ou no Paraguai, a depender da nacionalidade do delinquente (FERRARO JÚNIOR; BUTONI, 2011; MULLER, 2005).

A integração se faz, assim, à revelia do Estado e a partir das necessidades imediatas impostas pela realidade local, tendo como protagonistas atores sociais que ocupam funções representativas em instâncias oficiais de poder em ambos os países, tanto em âmbito estadual

quanto nacional. Essas autoridades são forçadas pela conjuntura local a fazerem vistas grossas; não porque se comprazem com o desrespeito às normas jurídicas, mas porque sabem como funciona a realidade local e o quão importantes são os arranjos informais para a manutenção do equilíbrio de forças no espaço fronteiriço (MULLER, 2005).

A Integração se processa também pelos laços estabelecidos entre brasileiros e paraguaios, como os casamentos e a consequente contrução de vínculos de parentesco, as relações de trabalho e seus fluxos migratórios, o turismo de compras; dentre outros tantos fatores que condicionam e determinam as interações na fronteira em estudo, muitas delas à revelia das forças do Estado de ambos os países, quando não flagrantemente refratárias aos princípios jurídico-normativos destes.

Esta pesquisa originou-se das indagações surgidas no contexto de um outro trabalho realizado nas cidades paraguaias de Pedro Juan Caballero e Assunção nos anos de 2011 e 2012, tendo como objetivo principal a identificação de contrastes identitários significativos entre a população paraguaia que vive na fronteira e a população Paraguai que vive em Assunção, capital do país (NASCIMENTO, 2012).

No decorrer das interações, tanto em Pedro Juan quanto em Assunção, percebi que existia um trânsito de pessoas entre as duas cidades que transcendia o caráter de visita entre parentes e amigos, um trânsito que se destinava a obter acesso aos serviços de saúde no Brasil. Em Pedro Juan, por mais de uma oportunidade, fui apresentado a pessoas vindas de Assunção por motivo de saúde, conforme me relataram em conversas informais. À época, a situação e suas dinâmicas não me despertaram maiores interesses, já que fatos relacionados ao universo da saúde não constituíam parte das minhas preocupações naquele momento. Somente me dei conta da relevância do tema algum tempo depois, quando resolvi cursar o doutorado interdisciplinar em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste oferecido pela UFMS.

Uma das questões que me chamou atenção à época foram as relações estabelecidas entre as pessoas para obter o acesso aos serviços pelo SUS, ou seja, a composição das redes de solidariedade e os mecanismos acionados para promover o atendimento, visto que a maioria não apresentava a documentação necessária ao atendimento no Brasil, nem tampouco condições financeiras para providenciar tais documentos. Assim, estruturei o projeto com vistas a entender como se processavam, e se processam, as táticas e estratégias de acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero por parte dos indocumentados.

No trabalho de campo que deu origem a esta tese, algumas interações se deram sob o misto de curiosidade, desconfiança e descrédito, a exemplo das falas de alguns dos interlocutores depois que lhes foi explicado o propósito da pesquisa: *“Que legal, cara!*

Trabalho interessante mesmo.”; “Essa sua pesquisa é estranha, viu? Pra que saber disso? Sei não, hein!”; “Ah, isso aí não adianta nada! Não vai mudar em nada a realidade daqui [fronteira], é perda de tempo.” Aqui, vê-se o processo dialógico e intersubjetivo no qual a antropologia como ciência do homem e da alteridade está intrínseca e epistemologicamente envolvida, dinâmica em que o antropólogo lida com um “objeto que é da mesma escala do sujeito da investigação, que interpreta enquanto é interpretado [...]”, e “é nessa intersubjetividade que se situam o sujeito da pesquisa e o sujeito pesquisado, e não só objeto, mas um sujeito que fabula sobre aquela própria relação.” (MILITO; SILVA, 1994, p. 11).

A desconfiança que permeia o imaginário coletivo dos moradores da fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY se deve a características próprias da região, considerada por brasileiros e paraguaios como lugar perigoso em razão das atividades tidas por ilegais que se processam no seu entorno (BANDUCCI JÚNIOR, 2011; NASCIMENTO, 2012; 2014).

Em Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY a desconfiança e o receio dos moradores de ambas as cidades em relação às questões referentes à vida na fronteira têm recrudescido devido à inconstância que paira sobre a região acerca de quem comanda os *negócios* naquele espaço. A situação se agravou desde a morte do narcotraficante Jorge Rafaat em 2016, vítima de uma emboscada nas ruas de Pedro Juan Caballero/PY, episódio amplamente noticiado pelos veículos de comunicação nacionais e internacionais (BENITES, 2016; FRAZÃO, 2016). Desde então, o clima, conforme alguns interlocutores, tem estado *pesado*, haja vista os constantes confrontos havidos entre traficantes de facções rivais na tentativa de tomar o controle, se é que se pode chamar assim, dos *negócios*.

O medo das pessoas não tem relação direta com o tráfico e outras atividades legalmente tidas por ilícitas e criminosas pelo ordenamento jurídico tanto do Brasil quanto do Paraguai, isso porque é corrente entre a população a opinião de que “*se você andar direitinho, nada te acontece. O perigo mesmo é para quem tá envolvido com o crime, né?*”, me diz um comerciante “*nascido e criado na fronteira*”, como gosta de frisar. O problema é que os atentados e as execuções sumárias são realizados a qualquer momento, de dia ou de noite, e em qualquer local: nas ruas; nos estacionamento de shoppings; nos hotéis; em lanchonetes; bares, sempre com a utilização de armamento com alto poder de fogo, como metralhadoras, pistolas automáticas e espingardas de grosso calibre¹. Diante da alta capacidade de disparos dessas armas, bem como

¹ Em relação ao aumento da violência na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, notadamente em razão das disputas de poder entre as facções, basta uma rápida pesquisa na WEB para se ter uma noção da situação atual. Cf.: **G1GLOBO**. Homem é executado em estacionamento de loja de importados na fronteira com o Paraguai: caso aconteceu em Pedro Juan Caballero, cidade vizinha a Ponta Porã (MS). De acordo com a polícia, este é a 36ª execução na região de fronteira. **Por TV Morena** — Campo Grande

da letalidade dos calibres e das munições utilizadas, o risco de um transeunte que não tem nada a ver com as disputas morrer vítima de balas perdidas é uma possibilidade sempre presente².

Mas esse tipo de *lógica fronteira*, na qual a vítima é sempre quem está diretamente envolvido com o crime, não encontra respaldo na realidade fática e cotidiana da fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. Além das execuções de policiais que incomodam os *negócios* referentes ao comércio de entorpecentes e das vítimas de bala perdida, uma classe específica de trabalhadores vem sofrendo com a violência perpetrada pelos senhores do crime na fronteira: os jornalistas que se atrevem a produzir conteúdo sobre a dinâmica do tráfico. O último a ser executado devido às suas atividades profissionais foi o jornalista investigativo Lourenço Veras, conhecido na região como Léo Veras, morto a tiros de fuzil dia 12 fevereiro de 2020 enquanto jantava com a família em sua casa, localizada em Pedro Juan Caballero (FERNANDES, 2020).

Nesse contexto, pessoas fazendo perguntas a respeito de questões *sensíveis*, por assim dizer, sejam quais forem as finalidades, despertam suspeição imediata e consequente distanciamento; afinal, ninguém quer ser confundido com alguém que colabora com investigações, principalmente jornalísticas e policiais. Desse modo, pesquisadores, embora munidos de suas credenciais acadêmicas e explicando repetidas vezes seus propósitos, são também tratados com suspeita, às vezes velada, às vezes declarada.

No entanto, a representação da fronteira como espaço de violência e criminalidade não é privilégio das cidades de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, sendo percebidas em outras cidades do Brasil cujos limites territoriais circunscrevem-se com o Paraguai, a exemplo das etnografadas por Pinheiro-Machado (2011) e Rabossi (2004); na fronteira Brasil/Ciudad

25/06/2019 19h52.; **G1GLOBO**. Homem é executado com 24 tiros na fronteira com o Paraguai: 'Certamente tem ligação com tráfico', diz delegado. Por **G1 MS** — Campo Grande. 24/03/2019 19h56. Disponível em: <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2019/03/24/homem-e-executado-com-24-tiros-na-fronteira-com-o-paraguai-certamente-tem-ligacao-com-trafico-diz-delegado.ghtml> Acesso em: 8 de junho. 2019.; FREITAS, Hélio de. Tiroteio impressiona até gente acostumada com violência da fronteira. 05/12/2018. *Notícias/Interior*. **CampoGrandeNews**. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/tiroteio-impressiona-ate-gente-acostumada-com-violencia-da-fronteira>. Acesso em: 8 de junho. 2019.; **PontaPorãInforma**. *Notícias*. Fronteira: Tiroteio durou 20 minutos e polícia ainda caça suspeitos em mata. 01/05/2019 10h50. Disponível em: <https://www.pontaporainforma.com.br/noticias/paraguai/fronteira-tiroteio-durou-20-minutos-e-policia-ainda-caca-suspeitos-em-mata> Acesso em: 9 junho. 2019.; TOMAZELA José Maria. 5 são mortos a tiros em guerra do tráfico na fronteira com Paraguai. **Brasil. O Estado de S. Paulo**, 19 de outubro de 2018. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,guerra-do-trafico-na-fronteira-com-o-paraguai-mata-5.70002553730> Acesso em: 9 junho. 2019.

² **G1 Mato Grosso do Sul**. 31/01/2017. Morre motociclista atingido por bala perdida durante execução em MS [Ponta Porã]. Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2017/01/morre-motociclista-atingido-por-bala-perdida-durante-execucao-em-ms.html> Acesso em: 12 nov. 2019. FRANCO, Tony. Jovem é executado com mais de 20 tiros e gestante é atingida por bala perdida **NovaDifusoraFM**, 18 de novembro de 2019. Disponível em: <http://novadifusorafm.com.br/wp/jovem-e-executado-com-mais-de-20-tiros-e-gestante-e-atingida-por-bala-perdida/> Acesso em: 21 jan. 2020.

del Este; a fronteira Brasil/Bolívia, estudada por Costa (2010; 2013); Oliveira e Costa (2012) e Costa e Oliveira (2014); e a tríplice fronteira Brasil/Paraguai/Argentina, objeto das etnografias de Renoldi (2014; 2015). Outros espaços fronteiriços (guardadas as devidas proporções, já que, como lembra Oliveira (2005, p. 380), “cada fronteira é uma fronteira”) padecem também do estigma da violência e da criminalidade, como é o caso da fronteira México-Estados Unidos, analisadas por Oscar Martinez (1994) Pablo Vila (2000; 2003) e Michael Kearney (1991; 1995), para citar alguns.

Em verdade, a investigação etnográfica de certos temas na fronteira estudada ocorre de forma mais melindrosa que em outros espaços liminares; portanto, é plausível acreditar que sempre haverá desconfiança diante de algumas questões, tais como o narcotráfico; o tráfico de seres humanos (AZEVEDO, 2017; PISCITELLI, 2007; SANTOS *et al.*, 2007); os circuitos de trânsito das mercadorias consideradas ilegais; as rotas clandestinas (*cabriteiras*³) pelas quais escoam todo tipo de produtos impedidos de entrar no Brasil por vias legais (COSTA; OLIVEIRA, 2014; NASCIMENTO, 2012; 2014; PINHEIRO-MACHADO, 2011; TELLES, 2009; 2013); as táticas utilizadas por estrangeiros indocumentados para burlar o aparato burocrático estatal e acessar ilegalmente os serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2007; NASCIMENTO; ANDRADE, 2018), dentre tantos outros assuntos cuja abordagem gera certo desconforto nos interlocutores, desconforto traduzido em advertências expressas em palavras, gestos e atitudes.

De minha parte, as dificuldades impostas pela realização do trabalho de campo se deram mais pela via da desconfiança, verbalizada pelas respostas a algumas indagações colocadas no contexto da pesquisa, notadamente sobre as táticas, “*Pra que você quer saber disso?*”, ou “*Nunca vi nada disso aqui, não*”. Outras vezes se apresentava pela recusa em participar da pesquisa, na última hora, quando devidamente informados dos objetivos: “*Ah, é isso que você quer saber? Pensei que era outra coisa. Não sei nada disso aí, não!*” Houve ainda aqueles que para se livrar do compromisso assumido, diante de questões mais sensíveis, inventavam desculpas e encerravam a entrevista rapidamente, alegando outros compromissos marcados, ou mesmo indisposições relativas à saúde: “*Desculpa, hoje não tenho condições, estou com muita*

³ Estradas vicinais de terra batida localizadas entre as fronteiras do Brasil com o Paraguai. Geralmente *projetadas* às margens de matas e/ou em meio a extensos e espessos milharais entrecortados por caminhos e rotas secundárias que mais se assemelham a labirintos. Com menor fiscalização, devido à extensão territorial e às limitações logísticas e de efetivo das forças policiais, o uso dessas *cabriteiras* se constitui em uma das mais eficientes táticas adotadas pelos traficantes para contornar as dificuldades impostas pelo Estado ao transporte de suas *mercadorias*. A respeito do vocábulo *Vicinal* e suas acepções, cf.: HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss Conciso**. São Paulo: Editora Moderna, 2011. p. 958.

dor de cabeça. Volta outro dia, tá?”. Quando voltava, ou era ignorado solenemente, ou evitado sob a alegação de falta de tempo.

A desconfiança era acentuada, constituindo mesmo em um obstáculo à coleta de dados, quando o interlocutor era informado sobre a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE⁴), instrumento obrigatório sem o qual o pesquisador não é autorizado pelo comitê de ética⁵ a realizar o estudo com seres humanos. Ainda que o instrumento em questão tenha por finalidade garantir os direitos daqueles que decidem colaborar com a pesquisa, ele é um limitador da espontaneidade dos interlocutores no que diz respeito às respostas dadas sobre algumas questões, principalmente aquelas que envolvem as dimensões do segredo e da confiança.

Dependendo do tema pesquisado, o TCLE é contraproducente, inibindo a aceitação de eventuais colaboradores em participar do estudo proposto, submetendo-se aos instrumentos de coleta e à interação com o pesquisador. Entrevistas foram realizadas tendo o TCLE como mecanismo aceito pelos entrevistados, mas as respostas às indagações eram evasivas, inconclusivas, monossilábicas e, por vezes, flagrantemente desinteressadas. O problema não está no instrumento em si, no TCLE, outras variáveis tornam a pesquisa etnográfica mais delicada, a exemplo mesmo da problemática escolhida e dos fenômenos socioculturais que se quer estudar. Essa complexidade presente nas variáveis, analisam Kummer e Colognese (2014, p. 82-83), “sugerem a dificuldade prática de padronização dos procedimentos de pesquisa”, exigindo do etnógrafo, durante a realização do trabalho de campo, uma constante reelaboração das estratégias de abordagem, convencimento e aproximação em relação ao grupo estudado.

A etnografia, enquanto método de apreensão, compreensão e interpretação da realidade, até onde isso é epistemologicamente possível, distingue-se de outras orientações metodológicas que partem da verificação de hipóteses específicas. Isso porque, no decorrer de uma investigação de cunho etnográfico, os resultados obtidos são sempre tributários da decodificação de complexas e multifacetadas interações e tramas simbólicas que operacionalizam dialeticamente a vida prática dos atores sociais em determinado contexto de pesquisa. Nessa abordagem, eminentemente qualitativa, tendo em vista o grau de relevância dos fenômenos investigados, bem como a não hierarquização das categorias envolvidas, tudo

⁴ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE, é uma exigência dos Conselhos de Ética de algumas instituições de Pós-Graduação para aqueles pesquisadores cujo objeto de trabalho envolva seres humanos. Constitui na declaração, por escrito, por parte dos entrevistados de que estão cientes do teor do trabalho a ser realizado e concordam em participar da pesquisa.

⁵ Sobre os comitês de ética em pesquisa, no contexto político e acadêmico, veja: FONSECA, C. Situando os comitês de ética em pesquisa: o sistema CEP (Brasil) em perspectiva. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 333-369, jul./dez. 2015.

se reveste de importância: da eloquência ao silêncio, do manifesto ao aculto, do contínuo ao descontínuo, das verdades às meias-verdades; enfim, tudo é precioso na tentativa de compreensão dos universos socioculturais (práticos e simbólicos) em que circulam aqueles com os quais trabalhamos (CHIZZOTTI, 2003).

Ocasionalmente houve entrevistas foram desmarcadas, autorizações assinadas (TCLE) foram requeridas de volta (e prontamente restituídas, não sem certa contrariedade de minha parte) por interlocutores arrependidos – ou temerosos – face ao conteúdo e destino final de seus relatos. Outras vezes, os encontros para as entrevistas ou mesmo para um bate-papo informal sobre o tema pesquisado eram realizados longe da vista de testemunhas conhecidas dos meus interlocutores.

Um deles marcou entrevista comigo em local distante do seu trabalho, chegando apreensivo e olhando para os lados para certificar-se, penso eu, de que não havia nenhum conhecido que pudesse identificá-lo em interação comigo, passado algum tempo, relaxou e a conversa fluuiu, tendo sido bastante proveitosa para o escopo da pesquisa em razão do tipo de trabalho realizado pelo meu colaborador na estrutura organizacional de um hospital da região.

Esse comportamento de alguns interlocutores me foi explicado tempos depois, em conversa informal em uma ocasião de *happy hour*, por um dos meus informantes-chave

Não é nada pessoal com você, não. É que ninguém quer ser visto com o cara que fica fazendo perguntas sobre algumas coisas que são meio que segredos aqui na região. Eles têm medo de depois o pessoal falar que eles tavam contando as coisas daqui pra você, entende? Ninguém quer ser visto como dedo duro. E depois, cê sabe, eles não confiam 100% em você. Vai que você tá mentindo que é pesquisador e coisa e tal e na verdade tá é fazendo uma pesquisa pra pegar as coisas erradas aqui e dificultar ainda mais a vida pra gente. Sei que não é o caso, mas eles pensam assim. Aqui todo mundo desconfia de tudo. [Ponta Porã, 2017].

Atingir 100% da confiança dos meus interlocutores nunca foi um objetivo em si mesmo, dada as inúmeras complexidades existentes na interação humana e cultural, mas consegui ao menos, penso eu, estabelecer “uma certa dose de confiança e interesse mútuo” (CLIFFORD, 2002, p. 231); na qual fui aceito, não como um igual, mas como um estranho inconveniente em quem se podia confiar (WHITE, 2005). O receio em ser visto com “o cara que fica fazendo

perguntas” é compreensível, uma vez que a “curiosidade é o traço que, infelizmente, os pesquisadores compartilham com os policiais, alcaguetes e eventuais membros de redes rivais de controle” (MILITO; SILVA, 1994, p. 171).

A desconfiança dos interlocutores se justifica quando se analisam os aspectos relativos às trocas de favores entre os *nativos* na fronteira, tanto brasileiros quanto paraguaios; trocas nas quais as dádivas trocadas o são dentro das dimensões simbólicas do segredo e da confiança. Na opinião de alguns, o conhecimento de sua dinâmica deve se manter restrita aos membros das redes – aos outros, é proibido “chegar perto demais” (SIMMEL, 2009, p. 228), haja vista que a aproximação pode ferir a imagem pública dos envolvidos nos intercâmbios, principalmente aos olhos daqueles a quem tais práticas são condenáveis, como são condenáveis quem as pratica⁶.

Nesse sentido, me inscrevo, aos olhos daqueles que me confiaram seus conhecimentos e suas experiências sobre o funcionamento das redes de solidariedade na fronteira, como uma espécie de *partícipe por extensão*. Penso assim em razão de que, depois da conversa que tive com meu informante-chave, despedimo-nos e voltei a pé ao hotel em que estava hospedado. No caminho me dei conta de que eu, mesmo sem saber, poderia estar também fazendo parte da rede de solidariedade do meu informante-chave, isso porque muitas das pessoas com as quais interagi me foram apresentadas por ele. Portanto, é perfeitamente razoável pensar que algumas das minhas interações, à minha revelia, também percorreram os circuitos das trocas simbólicas que descrevo aqui.

⁶ Existe uma parcela de indivíduos, tanto em Ponta Porã quanto em Pedro Juan Caballero, que não concordam com o uso das táticas acionadas para obter acesso aos serviços de saúde na fronteira por parte de indocumentados. Essas pessoas geralmente estão vinculadas de maneira radical às crenças religiosas e seus valores morais, cujas doutrinas interdita comportamentos tidos por ilegais, ou pecaminosos, perante as leis divinas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A fronteira e seus conceitos

Os conceitos e definições que cercam a noção de fronteira são, por si só, uma questão intrincada, problemática, haja vista que no âmbito do processo de suas possíveis definições é necessário considerar o caráter polissêmico de sua natureza. A noção corrente a respeito do que se constitui uma fronteira é ainda associada à ideia de limite, de barreira, que determina territórios e estabelece descontinuidades, impedindo a livre comunicação e contato entre os povos que habitam esses espaços (NASCIMENTO, 2013).

Steiman e Machado (2002) acreditam que a categorização da fronteira como algo representativo de uma circunscrição física e simbólica de um espaço territorial em particular emergiu do desenvolvimento histórico e das demandas da organização social, notadamente a necessidade de estabelecer os seus direitos de propriedade. Para justificar suas assertivas, Steiman e Machado (2002) mencionam a existência, em várias partes do mundo e ao longo da história, de diversas sociedades tribais cujas práticas faziam uso de demarcações limítrofes tanto para delimitar seus territórios quanto para estruturar e demarcar identidades.

Todavia, foi somente com a assunção do império romano (século III a.C.) que ocorreu o aparecimento de um dos mais antigos conceitos de fronteira física da antiguidade, o *limes*, que em razão da tardia expansão territorial levou um período consideravelmente extenso para ser definido. Apesar da demora, e graças aos esforços dos imperadores romanos Augusto (27 a.C a 14 d.C.) e Adriano (117 a 138 d.C.), a noção de *limes* consolidou-se, tendo em Adriano sua fase mais impactante, visto que o imperador preferiu adotar a política de defesa em detrimento da de conquista. Assim, o império romano sob o comando de Adriano resolvia os conflitos com os povos em seu entorno pela via da diplomacia (MARCHUETA, 2002).

Também no século III a.C, o império chinês envidou esforços no sentido de erigir e fixar fronteiras. Para tanto, realizou a construção de muralhas na tentativa de isolar os povos considerados bárbaros, que ocupavam à época as planícies e se dedicavam estritamente à atividade pastoril e que, em razão dessa atividade, eram considerados inferiores e indignos de serem integrados (STEIMAN; MACHADO, 2002).

No período das cruzadas, entre os séculos XI e XII, sob a égide da Igreja Católica Romana, houve intenso alargamento dos limites entre os reinos, notadamente aqueles localizados mais ao ocidente da Europa. Oriundo do latim, o vocábulo fronteira começou a ser

empregado – entre os séculos XIII e XV – em várias línguas europeias, mas com a acepção voltada para a designação de uma região, não de um limite ou linha demarcatória (MARCHUETA, 2002).

Com o fim do medievo e o início da chamada Idade Moderna, as fronteiras foram alçadas à condição de marcadores de territórios sob o controle de um determinado Estado. Foi nesse período que surgiu a primeira demarcação territorial representada em linhas, contornos e desenhos geográficos: o mapa elaborado por Fernando Álvares Seco em 1565, que traçava os limites entre dois Estados, Portugal e Espanha (FOUCHER, 2009).

Nessa acepção de espaço limítrofe, a fronteira pode ser interpretada como uma categoria político-administrativa; em que a cisão entre duas nações é dada por uma linha imaginária ou barreira física que tem por função separar dois países. Assim concebida, a fronteira é alvo e instrumento de manipulação por parte dos Estados-Nação, posto que sua existência é relegada a uma espécie de símbolo que tem por objetivo comunicar uma ideologia, uma advertência (RAFFESTIN, 1993).

Dessa maneira, o autor em questão concebe a fronteira intrinsecamente associada ao conceito de Estado, notadamente no que tange aos limites territoriais que este cria artificialmente. Assim, as fronteiras figuram espacial e temporalmente como registros das conexões e múltiplas inter-relações que envolvem os Estados e as comunidades locais que estes delimitam (DONNAN; WILSON, 1999).

Essa concepção de fronteira, calcada nos limites e barreiras, é tributária do trabalho do geógrafo alemão Friedrich Ratzel (1900), que definia a fronteira como uma linha geográfica que tinha por objetivo dividir territórios distintos. Ratzel entendia a fronteira como um instrumento que permite aferir os graus de coesão, poder e mesmo debilidade das sociedades limitadas pelas linhas político-imaginárias representadas pelos marcos físicos, isto porque as fronteiras avançam ou retrocedem conforme o movimento das forças que as nações conseguem controlar a seu favor.

Para Vallaux (1914), as fronteiras são melhor compreendidas se as análises acerca de sua constituição e papel sociopolíticos enfatizarem a noção de zonas muito mais do que o aspecto de suas linhas formais. Desse modo, na análise de Vallaux o conceito de zona-fronteira está intrinsecamente associado à noção de áreas geograficamente delimitadas e destinadas a um duplo movimento que envolve interpenetrações e separações entre os Estados. No que tange às interpretações, estas estariam comumente vinculadas aos fenômenos de ordem econômica, a exemplo da circulação de mercadorias. No universo semântico em que se dão as separações

figurariam os aspectos atinentes ao poder político, como a delimitação de extensões territoriais sob a égide administrativa e jurisdição de diferentes Estados.

Vallaux (1914) compreende as fronteiras como constructos simbólicos que expressam delimitações políticas engendradas na dinâmica em que se dão as dissidências, entendimentos e as consequentes negociações entre Estados. Essa concepção geopolítica guarda intrínseca relação entre o universo político e um determinado espaço geograficamente ocupado, preocupando-se em como conceber da melhor maneira os arranjos políticos com as determinantes e condicionantes condições socioespaciais que interagem na organização, administração e consequente controle do espaço.

Nesse sentido, a controvérsia protagonizada por Thomas H. Holdich (1916) e Lionel W. Lyde (1915) a esse respeito, no decurso do processo em que houve a separação do continente europeu depois da Primeira Guerra Mundial. Holdich acreditava que a maneira mais apropriada para manter a paz entre as nações era separá-las geograficamente, tomando como parâmetros dessas divisões a barreira física mais emblemática e aparentemente intransponível que pudesse ser encontrada.

Na contramão dessa noção de fronteira de difícil inserção, Lyde propunha limites com características menos estanques, elegendo os rios como possíveis pontos demarcatórios entre os países, ensejando através desses rios um intercâmbio mais pacífico. Essa noção de fronteira calcada em barreiras naturais, marcadamente cartográfica, não era compactuada por Ancel (1938). No livro *Geographie des Frontières*, publicado em 1938, o autor deixa clara sua posição contrária a essa possibilidade de construção de fronteira, posto que para ele a simples disposição de elementos naturais não sustentava em si o potencial necessário para determinar limites entre Estados. A justificativa de Ancel alicerçava-se no fato de que as fronteiras, tendo em vista seu caráter puramente referencial, não seriam adequadamente demarcadas em razão das assimetrias atinentes às correlações de forças e interesses entre as partes envolvidas.

Assim, em Holdich transparecem preocupações voltadas para soluções que envolvam segregação e distanciamento; enquanto na perspectiva de Lyde o que se destaca são os aspectos atinentes à interpenetração, à inter-relação e à comunicação recíproca. Concepções irrealizáveis do ponto de vista de Ancel (1938), antagonista em relação à noção de construção de limites a partir de elementos naturais. Em Vallaux, as fronteiras se caracterizam pelo imbricamento dialético das possibilidades aventadas por Holdich e Lyde, isto é, não sendo nem uma nem outra, mas as duas consideradas ao mesmo tempo e em estreita consonância.

A noção de fronteira como limite perdurou até o advento da Segunda Guerra Mundial. No contexto do Pós-Guerra, o entendimento acerca da fronteira e suas definições passou a

concentrar-se na questão dos limites de territórios, conjurando à sua volta uma concepção de fronteira intransponível, fixa e inamovível (GARDUÑO, 2003). Desse modo, a fronteira era interpretada como baluarte por excelência dos domínios de um Estado, e como tal devia ser protegida a qualquer preço, tendo sua travessia controlada pelo aparato jurídico-estatal. A fronteira nesse período podia ser atravessada, caso se desejasse, podia ser violada, caso fosse preciso; todavia, não poderia sob nenhuma hipótese ser negociada ou flexibilizada. “Obviamente, tal conceito era demasiadamente singelo e concebia – erroneamente – as regiões de fronteira, e seus habitantes, como que geograficamente congeladas no tempo e desprovidas de mudança social.” (NASCIMENTO, 2012, p. 22).

No entanto, a fronteira concebida nesses moldes foi ao longo dos anos perdendo sua força de influência, atingida pelas transformações que se davam no interior e fora dos limites estabelecidos como representativos de algo irremovível. Dentre os processos que promoveram essas mudanças destacam-se

[...] a crescente interdependência da economia mundial; a multiplicação das companhias multinacionais; as constantes transferências de recursos e processos de produção entre as nações – acarretando a retirada de indústrias oriundas de países desenvolvidos e a consequente transferência dessas para países em desenvolvimento, ou subdesenvolvidos; em busca de abundante força de trabalho ofertada nessas partes do globo (NASCIMENTO, 2012, p. 22).

Em face das diversas transformações impostas pelas novas condições socioeconômicas e geopolíticas, Garduño (2003) entende como obsoleto a noção de fronteira militarizada e intransitável até então vigente. Para ele, agora as fronteiras não representam mais barreiras intransponíveis, rendendo-se aos fluxos de mercadorias, pessoas e ideias em um mercado comum cada vez mais polivalente.

Na perspectiva teórica de Grimson (2000b), os limites nacionais atinentes às fronteiras não devem ser desprezados. Para ele, “a fronteira é algo em contínuo movimento de adequação, readequação e reconfiguração, onde as realidades são dinamicamente condicionadas e intrinsecamente associadas ao contexto histórico dos quais são tributárias.” (NASCIMENTO, 2012, p. 23). Desse modo, para Grimson, a fronteira constitui-se como uma “línea base de la producción de diacríticos más que un resultado de alguna objetividad cultural previa.” (2000b, p. 31).

Foucher (2009) concebe as fronteiras como arcabouços estruturais e elementares dentro de um espaço delimitado. Para ele, a fronteira tem a função de incerteza e descontinuidade de

cunho geopolítico, além de delimitar os registros socioespaciais, simbólicos e socioculturais. Registros que se expressam nas frestas do real, no intrincado exercício do poder por parte do Estado, no constructo simbólico e imagético que identifica uma região em relação à outra.

Assim, é forçoso reconhecer o fato de que as definições acerca da categoria fronteira não se restringem aos marcos geográficos, socialmente construídos para circunscrevê-las. A fronteira é múltipla e multifacetada, composta por inúmeros e, por vezes, intangíveis e ininteligíveis aspectos e fatores diferentes. Oscila entre civilização e barbárie; entre espaço e tempo; entre diversas e divergentes formas de conceber o mundo; enfim, para além do aspecto geográfico, a fronteira é, sobretudo, fronteira do humano (MARTINS, 2009).

2.2 Sob o prisma da antropologia: fronteira, cultura e sociedade

No campo da antropologia, se desde muitas décadas a temática da fronteira desperta a atenção de seus pensadores, é a partir do final do século XX e início do século XXI, com o advento da chamada globalização e dos processos a ela associados – tais como a migração intensa, a ampliação das zonas de contato e, em contrapartida, as imposições de barreiras territoriais e identitárias – que o tema ganha destaque e inspira um volume crescente de investigações. Dentre os investigadores desse período destacam-se Donnan e Wilson (1994; 1999), Alvarez Júnior (1995), Thomassen (1996), Richard W. Slatta (1997; 1998) dentre outros que deram início a um processo de gestação de um subcampo produtivo que ficou conhecido como *Antropologia das Fronteiras*. Esse novo subcampo abordava as maneiras em que as fronteiras nacionais afetavam as populações locais, e como as pessoas nessas áreas eram influenciadas pelo discurso direto de um Estado em formação (DONNAN; WILSON, 1994).

As investigações de caráter científico orientaram-se para a sondagem e interpretação das microrrelações e dos intercâmbios econômicos e socioculturais existentes, cuja gênese deve-se aos constantes trânsitos entre as fronteiras. Desse modo, além das trocas de bens, pessoas e símbolos, havia a preocupação quanto à identificação do papel dos territórios e das populações periféricos na construção do Estado e da nacionalidade, que antes se restringiam às zonas consideradas centrais (BANDUCCI JÚNIOR, 2011).

A antropologia assim concebida guarda em si uma relevância singular, assumindo papel importante no que tange às preocupações temáticas das ciências sociais. Essa antropologia das fronteiras se notabiliza pela preocupação teórico-metodológica que a particulariza: os arranjos

e negociações que as questões identitárias ensejam em locais em que se espera que a identidade se manifeste tão somente como problema (DONNAN; WILSON, 1994).

De acordo com Machado (2009), a questão da fronteira tem despertado – enquanto um tema relevante da pesquisa antropológica – uma série de análises que tem como objeto os processos migratórios. O interesse oscila entre as referências a espaços fronteiriços ou como metáforas para processos que ocorrem às margens, nesse sentido uma *antropologia da margem*. Por uma antropologia da margem, o autor entende os processos que têm suas dinâmicas matizadas pelo exame meticuloso de hibridizações e/ou miscigenações.

Para Machado (2009), o caminho consiste na avaliação dos deslocamentos havidos nas análises que têm os processos de interculturalidade como objeto, notadamente em contextos de fronteira matizados pela geopolítica. O que Machado propõe é a investigação científica dos processos de hibridizações e mestiçagens em contextos em que o caráter geopolítico, ainda que existente, não influencie e/ou determine tais processos.

Grimson (2003) assevera que a perspectiva contemporânea, que conduz e promove essas pesquisas, intenta empreender um exame que vise entender como as negociações identitárias nas fronteiras afetam a construção de novos sentidos da nacionalidade e, inversamente, como as novas políticas definidas desde os centros político-econômicos transformam a vida cotidiana e a experiência das populações locais. É nesse aspecto que, segundo Banducci Júnior (2011), ao enfatizar a relevância do estudo da fronteira, Sahlins (2000) põe em relevo sua colaboração no sentido de desvelar a relevância do papel que as populações locais desempenham – como agentes e atores históricos – na construção de identidades e territórios.

A fronteira, e as concepções que dela emanam, tem contribuído sobremaneira no que diz respeito à elaboração de explicações atinentes aos processos culturais contemporâneos, principalmente aquelas explicações que guardam intrínseca relação com os fenômenos que dizem respeito aos aspectos econômicos e simbólicos do que se convencionou denominar de globalização. Em que pese essa constatação, nota-se, ainda, por parte de pesquisadores vinculados às universidades e por parte dos representantes institucionais dos governos o emprego obscuro da categoria fronteira. Tal obscuridade em relação ao conceito de fronteira pode ser facilmente constatada em breve exame da retórica diplomática adotada pelos prepostos dos Estados, bem como em ensaios e estudos culturais de cunho acadêmicos (GRIMSON, 2000).

Grimson (2000) localiza na categoria da duplicidade uma das características mais marcantes do conceito, constituindo-se – ao mesmo tempo – em um objeto/conceito e um conceito/metáfora; ou seja, flutua entre a materialidade da fronteira física constante dos mapas

e tratados e entre as inegáveis influências e trocas culturais e simbólicas que ocorrem entre os povos que habitam as fronteiras.

Dessa maneira, a fronteira é cindida em fronteiras físicas, marcadas pelos territórios; e fronteiras culturais, cujo enfoque repousa no domínio dos fenômenos simbólicos. Essa divisão só reforça o entendimento de que os limites entre as definições de políticas públicas a cargo dos Estados e o efetivo exercício identitário dos membros das nações⁷ na tentativa de fazer cumprir essas políticas configuram concepções de limites calcadas no espaço físico, mas que guardam em sua essência uma gama diversificada de outros sentidos, nem sempre facilmente verbalizados e/ou percebidos (GRIMSON, 2000).

Desse modo, a fronteira – em seus aspectos históricos – se apresenta tanto para a comunidade local, geograficamente considerada, quanto para um tipo de antropologia que considera, em suas análises e investigações, a relação entre Estado, nação, território e identificações (GRIMSON, 2003, p. 20). Sem tais imbricações, é impossível a elaboração eficiente de diagnósticos que ambicionem dar explicações sobre as inúmeras situações que as fronteiras podem gerar.

As fronteiras políticas têm variados sentidos construídos pelas populações locais que vivenciam a experiência das travessias e dos controles estatais, como observado por Leach (1996) no ensaio sobre os Sistemas Políticos da Alta Birmânia, em que analisava os fluxos intensos entre culturas; problematizando a concepção tradicional de fronteiras políticas. Leach, no trabalho mencionado, analisou a interpenetração dinâmica de culturas por meio de vários prismas, tais como a natureza política, ecológica, econômica e de parentesco (HANNERZ, 1997).

Ainda na esteira das clássicas contribuições da Antropologia aos estudos de fronteira, destaca-se também a pesquisa etnográfica levada a cabo no Norte da Itália por Cole e Wolf (1974). O trabalho em questão teve como lugar de realização dois povoamentos situados na região supracitada. Esses aldeamentos eram divididos – à época da elaboração do estudo – por uma linha demarcatória distrital, mas outrora – até 1919 – estavam institucionalmente divididos por uma delimitação de fronteira internacional. Os pesquisadores debruçaram-se sobre a vida cotidiana dos dois vilarejos, inventariando as ocorrências socioculturais que amiúde se davam

⁷ Um Estado se caracteriza pelo conjunto de instituições que exerce controle sobre a organização e administração de uma nação ou país, geralmente por meio do seu ordenamento jurídico, sendo assim uma definição de ordem jurídica. Uma nação define-se também pelo conjunto de características, tais como cultura, tradições, costumes, entre outros fatores que conformam e congregam os indivíduos entorno de uma identidade pela qual se identificam e se reconhecem como partes de um grupo. As nações antecedem o Estado e se configuram por meio de aspectos mais subjetivos e humanos. Cf.: BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO. **Dicionário de Política**. 2000. *Verbetes Estado*, V. 1, A – J, p. 401-431. *Verbetes Nação*, V. 2, L – Z, p. 795-799.

a conhecer através da dinâmica das diferenças culturais e nacionais que cada grupo manejava a seu favor, dependendo sempre das circunstâncias que cada situação lhes impunha (AMANTE, 2014).

No que tange à origem do subcampo da Antropologia denominado antropologia da fronteira, Amante (2014) assevera que as pesquisas de Cole e Wolf realizadas na Itália em 1974 foram, guardadas as devidas proporções, precursoras do subcampo em tela. Acredita ainda que os estudos dos autores mencionados inauguram “[...] uma tendência de pesquisa que será das mais importantes a partir dos anos 90: desmaterialização e persistência, fronteiras materiais e fronteiras mentais, políticas e culturais.” (AMANTE, 2014, p. 418).

Vila (2003), a exemplo de Grimson (2003) e Hannerz (1997), também é defensor de uma abordagem de cunho holístico que tenha por objeto a compreensão das múltiplas e multifacetadas faces da fronteira. Não acredita que a análise dos problemas de ordem econômica e social possa ser alijada dos esforços envidados no sentido de construir conhecimentos que ofereçam diagnósticos, e quiçá, prognósticos, acerca das contradições, conflitos, e deslocamentos de identidade no contexto das populações de fronteira. Até porque, segundo o autor, muitos dos problemas mencionados são gestados no cerne desse contexto, onde estariam imbricados todos os elementos listados: o social, o econômico, o político, o cultural. Assim, de acordo com Rosaldo (1993), a interpretação literal dos fenômenos socioculturais que envolvem as fronteiras implica, também, em uma análise do teatro social e das dimensões simbólicas a ele associadas.

Problematizando as injunções políticas a respeito do conceito de fronteira, e abordando o caráter cultural dinâmico das regiões em contato, Albuquerque (2009) acredita que existem muitos sentidos construídos a respeito das fronteiras políticas. Esses sentidos e interpretações são produtos da vivência e da experiência daqueles que sofrem diretamente as injunções impostas pelo controle estatal, especificamente no tocante à questão das travessias entre os limites estabelecidos.

Desse modo, na perspectiva das populações fronteiriças, outras fronteiras socioculturais são estruturadas por intermédio das relações de caráter comercial; familiar; afetivas (namoro, casamento, amizade), conexões que extrapolam os limites políticos. Essas fronteiras não estão engessadas, nem tampouco são inescrutáveis. Não sendo estagnadas, encontram-se em movimento contínuo de reconstrução de seus sentidos, de redefinição e negociação de seus papéis políticos; econômicos; socioculturais e outros tantos que porventura se deem a conhecer (NASCIMENTO, 2012).

Corroborando a supracitada análise de Albuquerque, Pesavento (2002) observa que a fronteira é, em si mesma, trânsito e passagem, extrapolando dessa maneira as divisas que ela mesma concebe. Transcendendo tais limites, ela promove o surgimento do novo, do desconhecido e do diferente – o que só é possível diante das situações de contato, de mescla, de intercâmbio, de hibridações e da mestiçagem cultural e étnica. Para a autora, as fronteiras – em que pese as suas delimitações físicas ou naturais – são, eminentemente, simbólicas. Concorde com a noção geográfica que lhes atribui referências físicas e espaciais; representadas nos marcos e demais sinais de demarcação. No entanto, para ela, os marcos não passam de referência mental que orientam a percepção da realidade; ou, ainda, “produtos desta capacidade mágica de representar o mundo por um mundo paralelo de sinais por meio dos quais os homens percebem e qualificam a si mesmos, ao corpo social, ao espaço e ao próprio tempo” (PESAVENTO, 2002, p. 35).

2.3 O sistema de saúde paraguaio e brasileiro: breves considerações

2.3.1 O sistema de saúde paraguaio: público, pero no mucho!

Antes da chegada dos colonizadores as populações ameríndias do Paraguai, a exemplo de outros povos originários, resolviam os problemas relativos às doenças por meio de suas tradições e conhecimentos, tendo como principal os chamados pajés ou xamãs. Durante o período colonial os serviços de saúde no Paraguai estiveram a cargo dos missionários jesuítas (1641 a 1807), que juntamente com sua filantropia e ideologia catequizadora introduziram também a medicina alopática da época; e da Junta de Beneficência Pública, entidade formada e mantida por figuras abastadas da sociedade da época (FLECK, 2014).

Com a Independência do Paraguai – em 14 de maio de 1811, ratificada pelo congresso em 1813 – e sob o comando do Dr. Gaspar Rodríguez de Francia a saúde pública no Paraguai passou a ser vinculada ao *Cabildo o Ayuntamiento*. No governo de Francia (1814-1840) criou-se – em 1819 – o Departamento de Sanidade Militar, cujo objetivo era adotar políticas de higienização e saúde que pudessem combater enfermidades que acometessem as tropas. Após a morte de Francia assume o poder Don Carlos Antonio López, que fortaleceu a saúde pública do país implementando as campanhas de vacinação para a população, processo que contou com o auxílio técnico-profissional de médicos europeus contratados pelo governo (LÉON; RAMIREZ DE ROJAS, 2018).

Após a Guerra da Tríplice Aliança, o governo provisório criou o Conselho de Medicina e Higiene Pública para tentar debelar o caos que se instalara na saúde do país do pós-guerra. O papel do recém-instituído Conselho era promover a saúde pública e zelar pela higiene; atender os contingentes enfermos e controlar o exercício profissional da prática da medicina e outras ciências relativas aos cuidados humanos. Como os problemas eram muitos e diversificados, o governo criou a Comissão Nacional de Assistência e Beneficência Social, subordinada ao Ministério do Interior. Essa Comissão ficou responsável pela organização sanitária no país, tanto públicas quanto privadas, passando com a promulgação da Lei 153/15, de 15 de setembro de 1915, a ser denominada de Departamento Nacional de Higiene (LÉON; RAMIREZ DE ROJAS, 2018).

Durante o governo de Rafael Franco (1936-1937) foi instituído o Ministério de Saúde Pública do Paraguai, por meio da expedição do Decreto Lei N° 2.000/36 de 15/06/1936, tendo sido constituído outro documento – Decreto Lei N° 2.001/36 – para viabilizar a composição logística e as atividades inerentes à Secretaria do Estado. No período que antecedeu a criação do Ministério, os serviços de saúde ficavam sob a responsabilidade do Ministério do Interior que, em razão dos inúmeros problemas de saúde ocorridos devido à Guerra do Chaco (1932-1935), e as consequentes mazelas sanitárias decorrentes do conflito, o governo de Rafael Franco se viu obrigado pelas circunstâncias a criar o Ministerio de Salud Publica para fazer frente às necessidades de atendimento à população (DOKKO, 2014; PARAGUAY, 2019).

Os governos que sucederam o governo de Rafael Franco⁸ até o golpe militar que implantou a ditadura de Alfredo Stroesser (1954-1989) no Paraguai, não realizaram avanços nas políticas de saúde do país. Isso ocorreu porque os partidos Colorado e Liberal, que se revezaram no comando do Paraguai nesses períodos, se perderam em disputas externas e internas pelo poder e negligenciaram os reais interesses da nação paraguaia; o que provocou instabilidade político-institucional e pífio desenvolvimento socioeconômico do país (CERES, 2000).

O problema relativo ao descaso com a saúde continuou no período ditatorial de Alfredo Stroessner (1954-1989). Durante a ditadura, o governo foi marcado pela corrupção desenfrada nos aparelhos de Estado, pela violação dos direitos humanos e pelos privilégios orçamentários destinados aos gastos com militares, desde insumos básicos até a manutenção das benesses de

⁸ Felix Paiva (1937-1939), José Félix Estigarribia (1939-1940), Higinio Moríngio (1940-1948), Juan Manoel Frutos (1948-1948), Juan Natalicio González (1948-1949), Raimundo Rolón (1949-1949), Felipe Molas López (1949-1949), Frederico Chaves (1949-1954), Tomás Romero Pereira (1954-1954) e o governo ditatorial de Alfredo Stroessner (1954-1989). Cf.: CROCETTI, S. **Diccionario político del Paraguay**. Asunción: Promociones Culturales, 1997.

militares de alta patente até as inúmeras vantagens à corporação. Nesse cenário, não houve mudanças em vários setores da sociedade paraguaia, como saúde e educação, por exemplo (CERES, 2000; LEWIS, 1980).

O governo do general Andrés Rodríguez Pedotti (1989-1993), que tomou o poder por meio de golpe militar, não trouxe mudanças imediatas ao setor da saúde do Paraguai. Não obstante, apesar do passado de Pedotti, ex-aliado de Stroessner, foi no seu governo que foi instituída a Constituição Nacional de 1992, importante marco na defesa dos direitos atinentes à saúde naquele país (TELESCA, 2010).

No governo de Juan Carlos Wasmosy (1993-1998) o Decreto Lei N° 2.001/36 foi revogado, dando lugar ao Decreto N° 21.376/98, que instituía a nova conformação estrutural e as novas diretrizes do Ministério de Saúde e Bem-Estar Social, conformação esta alicerçada nos princípios da Constituição Nacional de 1992 e do desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. No decreto de 1998, norteava a preocupação do Estado paraguaio a saúde humana e ambiental e o bem-estar social, categorias que o Ministério da Saúde Pública deveria atender de maneira eficiente, atendendo ao disposto no artigo 68 da Constituição do Paraguai (DOKKO, 2014; PARAGUAI, 2008; ROLON, 2010).

O Sistema de Saúde do Paraguai é constituído por instituições oriundas das esferas pública e privada, sendo que é possível encontrar instituições que aglutinam as duas modalidades de serviço. Na esfera pública, a representação está a cargo do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), do Instituto de Previdência Social (IPS), da Saúde Militar, da Saúde Policial, da Universidade Nacional de Assunção e pelos serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá (ALUM; BEJARANO, 2011; VALENTIM; SILVA, 2006).

A estrutura organizacional do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) tem sua conformação instituída e comandada pelo poder executivo, tendo sua atuação voltada especificamente à melhoria progressiva da saúde; à elaboração de medidas que previnam a emergência ou reemergência de doenças aos processos referentes à reabilitação (VALENTIM, SILVA, 2006). O objetivo primordial do MSPyBS é ofertar serviços de saúde aos seus 17 Departamentos, incluindo Pedro Juan Caballero, Departamento de Amambay, e à capital do país, Assunção; tendo como missão “Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud.” (PARAGUAY, 2019, p. 1).

Os custos demandados pelas ações do MSPyBS são financiados por meio de várias fontes de receita, como o próprio tesouro público, os dividendos obtidos pela exploração da venda de energia elétrica oriunda da Central Hidroelétrica de Itaipu, os fundos econômicos derivados da administração dos bens pertencentes aos estabelecimentos de saúde do Ministério, as quantias obtidas através dos sistemas de crédito externo, dentre outras tantas formas de renda (DOKKO, 2014; WARREN, 2008).

O Instituto de Previsión Social (IPS), que também oferta serviços médicos e hospitalares, é um serviço público sob a égide da Presidência da República, através do Ministério Paraguaio, criado tendo como base o artigo 53 da Ley 20.255, que trata da reforma do sistema previdenciário do Paraguai. A descentralização e a personalidade jurídica de patrimônio próprio são as características da instituição. Trata-se de uma instituição que organiza seguro social de forma cooperativa, tendo como público principal veteranos da Guerra do Chaco e seus dependentes; professores, empregados do comércio, trabalhadores em fazendas, trabalhadores domésticos em Assunção e funcionários de autarquias (PARAGUAY, 2017).

A Cruz Vermelha Paraguaia, o Hospital da Universidade Católica Nossa Senhora da Assunção e o referido Instituto de Previdência Social (IPS) estão circunscritos à esfera paraestatal, sendo também consideradas instituições mistas. Tais instituições são financiadas por entidades privadas sem fins lucrativos e as despesas com funcionários são custeadas pelo MSPyBS. No subsetor privado, o serviço é ofertado através de instituições tanto lucrativas quanto não lucrativas, tais como clínicas, laboratórios, hospitais, serviços de emergência; além de empresas pré-pagas e seguradoras e pagamentos feitos diretamente pelo usuário. Sua estrutura é composta também por universidades privadas dotadas de hospitais-escola e organizações não governamentais (BRANDÃO *et al.*, 2013; VALENTIM, SILVA, 2006).

O setor público e os serviços de saúde militar e policial são responsáveis pelo atendimento de cerca de 50% do contingente populacional paraguaio, ainda que tenham restrições, privilegiando certos grupos em detrimento da população em geral. A assistência dada pelas Forças Armadas, por exemplo, restringe-se somente aos militares ativos ou aposentados, bem como a seus respectivos familiares. Possuem estabelecimentos de saúde próprios, com instalações de boa qualidade e ampla oferta de serviços, tendo sua cobertura atingindo áreas nas quais estão ausentes os serviços assistenciais públicos e mesmo os privados, presente inclusive em regiões nas quais não existem centros assistenciais públicos ou privados. Os serviços prestados pela Universidade Nacional de Assunção, no que diz respeito à saúde, têm seus custos subsidiados, em parte, pelo Estado (WINTER, 2009).

Devido à descentralização do sistema de saúde paraguaio, alguns serviços são prestados em postos e unidades de saúde, sendo que algumas empresas estatais preferem assumir a responsabilidade pelo serviço de saúde prestados aos seus funcionários, serviços esses prestados em instalações pertencentes às próprias empresas e por elas custeadas (VALENTIM; SILVA, 2006).

Apesar de ter como pressuposto o atendimento integral e universal à sua população, o sistema público de saúde paraguaio privilegia o atendimento ao contingente populacional economicamente integrado, contingente este que se localiza mais na região metropolitana de Assunção, capital do país. A região em questão contabiliza aproximadamente dois milhões de habitantes, subdivididos espacialmente ao longo de dez municípios, sendo Assunção o que apresenta maior quantidade de residentes, 600.000 habitantes, seguida pelos municípios de San Lorenzo, Luque, Fernando de La Mora, Lambaré e Capiatá (DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS, 2012; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Os serviços estatais, e, portanto, públicos, concentrados em Assunção destinam 80% de seus repasses financeiros para o atendimento de 20% de sua população, o que fragiliza o atendimento ao resto da população paraguaia, que sofre com a baixa cobertura. Essa falha na atenção à saúde, devido à fragmentação e desarticulação dos vários e por vezes divergentes subsetores, deixa 80% da população com uma cobertura de apenas 20% da capacidade de atendimento do Estado paraguaio. A estrutura deficitária do sistema acaba ocasionando limitações expressivas no que diz respeito ao acesso à saúde por parte da população (ALUM; BEJARANO, 2011; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Conforme a Lei nº 1.032 de 1996, a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde em todo o país é do Estado através do setor público, que apesar de uma sensível melhora a partir de 2008 – com a implementação do programa de Atenção Primária à Saúde (APS) –, ainda não atende a contento grande parte de seus nacionais (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012). A melhora da cobertura no acesso aos serviços públicos de saúde a partir de agosto de 2008 se deu, em grande parte, devido a duas medidas adotadas pelo governo daquele país: a eliminação das taxas para prestação de serviços em dependências da rede de serviços do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e a estratégia do Governo de combate à pobreza (BRANDÃO *et al.*, 2013).

No que tange às leis elaboradas e vinculadas aos serviços de saúde no Paraguai, segue abaixo uma tabela informativa sobre a criação das instituições de saúde e as principais medidas legais adotadas pelo Estado paraguaio para estruturar seu sistema de saúde.

Figura 2 - O Sistema de Saúde Paraguaio e os Marcos Regulatórios

Ano	Fatos Relacionados
1936	Criação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (Decreto N° 21.376/98)
1943	Criação do Instituto de Previdência Social (IPS) (Baseado no Artigo 53 da Ley 20.255)
1950	Modificação do decreto de criação do IPS para ampliar os serviços para os assegurados
1980	Instituição do Código Sanitário
1992	Constituição Nacional da República do Paraguai (art. 68 e 69). [Art. 68] - Artículo 68. Del derecho a la salud Legislando sobre a saúde, determinou a obrigatoriedade do Estado na promoção e proteção à saúde, elencando-a como direito fundamental da pessoa e da comunidade (Constitución de la República de Paraguay, 1992). [Art. 69]- Artículo 69. Del sistema nacional de salud Estabeleceu que o Estado promovesse um sistema nacional de saúde que executasse ações sanitárias de forma integrada, com políticas que possibilitassem acordos, coordenação e complementação de programas por meio de recursos oriundos do setor público e privado.
1994	Criação do Instituto Nacional de Saúde
1996	Criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Lei 1.032
1998	Regulamentação da descentralização sanitária
1998	Regulamentação da superintendência de saúde
1999	Reestruturação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
2000-2005	Marco jurídico que regula a administração, a distribuição, o percentual e o tipo de gasto de <i>royalties</i> e compensações por uso de recursos hidráulicos que destina 50% desses recursos para gastos com a saúde nos municípios e estados.
2008-2009	Conselho Nacional de Saúde entrega recursos para administração e distribuição aos Conselhos Locais de Saúde de todo o país, com a resolução de gratuidade universal dos serviços de saúde.

Fonte: Adaptado Ramires-Rojas (2011)

A propósito da menção ao combate à pobreza no Paraguai, os esforços empregados pelo governo de Nicanor Duarte Frutos, presidente do Paraguai de 2003 a 2008, foram – e estão sendo – imprescindíveis para a melhoria do acesso à saúde naquele país. Com a criação do programa de transferência de renda Tekoporã (Estar bem, em guarani), foi possível diminuir – ainda que de maneira tênue, mas significativa – os índices de pobreza em grande parte do país. O objetivo primordial do programa é interromper o ciclo reprodutivo da pobreza, utilizando como estratégia de ação aportes financeiros que viabilizem oportunidades e contingências que condicionem o acesso a outros direitos sociais às famílias beneficiadas (RIBAS; HIRATA; SOARES, 2010; PASE; MELO, 2017).

A desorganização do setor de saúde no Paraguai, incluídos o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e o Instituto de Previdência Social, é o principal problema relacionado ao acesso aos serviços de saúde no país. Ainda que longe do ideal, de 2007 a 2010 houve um considerável incremento na realização de consultas, em todas as áreas, feitas pelo setor público, notadamente as relacionadas ao pré-natal e as odontológicas. Infelizmente, o mesmo êxito não foi obtido no tratamento ofertado aos diversos grupos indígenas autóctones do Paraguai, sendo que, do total da população, apenas 12,2% eram beneficiários do seguro saúde (BRANDÃO *et al.*, 2013; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No Paraguai, a responsabilidade pela saúde pública sempre esteve a cargo do MSyBS, sendo estruturada tendo duas áreas como bases norteadoras: Ciclo de Vida e Agravos ou Fatores de Risco. Na primeira, circunscreve-se a atenção à saúde aos membros dos grupos listados nas categorias infância, mulher, adolescência e idosos. Na grande área denominada de Agravos ou Fatores de Risco, são objeto de atenção enfermidades como hanseníase, AIDS, tuberculose, afecções imunopreveníveis, hipertensão, neoplasias malignas, dentre outras tantas que possam ser entendidas como alterações do quadro clínico de saúde dos indivíduos. Apesar de ser responsabilidade do Estado, os processos engendrados para debelar doenças emergentes, reemergentes ou sazonais contam com a participação de organizações não governamentais⁹ que, diante da condição de oferta de serviços de saúde no Paraguai, são de extrema importância na elaboração e condução de muitos dos programas de saúde naquele país (ALUM, BEJARANO, 2011; BRANDÃO *et al.*, 2013; PARAGUAY, 2005).

Figura 3 – Sistema de Saúde Paraguaio

Subsistemas	Estatual		Misto	Privado	
Aspectos Operativos	MSPBS e Hospitais Universitários	Saúde dos Militares e dos Policiais	IPS e Cruz Vermelha	Seguros privados	Serviços Privados
População	População geral; indigentes,	Militares e Policiais, grupos familiares	Trabalhadores dependentes e independentes,	Trabalhadores ativos, dependentes e	Particular

⁹ Algumas das Organizações Não Governamentais que atual no Paraguai: Cruz Roja Paraguaya, uma das mais antigas e longevas ONGs do país, fundada em 1919; Fundação Dequeni, ONG responsável pela coleta e destinação dos recursos obtidos para os setores carentes do Paraguai, inclusive a Saúde; Pronasida - Dep de Atención Médica; Equidad - ONG PVHS; Fundación Vencer; PROMESA; ONG Parto Humanizado, Cf.: Organización Panamericana de la Salud. **Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay:** Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma Washington D.C.: OPS, 2008. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18388/PerfilSS.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Acesso em: 12 nov. 2019.

	desempregados e familiares.	com pagamento direto.	e seus grupos familiares	independentes, particulares.	
Fonte de financiamento	Impostos e contribuições	Impostos e contribuições	Pagamento de contribuição previdenciária pelo trabalhador	Pagamento por trabalhadores, pagamento direto pelo usuário.	Contribuição privada paga pelo usuário
Administração do financiamento	Estado	Estado	IPS	Privado	Privado
Benefícios	Ações de promoção e de proteção da saúde da população. Ações de recuperação e reabilitação	Ações de promoção e de proteção limitada para a população militar e policial. Ações de recuperação e reabilitação	Ações de recuperação, cuidados médicos e reabilitação. Subsídios por acidentes, licenças médicas. Medicamento	Ações de recuperação e de reabilitação	Ações de recuperação e de reabilitação

Fonte: Adaptado de OPAS, 2008

O sistema de saúde paraguaio apresenta outros problemas graves de gestão, principalmente no que diz respeito ao controle das informações, tais como os processos relativos à coleta, processamento e análise; a destinação igualitária das forças de trabalho disponíveis no território; a efetiva e real realização dos objetivos estabelecidos nas diretrizes políticas de pessoal; a atualização tecnológica dos dispositivos hospitalares; e a evolução de medidas estatais e administrativas que visem à manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (BRANDÃO *et al.*, 2013).

De acordo com Alum e Bejarano (2011) e Brandão *et al.* (2013), o plano de governo instituído em 2008 tinha como principal objetivo romper com o sistema de saúde que imperava no Paraguai há 60 anos, caracterizado pela desigualdade social e, notadamente, no setor de saúde. A proposta tinha por objetivo criar um Sistema nacional de Saúde solidário a partir de uma noção filosófica que tinha como pressuposto a universalidade, a integralidade e a equidade como diretrizes.

Com a denominação de “Plano Nacional de Crescimento Econômico com Equidade”, a proposta reconhecia

[...] a transcendência do setor saúde e a necessidade de aumentar sua cobertura e impacto, em consideração aos que têm sido identificados como fatores desfavoráveis

que impedem o desenvolvimento nacional e dificultam a integração competitiva no contexto do MERCOSUR. Na maioria dos casos, as reformas setoriais em saúde estiveram orientadas basicamente às mudanças estruturais, financeiras e organizacionais na prestação dos serviços, descuidando-se da ideia de saúde como uma responsabilidade social e estatal na construção de entornos saudáveis, criação de inteligência sanitária, garantia do atendimento e intervenções sobre riscos e danos à saúde coletiva (BRANDÃO *et al.*, 2013, p. 17).

Com a implementação desse programa em 2008, os esforços no setor da saúde foram dirigidos para possibilitar a existência de um sistema de saúde que privilegiasse a atenção primária em saúde. Para efetivar as propostas do programa, foram introduzidas estruturas que tinham por base a elaboração de unidades de saúde da família, em áreas geográficas determinadas, unidades estas que envolviam equipes multidisciplinares nas quais constavam profissionais como médicos de várias especialidades; enfermeiros, agentes comunitários, psicólogos e odontólogos que trabalhavam diretamente com as comunidades (RAMIRES-ROJAS, 2011).

O programa, nesse formato, se caracterizava pela inter-relação e cooperação técnica entre Brasil e Paraguai em um esforço conjunto para viabilizar a implantação do programa saúde da família no Paraguai. Todo esse processo é marcado pelo respeito à interculturalidade e às realidades dos contextos sociais nos quais a ação se dá; promovendo políticas de saúde que guardam entre si uma relação simbiótica cujo objetivo primordial é aperfeiçoar os mecanismos associados direta e indiretamente à melhora da qualidade de vida e da saúde das populações assistidas (ALUM; BEJARANO, 2011).

O Paraguai, em que pesem os esforços realizados no campo da saúde, padece ainda de vários problemas não resolvidos relacionados à saúde pública, dentre os quais é possível citar a questão da sífilis congênita; o câncer cervicouterino (VIVEROS, 2017); as altas taxas de mortalidade materna (VILLAR *et al.*, 2006); as epidemias de dengue e a indisponibilidade de sangue seguro. As maiores causas de óbitos vinculam-se a doenças crônicas não transmissíveis, conforme a Pan American Health Organization (2012, p. 5)

As doenças não transmissíveis ocasionaram no Paraguai a maior parte das mortes (estão incluídos nesse grupo: Tumores malignos, outros tumores, diabetes mellitus, outras doenças endócrinas, metabólicas, hematológicas e imunológicas, transtornos mentais e doenças do sistema nervoso, doenças dos órgãos dos sentidos, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças digestivas, doenças da pele, doenças do sistema musculoesquelético, anomalias congênitas e doenças dentais).

Esses problemas e sua recorrência no Paraguai se devem, em grande parte, ao descaso das autoridades daquele país no que tange às políticas públicas voltadas à saúde da população. As políticas públicas existentes carecem de solidez, especificamente – mas não só – no que diz respeito aos recursos humanos (ALUM; BEJARANO, 2011). O resultado do descaso com a saúde pública no Paraguai, sob a égide de um sistema de saúde caracterizado pela exclusão, pode ser verificado na falibilidade e precariedade do acesso aos serviços de saúde de qualidade, o que, por sua vez, agrava as condicionantes e determinantes de uma gama considerável de problemas de saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012; VIVEROS, 2017).

O Paraguai tem realizado esforços no sentido de melhorar o acesso aos serviços de saúde para seus cidadãos, desenvolvendo, para tanto, parcerias com outras nações para viabilizar a construção de melhores condições de atendimento e oferta de medicamentos e serviços. Essa empreitada iniciou-se em 2008 com o Plano Nacional de Crescimento Econômico com Equidade, projeto que objetiva garantir gratuidade e acesso à saúde à população paraguaia historicamente desassistida nesse setor (AGUSTINI, NOGUEIRA, 2010; BRANDÃO *et al.*, 2013).

Como parte dos esforços na tentativa de evitar a reinserção de doenças já eliminadas na região das Américas, a exemplo do sarampo, poliomielite e da rubéola, os Estados do Mercosul Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Chile assinaram em 2018 três acordos para potencializar as políticas públicas de saúde e vigilância, incluindo nessas medidas ações que tenham as fronteiras os migrantes como preocupação principal no que diz respeito ao controle de doenças transmissíveis. Os acordos foram assinados em Assunção, capital do Paraguai, demonstrando o interesse das autoridades daquele país na resolução dos problemas de saúde (BOGAZ, 2018).

Contudo, o país enfrenta vários desafios associados à manutenção e desenvolvimento desses programas, tais como vencer as barreiras que impossibilitam “[...] a participação intersetorial e comunitária no processo decisório sobre saúde, levando em conta os determinantes sociais”; propiciar, de forma equânime, a “participação social plena da população” e buscar recursos econômicos que possam “garantir um orçamento suficiente para realizar as mudanças estruturais necessárias à saúde pública do século XXI.” (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 7).

2.4 O Sistema de Saúde Brasileiro/SUS

Historicamente, os cuidados com a saúde no Brasil desde o descobrimento até o início da chamada “República Velha” ficaram a cargo das redes de filantropia, notadamente aquele tipo de filantropia religiosa, cuja categoria por excelência era a caridade, não totalmente isenta de outros interesses. Concomitante às ações filantrópicas, o Estado também desenvolvia mecanismos de combate aos problemas de saúde de caráter mais urgente e coletivo, como os casos de epidemias, tratadas com vacinação e prevenção por meio de saneamento básico (CARVALHO, 2013).

Ainda de acordo com Carvalho (2013), à época era também preocupação do Estado questões atinentes a algumas moléstias com as quais não havia um cuidado mais específico, como os casos de doença mental, de hanseníase, de tuberculose dentre outras. A atenção voltada para o atendimento às emergências e às internações gerais só se deu tempos depois, no entanto, marcadas pela desarticulação entre as instituições.

À semelhança do Paraguai, o Brasil não apresentava, até 1975, uma organização sistemática no setor de saúde, sendo, como seu vizinho, caracterizado também pela desorganização. Isso porque, de acordo com Severo, Cunha e Ros (2007), a década de 1970 foi palco de diversos problemas socioeconômicos no Brasil, aumento desmesurado das já abissais desigualdades sociais, fato que se refletia na maior deterioração das precárias condições de vida e de acesso à saúde da população; e agravava a sua histórica insatisfação com o tratamento que recebia das autoridades instituídas.

A partir de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), (Lei nº 6.229¹⁰, de 17 de julho de 1975), sob a égide do Ministério da Saúde e com o objetivo de promover bem-estar social, tendo como conceitos norteadores a universalidade e a equidade. Suas ações eram dirigidas no sentido de dar respostas aos interesses da coletividade, portanto, agindo de forma estratégica nas esferas legal e burocrática. Ao Ministério da Previdência restava a responsabilidade pelos serviços voltados ao atendimento individualizado (PAULOS JÚNIOR; CARDONI JÚNIOR, 2006; BRASIL, 1975).

No entanto, a criação do SNS não acabou de vez com a desarticulação que particularizava a saúde àquela época. Para auxiliar no processo de regulamentação do Sistema Nacional de Saúde foi instituído em 1977 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINAPS). Apesar dos esforços para melhorar a prestação de serviços e agilizar os atendimentos, a desarticulação do sistema ainda era muito presente, sendo que somente aqueles trabalhadores que contribuía efetivamente com o Sistema Nacional de Previdências poderiam

¹⁰ Revogada pela Lei nº. 8.080, 1990 (BRASIL, 1990).

obter assistência médica hospitalar de forma individualizada; e no campo da saúde coletiva, as ações voltadas ao atendimento eram consideradas como ação de todos, o que deixava patente que, além da ausência de integração de atendimentos, o sistema se ressentia ainda de unificação destes atendimentos (PAULOS JÚNIOR; CARDONI JÚNIOR, 2006).

Na década de 1980 teve início uma tentativa de resolver a desintegração existente na rede pública de saúde, para tanto foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social /INAMPS, cujo objetivo primordial era a dissolução das diferenças de clientela. Dentre as atribuições do INAMPS, sendo umas das autarquias do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), competia do ponto de vista legal a ‘prestação de assistência médica nas modalidades ambulatorial, hospitalar e domiciliar, incluindo a assistência social e de enfermagem’” (OGUISSO, 1984, p. 174).

Contudo, devido à crise financeira pela qual passava a Previdência Social, em 1981 foi instituído, por meio do Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, cuja criação se deu devido à “[...] necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da previdência social com a assistência médica, numa conjuntura de aguda crise financeira do sistema previdenciário.” (PUGIN; NASCIMENTO, 1996). Em outras palavras, sua atribuição principal era elaborar e coordenar um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que tivesse como pauta norteadora propostas da Reforma Sanitária (BRASIL, 1981). Assim, a Consultoria, Assessoramento e Planejamento em Saúde/CONAPS implementou dois programas de saúde: o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAULOS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006)

Cinco anos depois, em 1986, realizou-se entre 17 a 21 de março a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que deu início às discussões e deliberações necessárias às transformações que o sistema de saúde brasileiro precisava. No cerne dessas mudanças, emergiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cuja atuação ao longo dos anos seguintes foi imprescindível no fortalecimento do processo de descentralização e universalização do País (BRASIL, 2002). Uma das medidas mais salutar no que tange à Conferência de 1986 foi o assentimento dos partícipes sobre a necessidade de se criar um Sistema Único de Saúde, desvinculado da Previdência e construído sobre uma nova estrutura institucional, na qual os princípios norteadores eram a “universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária” (SOUZA, 2012, p. 216).

Em 1988, a Constituição Federal de 1988 – instituída naquele ano – deliberou pela aprovação da criação do Sistema Único de Saúde/SUS, reconhecendo em seu texto, por meio do artigo 196, a saúde como direito garantido pelo Estado: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Outros dispositivos, constantes do mesmo texto constitucional, como o Art. 6º, aborda os direitos relativos ao atendimento àqueles desamparados, considerando tais prerrogativas como direitos sociais. No que respeita à definição do SUS, o Art. 198 da Constituição Federal assevera que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (BRASIL, 1988, p. 117).

Em verdade, o Sistema Único de Saúde/SUS nasceu com a Constituição Federal de 1988, como parte dos desdobramentos das discussões e deliberações que se gestaram nas esferas de negociação nas quais o pensamento democrático era a base estruturante. Não obstante, o SUS não surgiu de repente, como em um passe de mágica, tendo sido constituído ao longo dos anos, através de várias fases [Tabela 2]; e emergiu em 1988, não sem o auxílio imprescindível de diversos parlamentares, muitos deles membros do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), como é o caso dos deputados federais Eduardo Jorge; Carlos Mosconi; Elias Murad e Sergio Arouca, este último imprescindível à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2009; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

O Movimento da Reforma Sanitária emergiu no cenário da saúde brasileira na década de 1970, insurgindo-se contra as desigualdades abissais no processo de acesso aos serviços de saúde no País. Exigia a democratização do acesso à saúde nos mesmos moldes dos serviços prestados aos mais ricos. O Movimento se deu em um processo pelo qual o Brasil passava, em que a sociedade brasileira – diante da repressão da Ditadura Militar – se mobilizava para redemocratizar o País. Nesse contexto, o Movimento da Reforma Sanitária aliou-se às ações

políticas que buscavam a construção de uma sociedade inclusiva, solidária, em que a saúde se configurasse como um direito universal de cidadania (PAIM, 2007).

Ao longo da década de 1970, o Brasil sofreu diversas influências de governos sociais-democratas de países europeus, que buscavam promover uma reestruturação da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido escolhido por pleito para presidir a instituição o médico dinamarquês Halfdan T. Mahler (1973-1988). Nessa conjuntura, a OMS organiza em 1977 a XXX Assembleia Mundial da Saúde, evento no qual é instituído o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000. Em setembro de 1978 realiza-se – na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão – a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em que novamente a saúde é defendida como um direito humano fundamental e como um dos objetivos mundiais mais relevantes no sentido de promover a melhores condições de vida e reduzir as desigualdades (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Amarante (1998), Birman (1978) e Machado *et al.* (1987) acreditam que esse itinerário teve forte influência na conjuntura que culminou com o fim do regime militar, a derrocada do chamado “milagre econômico brasileiro” e a emergência e expansão gradativa de um processo democrático ainda carente de aceitação e consolidação. Nesse contexto, o descontentamento da população com as condições socioeconômicas, políticas e trabalhistas vigentes, aliado à fragilidade crescente da censura e de seus mecanismos, colaborou com o reaparecimento de forças políticas oriundas dos movimentos sociais e de partidos políticos – até então alijados do debate e da possibilidade de participação – que clamavam às instâncias políticas no poder a melhoria das condições de vida da população brasileira.

Figura 4 – Momentos históricos, em ordem cronológica, relacionados à construção do SUS

Ano	Fatos Relacionados à Construção do SUS
1970-1980	No fim da década de 1970 e começo dos anos de 1980, o recrudescimento dos problemas sociais, especificamente nos centros urbanos com grande contingente populacional, e o abrandamento do autoritarismo governamental facilitaram a emergência de diversos movimentos de caráter popular e discurso reivindicatório, contexto que propiciou a origem do Movimento da Reforma Sanitária
1974	É instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sendo a ele agregado o sistema previdenciário dos trabalhadores rurais, empregados domésticos e outras categorias de trabalhadores. Lei 6036, de 1.º de maio de 1974, desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social.
1975	Surge o Sistema Nacional de Saúde (criado pela lei 6.229), como corolário das deliberações da V Conferência Nacional de Saúde. Todavia, o sistema recém-criado

	contribuiu, em parte, para a desarticulação da saúde no País, já que separava a assistência à saúde (MPAS) das ações coletivas de saúde (MS)
1977	É criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social/SINPAS (Lei nº 6.439/1977), cujas diretrizes propiciam brechas para ações voltadas à atenção integral na rede pública, compreendendo em suas medidas a participação popular na coordenação do sistema
1978	Realização da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, que expressava a inadiável necessidade de todos os governos, todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, tomarem providências para viabilizar ações de forma igualitária no sentido de promover a saúde de todos os povos do mundo, cuidados na atenção primária para todos, aumento do acesso, participação da comunidade
1979	Acontece o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, fruto dos esforços da Comissão de Saúde da Câmara de Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ CEBES expôs as premissas de projeto no qual o tema era a reorganização do sistema de saúde (à época já denominado de Sistema Único de Saúde)
1980	Realização da VII Conferência Nacional de Saúde Construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS
1986	Sucedese a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada uma referência no que tange aos esforços para melhoria da saúde pública no Brasil, dado seu caráter eminentemente democrático, isto é, preocupada com o acesso à saúde a todos de forma igualitária, livre de quaisquer discriminações.
1988	Construção da base para o texto da Assembleia Nacional Constituinte SUS – Nessa Constituição de 1988 é contemplada de maneira transparente, pela primeira vez, a saúde.

Fonte: Documentos diversos - Dados coletados e compilados pelo autor

A redação final do texto constitucional de 1988, no que diz respeito ao campo da saúde, reflete muitos dos valores defendidos pelo movimento sanitário, dentre os quais podem ser citados: a inter-relação entre índices positivos atinentes à saúde e as consequências socioeconômicas de políticas públicas bem-elaboradas; o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado; a efetiva criação de um sistema único de saúde, estruturalmente pensado nos termos dos conceitos de descentralização, de atendimento integral e de participação comunitária (PIOVESAN *et al.*, 2008).

A declaração de Alma-Ata de 1978 constitui um capítulo à parte na elaboração do Sistema Único de Saúde brasileiro, isso porque foi por meio da discussão dos temas propostos no evento que o Brasil se inspirou a dar continuidade aos seus esforços de construção de um sistema menos excludente e, portanto, mais democrático – aspecto que não passou despercebido

aos constituintes quando da elaboração da Constituição Federal brasileira. Os princípios inscritos na declaração de Alma-Ata extrapolam as fronteiras geográficas e mesmo culturais, visto que seu conteúdo, no que tange à saúde, conjura questões muito mais abrangentes dos que as comumente tratadas em esferas locais. Não se constituem como esforços seletivos de cuidados básicos, mas indicam a imprescindibilidade de se elaborar sistemas de saúde universais, ou seja, entende a saúde como um direito humano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Passados 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro é forçoso reconhecer que tal sistema, apesar dos diversos problemas, foi o precursor de transformações no que se refere ao acesso aos serviços de saúde no País. Os serviços outrora descentralizados, atualmente apresentam boa conectividade no âmbito nacional, fazendo valer, em parte, o princípio norteador de uma de suas premissas basilares: a concepção de saúde como direito de cidadania. Assim, ao longo desses 30 anos, afirmam Lima, Carvalho e Coeli (2018, p. 1),

[...] o SUS favoreceu avanços em uma série de políticas de saúde, algumas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como exemplos de experiências exitosas para outros países. O Programa Saúde da Família, inicialmente restrito a poucos municípios, expandiu no território nacional atingindo cobertura de mais de 60% da população, com resultados positivos para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares. O Programa Nacional de Imunizações, cuja história remonta aos anos 1970, ampliou a cobertura vacinal média de menores de um ano e incorporou novas vacinas direcionadas a grupos populacionais específicos, como a vacina contra HPV (papilomavirus humano) para adolescentes e contra a gripe (influenza) para idosos. Em relação às ações de prevenção e tratamento da aids, destaca-se a melhoria do acesso à terapia antirretroviral que resultou em aumento da sobrevivência de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida e portadores da doença, bem como diminuição na incidência graças à baixíssima carga viral entre os portadores tratados.

Não obstante, embora represente um avanço no que concerne à saúde pública no Brasil, o SUS não atingiu completamente os seus objetivos, apresentando problemas estruturais que o fazem funcionar de maneira insatisfatória aos que dele dependem (OCKÉ-REIS, 2009). Exemplo dos entraves ao pleno funcionamento do SUS são discutidos por Santos (2018), que elenca como principais distorções: o desrespeito à indicação constitucional que destina no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde; a realocação indevida de recursos do SUS para atender outras prioridades de governo; a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000, que restringe o financiamento do SUS aos rendimentos dos impostos apenas para os Estados e Municípios; a aprovação da Lei da Responsabilidade Fiscal

que fixa o quadro público de servidores, com altos níveis punitivos aos municípios; e promulgação da Lei que permitiu a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) que cuida do desenvolvimento e do controle dos planos privados de saúde.

Para Ocké-Reis (2009), a emergência do SUS se deu no cenário global de efervescência da política europeia do bem-estar social, inspirada em ideias universalistas. O processo que ensejou a criação dessa política de bem-estar reverberou em todo o mundo, e no Brasil alimentou as crenças de caráter democrático e socialista que acabaram influenciando sobremaneira, na década de 1980, o processo de redemocratização do País. No entanto, na concepção do autor em questão, não significou – em sua totalidade – real redistribuição, universalidade e integralidade no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

Nas palavras de Ocké-Reis (2009, p. 9): “Em 1988, o Brasil foi um dos primeiros países latino-americanos a definir o acesso à saúde como um direito constitucional, mas, de fato, isto não foi suficiente para garantir a cobertura de seus cidadãos.” Assim, continua o autor, diante da ausência efetiva de cobertura a todos os cidadãos, o SUS “não pode ser descrito completamente como um sistema público de saúde que fornece acesso universal e atenção integral”.

A mesma constatação é feita por Cohn (2009, p. 1618), que entende que o SUS ainda não foi capaz de cumprir de forma eficiente com o que se propôs na década de 1980, permanecendo “abstrato e idealizado” e, portanto, distante da realidade fática e conjuntural do País; realidade esta profundamente marcada – no que respeita à saúde – por inúmeras desigualdades de acesso aos serviços.

Ocké-Reis (2009, p. 8) elenca três motivos principais para que o SUS não tenha alcançado a cobertura universal a que se propunha:

- 1) A existência de um sistema público e um privado que são paralelos. Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos.
- 2) O Estado não induziu a democratização das instituições que regulamentam os médicos liberais e os prestadores de hospitais privados; tampouco a reforma sanitária brasileira pôde adotar uma postura mais publicista em relação a esse setor privado
- 3) Os planos de saúde foram patrocinados pelo padrão de financiamento público (isenções fiscais) desde 1968, seguindo, nesse aspecto, o modelo liberal dos Estados Unidos, que se fundamenta em subsídios e benefícios do empregador. Assim como lá, tais planos fazem aqui lobby no Congresso nacional sobre

questões-chave da assistência à saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas, para fortalecer o sistema público.

Mendes, em trabalho publicado em 2005, já apontava a presença de subsistemas atuando na área de saúde no País, subsistemas que mantinham – e mantêm – uma coexistência que não condiz com o princípio de universalidade pretendido. Desse modo, convivem o SUS, que é público e objetiva o atendimento a todos; o privado, no qual os serviços de atenção médica são suplementares e, portanto, alocados àqueles cidadãos cuja renda lhes permite gastos com planos de saúde; e o sistema privado de débito direto, destinado àqueles com capacidade econômica para bancar seus custos sem necessitar do SUS ou dos planos de saúde. Nessa tríade de oferta de serviços, Mendes (2005, p. 35) identifica um paradoxo na efetiva atuação do SUS: é “um sistema público de saúde para todos”, ou um sistema voltado ao atendimento das parcelas empobrecidas do País?

Oriundo da Constituição Federal de 1988, o SUS foi pensado para garantir o acesso aos serviços de saúde no Brasil de forma integral, universal e igualitário a todos os brasileiros (que já somamos quase 212 milhões, conforme estimativa do IBGE publicada em 2020) (BRASIL, 2020), sendo reconhecido “internacionalmente como uma referência no setor da saúde por causa das iniciativas do modelo de saúde brasileiro.” (NICOLETTI; FARIA, 2017).

Teoricamente, a proposta é uma das melhores do mundo, tendo sido inspirada no modelo de saúde inglês (*National Health Service/ NHS*) criado em 1948 sob os princípios de igualdade, integralidade e universalidade (TANAKA; OLIVEIRA, 2007). Não obstante, são oferecidos no Brasil serviços de saúde privados que, em tese, não deveriam existir já que o SUS é regido pelo princípio da universalidade e, portanto, deve atender a todos de maneira equânime. A existência de um sistema privado de saúde não é impeditivo para que o SUS seja universal e de qualidade, mas demonstra sua incapacidade para atingir esse objetivo.

O País, por meio dos seus representantes eleitos; do arcabouço técnico-jurídico que comanda e do apoio e influência das elites econômicas, permite o funcionamento dos planos privados de saúde em defesa de interesses de terceiros, em detrimento do interesse público (PAIM, 2018). Nesse desmonte do SUS, o Estado brasileiro e sua lógica neoliberal representam o descaso aos preceitos exarados na Constituição de 1988, principalmente no que diz respeito à saúde e aos seus princípios nortecedores. Mas o SUS não vai acabar, isso porque a articulação entre os serviços públicos e privados no Brasil atende aos interesses

[...] vinculados ao capital, ao próprio Estado e às classes dominantes que apontam para a sua manutenção, seja como meio de legitimação ou cooptação, seja como locus de acumulação, circulação e expansão do capital. A articulação público-privada no âmbito da saúde engendradora no Brasil possibilitou um fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis (PAIM, 2018, p. 1727).

Apesar dos problemas apresentados pelo SUS, subfinanciamento público, problemas de gestão, centralização do sistema, desorganização da rede de saúde (MENDES, 2013; SANTOS, 2018), é inegável que em um País marcado pela desigualdade socioeconômica o sistema tem sido imprescindível à população brasileira, sobretudo às camadas economicamente vulneráveis e, por conseguinte, desprovidas de recursos próprios para custear gastos relativos ao acesso aos serviços de saúde. A efetiva universalidade desejada e preconizada pela Constituição brasileira de 1988 ainda é uma possibilidade, bem como a qualidade e celeridade do atendimento ofertado, metas a serem alcançadas para tornar realidade o pleno acesso à saúde no Brasil.

2.5 O acesso ao SUS na fronteira de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR)

Na fronteira de Pedro Juan Caballero/PY e Ponta Porã/BR podem se verificar desacordos entre brasileiros e paraguaios, notadamente em questões referentes à identidade étnica e a identidade nacional (NASCIMENTO, 2012). No campo da saúde, tais desacordos também estão presentes. Gera desconforto nos brasileiros a procura, por parte dos paraguaios, dos serviços de saúde no Brasil, dado acreditarem, erroneamente, que essa busca onera irremediavelmente o sistema de saúde na fronteira.

Contudo, o problema no tocante ao acesso à saúde na fronteira não se restringe aos paraguaios, mas também aos brasileiros que residem no Paraguai, os chamados brasiguaios¹¹, por não fazerem parte das estatísticas do censo brasileiro, não são contabilizados quando se realiza a alocação de recursos aos municípios (ALBUQUEQUE, 2012; NOGUEIRA *et al.*, 2015).

¹¹ Termo complexo e multifacetado utilizado para identificar os brasileiros, e seus descendentes, que residem no Paraguai, especificamente aqueles que para lá emigraram impulsionados pelo processo de expansão agrícola empreendido pelo governo ditatorial de Alfredo Stroessner (1954-1989). Todavia, é utilizado também para definir indivíduos que têm dupla nacionalidade, brasileira e paraguaia, em razão de sua filiação, têm mãe ou pai paraguaio ou brasileiro. Outros se dizem brasiguaios por acreditarem que devido à proximidade do Brasil com o Paraguai, o domínio da língua portuguesa e a mistura de costumes, são tanto brasileiros quanto paraguaios. Cf.: NASCIMENTO, V. A. Fronteiriço, brasileiro, paraguaio ou brasiguai? Denominações Identitárias na Fronteira Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR). *ILHA – Revista de Antropologia*. v. 16, n. 1, p. 105-137, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2014v16n1p105>

Figura 5 Faixa de Fronteira do Brasil



Fonte: TERRA, Lygia; ARAÚJO, Regina; GUIMARÃES, Raul Borges. Conexões: estudo de geografia Geral e do Brasil. São Paulo: Moderna, 2009, p. 89.

A faixa de fronteira do Brasil tem proporções significativas: 15.719 quilômetros, que equivale a 27% do território nacional. Possui extensão de 150 quilômetros equidistantes ao traçado limítrofe terrestre do País. Nessa área estão contidos 588 municípios, onze estados que fazem fronteira com dez países da América do Sul [figura 4], em que vivem aproximadamente 10 milhões de pessoas (GADELHA; COSTA, 2007).

Além dos 150 km de fronteira terrestre o Brasil possui ainda limites litorâneos de 200 milhas marítimas (1 milha = 1,85 km), região conhecida como Zona Econômica Exclusiva

(ZEE). Essa zona e suas dimensões foram estabelecidas pela Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar/CNUDM em 1982, confirmadas em 1988 e transformada em Lei (nº 8.617) em 1993 (SOUZA, 1999).

A dinamicidade é o principal aspecto da fronteira no que tange às concepções de ocupação de espaços limítrofes. As inúmeras inter-relações que têm lugar nesses espaços se interpenetram, se confundem e se hibridizam em face aos vieses que as determinam: étnicos; culturais; sociais; econômicos; políticos e identitários, dentre tantos outros. Desse modo, compreende-se a complexidade dialética presente nesses territórios, frequentemente atravessados física e culturalmente, a despeito de ações estatais que querem cercear corpos e mentes (NASCIMENTO, 2012).

Nesse cenário, a vida cotidiana é regulada por intervenções e determinações oriundas do Estado; mas também sofre múltiplas influências dos acordos locais, que envolvem uma gama de interesses que se repelem e se complementam dialeticamente, isso porque, nesses espaços, como ressalta Banducci Júnior (2016, p. 1) “Se compreendem territórios de disputas políticas e nacionais, as fronteiras são também áreas de negociação cultural, de trânsito de pessoas e de bens, são zonas de intercâmbio e de confronto de valores e de identidades.” Desse modo, o que se tem nas distantes áreas de fronteira (com cidades-gêmeas; conurbadas ou com relativa proximidade geográfica) são arranjos entre os poderes locais no sentido de equilibrar da melhor forma possível as relações socioculturais e econômicas vigentes.

A fronteira, nos seus diversos aspectos, tem despertado o interesse da academia e de seus representantes. Estes têm envidado esforços de caráter científico na tentativa de compreensão dos inúmeros e complexos fenômenos que têm tido lugar nesses espaços, independente das denominações acadêmicas e divisões disciplinares tão comuns às universidades e seus departamentos. Desse modo, tem-se que as contribuições acadêmicas que têm a fronteira como foco têm sido tributárias das áreas das Ciências Biológicas; das Ciências Humanas; das Ciências Sociais e Sociais Aplicadas; das Ciências Exatas, das Ciências da Saúde e, não raro, de uma perspectiva inter ou multidisciplinar (NASCIMENTO, 2012).

Os antropólogos tendem, no que diz respeito à fronteira como objeto de estudo, a abordar os aspectos que privilegiam as questões culturais e seus desdobramentos simbólicos, a exemplo do já mencionado trabalho de Leach (1996) acerca das fronteiras da Birmânia. A preocupação centra-se nas diversas e divergentes formas que os indivíduos têm de vivenciar a cultura e suas determinantes no processo do devir histórico.

No tocante à área da saúde, esta tem sido alvo de interesse no que diz respeito aos serviços e ações desenvolvidos nos municípios partícipes do Mercado Comum do Sul,

MERCOSUL, posto que, afora as intenções econômicas do Bloco, constata-se um relevante recrudescimento do contingente de indivíduos de nacionalidade estrangeira que buscam utilizar os serviços e ações de saúde oferecidos no Brasil (NOGUEIRA *et al.*, 2015). Contudo, os cidadãos estrangeiros – ainda que residentes no país – não são detentores de direitos nacionais no que se refere à cidadania e ao acesso aos serviços prestados na área de saúde no território brasileiro, o que traz certo incômodo aos responsáveis pelos sistemas regionais. Esses administradores veem-se pressionados a prestar atendimento, quando possível, à população alóctone, ainda que não tenham em sua estrutura de ação capacidades técnicas e receita pecuniária para tanto.

No entanto, a demanda estrangeira pelos serviços ofertados pela área da saúde nas fronteiras brasileiras não é tão expressiva como querem fazer crer alguns gestores e autoridades nas fronteiras. Tamaki *et al.* (2008) observam que apesar dos discursos desses atores sociais enfatizarem que do orçamento da saúde destinado para atender a região 40% deste são gastos com atendimento aos estrangeiros, as informações não se verificam, visto que os dados colhidos para a confecção de um diagnóstico de saúde nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul apontam a inexpressividade dessa demanda.

Um problema de maior dimensão para os municípios fronteiriços, segundo Dal Prá (2006) e Tamaki *et al.* (2008), é a procura pelos serviços de saúde no Brasil pelos brasileiros não residentes no País. Ocorre que estes não são mensurados pelos censos realizados e, portanto, quando do repasse de verbas aos municípios não são estatisticamente estimados no cômputo que considera a demanda, a alocação e a distribuição dos recursos da rede de serviços de saúde (TAMAKI *et al.*, 2008).

Como demonstram Tamaki *et al.* (2008), apesar da demanda não ser tão expressiva, a ponto de onerar de maneira irremediável os custos relacionados à saúde no município, é inegável que ela existe e, portanto, deve ser levada em consideração quando da alocação de recursos ou da elaboração de políticas públicas que tenham como objeto o acesso à saúde em regiões fronteiriças.

Em face dessa situação, identificam-se obstáculos no sentido de fornecer o acesso digno à saúde prescrito pela Constituição Federal de 1988, ou seja, acesso de maneira universal e integral. O MERCOSUL tem, na medida de suas possibilidades e sempre procurando respeitar as soberanias nacionais, instituído ações de notável iniciativa no tocante ao campo da saúde. Sob sua égide e influência tem-se elaborado diversas intervenções, notadamente aquelas voltadas ao combate e à prevenção de doenças infectocontagiosas e de vigilância sanitária. Dessa maneira, no que diz respeito à prestação de serviços em saúde, nota-se que os contratos

que se sucedem entre os governos concorrem no sentido de que o estrangeiro possa ter livre acesso ao atendimento público em quaisquer das nações constituintes da coalizão denominada MERCOSUL (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Existem razões que podem contribuir e influenciar na busca pelos serviços de saúde no Brasil. Apesar do SUS apresentar uma série de problemas estruturais limitantes de suas ações, dada a “falta de prioridade pelos governos, o subfinanciamento e os ataques perpetrados pelas políticas do capital.” (PAIM, 2018, p. 1723), fatores que refletem negativamente na qualidade e alcance dos serviços ofertados, ainda é uma boa opção àqueles que não têm opção.

Um dos fatores que atrai os segmentos populacionais das nações economicamente mais vulneráveis é a razoável facilidade no acesso aos serviços. De acordo com Peiter (2005), existem particularidades que os espaços fronteiriços ensejam no tocante ao acesso à saúde, notadamente aqueles espaços conurbados, as chamadas cidades gêmeas, em que a interação é mais acentuada. Desse modo, o autor afirma que as discordâncias entre Brasil e as nações que com ele se limitam têm ressonância na conduta dos usuários que buscam os serviços de saúde nas regiões de fronteira em que o atendimento é reputado como de melhor qualidade e/ou gratuito.

Assim, diante da penúria em que vicejam e das condições precárias de onde vivem, recorrem ao Brasil, através do SUS, em busca de atendimento. Tal fato acaba por refletir de maneira contundente no processo organizacional e estruturante do sistema de saúde dos municípios fronteiriços e, por conseguinte, na vida sociocultural e econômica de suas populações.

Nas localidades que abrangem a fronteira, os serviços ofertados relacionados à saúde adquirem uma relevância e uma dimensão ímpares na vida diária dos indivíduos que moram e circulam nesses espaços, notadamente no que tange à possibilidade de facultar ou restringir o acesso desses sujeitos, colaborando ou não no sentido de garantir direitos à saúde.

Segundo Giovanella *et al.* (2007), baseando-se em dados coletados junto aos Secretários Municipais de Saúde nas fronteiras do Brasil, existe uma disparidade, por parte dos estrangeiros, no que tange à busca de serviços de saúde ofertados pelo SUS na fronteira. Conforme as informações repassadas por esses secretários, existe uma procura de atendimento no SUS em 75% dos municípios, sendo que tal procura se intensifica de maneira considerável em 36% das regiões.

Ainda que não existam informes estatísticos oficiais que possam dimensionar o real quantitativo de brasileiros residentes no Paraguai, principalmente nas cidades fronteiriças com o Brasil, pesquisas realizadas nas regiões de fronteira Brasil/Paraguai – com prospecção de

dados primários – denotam que, no que se refere à busca de serviços de saúde no Brasil, a presença de brasileiros é facilmente percebida, como relata um dos informantes-chave de Cazola *et al.* (2011, p. 187) em Ponta Porã:

[...] aqui ele [o brasileiro] é atendido da mesma maneira [...]. Moro na rua tal, no bairro tal, em Pedro Juan Caballero? Não tem problema nenhum, ele é atendido, a única dificuldade que eu vi que eu acho que esse brasileiro eu entendo que ele nunca foi contabilizado no nosso País, pra efeito de recebimento do nosso município, então essa é a complicação [...] (IC3).

Giovanella *et al.* afirmam que as demandas com maior incidência tendem a ocorrer em regiões cujos limites alcançam o Paraguai. Para 70% dos secretários municipais, tais demandas de estrangeiros atingem nove dos 12 serviços listados na pergunta a eles submetida sobre “Tipo de atendimento buscado frequente e muito frequentemente por estrangeiros no SUS do município por país de fronteira, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005.” (GIOVANELLA *et al.*, 2007, p. 258).

No que diz respeito à Bolívia, país que também faz fronteira com o Brasil, a situação não é diferente, visto que – em razão da escassez de recursos daquele país –, os habitantes das cidades bolivianas de Puerto Suárez e Puerto Quijarro costumam buscar os serviços de saúde no município brasileiro de Corumbá. Isso ocorre, a exemplo do Paraguai, porque no Brasil o sistema de saúde é dotado de melhor infraestrutura e gratuidade, o que atrai a população mais carente dos países vizinhos (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

No tocante à acessibilidade, Travassos e Martins (2004) indicam duas dimensões: a sócio-organizacional (em que estão presentes a oferta de serviços e suas principais características); e a geográfica (que se relacionam com a noção de espaço, em que existe a possibilidade de se medir as variáveis atinentes a distâncias, sejam elas lineares, de tempo e locomoção, custo de viagem, entre outras). Uma outra questão também pode influenciar no atendimento aos estrangeiros: a questão étnica. Um boliviano, por exemplo, é mais facilmente identificável do que um paraguaio e, como tal, pode sofrer mais discriminação e ser mais facilmente rejeitado no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Pereira (2000), o acesso à saúde traz em sua dinâmica características multifacetadas, dentre elas as de caráter econômico, social e o cultural que, face às complexidades inerentes a essas categorias, extrapolam as esferas da assistência à saúde. No que diz respeito ao uso dos serviços de saúde, é inegável reconhecer a influência determinante

de condições socioeconômicas que se interpenetram aos aspectos intersetoriais arraigados à estrutura política de cada país, bem como aos espaços de poder que as caracterizam. Contudo, a concretização de um projeto em que a equidade é o mote não pode deixar de levar em consideração de que a ênfase no que diz respeito à acessibilidade dos serviços de saúde constitui-se um elemento de suma importância (NOGUEIRA; SILVA, 2007).

O principal inconveniente causado por essa procura pelo SUS no Brasil, bem como em outros países, é o ônus ocasionado às redes de atendimento destinadas e pensadas para acolher apenas os seus nacionais. Portanto, ainda que haja o atendimento aos estrangeiros, ele é sempre pautado pela dificuldade no acesso e pela má qualidade da prestação do serviço demandado.

No entanto, não são somente os estrangeiros que sofrem com o serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. Imigrantes brasileiros que vivem no Paraguai – os denominados *brasiguaios* – enfrentam problemas de aceitação, além dos relacionados à prestação de serviços de saúde, quando acorrem aos postos de saúde localizados no Brasil. Albuquerque (2012) traz um exemplo da ocorrência desse tipo de situação na fronteira Brasil/Paraguai.

O passo inicial para ser atendido no sistema público de saúde no Brasil é marcar uma primeira consulta em uma UBS. Uma das unidades básicas mais procuradas pelos imigrantes brasileiros e seus descendentes que vivem no Paraguai é a do Jardim América, cerca de 1 km da Ponte da Amizade, limite internacional entre o Brasil e o Paraguai. Pela manhã, percebemos que a maioria dos carros estacionados em frente a esse posto de saúde tem placas paraguaias. A população próxima a esse estabelecimento de saúde, muitas vezes, reclama que o posto está sempre lotado por causa dos *brasiguaios*. Embora não seja a UBS mais próximo da Ponte da Amizade, é onde existem mais especialidades médicas e também odontologia (ALBUQUERQUE, 2012, p. 25).

Se os brasileiros residentes no Paraguai, os chamados *brasiguaios*, são alvos de certa antipatia por parte dos brasileiros moradores no Brasil, é possível presumir o tipo de tratamento dispensado aos indivíduos de nacionalidade estritamente paraguaia que buscam atendimento de saúde em terras brasileiras. E quando esse acesso à saúde – por meio do SUS – por parte dos estrangeiros se dá por meio de relações e condições alheias a vontade do Estado brasileiro no tocante ao aspecto legal? Como isso reverbera na opinião dos brasileiros?

Assim, a fronteira não se limita aos marcos nacionais erigidos para separar faixas de territórios legalmente divididos. Como observa Goetttert (2013), uma fronteira de maior expansão, mais perceptível aos sentidos, pode obscurecer fronteiras de menor proporção, menos visíveis, menos tangíveis (subjacentes, veladas). Desse modo, por traz da falácia dos povos

“irmãos”, da propalada irmandade sem conflitos entre brasileiros e paraguaios, encontram-se as fronteiras “menores” mencionadas por Goetttert.

No caso do acesso à saúde, bem como em outros casos, essas pequenas fronteiras se expressam nas representações verbalizadas cotidianamente, tanto por brasileiros quanto por paraguaios. O incômodo demonstrado pelo informante de Albuquerque (2012) denota o quão intrincadas são as relações que têm a saúde como mote.

A propósito da menção às representações oriundas da população fronteiriça, notadamente aquela parcela que faz uso efetivo dos serviços de saúde ofertados pelo SUS no Brasil, não há – salvo engano – conhecimento produzido a este respeito, especificamente na fronteira de Pedro Juan Caballero/PY e Ponta Porã/BR. As pesquisas realizadas até então privilegiam os depoimentos e as representações advindas daqueles que, de uma maneira ou de outra, têm vínculos com o Estado nas suas mais diversas formas, como pode ser observado nos trabalhos de Peiter (2005), Giovanella *et al.* (2007), Tamaki *et al.* (2008), Cazola *et al.* (2011), dentre outros.

Os entrevistados nas pesquisas realizadas pelos autores acima acreditam que o atendimento aos indocumentados se dá graças à influência dos gestores no processo de atendimento, como observam Nogueira e Giménes (2010 p. 1-2)

[...] estudos relatam que a inclusão ou não inclusão de estrangeiros nos sistemas de saúde municipais depende muito mais do posicionamento ético-político dos gestores do que efetivamente da Política Nacional de Saúde, ambígua e contraditória com outros textos legais, como, por exemplo, o Estatuto do Estrangeiro.

No entanto, o atendimento é mais facultado por meio das redes de solidariedade do que pela condescendência dos gestores de saúde. Isso não quer dizer que eles também não participem do processo que possibilita o acesso aos indocumentados aos serviços de saúde no Brasil; mas sua atuação se dá no contexto das redes de solidariedade, sendo em sua maioria uma atuação inserida na dinâmica de ações próprias das táticas aqui abordadas.

No que concerne às pesquisas realizadas, uma indagação se impõe: por que a preferência por estes atores sociais? A resposta talvez possa ser encontrada na pouca importância atribuída à opinião das pessoas oriundas de estratos culturais em que se crê haver menos esclarecimento no tocante a certos temas. Ou, ainda, tal preocupação não entra na agenda de alguns pesquisadores, talvez por conta do condicionamento ideológico recebido durante o processo de formação profissional – ao qual todos estamos expostos em menor ou maior grau –, ou por não

se constituir como objetivo de investigações solicitadas por órgãos governamentais ou não governamentais.

A respeito das dificuldades de acesso, principalmente por conta da documentação exigida para ser atendido, as estratégias são as mais mirabolantes, e por vezes arriscadas. Um expediente muito utilizado consiste em tomar de empréstimo documentos que comprovem residência em território brasileiro. Esses documentos são aqueles que não possuem fotografias acompanhando os antropônimos, tais como extratos de tarifas de energia elétrica, de conta d'água e o certificado de contribuição de pessoa física (SILVA; NOGUEIRA; SIMIONATTO, 2005).

2.6 Nas tramas do complexo: dinâmicas das estratégias e táticas de acesso à saúde na fronteira de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR)

No parágrafo acima se vê o grau de complexidade que envolve as inter-relações entre brasileiros e paraguaios na fronteira. Enquanto alguns brasileiros não veem com bons olhos o acesso dos paraguaios ao sistema de saúde do Brasil, outros lhes emprestam, ou alugam, documentos para que possam viabilizar o acesso.

Outra maneira que possibilita o atendimento aos estrangeiros no Brasil é deixar que o quadro de saúde do enfermo se agrave até à iminência do risco de morte. A partir daí, o atendimento pode ser solicitado diretamente no hospital. Em havendo recusa por parte dos profissionais, estes incidiriam em falta ética gravíssima; penalizada com a cassação do registro médico (SILVA; NOGUEIRA; SIMIONATTO, 2005).

Algumas pesquisas trazem à baila problemas relacionados às estratégias de inserção no sistema de saúde do Brasil, adotadas pelos não nacionais do país. Ocorrências que envolvem litígios judiciais que têm como protagonistas os bebês que quando nascem são registrados não nos nomes dos pais biológicos, mas nos nomes daquelas pessoas que emprestaram o Cadastro de Pessoa Física (CPF), ou alugaram um comprovante de conta de luz a um indivíduo de origem estrangeira para fins comprobatórios de residência no território nacional (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

A dinâmica das estratégias de acesso, ou algumas de suas facetas, ficam claras nos depoimentos de alguns dos interlocutores deste trabalho, notadamente quando são inquiridos a explicar como se dá o acesso aos serviços por parte dos indocumentados.

Interlocutor 1 “*É assim ó: digamos que alguém que é meu amigo precisa de uma receita de um remédio controlado, mas não pode perder dia de serviço aqui esperando pra ser atendido, e também não pode pagar uma consulta particular, daí eu falo com alguém daqui, um amigo, um parente, que trabalha lá ou tem um amigo ou parente que trabalha num desses lugares [Unidades Básicas de Saúde, hospitais], daí ele [Funcionário, servidor público] vai e explica a situação pra um médico da confiança dele, e daí consegue a receita. Mas tudo na surdina.*” [Ponta Porã/BR, junho de 2017]

A amizade insere-se no sistema de redes de solidariedade como uma das molas propulsoras das ações orquestrados na e pela dinâmica das estratégias e táticas; mas a dádiva concedida por meio do favor destina-se ao “amigo próximo”, “*amigo mesmo*” (REZENDE, 2002, p. 94, grifo meu), aquele de *longa data*, com o qual se partilha uma vivência comum; não constitui prerrogativa de *qualquer um*.

Percebe-se que a amizade, na trama conceitual das redes de solidariedade na fronteira, “Embora vivida como uma opção subjetiva, [...] é concebida e praticada com significados, normas e valores culturalmente definidos.” (REZENDE; COELHO, 2010, p. 74). Pressupõe-se, então, que não é qualquer tipo de amizade que propicia o acesso aos serviços de saúde, somente a *verdadeira amizade* – fruto de relações afetivas arraigadas no tempo – é capaz de mobilizar as forças das redes em favor da realização dos objetivos buscados, isso porque nela estão implícitas e valoradas as categorias confiança e lealdade.

Percebe-se que o funcionamento das redes de solidariedade subverte a ordem normativa e burocrático-administrativa do Estado no que diz respeito ao acesso aos serviços por parte dos indocumentados. Nota-se na fala do interlocutor 1 que as estratégias continuam intervindo no acesso, limitando-o àqueles inseridos nas diretrizes erigidas pelo Estado; mas com a ação das redes, as táticas perpassam pelas estratégias e franqueiam o acesso. Nessa dinâmica, os protocolos foram atendidos, não demonstrando o procedimento médico adotado, em flagrante desacordo com os princípios éticos que regem as condutas dos servidores públicos.

No funcionamento das redes, o conhecimento dos servidores a respeito dos trâmites burocráticos, bem como as formas de alterá-los a seu favor, são imprescindíveis. Um exemplo da dinâmica dessa expertise, por assim dizer, pode ser percebido no caso do Interlocutor 3, motorista de ambulância que forneceu valiosas informações sobre os mecanismos de atuação das redes. Por mais que sua função esteja distante dos cuidados imediatos ou mesmo dos espaços administrativos característicos dos estabelecimentos de saúde, sua presença no espaço

circundante faculta a criação de vínculos com os demais funcionários: técnicos em enfermagem; enfermeiros; médicos; paramédicos; assistentes sociais; porteiros e outros tantos servidores. Seu conhecimento se encontra na posição que ocupa na organização das atividades institucionalmente controladas e atreladas a aspectos administrativos e burocráticos, tendo prerrogativas e responsabilidades atinentes à função que somente o detentor do cargo pode usufruir: abastecimento, controle da quilometragem percorrida, manutenção do veículo, itinerário, dentre outras.

Essas prerrogativas aliadas ao conhecimento da burocracia estatal são acionadas em favor das redes, como se verifica no depoimento do interlocutor 2.

Interlocutor 2 – “Cara, ele [o motorista] já me ajudou muito. Teve uma vez que um parente meu que mora em Pedro Juan passou muito mal, precisava ser atendido com urgência, mas não tinha ninguém pra buscar ele lá, foi um sufoco. Mas daí eu pedi pra ele ‘dar um jeito’ de pegar meu tio lá, sem ninguém saber, porque a gente não pode usar os veículos daqui pra coisas particulares, mesmo que fosse emergência, era em outro país, né? Apesar da gente morar na fronteira, tem um monte de leis, sabe? Enfim, ele me ajudou. Foi lá buscou meu tio, trouxe pra cá e deu um jeito na papelada. É muita burocracia: é combustível que gastou, distância percorrida, horário de saída e de chegada, nome de paciente transportado, motivo da *solicitação*. *Ele fez tudo isso pra mim em nome da amizade; então, eu tô em débito com ele, se ele precisar, eu mexo meus pauzinhos pra ajudar ele.*” [Ponta Porã, 2017].

Os “pauzinhos” aos quais se refere o interlocutor 2 nada mais são do que extensões das redes de solidariedade, táticas postas em movimento por meio dos dispositivos de poder acionados pelos indivíduos através das brechas construídas nas capilaridades das estratégias teorizadas por De Certeau (1994). Diante do exposto, fica claro o intrincado universo sociocultural que a fronteira delinea, deixando a descoberto as inúmeras dificuldades existentes no que diz respeito à apreensão e interpretação dos fenômenos ensejados pela dinâmica peculiar desses espaços.

Quadro 1 - Principais Estratégias/Táticas de Acesso

Estratégias	Táticas
1. Aos estrangeiros (paraguaios, bolivianos, dentre outros, para serem atendidas pelo SUS é necessário possuir a documentação exigida.	1. Esperam até o último momento da gravidez para ir à maternidade 2. Esperam o quadro clínico se agravar para procurar atendimento nas unidades de saúde do Brasil. Obs. Em razão da Lei de Omissão de Socorro Art. 135 do CPB, o paciente não pode deixar de ser atendido, dado que a omissão de socorro é tipificada no artigo 145 do Código Penal como crime, pelo qual o profissional que nele incorrer deve ser responsabilizado, sendo possíveis ainda as penas de prisão e multa. 3. Empréstimo ou aluguel de comprovantes de residência para atestar que moram no Brasil. 4. Para obtenção de atendimento, receitas, remédios e atestados os indocumentados recorrem às redes de solidariedade que funcionam com o auxílio de servidores lotados nas instituições de saúde do Brasil. 4.1 A justificativa da necessidade é submetida a um dos membros da rede. A solicitação é prontamente atendida, desde que não abusiva ou flagrantemente mal-intencionada. 5. Manipulação do sistema por parte dos servidores em prol das necessidades da rede de solidariedade.
2. A atendimento é realizado e deve constar do prontuário do paciente	6. Em caso de atendimentos mais complexos, os membros das redes utilizam prontuários de pacientes que raramente vão às unidades de saúde em busca de atendimento.

3 MARCO TEÓRICO (FREDRIK BARTH E MICHEL DE CERTEAUL)

3.1 Fredrick Barth: os grupos étnicos e suas fronteiras identitárias

Como ponto de partida, é forçoso realizar a conceituação antropológica da teoria das identidades étnicas e das fronteiras socioculturais e simbólicas que as engendram, sustentam e determinam. A antropologia e a sociologia, diferentemente da psicologia, traçam suas análises a respeito das questões identitárias partindo do exame coletivo das características fundantes da identidade. Aqui, a inspiração é Durkheim (2007) dado que parte da premissa de estudar o social pelo social; o que deixa a entender que é a identidade étnica é uma forma de identidade social.

Carneiro da Cunha (1987) tece elucubrações, em breve exame sobre os aspectos basilares da identificação étnica, a respeito da noção de identificação de grupo étnico do ponto de vista antropológico. Conforme suas informações, a definição sobre a matéria esteve durante muitos anos sob a égide das ciências biológicas, que concebia identificação étnica intrinsecamente associada ao parâmetro racial, identificável biológica e fenotipicamente (características físicas), transmitido por meio dos genes. Na sua argumentação, aborda a questão dos indígenas brasileiros para ilustrar o equívoco conceitual que consiste na tentativa de identificá-los como aqueles que teriam recebido como legado uma descendência imaculada oriunda das populações pré-colombianas. A autora assevera que tal concepção é inverossímil, não obstante ser a noção corrente no senso comum. Para Carneiro da Cunha, a impossibilidade repousa no fato de que é sabido que mesmo aqueles grupos tidos por mais isolados geograficamente sofreram alguma espécie de amálgama decorrente do contato com outros grupos.

A conceituação da cultura relacionada à raça permaneceu ativa e aceita até o término da Segunda Guerra Mundial, dado que esta teve como uma das causas principais a questão da pureza étnica (COGGIOLA, 2014). A partir do fim do conflito, emerge um entendimento de grupo étnico inerente e indissociável aos critérios atinentes à cultura, reconhecendo um grupo étnico tomando como base os símbolos culturais cotidianamente manifestos (CARNEIRO DA CUNHA, 1987).

No que diz respeito aos grupos étnicos e as formas culturais que os representam, tem-se que a cultura que plasmou a realidade sociocultural e psíquica de um determinado grupo étnico não se perde ou simplesmente se mescla em situações de contato, ela assume novos papéis, adquire uma função até então desconhecida; que agora se torna imprescindível na construção

de uma identidade étnica baseada no contraste; mas, ainda assim, passível de negociações e arranjos que propiciem a interação entre grupos, sejam eles oriundos da mesma ordem classificatória, ou de categorias muito diferentes. Nessa condição, a cultura se torna mais perceptível, tendendo ao enrijecimento e à simplificação, que a reduz a um quantitativo de traços que possam ser usados como sinais diacríticos a serem acionados no processo de construção da identidade étnica. Nessa manipulação da cultura, vale lembrar que esta não se caracteriza pela imutabilidade, ela é sempre produto social e, portanto, suscetível de invenção, reinvenção, recomposição e ressignificação (CARNEIRO DA CUNHA, 1987).

O que Carneiro da Cunha (1987) deixa a entender acima é que, quando em diáspora, a bagagem cultural que o indivíduo carrega é meticulosamente dosada quando das interações; já que devem ser acionadas somente aquelas características culturais que servirão de instrumentos operativos na construção dos contrastes identitários úteis à preservação da identidade de um grupo étnico frente a outro grupo étnico.

Hall (2004) advoga que a identidade possui um caráter manipulável, principalmente aquelas de caráter social e cultural. As identidades, para este autor, são constructos inconscientes elaborados no decurso do tempo, isto é, derivam de processos inconscientes gestados na mentalidade social dos grupamentos humanos. Sua gênese repousa na interação desses grupamentos e nas inúmeras – e nem sempre perscrutáveis – influências e trocas culturais que os diferentes grupos realizam, o que torna ainda mais fluida a incessante dinâmica responsável por sua formulação. Assim, como bem observa Cuche (1999), o que realmente importa não é a estrutura interna da identidade, mas os dispositivos de interação que sustentam ou contestam as fronteiras coletivas.

O conceito de identidade étnica está intrinsecamente associado à noção antropológica de etnicidade, em que se analisam os processos que conferem aos indivíduos suas significações identitárias, constructos que permitem às pessoas reconhecerem a si mesmas e aos outros em um processo de inter-relação sociocultural. No tocante aos esforços de caráter antropológicos envidados na tentativa de compreensão desse fenômeno, uma definição possível dessa antropologia seria a que visa o exame acurado das categorias que fazem sentido, dentro de uma perspectiva étnica, para os atores sociais (POUTGNAT; STREIFF-FENART, 1998).

Mas, afinal, em que consiste uma identidade étnica? Para Riesman (1967) a etnicidade pode ser conceituada como a especificidade sociocultural autoconsciente de uma determinada coletividade socialmente organizada, dito de outro modo, sua essência repousa no sentimento de reconhecimento e pertença a um grupo culturalmente ligado. Tal designação manifesta por Riesman congrega em si as principais ponderações acerca da etnicidade que seriam: o

significado da estrutura fundante das relações étnicas e a tomada de consciência dos atores sociais a respeito do papel social que lhes cabe desempenhar, tanto no grupo ao qual pertencem quanto fora dele.

Segundo Barth (2000), identidade étnica é aquela espécie de identidade que faculta ao indivíduo reconhecer a si mesmo e aos outros dentro de um universo de valores socialmente atribuídos. Contudo, esses valores têm de ser partilhados, aceitos, reconhecidos e reproduzidos no interior do grupo étnico que os originou. Barth (1984) entende tal identidade considerando a reciprocidade existente entre os grupos no que se refere aos aspectos atinentes à autoidentificação étnica e ao reconhecimento desta pelos membros do grupo envolvidos na interação. Assim considerada, a identidade étnica fundamenta sua estrutura e existência na autoafirmação.

A propósito da questão da afirmação, Barth assevera que os comportamentos manifestos têm pouca importância, o que importa mesmo é a autoidentificação do indivíduo: “[...] se eles dizem que são A, em contraste com outra categoria B da mesma ordem, desejam ser tratados e ter seu comportamento interpretado e julgado como próprio de A e não de B. Em outras palavras, declaram sua adesão à cultura compartilhada por A (BARTH, 2000, p. 33).” São os efeitos que emanam dessa manifestação identitária, cotejados com outras razões e circunstâncias que sugestionam efetivamente a conduta, que devem ser elencados como pontos cruciais da pesquisa.

A base dessa argumentação repousa no fato de que os indivíduos manifestam e amparam suas identidades por meio da conduta pública que adotam e do comportamento que escolhem, comportamento este que não é passível de avaliação imediata e direta, devendo ser interpretado, inicialmente, levando-se em conta as opções étnicas existentes e suscetíveis a acesso. Desse modo, tem-se que as identidades étnicas operam a partir de esquemas classificatórios em que inclusão/exclusão e interação são as categorias basilares. Aqui, o *ego* (eu) e o *alter* (outro) devem estar em comum acordo para que a conduta adotada tenha significado recíproco, atingindo assim seu objetivo (BARTH, 2000).

Contudo, como adverte Carneiro da Cunha (1987), não se deve reduzir a etnicidade e suas inúmeras nuances às ações da cultura – embora as análises que tenham a cultura como objeto sejam essenciais à compreensão das particularidades do fenômeno. O que Carneiro da Cunha advoga é a impossibilidade de definição dos grupos étnicos tomando como ponto de partida tão somente a cultura que os originou, haja vista que os processos de identificação extrapolam as esferas das percepções culturais. Nesse sentido, compartilhar uma cultura e suas influências pode ser considerado como consequência; mas não como fato causal da dialética

dinâmica que engendra e mantém os grupos étnicos e as identidades que estes constroem. Nessa perspectiva, a investigação deve priorizar a fronteira étnica e suas características demarcatórias, aquelas que definem o grupo; deixando em segundo plano, mas ainda assim importante, o exame do conteúdo cultural manifesto e circunscrito pela fronteira étnica (BARTH, 2000).

No tocante aos grupos étnicos propriamente ditos, Barth (2000, p. 189) os define “como categorias de atribuição e identificação realizadas pelos próprios autores, organizando assim a interação entre as pessoas.” É na dinâmica dessa interação entre os sujeitos e os grupos que ocorrem as consecutivas transformações que modelam a identidade. É por meio do processo de exclusão ou inclusão que se decide quem são os incluídos e quem são os excluídos, quem está “dentro” e quem está “fora” do grupo. Ainda que haja a troca recíproca de diversas características socioculturais, a premissa organizacional desses grupos é a definição entre o ‘eu’ e o ‘outro’.

Barth (2000) informa que a expressão grupo étnico é comumente empregada na literatura antropológica para definir uma população que guarda em si características como: autoperpetuação biológica; partilha de princípios culturais essenciais; composição de um domínio comum de comunicação e interação; e por último, tem como característica um grupo de indivíduos que se identificam a si mesmos e são identificados pelos outros como membros de uma dada categoria que tem caracteres distintivos que os diferencia de outros membros de categorias semelhantes, pertencentes à mesma ordem.

A análise que Barth realiza tem como ponto nevrálgico a questão dos sinais diacríticos, principalmente aqueles que foram exacerbados e elencados para servirem de operadores da diferença étnica e marcadores de suas fronteiras. Preocupa-se com a emergência desses sinais diacríticos e com as circunstâncias que os criaram e os tornaram aceitos pelo grupo nas condições em que a construção de uma fronteira étnica se faz necessária à sua sobrevivência identitária.

É de extrema relevância, para Barth, as formas manifestas no cotidiano no que diz respeito ao binômio “nós” e “eles”, isto é, como se dão a conhecer as interpretações que ensejam o surgimento e a manutenção de uma fronteira étnica. O autor em tela confere à identidade étnica um caráter relativo e relacional, dado que esta não é estática, não está congelada no tempo e que, portanto, tende a adquirir outras formas de expressão exterior, transformando-se e adaptando-se em face das interações inter-relacionais, direcionando sua ação de acordo com o contexto vivido e os interesses em jogo.

No referido contexto das interações socioculturais na faixa de fronteira em análise, especificamente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde no Brasil por parte dos

estrangeiros, manifestam-se as estratégias e táticas instrumentalizadas para normatizar e/ou dificultar o acesso, no caso das primeiras; ou franquear o acesso por meio das lacunas que as estratégias inadvertidamente oportunizam (DE CERTEAU, 1994).

As questões a respeito das táticas adotadas no processo de obtenção de serviços de saúde na fronteira Brasil/Paraguai são emblemáticas no que tange às manifestações identitárias que têm lugar naquela região. Desvelar a dinâmica que permeia esses expedientes é fundamental para se entender, não só como realmente funciona o acesso à saúde naquela fronteira em particular, mas como se percebem e se representam tanto brasileiros quanto paraguaios nessa interação.

3.2 Estratégicas, táticas e identidades: conceitos e paradigmas

De Certeau (1994), em seu livro *A Invenção do Cotidiano*, problematiza as concepções de estratégia e tática, notadamente aquelas acionadas pelos atores sociais quando da produção simbólica dos espaços sociais urbanos. As estratégias são entendidas pelo autor como cálculos operacionais, ou, ainda, mecanismos ideológicos de manipulação, que os sujeitos de poder e saber (Estado, empresa, exército etc.) utilizam para produzir, e reproduzir, os espaços particulares de exercício de poder. Aqui, as estratégias – por meio das práticas cotidianas – acabam por reforçar os instrumentos coercitivos e reguladores do poder (ALBUQUERQUE, 2015).

No tocante às táticas, De Certeau (1994) as compreende como se estas fizessem parte do cabedal de astúcias dos indivíduos; categorizando-as, então, como “a arte dos fracos” – possível de transfigurar a seu favor e de modo silente os sistemas disciplinares. Assim, na concepção do autor, as práticas cotidianas (estratégicas e táticas) configuram-se como locais e espaços de competição, embates e cisões que robustecem e corrompem as costumeiras configurações do poder e do saber.

As táticas, na concepção de De Certeau (1994), podem ser entendidas como ações pensadas como substitutas provisórias de estratégias estatais e legalmente reconhecidas, mas ausentes em determinados momentos e circunstâncias. Exemplo dessa assertiva é a situação em que o estrangeiro indocumentado espera sua condição de saúde se agravar para buscar atendimento no país vizinho – o que configura uma tática, sabendo de antemão que tal país não pode lhe negar auxílio por conta do ordenamento jurídico vigente ali, isto é, as estratégias

elaboradas pelo Estado para organizar o atendimento. A tática é, desse modo, como observa De Certeau (1994, p. 100), “[...] um movimento dentro do campo de visão do inimigo.”

Para Scott (1985), em outra perspectiva teórica, tais táticas e astúcias dos fracos, podem ser interpretadas como esquemas sub-reptícios de resistência; empregados pelas esferas economicamente subalternizadas como recursos para diminuir a exploração perpetrada pelos detentores do poder. Assim, essa insubordinação disfarçada, ou as armas dos fracos, emprega instrumentos diversos em sua ação, tais como dissimulação; deserção; cumprimento falso; roubo; furto; ignorância fingida; calúnia; sabotagem; subserviência dissimulada, dentre tantas outras (SCOTT, 1985).

Tanto De Certeau (1994) quanto Scott (1985) concordam com o fato de que os expedientes utilizados por aqueles alijados do acesso aos mais diversos tipos de bens e serviços, tantos os materiais quanto os imateriais, são instrumentos, armas, que facultam o acesso a esses bens e serviços subvertendo a ordem estabelecida pelos donos do poder, seja ele econômico, político, social ou cultural.

Assim, as estratégias elaboradas pelos Estados para organizar o acesso à saúde de seus nacionais são acessadas por estrangeiros por meio do emprego das táticas que, na conceituação de De Certeau (1994), operacionalizam o acesso usando como instrumento as lacunas deixadas na armadura conceitual em que foram construídas as estratégias. Desse modo, as táticas adentram o universo das estratégias e com elas se confundem, impossibilitando sua imediata identificação, objetivos e mecanismos de acesso aos bens e serviços negados pelas estratégias legalmente instituídas.

É no interior da dinâmica das táticas de acesso à saúde na fronteira que as manifestações identitárias têm lugar. As identidades étnicas são evocadas para indicar os grupos étnicos aos quais se devem franquear o acesso aos serviços de saúde no Brasil; inclusão esta feita por via tanto legais, estratégias, quanto ilegais, táticas.

Na fronteira Brasil/Paraguai a presença de grupos étnicos é patente: são paraguaios; brasileiros; chineses; libaneses; sírios; uruguaiois dentre outras nacionalidades. Todos estes grupos convivem entre si e estabelecem inter-relações de toda sorte: econômicas, sociais; culturais. Apesar de conviverem, os grupos não perdem suas características identitárias, aquelas que os particulariza diante de si mesmos, do grupo ao que pertencem e diante do outro. Ao invés de desaparecerem no meio dos aspectos culturais de outros povos, pelo contrário, estas se tornam mais manifestas, funcionando como sinais diacríticos que servem para definir a pertença dos indivíduos a determinados grupos.

Várias são as condições que propiciam as relações entre brasileiros e paraguaios na fronteira de Pedro Juan Caballero/PY e Ponta Porã/BR. As relações se dão por conta de fatores econômicos, socioculturais, legais e ilegais. Dentre estas relações, a questão da utilização dos serviços de saúde oferecidos no Brasil pelo SUS por parte dos estrangeiros desponta como um dos fatores que propiciam a emergência de manifestações de caráter identitário e étnico naquela fronteira. Assim, intenta-se analisar nessa proposta de pesquisa, as manifestações identitárias de caráter étnico que emergem da relação oportunizada pelo acesso à saúde no Brasil por parte dos paraguaios e dos brasileiros não residentes no Brasil, o caso dos chamados brasiguaios, e dos brasileiros e paraguaios residentes no País.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar como se dá o acesso à saúde, por meio do SUS, de paraguaios e brasileiros – residentes e não residentes no Brasil – na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente a cidade de Ponta Porã (BR).

4.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a)** identificar as estratégias adotadas pelos paraguaios indocumentados para conseguir atendimento por meio do SUS no Brasil.
- b)** descobrir como essas estratégias para o acesso à saúde no SUS são percebidas tanto por brasileiros quanto por paraguaios; e qual a influência dessa forma de acesso na construção da identidade étnica de cada grupo.
- c)** compreender como se dão as relações e inter-relações estabelecidas por esses indivíduos no processo de interação que as situações sociais, no que diz respeito ao acesso à saúde, engendram; e como essas relações atuam na manutenção ou reformulação das representações de caráter identitário dos membros das sociedades paraguaia e brasileira envolvidos direta e indiretamente no acesso à saúde na região de fronteira.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada na cidade de Ponta Porã, Brasil, em 2016, 2017, 2018.

5.2 Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e livres por amostra de conveniência, cujo roteiro encontra-se anexo (Apêndice A). Quanto aos participantes, foram compostos por usuários do SUS e por aqueles que exercem atividades profissionais em estabelecimentos de saúde que aceitaram fazer parte da pesquisa. Brasileiros residentes em Ponta Porã, brasileiros residentes em Pedro Juan Caballero; paraguaios residentes em Ponta Porã. Paraguaios residentes em Pedro Juan Caballero e profissionais de saúde. Todos com idade superior a 18 anos.

A documentação referente à coleta de dados (formulários, caderno de campo com anotações e gravações em mídia digital) foram arquivadas e constam do arquivo pessoal do pesquisador responsável pela pesquisa. No material não há nomes, endereços ou quaisquer formas de identificação dos participantes; sendo seus depoimentos distinguidos pela denominação genérica de *Interlocutor*, seguida de numerais.

O instrumento elencado para a realização da pesquisa foi submetido à pré-teste, buscando, com isso, a melhor adequação destes no tocante aos objetivos propostos e a elaboração, caso fosse necessário, de eventuais ajustes.

Ressalta-se que, antes da realização das entrevistas, os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa foram informados a respeito da natureza acadêmica do trabalho e dos objetivos que norteavam a sua realização; bem como os aspectos relacionados à metodologia adotada; a inexistência de riscos de qualquer tipo aos participantes da investigação; os benefícios potenciais que o trabalho pode gerar; e explicações atinentes à necessidade de ciência por parte dos participantes/entrevistados da importância da leitura e posterior subscrição do Termo e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B e C).

Concluída a leitura do TCLE e tendo sido compreendido o seu teor por parte dos participantes, estes foram novamente consultados a respeito da concordância de sua participação na pesquisa. Sendo positiva a resposta, foram instruídos a assinarem o TCLE, que constou de duas vias impressas, uma das quais, depois de devidamente subscrita, foi entregue ao entrevistado e a outra ficou com o pesquisador. Ressalta-se que aos participantes de origem paraguaia o TCLE a eles submetido foi concebido em língua espanhola (Apêndice C).

O TCLE não foi vertido para o Guaraní, um dos idiomas oficiais do Paraguai, em razão de os moradores de Pedro Juan Caballero dominarem a língua espanhola e, portanto, serem capazes de entender o teor do TCLE elaborado neste idioma.

Realizados os procedimentos éticos iniciais no que tange à aceitação de participar da pesquisa, a coleta individual dos dados teve início.

5.3 Organização e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados conforme os pressupostos teóricos constantes da teoria dos grupos étnicos e suas fronteiras, de Fredrik Barth, e as concepções teóricas de Michel De Certeau, com destaque para as categorias estratégia e tática. A técnica de análise em questão permitiu a interpretação dos dados obtidos no decorrer do trabalho de campo.

5.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo n.º 62204716.2.0000.0021. Projeto aprovado sob o Parecer número: 1.935.644 (ANEXO A).

5.5 Avaliação de riscos e benefícios para os participantes

Enfatiza-se que a pesquisa realizada não trouxe riscos de qualquer natureza aos participantes. Portanto, os eventuais participantes da pesquisa não sofreram danos e/ou prejuízos de nenhum tipo durante e após a realização do trabalho em questão.

No que tange aos resultados, foram publicados dois artigos em revistas com Qualis Capes A1 (Anexos C e D), respectivamente, *As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai*, publicado na revista Horizontes Antropológicos (ISSN - 1806-9983); e *Subvertendo a ordem: os indocumentados e as estratégias de acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY*, publicado na Revista de Antropologia da USP (ISSN - 1678-9857).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O Acesso aos serviços de saúde pelo SUS: o caso dos brasileiros não residentes no Brasil

No que diz respeito ao objetivo geral desta pesquisa, analisar *como* se dá o acesso à saúde, por meio do SUS, de paraguaios e brasileiros – residentes e não residentes no Brasil – na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente a cidade de Ponta Porã (BR), os resultados apontam a existência de redes de solidariedade entre os moradores de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, especificamente – mas não só – no que se refere a questões de acesso à saúde naquela faixa de fronteira. Aqui, se confundem e se misturam as categorias de estratégia e tática de De Certeau com o universo teórico de Barth, marcado pela análise das identidades étnicas e suas fronteiras.

Então, respondendo ao objetivo geral deste trabalho, o acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, por meio do Sistema Único de Saúde, pode ser obtido de várias maneiras, tanto legais quanto as consideradas pelo ordenamento jurídico brasileiro e paraguaio como ilegais. No âmbito da legalidade, o atendimento aos estrangeiros e aos brasileiros não residentes no Brasil, na cidade de Ponta Porã, é realizado pelo SUS e, geralmente, se dá por meio da apresentação de documentos, carteira de identidade, comprovante de residência, no caso dos brasileiros. Contudo, como observado por Albuquerque (2012), os brasileiros não residentes não estão livres de dissabores quando procuram atendimento de saúde no Brasil.

Reforça as constatações de Albuquerque (2012), em relação ao preconceito existente em desfavor dos *brasiguaios*, o testemunho da psicóloga e antropóloga Graziela Britez Turdera quando relata sua experiência como estagiária em um hospital da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina

Eu intermediei alguns atendimentos a esses pacientes e familiares em razão de eu falar castelhano fluentemente. A conduta médica para com esses sujeitos não diferia para com os pacientes brasileiros, *ainda que os discursos de graus variados de inconformismos com o que era tido como um “tirar proveito” do Sistema de saúde brasileiro existissem nos corredores por parte de profissionais de saúde, mas principalmente por parte de pacientes e familiares brasileiros* (TURDERA, 2016, p. 15, grifo meu).

Outro problema que se apresenta aos brasileiros não residentes quanto ao acesso aos serviços de saúde no Brasil é a exigência do Cartão do SUS. Ocorre que para obter atendimento pelo SUS no Brasil é necessário que o interessado esteja devidamente registrado no Sistema de Informações em Saúde (SIS), registro este comprovado por meio do Cartão Nacional de Saúde, o Cartão SUS – instituído pela portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002). Esse instrumento – criado pelo governo federal – objetiva vincular os seus usuários às ações e serviços de saúde realizados pelo SUS, bem como identificar as pessoas que foram atendidas e a região do País em que se deu o atendimento.

No entanto, a validade do Cartão SUS não é irrestrita, ou seja, válida para todo o território nacional. O cartão só poderá ser utilizado pelos brasileiros que comprovem residência fixa em determinado município brasileiro, isto é, um morador de Campo Grande/MS não poderia ser atendido, em tese, pelo SUS na cidade do Rio de Janeiro fazendo uso do referido cartão. Portanto, ainda com tais ressalvas, o direito de posse e utilização do Cartão SUS é prerrogativa de brasileiros e estrangeiros que comprovem residir no Brasil, conforme consta da redação do artigo 4º da lei supracitada: “Todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como os estrangeiros com residência permanente no país, têm direito ao CARTÃO SUS, independentemente de sua idade” (BRASIL, 2002, art. 4º).

Não obstante, a mesma Portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002). Assevera no seu artigo 5º que “A ausência do CARTÃO SUS não poderá impedir o atendimento à pessoa brasileira ou estrangeira, com qualquer tipo de visto de entrada no país, em qualquer unidade de saúde integrante do Sistema Único de Saúde, sob pena do cometimento de crime de omissão de socorro” (BRASIL, 2002, art. 5º). Tal dispositivo visa proteger um bem jurídico, representado pela vida e pela saúde da pessoa humana. O crime é considerado um crime omissivo próprio, cujo objetivo não é punir a não realização de uma ação, mas a omissão dessa ação (BRANCO, 2009). Portanto,

Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde: • Inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde. • Desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde. • Impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde. • Usuário com Cartão emitido por outro município (BRASIL, 1988, p. 14-15).

A possibilidade de incorrer no crime mencionado é o que muitas vezes faculta o atendimento, isso porque desperta certo temor em muitos funcionários: “*A gente tem que*

atender, não tem jeito. A pessoa chega aqui passando mal, parecendo que vai morrer. Imagina se a gente num atende?! Dá um rolo danado. Dá até cadeia.”, relata um dos interlocutores quando perguntado como os brasileiros ou paraguaios indocumentados faziam para ser atendidos [Interlocutor 12 - Ponta Porã, 2017].

Desse modo, estar de posse ou não do Cartão do SUS não garante ou impossibilita de todo o acesso aos serviços através do SUS no Brasil, no caso de brasileiros não residentes no País. No entanto, para viabilizar o atendimento nessas circunstâncias, é preciso que a pessoa interessada no atendimento esteja minimamente informada sobre seus direitos, exigindo-os com veemência. “Eu nunca recusei atender ninguém, sabe? Mas tem gente lá que por causa do Cartão, não atendeu. Mas fez isso porque a pessoa era humilde, entende? Não sabia que tinha direito a atendimento mesmo sem cartão. A pessoa tem que reclamar, senão fica por isso mesmo.” [Interlocutor 16 - Ponta Porã, 2018].

A propósito do atendimento aos brasileiros não residentes pelo SUS no Brasil, as opiniões dos brasileiros e dos paraguaios não são uníssonas, havendo aqueles que acham legítima a prestação do serviço e aqueles que são contrários a ela. “*Eu sou contra! Sabe por quê? Esses brasiguaios moram lá, vivem lá, trabalham lá, então, tudo o que eles fazem [A renda que gera] deixam lá, entende? Daí adoecem e vêm pra cá!? Usar as coisas daqui. Não acho certo.*” Responde o comerciante brasileiro quando inquirido sobre o que achava de brasileiros não residentes serem atendidos pelos SUS no Brasil. Outras pessoas não têm a mesma opinião:

“Eu não vejo problema nisso não. São brasileiros como a gente, né? Então, por que não atender? Outra coisa, a gente não sabe a situação da pessoa lá [no Paraguai], vai que tá passando necessidade, né? Aqui [em Ponta Porã] o pessoal atende todo mundo de fora, então tem que atender os brasileiros de fora também.” [Interlocutor 7 - Ponta Porã, 2017].

Em relação ao fluxo de brasileiros não residentes no Brasil que procuram atendimento no País, Cazola *et al.* (2011, p. 188) analisam que

Um fator determinante para o fluxo de brasileiros residentes na fronteira em direção aos serviços de saúde no Brasil são as diferenças entre os sistemas de saúde. A assistência à saúde no Paraguai, através das diversas instituições do setor público, cobre 58% da população; o setor privado cobre 15%; e 27% da população não tem nenhuma cobertura (11, 16). Observa-se também uma baixa utilização dos serviços de saúde, que pode estar associada ao alto custo, à dificuldade de acesso e à resolutividade dos serviços de saúde. Em contraposição, o sistema de saúde brasileiro é público, universal, gratuito e de qualidade.

Assim, o que se tem em relação à procura de atendimento por meio do SUS por parte de brasileiros não residentes no País, é que a fragilidade do sistema de saúde paraguaio, representado pela baixa cobertura e pouca efetividade na solução dos problemas de saúde, força os brasileiros não residentes a buscarem atendimento no Brasil (CAZOLA *et al.*, 2011).

Apesar das dificuldades enfrentadas, os brasileiros não residentes no País conseguem ser atendidos através do SUS nas Unidades de Saúde de Ponta Porã, geralmente através das redes de solidariedade que se formam na região e que envolvem brasileiros, paraguaios e seus respectivos parentes e círculos de amizade. Na dinâmica das possibilidades de acessar os serviços, entram fatores associados à empatia, à cumplicidade e à troca de favores (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

No que diz respeito à troca de favores, o que se tem é que os favores trocados são dificilmente cobrados; mas são quase sempre percebidos pelos envolvidos no processo da troca como um compromisso tácito, mas imperioso, de reciprocidade. Aos que porventura se esquecem do compromisso e não retribuem o favor, as redes de solidariedade se esgarçam lentamente, e o faltante se vê inserido à revelia no rol daqueles a quem as palavras traidor, amigo da onça, tratante, mal-agradecido e sacana são as formas de tratamento elencadas para se referirem a ele quando não está presente.

Sobre o tema, discorre um interlocutor que:

“Cara, favor a gente não cobra, né? Acho que nem precisa. Porque tá todo mundo no mesmo barco, a gente se ajuda. E às vezes você se arrisca pra fazer um favor, né? Arrisca o serviço, arrisca perder a confiança de outras pessoas, perder promoção... É complicado, ainda mais aqui, no nosso caso. É arriscado mesmo. Mas a gente faz, pra ajudar. Mas é claro que se a gente precisar, a gente espera ser ajudado, nada mais justo, eu acho. Agora se isso não acontece, daí é muita traição [Traição], né? Então a pessoa fica queimada no grupo, entende? Ninguém mais faz nada pra ela.” [Interlocutor 9 - Ponta Porã, 2018]

Para Mauss (2003), teorizando sobre a origem da categoria reciprocidade, esta se origina do conceito de dádiva, entendido como o ato voluntário de ofertar algo, de caráter material ou imaterial, sem esperar um pagamento posterior, uma retribuição, maior ou semelhante à que foi entregue. Mauss entendia o ato de dar totalmente desinteressado da parte de quem dá, mesmo considerando que aquele que recebe tende a retribuir. Na contramão dessa interpretação, Bourdieu (1996) não acredita na existência de ação desprovida de algum interesse, para ele aquele que dá espera, ainda que inconscientemente, a retribuição, situação que gera uma expectativa, que só será atendida quando aquele que recebeu decidir ser conveniente retribuir. Desse modo, há na reciprocidade uma relação de tempo e poder, na qual quem terá de retribuir o fará no seu tempo; e o poder é prerrogativa daquele que dá sobre aquele que recebe, gerando uma sensação de embaraço com a obrigação de retribuir.

No caso das cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, e as situações de reciprocidade que as redes de solidariedade ensejam, as posições se interpenetram e se complementam. Isso porque na composição simbólica da troca de favores existem tanto o ato de ajudar pelo prazer de ajudar, pela solidariedade e empatia, como a expectativa de retribuição quando se fizer necessário.

“Eu sempre ajudo as pessoas aqui, sabe? Porque às vezes me corta o coração vê as pessoas sofrendo, e se eu posso ajudar, por quê não, né? Então eu colaboro do jeito que posso, falo com quem tiver de falar até conseguir. Mas favor é favor, né? Um dia eu vou ter que pagar, como as pessoas que eu procuro sabem que me devem. Eu num cobro favor, nunca cobreí. Graças a Deus não precisou, até hoje. Aqui todo mundo sabe como funciona as coisas. É como se fosse um ciclo, entende?” [Interlocutor 5 - Ponta Porã, 2017].

Dessa maneira, percebe-se que a reciprocidade que funciona no interior das redes de solidariedade que agem na fronteira Brasil/Paraguai, mais especificamente entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, não é algo inato, pré-existente aos indivíduos. É, na verdade, uma construção sociocultural, forjada na dinâmica dos processos que têm lugar nas relações e inter-relações que os indivíduos estabelecem entre si, tais como as relações de trabalho, de parentesco, de amizade, de vizinhança, de compadrio e de interesses. É no interior dessas

relações que as redes de solidariedade na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero podem ser percebidas. O caso do acesso aos serviços de saúde por meio do SUS aos estrangeiros e brasileiros indocumentados é um exemplo de como elas funcionam.

6.2 O acesso aos serviços de saúde pelo SUS: o caso dos estrangeiros indocumentados em Ponta Porã, Brasil

Outro aspecto relevante na dinâmica das trocas simbólicas que têm lugar na fronteira estudada é a questão das sanções às quais ficam expostos aqueles que descumprem as regras tácitas do universo simbólico das dádivas e contradádivas. No modelo teórico de Mauss (2003) impera o princípio da reciprocidade, no qual dar-receber-retribuir constituem categorias estruturantes das relações de intercâmbio de bens materiais e imateriais. Isso posto, o descumprimento ou a quebra do ciclo dar-receber-retribuir gera desconforto e sentimentos negativos em relação aos inadimplentes, por assim dizer. Embora não ocorra com frequência, a negativa – não justificada – de não atender a uma solicitação oriunda das necessidades apresentadas pelos membros das redes de solidariedade é punida com sanções.

Um dos interlocutores, corroborando o depoimento do interlocutor 9 [Ponta Porã, 2018], quando perguntado se já havia tido alguma solicitação negada, disse que “Olha, isso quase não acontece, sabe? Mas quando acontece, a gente paga na mesma moeda, entende?” – Como assim? Indago, na esperança de que ele me dê detalhes.

Teve uma vez, aconteceu comigo isso aí, um cara daqui [Unidade de Saúde], que eu não vou dizer o nome, me pediu um favor desse tipo [táticas] e eu fiz, arrumei o que ele precisava. Daí teve uma vez que eu precisei dele, ele podia ajudar, sei que ele podia, mas não me atendeu. Falou que tava vendo e me enrolou. Daí falei com outra pessoa e ela rapidinho resolveu pra mim. Então um dia ele veio de novo, me pedindo ajuda. Não ajudei! E também queimei ele com o resto do pessoal. Falei que ele era traíra, só qué venha a nós e vosso reino nada. Depois disso todo mundo num faz mais favor pra ele [Interlocutor 17 - Ponta Porã, 2018].

Em um sistema de trocas baseado na reciprocidade existe uma obrigatoriedade velada, mas conhecida e reconhecida por todos os partícipes, em cumprir o ciclo que envolve dádiva, contradádiva e retribuição. Consiste em um processo que se retroalimenta, dependendo dessa dinâmica cíclica para continuar existindo e atuando em favor daqueles que estão envolvidos nas malhas das redes de solidariedade. A negativa explícita ou disfarçada de atendimento às solicitações esgarça os laços que sustentam as relações, resultando na quebra do contrato simbólico entre os membros das redes.

– Mas não tem jeito do cara ser perdoado? Pergunto ao meu interlocutor. “Num tem jeito, não. Depois que quebra a confiança, já era. A gente fica com o pé atrás, né? Desconfiado. Vai que o cara que se vingar e tá armando alguma arapuca pra gente! Então o jeito é evitar mesmo.” – Mas acaba a amizade? Pergunto.

Não é que acaba a amizade, até porque amigo mesmo, de verdade, não faz essas coisas. Mas não é a mesma coisa. Então a gente mantém as aparências, conversa; brinca, porque a gente trabalha junto, né? Não dá pra ficar sem se falar, até dá, mas num precisa. A pessoa fica assim igual aquele tipo de amigo em que você não tem confiança, sabe? Aquele cara que você joga bola, toma cerveja junto, mas num confia. Até porque você sabe que ele não tem palavra, se você emprestar dinheiro pra ele, ele não vai te pagar, se você emprestar o carro pra ele e ele bater, não vai te pagar e assim por diante.

Aqui, o prestígio do inadimplente está irremediavelmente abalado. O indivíduo que desrespeita o código de conduta atinente às trocas perde o respeito do grupo ao qual está vinculado, isso porque, de acordo com Mauss (2003, p. 263), “Se coisas são dadas e retribuídas, é porque se dão e se retribuem ‘respeitos’”. Perdido o respeito, o outrora participante das redes de solidariedade é relegado a uma espécie de limbo social, no qual as oportunidades geradas e distribuídas pela ação das redes lhe são agora vedadas.

Não retribuir a dádiva é uma atitude inadmissível na lógica de trocas simbólicas oportunizadas pelas redes de solidariedade na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, ensejando sanções que inviabilizam o reconhecimento social do *apenado* em razão da aura de desprestígio que agora circunscreve seu nome e pessoa. Nesse contexto, as sanções são operacionalizadas tendo como pressuposto básico uma moralidade comum,

compartilhada entre os grupos e defendida sob a forma de uma espécie de controle moral exercido reciprocamente entre os indivíduos.

6.3 Dádivas, contradádivas e sanções: a dinâmica das trocas simbólicas

Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY se caracterizam pela complexidade, oriunda dos fenômenos socioculturais que a fronteira enseja. Figura como complicador nesse espaço limítrofe as relações ali estabelecidas pelo convívio entre pessoas, etnias, idiomas, ideias e ideologias, o que muitas vezes resulta no surgimento de culturas de fronteira, que por sua vez se transformam em fronteiras da cultura (ALVAREZ, 2010). Não obstante, não são fronteiras culturais que se repelem, enquistadas em si mesmas; são fronteiras que estruturalmente se complementam e se hibridizam no interior e nas bordas dos limites territoriais legalmente constituídos (GARCÍA CANCLINI, 1997).

No tocante à área da saúde, esta tem sido alvo de interesse no que diz respeito aos serviços e ações desenvolvidos nos municípios partícipes do Mercado Comum do Sul, Mercosul, posto que, afora as intenções econômicas do bloco, constata-se um relevante recrudescimento do contingente de indivíduos de nacionalidade estrangeira que buscam utilizar os serviços e ações de saúde oferecidos no Brasil (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Contudo, os cidadãos estrangeiros – ainda que residentes no país – não são detentores de direitos nacionais no que se refere à cidadania e ao acesso aos serviços prestados na área de saúde no território brasileiro, o que traz certo incômodo aos responsáveis pelos sistemas regionais. Esses administradores veem-se pressionados a prestar atendimento, quando possível, à população alóctone, embora não tenham em sua estrutura de ação capacidades técnicas e receita pecuniária para tanto.

A demanda estrangeira pelos serviços ofertados pela área da saúde nas fronteiras brasileiras não é tão expressiva como querem fazer crer alguns gestores e autoridades alocados nas fronteiras. Tamaki *et al.* (2008) observam que apesar dos discursos desses atores sociais enfatizarem que do orçamento da saúde alocado para atender a região 40% são gastos com atendimento aos estrangeiros, as informações não se verificam, visto que os dados colhidos para a confecção de um diagnóstico de saúde nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul apontam a inexpressividade dessa demanda.

Todavia, apesar da demanda não ser tão expressiva, a ponto de onerar de maneira irremediável os custos relacionados à saúde no município, é inegável que ela existe e, portanto,

deve ser levada em consideração quando da alocação de recursos ou da elaboração de políticas públicas que tenham como objeto o acesso à saúde aos estrangeiros em regiões fronteiriças. Em face dessa situação, identificam-se obstáculos no sentido de fornecer o acesso digno à saúde prescrito pela Constituição Federal de 1988, ou seja, acesso de maneira universal e integral.

O Mercosul tem, na medida de suas possibilidades e sempre procurando respeitar as soberanias nacionais, instituído ações de notável iniciativa no tocante ao campo da saúde. Sob sua égide e influência têm-se elaborado diversas intervenções, notadamente aquelas voltadas ao combate e à prevenção de doenças infectocontagiosas e de vigilância sanitária. Dessa maneira, no que diz respeito à prestação de serviços em saúde, nota-se que os contratos que se sucedem entre os governos concorrem no sentido de que o estrangeiro possa ter livre acesso ao atendimento público em quaisquer das nações constituintes da coalizão denominada Mercosul (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Existem razões que podem contribuir e influenciar na busca pelos serviços de saúde no Brasil. Em que pesem os problemas enfrentados pelo SUS no que diz respeito ao seu funcionamento, o sistema ainda é uma boa opção àqueles que não têm muitas alternativas. Um desses fatores é a razoável facilidade no acesso, que atrai os segmentos populacionais das nações economicamente mais vulneráveis. Assim, diante da precariedade de condições socioeconômicas e infraestruturais em que se encontram, recorrem ao Brasil, através do SUS, em busca de atendimento. Tal fato acaba por se refletir de maneira contundente no processo organizacional e estruturante do sistema de saúde dos municípios fronteiriços e, por conseguinte, na vida sociocultural e econômica de suas populações.

Contudo, apesar da questão da escassez de recursos ser um dos motivos mais alegados pelos entrevistados, existem outras razões presentes na dinâmica da migração de paraguaios para o Brasil, especialmente em busca de serviços de saúde, dentre elas a contiguidade geográfica (isso porque os distritos paraguaios encontram-se distantes dos centros de saúde); a relativa facilidade de acesso aos meios de transporte; a confiança depositada nos serviços de atendimento à saúde do País; a gratuidade do Sistema Único de Saúde e a garantia da continuidade do atendimento em casos complexos; e o atendimento compulsório em casos de urgência. Questões que denotam a fragilidade do Paraguai em atender seus cidadãos, haja vista a falta de infraestrutura e ausência de políticas públicas pensadas para dirimir os inúmeros problemas de acesso à saúde naquele país (AZEVEDO, 2015).

O acesso aos serviços do SUS por parte dos estrangeiros no Brasil é realizado quando o interessado apresenta os documentos necessários e obrigatórios de permanência no território brasileiro. Para os estrangeiros não residentes é exigido o Registro Nacional de Estrangeiro

(RNE), documento obrigatório a todos os estrangeiros que permanecem no Brasil por mais de 30 dias permitidos por lei, contados da data de entrada no País (BRANCO, 2009).

De maneira geral, para ser admitido no território nacional, o estrangeiro tem de obter o visto de entrada na repartição consular do Brasil, no exterior, ressalvadas os acordos recíprocos entre países que dispensam a apresentação de passaporte ou de visto, como preconiza o artigo 2º do Decreto nº. 86.715, de 10 de dezembro de 1981. No referido dispositivo legal é apresentada a condição básica para o ingresso no País “[...] far-se-á mediante a concessão de visto: § 1º - Os vistos serão concedidos no exterior, pelas Missões diplomáticas, Repartições consulares de carreira, Vice-Consulados e, quando autorizados pela Secretaria de Estado das Relações Exteriores, pelos Consulados honorários.” (BRASIL, 1981).

No âmbito da saúde, as exigências legais de natureza sanitária para concessão de visto aos estrangeiros limitam-se ao que preconiza o Art., 1º da Lei 87/91

- I – exigir-se, para a concessão de visto por órgãos consulares brasileiros, relativamente a determinadas doenças e certas áreas geográficas, de origem ou destino, a prévia apresentação do Certificado Internacional de Imunização previsto no Regulamento Sanitário Internacional;
- II –implementarem-se, e serem executadas, em função do contexto epidemiológico mundial, medidas temporárias de proteção à saúde pública, objeto do Regulamento Sanitário Internacional e recomendadas por organizações internacionais de Saúde (BRASIL, 1991).

Para ser atendido nas Unidades Básicas de Saúde/UBS de muitos municípios fronteiriços é necessária a apresentação de documentos, no entanto, os municípios não têm um padrão de exigência. Algumas localidades exigem o RNE, outras a apresentação do CPF ou comprovante de residência. Tais solicitações constituem um entrave burocrático, impossibilitando ou dificultando o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS por estrangeiros e brasileiros não residentes no País. Obstáculo também verificado na compulsória comprovação de domicílio em território nacional para a obtenção do Cartão Nacional do SUS, demandas que “empurram” os indocumentados a aderirem às táticas e estratégias para acessarem o tratamento desejado (BRANCO, 2009; BRASIL, 2002; GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Diante do exposto, o que fica patente é que, no Brasil, os expedientes burocráticos pensados para melhor coordenar o acesso à saúde por meio do SUS aos brasileiros têm funcionado como obstáculos ao atendimento de estrangeiros e brasileiros indocumentados. Soma-se a esses impedimentos a crença alimentada por muitos gestores de que atendimento

pelo Sistema Único de Saúde é benefício restrito aos brasileiros. Assim, acabam recrudescendo as medidas de controle e/ou mesmo negando o acesso, o que os leva a apelar a táticas – instruídos por outros que já passaram pela mesma situação (SILVA, 2006).

A tática de empréstimos de endereços para comprovação de domicílio não tem muita eficiência em muitas localidades, isto porque, de acordo com Giovanella *et al.* (2007, p. 256), para coibir subterfúgios dessa natureza “[...] foi implantado um cartão municipal de saúde – de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar a presença do estrangeiro na residência.”

Contudo, é necessário ressaltar que tais táticas não funcionam sem a participação direta ou a convivência de uma série de atores sociais envolvidos, de alguma maneira, nas estruturas que controlam o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Em se tratando de estrangeiros indocumentados, o atendimento geralmente é facultado diretamente devido à compreensão de profissionais como enfermeiros, agentes de saúde, médicos ou auxiliares de enfermagem, a respeito do direito ao acesso a tratamento por parte de estrangeiros ou brasileiros indocumentados (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010; BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

Indiretamente, o acesso é facultado por indivíduos localizados em outros setores de serviço dentro das instituições de saúde, setores como o administrativo, os relacionados a transporte de pacientes, dentre outras funções que envolvem o contato entre os indivíduos que têm em comum a mesma profissão, a mesma religião, as mesmas convicções políticas, enfim: onde haja interação humana, existem redes de solidariedade funcionando, quase sempre dentro da estrutura prática e simbólica das estratégias e das táticas (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

As táticas que são operacionalizadas por meio das brechas burocrático-institucionais do Estado – as estratégias de que fala De Certeau (1994) –, e que possibilitam o acesso à saúde pelos estrangeiros, não são facilmente identificáveis; ficando, geralmente, desconhecidas por parte da sociedade brasileira. Todavia, vez ou outra algumas delas podem ser vislumbradas, o que deixa entrever a ponta de um *iceberg* cujas reais dimensões e reentrâncias nunca serão efetivamente percebidas. Um exemplo dessa metáfora foi o episódio ocorrido em Campo Grande/MS, relatado por Branco e Torronteguy (2013, p. 45)

O caso ocorrido em Campo Grande foi uma constatação feita pela Promotoria Especializada de Campo Grande - Promotoria de Justiça e da Cidadania, de que um número significativo de paraguaios estava fazendo transplante pelo SUS, encaminhados pela mesma equipe médica, cujo responsável foi apontado

informalmente por um desses paraguaios como o responsável pelo aluguel de um imóvel onde os estrangeiros ficavam acomodados. As Secretarias Municipal e Estadual de Saúde instauraram processo administrativo para apurar as irregularidades que apontassem para um “agenciamento” desses estrangeiros pelo médico ou facilitação para que os mesmos fossem atendidos pelo SUS.

Constata-se no relato acima que os acessos aos serviços de saúde (através de *arranjos não ortodoxos*) por meio do SUS não se restringem aos serviços de baixa complexidade, como a obtenção de receitas médicas de medicamentos controlados; esses *arranjos menores*, por assim dizer, são, como dito, a ponta do *iceberg*.

Ainda que reconhecido o atendimento aos estrangeiros e brasileiros indocumentados pelo SUS, não há dados estatísticos que mensurem a real participação deles na estrutura de saúde do Estado brasileiro. Assim, mesmo não sendo considerados os atendimentos, como visto, eles ocorrem na prática, viabilizados pelas táticas elaboradas por diversos atores sociais para promover o acesso aos serviços de saúde no Brasil, institucionalmente dificultado, quando não negado, pela intrincada malha burocrática que caracteriza o acesso à saúde no País.

6.4 O acesso à saúde e sua dinâmica na fronteira: estratégias, táticas e repercussões identitárias em Pedro Juan Caballero e Ponta Porã

Na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente as cidades-gêmeas¹² de Pedro Juan Caballero/PY e Ponta Porã/BR, o acesso aos serviços de saúde se dá de diversas maneiras. Para aqueles que têm condições econômicas favoráveis, tanto brasileiros quanto paraguaios, o atendimento pode ser obtido nas clínicas e hospitais particulares existentes tanto em um quanto em outro lado da fronteira. Em Pedro Juan Caballero, são várias as instituições de saúde privadas que oferecem serviços aos potenciais clientes, independentemente da nacionalidade.

As principais instituições privadas de saúde em Pedro Juan Caballero são: Hospital San Francisco, Hospital Viva a Vida, Sanatório San Lucas e uma gama de clínicas de várias especialidades. O único hospital público de Pedro Juan Caballero é o Hospital Regional Anibal Leoncio Medina Valiente que, apesar de ser público, não tem gratuidade no acesso aos serviços, dado o fato de a rede pública de saúde do Paraguai não possuir recursos próprios para custear o setor de saúde.

¹² A definição do conceito de cidades-gêmeas é feita pela Portaria nº 125, de 21 de março de 2014, artigos 1, 2, 3 e 4. Cf.: BRASIL. Portaria nº 125, de 21 de março de 2014. Ministério da Integração Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** de 24/03/2014. nº 56, Seção 1, p. 45).

O acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero para os indocumentados é marcado por dificuldades, sendo a documentação necessária para facultar o atendimento a mais relatada pelos interlocutores com os quais foi possível obter algumas informações. Diante desse entrave burocrático, e necessitando de atendimento, os indivíduos se veem compelidos a acessarem as redes de solidariedade e o conjunto de táticas que elas disponibilizam. Os artifícios empregados no processo são os mais engenhosos possíveis, sendo que muitos encerram riscos consideráveis.

Dentre as táticas utilizadas, destaca-se uma já bastante conhecida e presente na redação de vários estudos, que consiste basicamente em obter, por meio de empréstimo, documentos que atestem que seu portador reside legalmente em território brasileiro. A preferência é dada àqueles documentos cuja emissão dispensa a apresentação de fotografias junto com os nomes a eles associados, a exemplo de conta de fornecimento de água e energia elétrica, ou mesmo o certificado de contribuição de pessoa física (NOGUEIRA; SIMIONATTO; SILVA, 2003).

O auxílio prestado aos paraguaios pelos brasileiros para facilitar o acesso aos serviços de saúde no Brasil por meio do SUS demonstra a complexidade existente nas interações socioculturais estabelecidas entre brasileiros e paraguaios na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. É perceptível a ambivalência que norteia as relações ente os dois povos, isso porque na medida em que uma parcela dos brasileiros é contrária ao atendimento de paraguaios pelo SUS, outra parcela funciona como instrumento que facilita o acesso aos serviços, principalmente aquela parcela que empresta, ou aluga, documentos que auxiliam na obtenção de atendimento (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018; PREUSS, 2011).

Um dos aspectos mais contundentes na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai, notadamente Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, é a presença e influência de redes de solidariedade no processo que favorece o atendimento aos indocumentados. A palavra solidariedade designa um substantivo abstrato que tem por acepção “[...] união e apoio recíprocos, resultantes de interesse, sentimentos e responsabilidades de um grupo social, de uma nação ou da humanidade [...]” (BORBA, 2011, p. 1302). Em outras palavras, “um quase sinônimo de cidadania” (PAOLI, 2003, p. 160).

As redes de solidariedade existem em diversos contextos socioculturais, tendo ação efetiva na superação de dificuldades enfrentadas pelos indivíduos na dinâmica de acesso a bens e serviços. Podem ser identificadas em vários grupamentos sociais, tais como a igreja, a família, a vizinhança, os locais de trabalho, os círculos de amizade, enfim, estão presentes em espaços nos quais haja interação humana. O funcionamento dessas redes se materializa em diversas ocasiões: mutirões de autoconstrução; coleta e distribuição de alimentos por parte de alguns

grupos; ação de monitoramento mútuo de residências para coibir furtos; amigos que se juntam para obter emprego a quem eventualmente esteja desempregado, dentre outras conformações em que a solidariedade é o mote.

Em se tratando da conformação sociocultural da fronteira entre Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, cidades conurbadas marcadas pela aproximação e contiguidade que caracterizam as cidades gêmeas, a obtenção de documentos de comprovação de residência no Brasil é feita por meio das redes de solidariedade compostas por parentes; amigos; namorados e namoradas; colegas de trabalho, dentre outras possíveis. A comprovação é feita de maneira relativamente simples, sendo suficiente apresentar uma declaração assinada de próprio punho por pessoa residente em Ponta Porã, Brasil. O conteúdo do texto deve mencionar a condição de morador, isto é, deve deixar claro que o portador da declaração mora com o declarante¹³.

Essa tática não costuma resultar em problemas legais para os envolvidos, ainda que exista o risco, isso porque não há controle e verificação – por parte das autoridades de saúde – da veracidade das declarações prestadas pelos declarantes. Assim, em Ponta Porã, a prática ainda é comum. A possibilidade de utilização desse expediente é facultada porque o estado de Mato Grosso do Sul, diferentemente de outras unidades da federação, não dispõe de funcionários para fazer uma busca pormenorizada nos endereços apresentados nas declarações.

Em trabalho de campo realizado na cidade de Ponta Porã, em dezembro de 2016 e janeiro de 2017, por meio de conversas e entrevistas com os moradores, tanto de Ponta Porã quanto de Pedro Juan Caballero, ficou patente a utilização desse e de outros expedientes nas relações estabelecidas para viabilizar o acesso aos serviços de saúde aos indocumentados, independentemente de sua nacionalidade, se brasileira ou paraguaia; bastando para tanto, fazer parte da rede em qualquer de suas ramificações.

A propósito do acesso aos serviços do SUS por paraguaios indocumentados, um interlocutor deu o seguinte depoimento a respeito da dinâmica envolvida no processo de obtenção do referido documento:

¹³ Desde 2011 está em vigor no Brasil a lei nº 4.082/2011, que trata da inexigibilidade de comprovante de residência. Conforme a nova regra, uma declaração de próprio punho, isto é, redigida pelo próprio interessado em seu favor ou em favor de outrem, suprirá a exigência de comprovante de residência. No artigo 3º, a nova lei ainda deixa bem claro que recusar a declaração escrita pelo próprio cidadão como comprovante de endereço pode causar advertência e até multa de 150 UFERS, que pode ser dobrada em caso de reincidência (Cf. Brasil, 2011). A lei em questão enfatiza a necessidade de inclusão na declaração manuscrita do conhecimento do autor de que a falsidade da informação incorre no crime de falsidade ideológica, tipificado no Código Penal brasileiro, cuja redação informa: “Falsidade ideológica Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena: reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular” (Cf. Greco, 2016, p. 1524, grifo do autor).

“É fácil. Por exemplo, se você tem um conhecido aqui no Brasil, em Ponta Porã, você explica a situação pra ele, diz que é caso de doença, ninguém nega, sabe. Vocês [brasileiros] são muito companheiros nessa parte. Eu mesmo já usei endereço de vários conhecidos aqui, nunca tive problema, ninguém nunca falou nada.” (Interlocutor nº 1, paraguaio - Ponta Porã, 2017).

No depoimento acima é perceptível o movimento das redes no processo de obtenção de documentos para facultar o acesso ao SUS. Assim, do ponto de vista das concepções teóricas de De Certeau (1994) sobre estratégias e táticas, nas frestas das estratégias do Estado para regular o atendimento, funcionam as táticas construídas para burlar o sistema e atuar em favor dos interesses daqueles a quem as instituições se esforçam para barrar o acesso. Nesse sentido, percebe-se que as estratégias e as táticas se complementam no processo que possibilita aos indocumentados acessar os serviços de saúde no Brasil por meio do SUS. Assim, as táticas de acesso à saúde na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã não seriam possíveis sem o concurso das estratégias elaboradas pelo Estado para organizar os serviços.

Na avaliação dos brasileiros contatados durante o trabalho de campo realizado na cidade brasileira de Ponta Porã, a utilização das táticas que possibilitam o acesso de indocumentados aos serviços de saúde no Brasil são aceitáveis; todavia existem algumas condições, como se pode perceber na fala de um dos interlocutores:

Rapaz, é tudo ser humano igual a gente, e quando o problema é de saúde, não tem nem o que dizer, né? Tem que ajudar mesmo, se for doença, né? Mas só acho certo ajudar se for pai de família, trabalhador, gente honesta. Agora se for por motivo de bandidagem, briga, essas coisas, num tem que atender coisa nenhuma, eles que procurem o país deles. Agora se é pai de família, tá doente, ou alguém da família dele, aí sim. (Interlocutor nº 2, brasileiro - Ponta Porã, 2017).

Na lógica do sistema de valores construído sobre categorias morais, estão alijados todos aqueles que não se enquadram no perfil de “pai de família”, “trabalhador” e “gente honesta”. Desse modo, aqueles a quem as escolhas feitas no decorrer de suas vidas os levaram ao caminho da “bandidagem” e da violência não são dignos de atendimento no Brasil. Nas categorias elencadas para decidir quem deve ou não ser atendido pelo sistema de saúde brasileiro, independentemente de sua nacionalidade, pode ser percebida uma identificação relacionada à classe social, identificação que irmana e associa os indivíduos que partilham semelhantes condições de existência socioeconômica e comungam dos valores morais, social e culturalmente construídos e aceitos para classificar aqueles aos quais algumas prerrogativas são permitidas, ainda que à revelia do sistema legal.

O acesso é, nesse sistema de valores morais, facultado aos que são “pai de família, trabalhador, gente honesta”, o que na interpretação dos interlocutores equivale a dizer que são pessoas “iguais a nós”. Aqui, independe a origem geográfica ou o idioma nativo daquele que procura atendimento, o que realmente importa é saber se ele é “um de nós”, o que “não ocorre com aqueles que não são ‘como nós’, ou seja, aqueles reputados como bandidos e arruaceiros.” (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018, p. 201).

Ilustra a interpretação do parágrafo supracitado o depoimento obtido de um brasileiro em Ponta Porã:

“Eu não acho certo isso. O cara apronta e depois que se ferra quer que a gente atende ele; e o pior que a lei obriga, né? Eu acho que se o cara que vem de fora e se mete em confusão aqui [Brasil] não tem de ser atendido e pronto. Agora você vê, e se quando o médico tiver atendendo um bandido e um trabalhador precisar ser atendido também? E daí? Por isso que eu não concordo.” (Interlocutor nº 2, brasileiro - Ponta Porã, 2017).

A opinião do interlocutor acima é partilhada também por paraguaios, moradores de Pedro Juan Caballero. Para eles, não se justifica o atendimento se o caso não for devido à doença, e se a pessoa não for direita, honesta e trabalhadora. O interlocutor acredita que a realização do atendimento àqueles que não se encaixam nessas categorias seria uma injustiça aos que são honestos e trabalhadores. A resposta do brasileiro foi dada no contexto da questão

a ele formulada sobre sua opinião a respeito do atendimento aos paraguaios “bandidos” pelo sistema de saúde brasileiro.

O parágrafo acima, por meio das opiniões dos interlocutores, pode ser analisado a partir da teoria de Barth (2000) sobre identidade contrastiva. No contexto do acesso aos serviços de saúde na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, o contraste identitário pode ser percebido através da relação que antagoniza as categorias trabalhador/pai de família e bandido/arruaceiro, na qual esta última aparece como antítese da primeira. Desse modo, na lógica contrastiva de Barth, a identidade do brasileiro residente na fronteira, especificamente aquele categorizado como pai de família e trabalhador, é contrastada com a identidade que se atribui ao paraguaio que é tido por bandido e arruaceiro, e que, por não estar inscrito positivamente no sistema de valores morais da sociedade fronteiriça, não é considerado merecedor de atendimento por meio do sistema de saúde brasileiro, nem em casos extremos nos quais a vida é o bem em risco iminente.

A negativa de prestação de socorro por meio do atendimento no Brasil pode ser entendida como uma face das relações estabelecidas entre brasileiros e paraguaios que, nesse contexto, independem da nacionalidade; mas está intrinsecamente associada aos valores morais que classificam os indivíduos em categorias opostas, o que equivale a dizer que “aqueles que não são iguais a nós, não são dignos das mesmas prerrogativas”. Tal tratamento não é destinado ao paraguaio inscrito simbolicamente na adjetivação moral expressa pelos vocábulos trabalhador e pai de família, já que este, seguindo os preceitos morais estabelecidos pelos brasileiros na faixa de fronteira, é “igual a nós”, isto é, partilha a mesma condição socioeconômica e é regido pelo mesmo código moral em que trabalho e família são as bases estruturais.

A mesma interpretação pode ser dada no caso da identidade autoatribuída, na qual o interlocutor nº 3, o vendedor ambulante paraguaio, elenca como signos diacríticos as palavras “direito, honesto e trabalhador”, atributos inexistentes na conformação moral dos paraguaios declarados criminosos. Assim, de acordo com o universo teórico constante da teoria da identidade contrastiva de Barth (2000), equivale a dizer do outro, ainda que da mesma nacionalidade, que este não pertence à mesma esfera identitária, situando-se, assim, fora do círculo simbólico e classificatório em que se localizam, e são localizados, indivíduos com a mesma pertença identitária autoatribuída e socialmente reconhecida – e por isso membros de um mesmo grupo étnico, não em função do seu local de nascimento, mas em função dos valores socioculturais e morais que comungam entre si.

Nesse contexto, é oportuna a análise de Barth (2000, p. 32) acerca da relevância dos valores socioculturais adotados para simbolizar as identidades: “Uma vez que pertencer a uma categoria étnica implica ser um tipo de pessoa e ter determinada identidade básica, isto também implica reivindicar ser julgado e julgar-se a si mesmo de acordo com os padrões que são relevantes para tal identidade.” Essa identidade étnica adquire mais materialidade, por assim dizer, quando são exteriorizados os discursos de cunho identitário, discursos estes construídos tendo por alicerce a alteridade e comunicados – pela via dos contrastes – à consciência dos grupos sociais envolvidos. Por conseguinte, as identidades étnicas, independentemente de serem brasileiras ou paraguaias, só se mobilizam dirigidas por uma singularidade, que se organiza em grupos dicotômicos do tipo Nós/Eles (NASCIMENTO, 2012).

No que tange ao acesso aos serviços de saúde na fronteira de Ponta Porã com Pedro Juan Caballero, as classificações valorativas que encerram princípios morais válidos para ambos os grupos étnicos, tais como trabalhador e pai de família, são postas em ação para conceber uma identidade étnica que transcende a fronteira Brasil/Paraguai e estende para além da noção de nacionalidade. Aqui, brasileiros e paraguaios se identificam como parte indissociável de um mesmo grupo, no qual não é a nacionalidade a força de integração simbólica que os une, mas as categorias trabalhadores e pais de família em que ambos se reconhecem. É a esse grupo que é autorizado o acesso aos serviços de saúde por meio do SUS no Brasil, seja esse acesso possibilitado por meio das estratégias ou das táticas.

Nessa conjuntura, Barth (2000) entende as categorias étnicas como prováveis receptáculos organizacionais, suscetíveis de acomodar conteúdos variados e em diferentes dimensões, bem como características provenientes dos mais diversificados sistemas socioculturais. Podem, tais categorias étnicas, “ter grande importância, mas não necessariamente; podem colorir toda a vida social, mas também ser relevantes apenas em determinados setores de atividade” (NASCIMENTO, 2012, p. 47).

Dessa maneira, “as características a serem efetivamente levadas em conta não correspondem ao somatório das diferenças ‘objetivas’; são apenas aquelas que os próprios atores consideram significativas” (BARTH, 2000, p. 33). No que concerne ainda ao depoimento do interlocutor nº 3, outros interlocutores de nacionalidade paraguaia não comungam de sua opinião. “Eu acho que vocês [Brasil] têm que atender todo mundo, sim. O país de vocês é rico, o nosso é pobre. E muito da nossa pobreza é culpa dos brasileiros.” A declaração espontânea foi verbalizada por uma vendedora ambulante de chipa¹⁴ que assistia, até então impassível, a

¹⁴ A chipa, alimento tradicional da culinária paraguaia, assemelha-se ao pão de queijo mineiro, todavia com aparência e sabor peculiares. Enquanto o pão de queijo é confeccionado em forma de bolinha, a chipa é modelada

conversa com outro interlocutor; até então ela não havia sido inquirida nem se cogitava em entrevistá-la. Mas a senhora não se conteve e emitiu, de forma desafiadora, sua opinião sobre o tema logo após a resposta do interlocutor nº 3,

A opinião da vendedora ambulante é partilhada por outros paraguaios quando o tema é o acesso à saúde na fronteira. Muitos deles acreditam que o Brasil tem um débito para com eles, notadamente por conta da participação do país na Guerra da Tríplice Aliança e dos espólios de guerra auferidos quando do pagamento das indenizações.

A imagem que o paraguaio tem do Brasil é, geralmente, a de uma nação imperialista, dominante e prepotente. Circula entre os paraguaios a noção de que o Brasil se apossou ilegalmente de território a eles pertencente por ocasião do término da guerra de 1870. A esse fato outros se somam, tais como as questões atinentes à ocupação de terras paraguaias por brasileiros, o que é visto por eles como formas de usurpação, tanto de direitos quanto de dignidade (ALBUQUERQUE, 2009).

Quando indagados a respeito da legalidade do atendimento aos estrangeiros, especialmente os que se utilizam da tática de apresentar endereço de outrem como se deles fosse para serem atendidos pelo SUS no Brasil, os discursos dos brasileiros denotam uma solidariedade que extrapola as fronteiras físicas.

Pode até ser ilegal, sabe. Mas não por isso que não vai atender, né? Vai deixar a pessoa morrer ou sofrer à toa, sem precisão, num vai, né? Imagina se fosse um parente da gente, Deus me livre! E o Brasil é todo errado mesmo, então um erro a mais um a menos, num faz diferença. Nós [os brasileiros] não somos exemplo pra ninguém, começa lá de cima a cachorrada, a roubalheira. Eu mesmo já emprestei meu endereço pra um amigo meu que mora em Pedro Juan. (Interlocutor nº 2, brasileiro - Ponta Porã, 2017).

Não obstante, nem todos os interlocutores concordam com a realização de atendimento de saúde aos estrangeiros pelo sistema de saúde brasileiro, alegando, para isso, o fato de que o Brasil não tem condições de prestar atendimento de qualidade nem para o seu povo, quanto mais para os estrangeiros (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

em forma de ferradura. Seus ingredientes, geralmente, são: polvilho doce, azeite de oliva ou óleo vegetal, ovos, sal, queijo ralado, margarina e leite (Cf. Miró Ibars, 2004).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fronteiras se notabilizam, no âmbito do senso comum, como barreiras construídas pelas nações para restringir ou coibir o acesso àqueles cuja origem pertence a outros territórios. No entanto, as fronteiras representam muito mais que meros limites erigidos para segregar povos e culturas, consistem, também, em ponto de contato, de integração e de inter-relação pelos quais se expressam, se configuram e se reconfiguram identidades étnicas, laços de afetividade, redes de solidariedade e tantas outras categorias que estes espaços possam ensejar. É nesse cenário que se imbricam – quase indistintamente – fenômenos socioculturais dos mais relevantes para a compreensão de aspectos da realidade conjuntural, simbólica e/ou empírica, dos moradores das fronteiras.

Um dos aspectos dessa realidade é a saúde, que por questões relativas às esferas jurídica e econômica dos Estados, é teoricamente pensada para ser universal, mas empiricamente restrita aos nacionais de uma região geográfica politicamente delimitada. Apesar de o acesso aos estrangeiros ser controlado pelas instituições, os serviços de saúde são acessados também por aqueles a quem a falta de documentos impossibilita, no todo ou em parte, o atendimento nas unidades de saúde.

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde aos estrangeiros ou brasileiros não residentes no País constitui problemas orçamentários, notadamente no que diz respeito à alocação de recursos às regiões fronteiriças – visto que os serviços prestados a esse público não são adequadamente contabilizados quando se realiza a destinação de recursos financeiros aos municípios. Nesse contexto, os gestores locais acabam criando mais entraves ao acesso aos serviços de saúde no Brasil por parte de indocumentados e não residentes; acreditando que assim colaboram, de forma eficiente, com a preservação e correta destinação dos recursos ao setor.

No entanto, as adversidades associadas ao acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai não dizem respeito tão somente ao Estado brasileiro, mas também aos estrangeiros e aos brasileiros indocumentados que vivem na fronteira ou dela dependem para obtenção de serviços não disponíveis – ou de difícil acesso – nas localidades onde residem. Desse modo, premidos pela necessidade e tendo dificultado o acesso pelo Estado aos serviços de saúde, os indocumentados apelam para as táticas ensejadas pelas falhas das estratégias construídas pelo Estado e operacionalizadas pelas redes de solidariedade – estas tributárias de tantas outras redes, engendradas e lapidadas no devir da vida cotidiana do morador da fronteira.

Os atendimentos que têm as táticas como meio de operacionalização são realizados, à revelia do controle do Estado brasileiro. Para viabilizar o acesso à saúde no Brasil, os paraguaios indocumentados lançam mão dos expedientes aqui aduzidos, arriscando, em alguns casos, a própria vida, dado que a espera pode – como explicitado – concorrer com o agravamento da doença para além das possibilidades de cura. Dentre as táticas, destacam-se: empréstimo ou aluguel de documentos, espera de agravamento de sintomas relativos a algumas doenças, procura de unidade de saúde, por parte das gestantes, quando a gestação atinge a fase final e aguda e apelo às redes de solidariedade, nas quais o princípio de reciprocidade é acionado e os atendimentos realizados.

A propósito do acesso oportunizado pelas redes de solidariedade, sua dinâmica ocorre de muitas maneiras, mas todas elas intrinsecamente associadas à realidade sociocultural dos indivíduos que convivem entre si em uma determinada conjuntura. As redes de solidariedade cumprem, em certa medida, o papel do Estado, oportunizando aos indivíduos que delas participam – ainda que por caminhos tortuosos – um pouco de igualdade social. Ainda que aparentemente reducionista, a reflexão acerca dos diversos estratagemas que possibilitam o acesso aos serviços de saúde na fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero refletem a escassez de recursos econômicos, a pobreza e a exclusão.

As táticas de acesso acionadas pelos estrangeiros demonstram a fragilidade dos mecanismos de controle do Estado brasileiro, deixando a descoberto sua incompetência no tocante à solução dos problemas enfrentados nas fronteiras do país, especificamente os que têm a saúde como foco. Nesse sentido, enquanto o Estado brasileiro procura dificultar o acesso aos serviços de saúde por parte dos estrangeiros, impossibilitando-lhes a inclusão adotando estratégias excludentes, estes se valem dos arranjos mais inusitados para serem atendidos, contando com a conivência e/ou cumplicidade dos brasileiros moradores na região de fronteira.

Tal conivência e cumplicidade podem ser explicadas por meio da análise minuciosa das inúmeras inter-relações socioculturais que a condição de fronteira oportuniza. Para além dos marcos regulatórios e dos mapas que delimitam os territórios, impera a realidade cotidiana dos fronteiriços, matizada não somente pelas relações comerciais, tanto legais quanto ilegais, do ponto de vista do ordenamento jurídico dos Estados, mas também pela empatia, pela camaradagem, pela amizade e por tantas outras relações socioafetivas que, independentes da nacionalidade, plasmam o tecido sociocultural em que viceja o gênero humano.

Salta aos olhos a inexistência, ou existência fantasiosa, de efetivas políticas públicas de inclusão elaboradas para solucionar os problemas relacionados ao acesso à saúde aos estrangeiros nas fronteiras do Brasil. São muitas as pesquisas realizadas sobre o tema,

apontando os principais gargalos e as soluções possíveis. Mas o Estado brasileiro finge não as conhecer, ou quando as conhece alega impossibilidade financeira para viabilizar a resolução dos entraves e, com isso, franquear o acesso.

Em razão das assimetrias existentes entre os sistemas de saúde dos países que fazem fronteira com o Brasil, emerge a necessidade de se estruturar acordos binacionais que tenham como premissa explorar as experiências positivas e especificidades de cada localidade, buscando com isso a resolução de problemas de acesso aos serviços de saúde que afetam a população local e a população flutuante, esta última composta por estrangeiros que buscam atendimento no País por meio do SUS. Até o momento, não existem acordos binacionais entre Brasil e Paraguai nesse sentido, restando à população residente nas fronteiras erigir suas próprias formas de integração. No caso da fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, a integração se dá pela via das estratégias e táticas, operacionalizadas pelas redes de solidariedade que, de uma maneira ou de outra, promovem a inclusão de excluídos e conferem certa igualdade de direitos à população fronteiriça.

O Brasil reconhece os problemas relativos ao acesso aos serviços de saúde nas fronteiras, tanto é que o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS –, elaborou duas tentativas de minimizar as demandas que emergem dessa condição. A primeira foi Programa do Ministério da Saúde Sistemas Integrados de Saúde – SIS – Fronteiras, instituído em setembro de 2005, na cidade de Uruguaiana (BRASIL, 2005). A outra ocorreu no ano seguinte, 2006, quando incluíram no Pacto pela Saúde um financiamento diferenciado, cujo objetivo era promover o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteira (BRASIL, 2006).

REFERÊNCIAS

- AGUSTINI, J; NOGUEIRA, V. M. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 222-243, 2010.
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 4-29. 2018.
- ALBUQUERQUE, J. L. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos “brasiguaios” entre os limites nacionais. **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 31, p. 137-166, 2009.
- ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.
- ALBUQUERQUE, J. L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista Tomo**, n. 26, p. 98-122, jan./jun., 2015.
- ALUM, J. N. M.; BEJARANO, M. S. Sistema de salud de Paraguay. In: **Revista de Salud Pública del Paraguay**, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011.
- ALVAREZ JÚNIOR, R. R. The mexican-US border: the making of an anthropology of borderlands. **Annual Review of Anthropology**, v. 24, n. 1, p. 447-470, Oct. 1995.
- ALVAREZ, G. O. Identidades migrantes, fronteira e cidadania. In: SOARES, M.; MATTOS, I. M.; MARTINS, D. C. (Org.). **Região e poder, representações em fluxo**. Goiânia: PUC Goiás, 2010. p. 65-88.
- ANCEL, J. **Géographie des frontières**. Paris: Gallimard, 1938. Disponível em: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Geographie-humaine/Geographie-des-frontieres>. Acesso em: 2 jan. 2020.
- AMANTE, M. de F. Das fronteiras como espaço de construção e contestação identitária às questões da segurança. **Etnográfica**, v. 18, n. 2, p. 415-424, jun. 2014.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AZEVEDO, S. T. de. As percepções sobre a saúde na fronteira Brasil e Paraguai: os transfronteiriços e o atendimento pelo SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEGE, 11., 2015, Presidente Prudente. **Anais...**, Presidente Prudente: Anpege, 2015. p. 5546-5556. Disponível em: <Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/18/518.pdf> >. Acesso em: 5 ago. 2017.

AZEVEDO, A. R. **Desejo de alforria**: estudo do tráfico de seres humanos contemporâneo em Portugal. Coimbra. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social e Cultural) – Universidade de Coimbra, 2017.

BALLER, L. **FRONTEIRAS E FRONTEIRIÇOS: A construção das relações sociais e culturais entre brasileiros e paraguaios (1954-2014)**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados/MS, 2014.

BANDUCCI JÚNIOR, A. Turismo e fronteira: integração cultural e tensões identitárias na divisa do Brasil com o Paraguai. **Pasos**, v. 9, n. 3, p. 7-18. 2011.

BANDUCCI JÚNIOR, A. **Relações culturais e identidade na fronteira Brasil-Paraguai**. 2016. 70 f. Relatório (Estágio de Pós-Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas/Unicamp/SP, 2016.

BARTH, F. Problems of conceptualizing cultural pluralism, with illustrations from Somar, Oman. In: MAYBURY-LEWIS, D. (Ed.). **The prospects for plural societies**. Washington, D.C.: American Ethnological Society, 1984.

BARTH, F. **O guru, o iniciador e as outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.

BENITES, A. Assassinato do “rei do tráfico” na fronteira deixa em alerta autoridades brasileiras. Rafaat morreu em emboscada de mais de cem mercenários da facção criminosa PCC, segundo a polícia. **ELPAIS**. Política. 22 Jun. 2016 - 15:56 AMT. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/06/17/politica/1466198112_870703.html Acesso em 22 jul. 2019.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. v. 1 e 2.

BOGAZ, C. Países do Mercosul fazem acordo para evitar a reintrodução de doenças. Ministério da Saúde. **Últimas Notícias**, Sexta, 15 de junho de 2018, 15h39. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43590-paises-do-mercosul-fazem-acordo-para-manter-eliminacao-de-doencas-transmissiveis> Acesso em: 15 dez. 2019.

BORBA, F. S. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. Curitiba: PIÁ, 2011.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Iber-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 932-945 jul./dez. 2013.

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o direito**: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Brasília, 2009. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) - Programa de Pós-graduação em Direito Sanitário, Fiocruz, Brasília, 2009.

BRANDÃO, A. L.; CAMPOS, C. E. A.; KASTRUP, E.; FREITAS, R. de. **Cooperação técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. 1. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2013.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1940. n. 302, Seção 1, p. 23911.
BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. **Diário Oficial da União**. - Seção 1 - 18/7/1975, p. 8921 (Publicação Original).

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 ago. 1980. Seção 1, p. 16533.

BRASIL. Decreto nº 85.064, de 26 de agosto de 1980. Regulamenta a Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1 - 27/8/1980, p. 16899.

BRASIL. Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981. Regulamenta a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. - Seção 1 - 11/12/1981, p. 23496

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. 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.

BRASIL. Conselho nacional de Secretários de Saúde. **SuS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS. **Cartão Nacional de Saúde: normas e procedimentos de uso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 125, de 21 de março de 2014. Ministério da Integração Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. nº 56, Seção 1, p. 45 - 24/03/2014.

BRASIL. Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** - Seção 1 - 21.11.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela saúde**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021 Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portaria Nº PR-254, de 25 de agosto de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** - Edição: 165, Seção 1, Página: 71 - 27/08/2020.

CARNEIRO DA CUNHA, M. **Antropologia do Brasil**: mito, história e etnicidade. São Paulo: Edusp, Brasiliense, 1987.

CARNEIRO, P. C. **Fronteiras irmãs**: transfronteirizações na Bacia do Prata. Porto Alegre: Ideograf, 2016.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CAZOLA, L. H. O.; PÍCOLI, R. P, TAMAKI, E. M.; PONTES, E. R. J. C.; AJALLA, M. E. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 29, n. 3 p. 185–90, 2011.

CERES, M. **Paraguai**: a consolidação da ditadura de Stroessner (1954-1963). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2003.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

COGGIOLA, O. **A segunda guerra mundial**: causas, estrutura, consequências. Rio de Janeiro: Livraria da Física, 2014.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

COLE, J. W.; WOLF, E. R. **The hidden frontier**: ecology and ethnicity in an Alpine Valley. London, Los Angeles: University of California Press, 1999.

CROCETTI, S. **Diccionario político del Paraguay**. Asunción: Promociones Culturales, 1997.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E. de.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. de. **Cadernos de Saúde Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, p. 11-26, 1998.

DAL PRÁ, K. R. **Transpondo fronteiras**: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no MERCOSUL. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Rio Grande do Sul, 2006.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. **Atlas demográfico del Paraguay**, 2012. Disponível em: <https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/atlas-demografico/Atlas%20Demografico%20del%20Paraguay,%202012.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

DOKKO, R. K. **Serviços de saúde na fronteira: estudo de caso sobre Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados/MS, 2014.

DONNAN, H.; WILSON, T. (ed.). **Border approaches: anthropological perspectives on Frontiers**. Lanham: Anthropological Association of Ireland/University Press of America, 1994.

DONNAN, H.; WILSON, T. **Borders: frontiers of identity, nation and state**. Oxford: Berg, 1999.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FERNANDES, A. Jornalista sofria ameaças e foi o 19º profissional executado no Paraguai. **CampoGrandeNews**, Interior, 12/02/2020 22:54. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/jornalista-era-ameacado-de-morte-e-foi-o-19o-profissional-executado-no-paraguai> Acesso em 13 fev. 2020.

FERRARO JÚNIOR, V. G.; BUITONI, M. M. S. A integração na fronteira seca: Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai). In: Jornada Nacional de Iniciação Científica da 63ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), julho de 2011, UFG - Goiânia. **Anais eletrônicos** PUS/SP. Disponível em: http://www4.pucsp.br/ic/20encontro/downloads/artigos/vicente_ferraro.pdf Acesso em: 13 nov. 2019.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, Dec. 2015

FLECK, E. D. **Entre a caridade e a ciência: a prática missionária e científica da Companhia de Jesus (América Platina, séculos XVII y XVIII)**. São Leopoldo, RS: Oikos Ltda, 2014.

FONSECA, C. Situando os comitês de ética em pesquisa: o sistema CEP (Brasil) em perspectiva. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 333-369, jul./dez. 2015.

FOUCHER, M. **Obsessão por fronteiras**. São Paulo: Radical Livros, 2009.

FRAZÃO, F. Narcos: megatraficante brasileiro é fuzilado no Paraguai. Jorge Rafaat Toumani, o "Rei da Fronteira", morreu em um tiroteio na noite de ontem, emboscado no centro da cidade de Pedro Juan Caballero. **VEJA**. 16 jun 2016, 20h26. Disponível em:

<https://veja.abril.com.br/brasil/narcos-megatraficante-brasileiro-e-fuzilado-no-paraguai/>
Acesso em: 22 jul. 2019.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 214-226, 2007.

GARDUÑO, E. Antropología de la frontera, la migración y los procesos transnacionales. **Frontera Norte**, v. 15, n. 30, julio-diciembre, 2003. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/136/13603003.pdf> Acesso em: 12 jan. 2020.

GARCÍA CANCLINI, N. **Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade**. São Paulo: Edusp, 1997.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, L. de. V. C.; DAMACENA, G. N. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GOETTERT, J. D. Fronteiras na fronteira: falas atravessadas entre Brasil e Paraguai. **Revista Geonorte**, v. 7, n. 1, p. 748-766, 2013.

GRIMSON, A. Pensar fronteras desde las fronteras. **Nueva Sociedad**, v. 6, n. 170, p. 1-5, nov. 2000.

GRIMSON, A. **La nación em sus límites: contrabandistas y exilados em la frontera Argentina-Brasil**. Barcelona: Gedisa, 2003.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25 n. 1, p. 123-129, 2017.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

HANNERZ, U. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. **Mana, Estudos de Antropologia Social**, v. 3, n.1, p. 7-39, abr. 1997.

HOLDICH, T. H. **Political frontiers and boundary making**. London: Macmillan, 1916. Disponível em [leitura on-line]: <https://archive.org/details/politicalfrontie00holdiala/page/n6>
Acesso em: 25 ago. 2018.

HOUAISS, A. **Dicionário houaiss conciso**. São Paulo: Editora Moderna, 2011.

KEARNEY, M. Borders and boundaries of state and self at the end of empire. **Journal of Historical Sociology**, v. 4, n. 1, p. 52-74, 1991. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6443.1991.tb00116.x> Acesso em: 22 jun. 2019.

KEARNEY, M. The local and the global: the anthropology of globalization and transnationalism”, **Annual Review of Anthropology**, v. 24, p. 547-565, 1995. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.24.100195.002555> Acesso em: 4 abr. 2019.

KUMMER, R.; COLOGNESE, S. A. A infusão etnográfica em comunidades na fronteira. In CARDIN; E. G.; COLOGNESE, S. A. (org.). **AS CIÊNCIAS SOCIAIS NAS FRONTEIRAS: Teorias e metodologias de pesquisa**. Cascavel/PR: Editora JB, 2014. p. 81-106.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, June 2018.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

LEACH, E. R. **Sistemas políticos da Alta Birmânia**. São Paulo: Edusp, 1996.

LEÓN, P. A. G.; ROJAS, M. E. R. de. Historia de la planificación en la salud pública del Paraguay (1956-2018). Dirección General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2018. Disponível em: http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/historia_planificacion.pdf Acesso em: 23 nov. 2019.

LEWIS, P. H. T. **Paraguay under Stroessner**. University of North Caroline Press, 1980.

LIMA, L. de.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018.

LYDE, L. W. **Some frontiers to-morrow: an aspiration for europeu**. London: Soho Square, 1915. Disponível em [leitura on-line]: <https://archive.org/details/somefrontiersoft00lydeiala/page/n5> Acesso em: 21 out. 2018.

MACHADO, I. J. R. Interação das fronteiras e o ponto de vista etnográfico: dinâmicas migratórias recentes em Governador Valadares. **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 31, jan./jun. 2009.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGGIE, Y.; REZENDE, C. B. (org.). **Raça como retórica: a construção da diferença**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MARTINEZ, O. J. **Border people: life and society in the US-Mexico borderlands**. Tucson: The University of Arizona Press, 1994.

MARTINS, J. S. **Fronteira**: a degradação do outro nos confins do humano. São Paulo: Contexto, 2009.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 183-294.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez. 2005.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

MILITO, C.; SILVA, H. **Vozes do meio fio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MIRÓ IBARS, M. **Karú reko**: antropología culinaria paraguaya. Asunción: Servilibro, 2004.

MIYAMOTO, S. **Geopolítica e poder no Brasil**. Campinas: Papirus, 1995.

MULLER, K. M. Espaços de fronteiras nacionais, pólos de integração. In: OLIVEIRA, T. C. M. de (org.). **Território sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 573-592.

NASCIMENTO, V. A. **“Yo soy paraguayo, chamigo”**: breve estudo sobre a identidade no Paraguai. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados/MS, 2012.

NASCIMENTO, V. A. Sobre a fronteira: alguns conceitos e aportes. In: DA COSTA, G. V. L.; BIVAR, V. S. B. (org.). **As fronteiras em perspectiva interdisciplinar**. Campo Grande, MS: UFMS, 2013, p. 85-108. (Série Fronteiras).

NASCIMENTO, V. A. Fronteiriço, brasileiro, paraguaio ou brasiguai? Denominações Identitárias na Fronteira Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR). **ILHA – Revista de Antropologia**, v. 16, n. 1, p. 105-137, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2014v16n1p105> Acesso em 21 abr. 2019.

NASCIMENTO, V. A. De rolê pela fronteira: o caso das motocicletas em Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR). **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-83, 2019.

NASCIMENTO, V. A.; ANDRADE, S. M. O. de. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horizontes Antropológicos**, v. 24, n. 50, p. 181-214, abr. 2018.

NICOLETTI, M. A.; FARIA, T. de M. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. **INFARMA – Ciências Farmacêuticas**, v. 29, n. 4, p. 313-327, 2017.

NOGUEIRA, V. M. R.; SIMIONATTO, I.; SILVA, M. G. Fronteira Mercosul: processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Serviço Social em Revista**, v. 6, n. 1, p. 1-24, jul./dez. 2003.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRÁ, K. MERCOSUL: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira. **Serviço Social**, v. 1. n. 18, p. 159-188, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. da. Brasiguaios: a cidadania fluída na tríplice fronteira. 2007. Trabalho apresentado. **III: Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, 2007. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoJ/8fb4146dae9fce4fd92bVera_Geusina.pdf. Acesso em: 5 ago. 2017.

NOGUEIRA V. M. R.; SILVA, M. G. Direito, fronteiras e desigualdade em saúde. **Revista em Pauta**, v. 6, n. 24, p. 83-98, dez. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; GIMÉNES, R. P. A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças – Inovações e limites. 2010. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Inovacao.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S.; ALONSO, C. B.; CERCHIARO, E. O.; CENTENO, J. H.; JACQUIER, N. M.; AGUERO, S. M. G.; GARCIA, M. D. C. Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do Mercosul: um retorno à universalidade. **Revista Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 145-156, jan./jun. 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? **Textos para discussão**, n. 1376, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq, MCT, 2009.

OLIVEIRA, T. C. M. de. Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. In: OLIVEIRA, T. C. M. (Org.). **Território sem Limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora da UFMS, p. 377-408, 2005.

OLIVEIRA, G. F. **Nas bocas da cidade de Corumbá (MS)**: O comércio de drogas na fronteira Brasil-Bolívia. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 2013.

OLIVEIRA, G. F.; DA COSTA, G. V. L. Redes ilegais e trabalho ilícito: Comércio de drogas na região de fronteira de Corumbá/Brasil-Puerto Quijarro/Bolívia. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 38, n. 1, p. 137-156, 2011.

OGUISSO, T. **Assistência primária de saúde no INAMPS em São Paulo e no Rio de Janeiro – contribuição do enfermeiro**. 1984. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Perfil de los sistemas de salud de Paraguay**: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington DC: OPAS/OMS, 2008. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18388/PerfilSS.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Acesso em: 23 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cooperação técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai.** Brasília, DF: OPAS, 2013. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1497-cooperacao-tecnica-entre-brasil-e-paraguai-para-a-implantacao-do-programa-saude-da-familia-7&category_slug=programa-cooperacao-internacional-em-saude-110&Itemid=965 Acesso em: 7 ago. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health system profile of Paraguay:** monitoring and analyzing health systems change/reform. Washington, DC: PAHO, 2008.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Paraguai. In: **Saúde nas Américas:** panorama regional e perfis de países. Washington, DC: OPAS, 2012. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=50:paraguay&Itemid=155&lang=pt Acesso em: 21 nov. 2018.

PAOLI, M. C. Empresas e responsabilidade social: os enredamentos da cidadania no Brasil. In: SANTOS, B. de S. (org.). **Democratizar a democracia.** Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003. p. 373-418.

PARAGUAY. **Constitución del Paraguay.** 1992. Disponível em: https://www.oas.org/juridico/spanish/par_res3.htm Acesso em: 20 nov. 2018.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Lei N° 1032/1996.** Disponível em: <http://www.mic.gov.py/v1/sites/172.30.9.105/files/Ley%2048.pdf> Acesso em: 11 ago. 2018.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Política nacional de Salud 2005-2008:** Construyendo Juntos una Política de Estado Salud para todos con equidad. Paraguay: Asunción; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2005.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Indicadores básicos de salud-paraguay 2010.** Asunción: MSPBS, 2010.

PARAGUAY, Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Plan de acción para disminuir la proporción de municipios de riesgo para enfermedades prevenibles por vacunación 2011–2012.** Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011.

PARAGUAY. Ministerio de La Salud Publica y Bienestar Social. **Lista de Establecimientos Sanitarios**, 2016. Disponível em <https://www.datos.gov.py/dataset/lista-de-establecimientos>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PARAGUAY. Instituto de Previsión Social. 2017. **Asegurados**. Disponível em: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/contenido.php?e=10> Acesso em: 13 jan. 2019.

PARAGUAY, Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. **Mision y Vision**, 2019. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/mision.html> Acesso em: 12 jan. 2019.

PASE, H. L.; MELO, C. C. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. **RAP/Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 2, p. 312-329, mar./abr. 2017.

PEITER, P. C. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 334 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 237-250, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PESAVENTO, S. J. Além das fronteiras. In: MARTINS, M. H. (org.). **Fronteiras culturais**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2002, p. 35-39.

PIOVESAN, A.; LIMA, L. D. de.; OTTOBELLI, C.; GERMANI, A. R. M. Controle social: ferramenta no processo de construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem**. Frederico Westphalen. v. 4e5 n. 4e5, p. 89-105, 2008.

PINHEIRO-MACHADO, R. Caminhos do descaminho: etnografia da fiscalização na Ponte da Amizade e seus efeitos no cotidiano da Tríplice Fronteira, p. 127-145. In: **A Tríplice Fronteira: espaços e dinâmicas locais**. Macagno, Lorenzo; Montenegro, Silvia; Béliveau; Verónica (orgs.). Curitiba: Editora UFPR, 2011.

PISCITELLI, A. **Brasileiras na indústria transnacional do sexo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

PRADO, H. S. **Cooperação descentralizada e a política para a fronteira no Brasil: o caso das cidades-gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero**. 2016. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

PREUSS, L. T. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. In: O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteira: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul/Diprosul, 08, 09, 10 de agosto, Pelotas, 2011. **Conferência**. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/16.pdf> Acesso em: 22 nov. 2019.

POUTGNAT, P.; STREIFF-FENART, J. **Teoria da etnicidade**. São Paulo: UNESP, 1998.

PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V. B. do. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)**. São Paulo: CEDEC, 1996.

RABOSSI, F. **Nas ruas de Ciudad del Este**: vidas e vendas num mercado de fronteira. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMÍREZ-ROJAS, E. **Historia de la salud pública en Paraguay**. Asunción, www.ins.gov.py 2011.

RATZEL, F. Le sol, la société et l'État. **Revue L'année sociologique**, p. 1-14. 1900.
Disponível em: http://classiques.uqac.ca/classiques/ratzel_friedrich/ratzel_friedrich.html
Acesso em: 10 jun. 2016.

RENOLDI, B. As continuidades do descontínuo: O trabalho policial e judicial em casos de 'narcotráfico' na fronteira da Argentina com o Paraguai. **Antropolítica**, n. 28, p. 197-220, 2010.

RENOLDI, B. Estados posibles: travesías, ilegalismos y controles en la Triple Frontera. **Etnográfica**, v. 19, n. 3, p. 417-440, 2015.

REZENDE, C. B. **Os significados da amizade**: duas visões de pessoa e sociedade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010

RIBAS, R.; HIRATA, G.; SOARES, F. V. El programa Tekoporã de transferências monetárias de Paraguay: un debate sobre métodos de selección de beneficiários. **Revista Cepal**, v. 100, p. 209-221, abr. 2010.

RIESMAN, D. **The lonely crowd**: a study of the changing american character. Yale: Yale University Press, 1967.

ROLON, J. P. **Paraguai**: transição democrática e política externa. 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo/USP, São Paulo, 2010.

ROSALDO, R. **Culture and truth**: the remaking of social analysis. Boston: Beacon Press Books. 1993.

SAHLINS, P. Repensando Boundaries. In: GRIMSON, A. (comp.). **Fronteras, naciones e identidades**: la periferia como centro. Buenos Aires: La Crujía, 2000, p. 41-49.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e saúde coletiva**. v. 23, n. 6, Jun 2018.

SANTOS, B. de S.; GOMES C.; DUARTE, M.; BAGANHA, M. **Tráfico de mulheres em Portugal para fins de exploração sexual**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2007.

SCOTT, J. C. **Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance**. Yale: University Press, 1985.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL/SAS. **Tekoporã**. 2019.

Disponível em: <http://www.sas.gov.py/pagina/54-tekopor.html> Acesso em: 17 jan. 2019.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P. da; ROS, M.A. da. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007.

SLATTA, R. W. **Comparing cowboys and frontiers: new perspectives on the history of the americas**. Norman: University of Oklahoma Press, 1997.

SLATTA, R. W. Spanish colonial military strategy and ideology. In: GUY, D. J.; SHERIDAN, T. E. (Ed.). **Contested ground: comparative frontiers on the northern and southern edges of the spanish empire**. Tucson: University of Arizona Press, 1998, p. 83-96.

SILVA, M. G.; NOGUEIRA, V. M. R.; SIMIONATTO, I. Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Serviço Social em Revista**, v. 6 n.1, 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista>. Acesso em 8 nov. 2017.

SILVA, M. G. 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**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SIMMEL, G. A sociologia do segredo e das sociedades secretas. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 43, n. 1, p. 219-242, 2009.

SOUZA, J. M. de. Mar territorial, zona econômica exclusiva ou plataforma continental?. **Rev. Bras. Geof.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 79-82, mar. 1999.

SOUZA, T. O. de.; SILVA, J. M. da.; NOBREGA, S. S. da.; CONSTANCIO, J. F. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2. p. 215-221, 2012.

STEIMAN, R.; MACHADO, L. O. **Limites e fronteiras internacionais: uma discussão Histórico-Geográfica**, 2002. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pdf/REBECALIADiscBibliog.pdf> Acesso em: 7 dez. 2019.

TAMAKI, E. M.; FERRAZ, A. F.; PONTES, E. R. J. C.; CAZOLA, L. H. de. O.; AJALLA, M. E.; PÍCOLI, R. P.; FAVARO, T. R. O projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In: SOUZA, M. L.; FERREIRA, L. A. P.; REZENDE, V. M.; BRANCO, M. L. (org.). **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Boiteux, 2008. p. 177-208.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n. 1, p. 7-17, 2007.

TELESCA, I. (org.). **Historia del Paraguay**. Asunción: Taurus, 2010.

TELLES, V. da S. Ilegalismos urbanos e a cidade. **Novos estudos Cebrap**, n. 84, p. 153-173, 2009.

TELLES, V. da S. **A cidade nas fronteiras do legal e ilegal**. Belo Horizonte: Argumentum, 2013.

THOMASSEN, B. Border studies in europeu: simbolic and political boundaries, anthropological perspectives. **Europaea**, v. 2, n. 1, p. 37-48, 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 144-145, 2004.

TURDERA, G. B. **No meio do caminho saúde indígena havia o cuidado do Estado. Havia o cuidado do Estado no meio do caminho?** Reflexões genealógicas etnográficas sobre produções de saúde na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. 2016. 139 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados, 2016.

VALENTIM, J.; SILVA, H. P. da. Entre o público e o privado: a saúde no Paraguai. In: BISOTO JUNIOR, G.; SILVA, P. L. de B.; DAIN, S. (org.). **Regulação do setor saúde nas Américas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

VALLAUX, C. **Géographie sociale**: el suelo y el Estado. Madrid: Daniel Jorro, 1914.

VILA, P. **Crossing borders, reinforcing borders**: social categories, metaphors, and narrative identities on the U.S. Mexico Frontier. Austin: University of Texas Press, 2000.

VILA, P. **Ethnography at the border**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2003.

VILLAR, J.; VALLADARES, E.; WOJDYLA, D.; ZAVALA, N.; CARROLI, G.; VELAZCO, A.; SHAH, A.; CAMPODÓNICO, L.; BATAGLIA, V.; FAUNDES, A.; LANGER, A.; NARVÁEZ, A.; DONNER, A.; ROMERO, M.; REYNOSO, S.; DE PÁDUA, K.S.; GIORDANO, D.; KUBLICKAS, M.; ACOSTA, A. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**. V. 3, n. 367, p. 1819-1829, 2006.

VIVEROS, C. C. Perspectiva epistemológica a la respuesta de un problema de salud pública en Paraguay: la alta prevalencia del cáncer de cuello uterino. **Revista de Investigación Científica y Tecnológica**, v. 1, n. 1, p. 59-76, 2017.

WARREN, H. G. **Paraguay**: revoluciones y finanzas. Asunción: Servilibro, 2008.

WHYTE, W. F. **Sociedade de esquina**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

WILSON, T.; DONNAN, H. **Borders identities**: nation and state at international frontiers. Cambridge: University Press, 1998.

WINTER, L. **Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde:** uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu- PR. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

APÊNDICE A - (FORMULÁRIO)

**TÍTULO DA PESQUISA: O Acesso ao Sus na Fronteira Brasil/Paraguai:
Estratégias e Repercussões Identitárias**

Acadêmico: Valdir Aragão do Nascimento

Código de identificação do participante_____

1) Identificação

Qual é a sua idade? _____

Sexo () Masculino () Feminino

Nacionalidade () Brasileiro () Paraguaio () Dupla Nacionalidade
() Outra _____

Residente em Ponta Porã (BR) () SIM () NÃO

Residente em Pedro Juan Caballero (PY) () SIM () NÃO

Residente em outra localidade _____

2) (QUESTÃO INICIAL) Você sabe que mesmo sem documentos e sem residência fixa no Brasil, uma pessoa consegue ser atendida pelo SUS. Como se faz para ser atendido?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USUÁRIOS DO SUS**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a fazer parte de uma pesquisa, para que você possa decidir se concorda ou não em participar, vamos informá-lo a respeito do assunto que será tratado durante o trabalho. Se, ao longo da leitura do presente Termo, surgir alguma dúvida, pergunte ao pesquisador.

A pesquisa está sendo conduzida por Valdir Aragão do Nascimento, antropólogo e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar como se dá o acesso à saúde, por meio do SUS, de paraguaios e brasileiros – residentes e não residentes no Brasil – na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente a cidade de Ponta Porã (BR).

Como objetivos específicos, a proposta tentará identificar as estratégias usadas pelos paraguaios que não possuem documentos necessários para conseguir atendimento por meio do SUS no Brasil; Descobrir como essas estratégias de acesso à saúde no SUS atuam e são percebidas pelos envolvidos e quais as influências dessas estratégias na relação dos fronteiriços envolvidos direta e indiretamente no acesso à saúde na região de fronteira.

Assinatura do Participante

Data ____/____/____

Telefone (opcional) _____

Assinatura do Pesquisador

Data ____/____/____

Telefone (67) 99941-7875

Para a realização da pesquisa estamos colhendo a opinião das pessoas que residem na faixa de fronteira entre o Brasil e o Paraguai, especificamente em Ponta Porã, e fazem uso do Sistema Único de Saúde – SUS. As informações estão sendo coletadas junto aos moradores da cidade de Ponta Porã, sejam eles de nacionalidade brasileira ou paraguaia; e junto aos estrangeiros que, mesmo não morando no Brasil, independentemente de sua nacionalidade, conseguem ter acesso aos serviços prestados pelo SUS.

O critério de inclusão da pesquisa é aceitar o convite de participação, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não podem participar da pesquisa os menores de 18 anos, ou aqueles que porventura tenham dificuldades para entender ou mesmo dar respostas às perguntas formuladas pelo pesquisador.

Se aceitar fazer parte da pesquisa, serão feitas a você algumas perguntas sobre as estratégias de acesso à saúde na fronteira, as entrevistas serão registradas em gravador digital e as respostas constantes das gravações serão organizadas em formulário elaborado para esse fim. O tempo estimado de duração da entrevista não ultrapassará 20 minutos; e caso queira desistir de sua participação pode fazê-lo a qualquer momento, mesmo após o encerramento da entrevista. Nesse caso, pode informar sua decisão pessoalmente, por telefone ou por e-mail, que estão informados neste Termo. Em caso de desistência, você não terá qualquer prejuízo.

Não haverá qualquer tipo de compensação monetária àqueles que decidirem participar da pesquisa; e os potenciais benefícios a serem obtidos só serão possíveis quando da elaboração de políticas públicas que tenham o acesso à saúde na fronteira como objetivo.

Ninguém, além do pesquisador, terá acesso às suas respostas. Você não será identificado em nenhum momento, isto é, os dados da pesquisa são anônimos e somente o pesquisador e você terão acesso a este documento em que constam seu nome e o número de seu registro geral (Carteira de Identidade). Portanto, em nenhum momento seu nome aparecerá em qualquer texto, sendo resguardado o sigilo em relação ao seu nome.

Em caso de dúvidas a respeito do estudo em questão, ligue para Valdir Aragão do Nascimento, telefone (67) 99941-7875 (Claro), ou entre em contato pelo e-mail 33valdir@gmail.com. Se tiver dúvidas a respeito dos direitos daqueles que se dispõem a participar de pesquisas desse tipo, consulte o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, portanto, a qualquer momento você pode desistir de participar, sem nenhum prejuízo, caso se sinta constrangido em responder as perguntas. Você pode, ainda, recusar-se a responder quaisquer das perguntas formuladas pelo pesquisador. Lembrando que a participação na pesquisa não lhe dá direito a qualquer

compensação financeira, e também não lhe trará nenhum prejuízo. Você receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou participante a tomar parte nesta pesquisa.

Assinatura do Participante

Data ____/____/____

Telefone (opcional) _____

Assinatura do Pesquisador

Data ____/____/____

Telefone (67) 99941-7875

APÉNDICE C - formulario de consentimiento para los usuarios del SUS

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y INFORMADO

Se le invita a ser parte de la encuesta, para que pueda decidir si está o no de acuerdo en participar, se le informará sobre la cola materia se abordarán durante el trabajo. Si, durante la lectura de este término, surge alguna duda, consulte el investigador.

La investigación está siendo dirigido por Valdir Aragón Nacimiento, antropólogo y estudiante de doctorado en el Programa de Posgrado en Salud y Desarrollo en la región del Centro Oeste. Esta investigación tiene como objetivo analizar cómo es el acceso a la asistencia sanitaria a través del SUS por paraguayos y brasileños - los residentes y los no residentes en Brasil - en la frontera entre Brasil/Paraguay, específicamente la ciudad de Ponta Pora (BR).

Los objetivos específicos, la propuesta se tratará de identificar las estrategias utilizadas por los paraguayos que no tienen los documentos necesarios para obtener la atención a través del SUS en Brasil; Descubre cómo éstas acceso a la salud acto estrategias SUS y son percibidos por los implicados y qué influye en estas estrategias en materia de frontera directa e indirectamente involucrados en el acceso a la salud en la región fronteriza.

Firma del partícipe

Fecha ____/____/____

Teléfono (opcional) _____

Firma del investigador

Fecha ____/____/____

Teléfono (67) 99941-7875

Para la investigación estamos recogiendo la opinión de las personas que residen a lo largo de la frontera entre Brasil y Paraguay, específicamente en Ponta Pora, y hacen uso del Sistema Único de Salud – SUS en Brasil. La información está siendo recopilada de los residentes de la ciudad de Ponta Pora, ya sea brasileño o nacionalidad paraguaya; y con los extranjeros que, mientras que no viven en Brasil, independientemente de su nacionalidad, pueden tener acceso a los servicios prestados por el SUS.

Los criterios de inclusión de la investigación es a aceptar la invitación a participar y firmar el Instrumento de Consentimiento. No pueden participar en la investigación en virtud de la edad de 18 años, o aquellos que pueden tener dificultad para comprender o incluso a responder a las preguntas planteadas por el investigador.

Si acepta parte de la investigación se llevará a cabo a unas preguntas sobre el acceso a las estrategias de salud en la frontera, las entrevistas serán grabadas en el grabador digital y respuestas contenidas en las grabaciones será organizadas en forma habilitado para tal fin. El tiempo estimado de duración de la entrevista no será superior a 20 minutos; y si desea renunciar a su participación pueden hacerlo en cualquier momento, incluso después de que el final de la entrevista. En este caso, se puede informar a su decisión en persona, por teléfono o por correo electrónico, los cuales están registrados en ellas. En caso de retirada, que no tendrá ningún daño.

No habrá ningún tipo de compensación monetaria a los que optan por participar; y los beneficios que pueden obtenerse con la búsqueda sólo serán posible cuando el elaboración de las políticas públicas que tienen el acceso a la asistencia sanitaria en la frontera sean una meta.

Nadie más que el investigador tendrá acceso a sus respuestas. Usted no será identificado en cualquier momento, es decir, los datos de la encuesta son anónimos y sólo el investigador y usted tendrán acceso a este documento en que figuran su nombre y número de su registro general (documento de identidad). Subrayo que en ningún momento su nombre aparecerá en ningún texto, medida necesaria para mantener la confidencialidad de su participación.

Para preguntas acerca de este estudio, llame a Valdir Aragón Nacimiento, teléfono (67) 99941-7875 (Claro), o el contacto por correo electrónico 33valdir@gmail.com. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de aquellos que están dispuestos a participar en las encuestas de este tipo, vea el Comité de Ética en Investigación con seres humanos UFMS, teléfono (67) 3345 a 7.187.

Su participación en esta investigación es voluntaria, por lo que en cualquier momento puede renunciar a participar sin pérdida si se siente avergonzado de responder a las preguntas. Usted también podría estar recursar para responder a cualquiera de las preguntas planteadas por el investigador. Recordando que la participación en la investigación no le da derecho a ninguna

compensación financiera, y también no le traerá ningún daño. Usted recibirá una copia firmada de este Consentimiento.

He leído y entendido este formulario de consentimiento y se respondieron todas mis preguntas, y estoy participante para participar en esta investigación.

Firma del partícipe

Fecha ____/____/____

Teléfono (opcional) _____

Firma del investigador

Fecha ____/____/____

Teléfono (67) 99941-7875

ANEXO A – Autorização Secretaria de Saúde de Ponta Porã

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



35

Campo Grande, 5 de setembro de 2016

Senhor Secretário

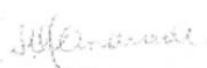
Venho, por meio desta, solicitar que seja concedida autorização para acesso as dependências das Unidades de Saúde de Ponta Porã sob sua jurisdição.

Tal solicitação deve-se ao fato de, como orientadora do Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, ter como aluno de doutorado Valdir Aragão do Nascimento que pretende desenvolver pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde na região de fronteira, cujo detalhamento consta no projeto anexo.

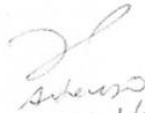
Assumo o compromisso pelo atendimento aos aspectos éticos referentes ao desenvolvimento do estudo e pela devolutiva dos resultados aos participantes, técnicos e gestores.

Ciente do compromisso da atual administração com investimentos que possibilitem a melhoria das ações de saúde da população, incluindo servidores e usuários, aguardo retorno. O contato pode ser feito via telefone 92316282 e/ou por email: soniaufms@gmail.com, ou por meio de Alberto Jungen Wider, que está colaborando no encaminhamento deste material.

Atenciosamente


Sonia Maria Oliveira de Andrade

Ao Sr. Imad Ahmad Hazime
Secretário Municipal de Saúde Pública de Ponta Porã


Imad Ahmad Hazime
Sec. Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO AO SUS NA FRONTEIRA BRASIL/PARAGUAI: ESTRATÉGIAS E REPERCUSSÕES IDENTITÁRIAS

Pesquisador: VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62204716.2.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.935.644

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo, com enfoque antropológico, que utilizará entrevistas semi-estruturadas com 40 indivíduos, objetivando analisar como se dá o acesso à saúde, por meio do SUS, de paraguaios e brasileiros na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente a cidade de Ponta Porã (BR).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como se dá o acesso à saúde, por meio do SUS, de paraguaios e brasileiros – residentes e não residentes no Brasil – na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente a cidade de Ponta Porã (BR).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa foram adequadamente previstos e descritos pelo pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu as adequações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexada a autorização do Secretário de Saúde daquela cidade, mas neste Termo quem está se responsabilizando é a orientadora e não o pesquisador que submete a pesquisa, e conforme preconiza a Resolução 466/2012 todos os documentos referentes ao Projeto deverão estar em

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.935.644

nome do Pesquisador Responsável.

Recomendações:

Faltou o campo para assinatura do participante na página 2/3 do TCLE em português e no TCLE em espanhol.

Todos os documentos referentes ao Projeto deverão estar em nome do Pesquisador Responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_811262.pdf	07/02/2017 12:41:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O_ACESSO_AO_SUS_NA_FRONTIERA_BRASIL_PARAGUAI.pdf	07/02/2017 12:14:22	VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Projeto_completo.pdf	07/02/2017 11:56:51	VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	TCLEespanhol.pdf	07/02/2017 11:53:18	VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	07/02/2017 10:56:08	VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/10/2016 18:15:56	VALDIR ARAGAO DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.935.644

CAMPO GRANDE, 20 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bloetica@propp.ufms.br

ANEXO C – ARTIGO PUBLICADO EM PERIÓDICO CIENTÍFICO

Artigo publicado na revista Horizontes antropológicos, Porto Alegre, ano 24, n. 50, p. 181-214, jan./abr. 2018 <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-71832018000100007>

**AS ARMAS DOS FRACOS: ESTRATÉGIAS, TÁTICAS E REPERCUSSÕES
IDENTITÁRIAS NA DINÂMICA DO ACESSO À SAÚDE NA FRONTEIRA
BRASIL/PARAGUAI**

**The weapons of the weak: identity strategies, tactics and impact on the dynamics of
health access in the Brazil/Paraguay border**

Valdir Aragão Nascimento*

* Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, MS, Brasil
Doutorando em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (bolsista Capes)
33valdir@gmail.com

Sonia Maria Oliveira de Andrade**

** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, MS, Brasil
soniaufms@gmail.com

NASCIMENTO, Valdir Aragão; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 24, n. 50, p. 181-214, Apr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832018000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

RESUMO

O presente artigo objetiva expor e discutir algumas táticas e estratégias adotadas por paraguaios indocumentados para ter acesso à saúde por meio do SUS no Brasil. A pesquisa de campo realizou-se especificamente entre a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero e a cidade brasileira de Ponta Porã. Outro objetivo é discutir as relações socioculturais de caráter identitário que essas táticas e estratégias engendram e oportunizam na faixa de fronteira em questão. No tocante às táticas e estratégias, elencamos as concepções teóricas de Michel de Certeau a respeito dessas categorias. Fredrik Barth e seus conceitos atinentes aos grupos étnicos dão a tônica de nossa análise acerca das diversas, e por vezes divergentes, identidades étnicas oriundas das inter-relações estabelecidas na dinâmica que propicia a existência de táticas e estratégias – no tocante ao acesso à saúde – na fronteira do Brasil com o Paraguai.

Palavras-chave: estratégias e táticas; identidades étnicas; fronteira Brasil/Paraguai; dinâmicas de saúde na fronteira

ABSTRACT

This article aims to expose and discuss some of the tactics and strategies adopted by undocumented Paraguayans to access health through SUS in Brazil. Field research was carried out specifically between the Paraguayan city of Pedro Juan Caballero and the Brazilian city of Ponta Porã. Another objective is to discuss the sociocultural relations of identity that these tactics and strategies engender and opportunize in the border area in question. With regard to tactics and strategies, we list Michel de Certeau's theoretical conceptions of these categories. Fredrik Barth and his concepts concerning ethnic groups emphasize our analysis of the diverse and sometimes divergent ethnic identities arising from the interrelationships established in the dynamics that give rise to tactics and strategies in terms of access to health, On the border of Brazil and Paraguay.

Keywords: strategies and tactics; ethnic identities; Brazil/Paraguay border; dynamics of health at the border

INTRODUÇÃO

A fronteira guarda em si intrincados desdobramentos e ocorrência de fenômenos socioculturais, o que deve ser considerado quando da elaboração de projetos e políticas públicas que tenham o espaço de fronteira como objeto. Para além de questões meramente geográficas, esses espaços se caracterizam pelas diversas e multifacetadas relações e inter-relações que sua condição de fronteira enseja. Aqui, questões como educação, soberania, identidade e saúde assumem contornos sui generis, dada a natureza de sua existência.

O acesso à saúde nas fronteiras do Brasil com os países que com ele se limitam geograficamente tem se constituído um sério problema às autoridades brasileiras. Pensados para atender aos seus nacionais, os recursos alocados não dão conta de atender a contento àqueles estrangeiros que porventura busquem atendimento no país. Contudo, em que pesem as limitações de todos os tipos, o atendimento é realizado, principalmente quando emergenciais, dado que a omissão de socorro é tipificada no artigo 145 do Código Penal como crime, pelo qual o profissional que nele incorrer deve ser responsabilizado, sendo possíveis ainda as penas de prisão e multa ([Brasil, 1940](#)).

Aos estrangeiros residentes no Brasil, o acesso é garantido pela lei nº 6.815/1980, conhecida também como Estatuto do Estrangeiro ([Brasil, 1980](#)). Esse dispositivo legal regulamenta a situação jurídica de indivíduos de outras nacionalidades em solo brasileiro, segundo seu artigo 95: “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.”

Para aqueles indocumentados, o acesso é oportunizado por meio de algumas condições, tais como o agravamento dos casos de saúde até um nível crítico, o que obriga os profissionais a atenderem o paciente; a obtenção de documentos através de meios não legítimos; e/ou das redes de solidariedade estabelecidas entre brasileiros e paraguaios no contexto de fronteira. Uma tática eficiente para se ter acesso aos serviços é o aluguel de endereços, que consiste na obtenção de boletos de água e luz, sem fotos, para comprovar residência junto aos postos de atendimento ([Giovannella et al., 2007](#)).

Esses expedientes, bem como o atendimento em si aos estrangeiros, reverberam no seio da sociedade local, despertando sentimentos às vezes negativos – ou fortalecendo os já existentes – por parte dos brasileiros em relação aos paraguaios e vice-versa. A situação é paradoxal, posto que de um lado existem brasileiros que emprestam ou alugam endereços a paraguaios, de outro existem aqueles que condenam não só a prática em si, mas a própria utilização dos serviços pelos paraguaios ([Preuss, 2011](#)).

Nas cidades fronteiriças de Pedro Juan Caballero (Paraguai) e Ponta Porã (MS) essa problemática do acesso à saúde é também uma constante, levando brasileiros e paraguaios em situação de vulnerabilidade a elaborar estratégias para poder contornar e, assim, suprimir os obstáculos que se lhes apresentam no tocante ao acesso aos serviços de saúde na faixa de fronteira em questão.

Nessa querela em que o acesso à saúde é o mote, vêm à baila questões de todo tipo, inclusive identitárias. Podem ser reforçadas as acusações mútuas entre os indivíduos dos dois países; exacerbam-se os sinais diacríticos e os signos identitários e as identidades se tornam fluídas e situacionais, adequando-se à realidade das interações tanto institucionais quanto pessoais.

As questões a respeito das estratégias e táticas adotadas no processo de obtenção de serviços de saúde na fronteira Brasil/Paraguai, especificamente nas cidades de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, são emblemáticas no que tange às manifestações identitárias que têm lugar naquela região. As cidades mencionadas têm uma particularidade em relação à sua condição de fronteira: são consideradas cidades-gêmeas, caracterizadas pela maior proximidade de seus limites e pelas diversas e diversificadas relações socioculturais que tal proximidade enseja.

Desvelar a dinâmica que permeia esses expedientes é fundamental para se entender não só como realmente funciona o acesso à saúde naquela fronteira em particular, mas como se percebem e se representam tanto brasileiros quanto paraguaios nessa interação.

“ISSO AÍ VAI VIRAR LIVRO?” BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO E SUAS DINÂMICAS

O trabalho de campo que deu origem a este artigo foi realizado na fronteira do Brasil com o Paraguai, nas cidades fronteiriças de Pedro Juan Caballero (Departamento de Amambay – Paraguai) e Ponta Porã (cidade pertencente ao estado de Mato Grosso do Sul). O contato com os moradores das duas cidades, bem como a realização de entrevistas e demais procedimentos metodológicos, ocorreram ao longo dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016 e janeiro de 2017.

A inserção no campo se deu pela via de relações sociais estabelecidas com informantes-chave em trabalhos anteriores. Esses interlocutores, além de contar suas experiências, apresentaram-nos pessoas que gostariam de participar da pesquisa, umas com o intuito de apenas colaborar com os pesquisadores, outras querendo relatar também suas vivências em relação ao tema das estratégias de acesso aos serviços de saúde naquela região de fronteira.

Houve também aqueles que por curiosidade se aproximavam e, em meio a uma conversa e outra que escutavam com mal disfarçado desinteresse, perguntavam “Isso aí vai virar livro? Porque se for eu também tenho coisa pra contar.” As entrevistas se deram nas residências de alguns moradores, em bares e lanchonetes sugeridos como local do encontro pelos interlocutores; nos intervalos durante o horário de trabalho de alguns deles, depois do expediente e mesmo no decurso das atividades – como foi o caso dos vendedores ambulantes, dos comerciantes, dentre outras pessoas cujas atividades laborais não impossibilitavam a realização da entrevista ou mesmo de uma conversa informal.

As informações obtidas em relação às estratégias e táticas de acesso à saúde na fronteira em questão foram difíceis de coletar. O tema em si é bastante delicado e gerou certo receio nos interlocutores, principalmente aqueles que detinham – e detêm – dados relevantes para facilitar a melhor compreensão da dinâmica das categorias em análise. Algumas entrevistas foram marcadas, mas logo depois canceladas com desculpas que depois se soube serem justificadas pela desconfiança, por mais que houvesse reiteradas e detalhadas explicações a respeito da natureza do trabalho e do total anonimato dos depoimentos recolhidos.

A desconfiança é predominante na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, como o é também em Ciudad del Leste e Foz do Iguaçu. Esses espaços conurbados carregam o estigma da ilegalidade e da violência, categorias cujas origens, trajetórias e representações têm mais de exagero midiático e fantasia histórica do que realidade efetiva.

Estratégicas, táticas e identidades: conceitos e paradigmas

[Michel de Certeau \(1994\)](#), em seu livro *A invenção do cotidiano*, problematiza as concepções de estratégia e tática, notadamente aquelas acionadas pelos atores sociais quando da produção

simbólica dos espaços sociais urbanos. As estratégias são entendidas pelo autor como cálculos operacionais, ou, ainda, mecanismos ideológicos de manipulação, que os sujeitos de poder e saber (Estado, empresa, exército, etc.) utilizam para produzir, e reproduzir, os espaços particulares de exercício de poder. Aqui, as estratégias – por meio das práticas cotidianas – acabam por reforçar os instrumentos coercitivos e reguladores do poder ([Albuquerque, 2015](#)).

No tocante às táticas, [Certeau \(1994\)](#) as compreende como se estas fizessem parte do cabedal de astúcias dos indivíduos, categorizando-as, então, como “a arte dos fracos” – possível de transfigurar a seu favor e de modo silente os sistemas disciplinares. Assim, na concepção do autor, as práticas cotidianas (estratégias e táticas) configuram-se como locais e espaços de competição, embates e cisões que robustecem e corrompem as costumeiras configurações do poder e do saber.

As táticas, na concepção de [Certeau \(1994\)](#), podem ser entendidas como ações pensadas como substitutas provisórias de estratégias estatais e legalmente reconhecidas, mas ausentes em determinados momentos e circunstâncias. Exemplo dessa assertiva é a situação em que o estrangeiro indocumentado espera sua condição de saúde se agravar para buscar atendimento no país vizinho – o que configura uma tática, sabendo de antemão que tal país não pode lhe negar auxílio por conta do ordenamento jurídico vigente ali, isto é, as estratégias elaboradas pelo Estado para organizar o atendimento. A tática é, desse modo, como observa [Certeau \(1994\)](#), p. 100), “um movimento dentro do campo de visão do inimigo”.

Para [Scott \(1985\)](#), em outra perspectiva teórica, tais táticas e astúcias dos fracos podem ser interpretadas como esquemas sub-reptícios de resistência, empregados pelas esferas economicamente subalternizadas como recursos para diminuir a exploração perpetrada pelos detentores do poder. Assim, essa insubordinação disfarçada, ou as armas dos fracos, emprega instrumentos diversos em sua ação, tais como: dissimulação, deserção, cumprimento falso, roubo, furto, ignorância fingida, calúnia, sabotagem, subserviência dissimulada, dentre tantos outros ([Scott, 1985](#), p. 16).¹

Tanto [Certeau \(1994\)](#) quanto [Scott \(1985\)](#) concordam com o fato de que os expedientes utilizados por aqueles alijados do acesso aos mais diversos tipos de bens e serviços, tantos os materiais quanto os imateriais, são instrumentos, armas, que facultam o acesso a esses bens e serviços subvertendo a ordem estabelecida pelos donos do poder, seja ele econômico, político, social ou cultural.

As estratégias elaboradas pelos Estados para organizar o acesso à saúde de seus nacionais são acessadas por estrangeiros por meio do emprego das táticas que, na conceituação de [Certeau \(1994\)](#), operacionalizam o acesso usando como instrumento as lacunas deixadas na armadura conceitual em que foram construídas as estratégias. Desse modo, as táticas adentram o universo das estratégias e com elas se confundem, impossibilitando sua imediata identificação, objetivos e mecanismos de acesso aos bens e serviços negados pelas estratégias legalmente instituídas.

É no interior da dinâmica das táticas de acesso à saúde na fronteira que as manifestações identitárias têm lugar. As identidades étnicas são evocadas para indicar os grupos étnicos aos quais se deve franquear o acesso aos serviços de saúde no Brasil, inclusão esta feita por vias tanto legais (estratégias) quanto ilegais (táticas).

A propósito da menção aos grupos étnicos, e aos desdobramentos identitários que deles emergem, estes têm suas conceituações fortemente aceitas nos trabalhos do antropólogo norueguês Fredrik Barth, notadamente naquele intitulado *Grupos étnicos e suas fronteiras*, originalmente publicado em 1969. No texto em tela, o autor discute questões sobre concepções identitárias, etnicidade e a criação de fronteiras étnicas.

Um grupo étnico é, grosso modo, composto por um conjunto de pessoas que se identificam umas com as outras, ou são identificadas por membros de outros grupos, tomando por base as similitudes socioculturais e/ou biológicas aparentes, sejam elas factuais ou pressupostas. Desse modo, o grupo tem sua organização voltada para a interação e categorização de si mesmo e dos outros, isto é, constrói fronteiras culturais que lhe permitem a clara definição entre o “eu” e o “outro” no interior da dinâmica relacional à qual está exposto ([Barth, 2000](#)).

Na concepção do autor, a etnicidade – definida como condição ou consciência de pertença a um dado grupo étnico – relaciona-se intrinsecamente aos aspectos organizacionais dos grupos étnicos, compreendidos por [Barth \(2000\)](#) como padrões de atribuição de sentido e reconhecimento entre os diversos atores de um dado agrupamento social.

A etnicidade, ou o sentimento de pertença, é, então, expressão das premissas identitárias, agregadoras ou contrastivas, adotadas pelos grupos étnicos no processo de interação sociocultural a que estes são levados, consciente ou inconscientemente, a participar de diversas formas.

O acesso ao SUS na fronteira Brasil/Paraguai: Pedro Juan Caballero e Ponta Porã em perspectiva

Nas cidades fronteiriças de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã podem se verificar desacordos entre brasileiros e paraguaios, especificamente em questões referentes à identidade étnica e à identidade nacional ([Nascimento, 2012](#); [Sprandel, 2006](#)). Todavia, essas categorias contribuem com o distanciamento entre os dois povos em outras regiões do Paraguai, tais como “[...] nas cidades de Santa Rita, Santa Rosa, San Alberto, Mbaracayu (Departamento Alto Paraná) e Salto del Guayra (Canindeyu) [...]” ([Sprandel, 2006](#), p. 142).

Essas dissensões são expressas de várias maneiras no cotidiano das fronteiras entre Brasil e Paraguai; a mais perceptível se dá por meio das denominações identitárias de caráter étnico e nacional, tais como fronteiriço, brasiguai, brasileiro, paraguaio, estrangeiro, paraguaio legítimo e puro, dentre outras ([Nascimento, 2014](#); [Sprandel, 2006](#)).

No campo da saúde, tais desacordos também estão presentes. Gera desconforto nos brasileiros a procura, por parte dos paraguaios, dos serviços de saúde no Brasil, dado acreditarem, erroneamente, que essa busca onera irremediavelmente o sistema de saúde na fronteira ([Albuquerque, 2012](#); [Tamaki et al., 2008](#)).

Em que pese a importância do aporte econômico alocado na região para o atendimento dos usuários, a ausência de recursos não é o único problema na dinâmica do acesso à saúde na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã. Em verdade, faltam políticas de integração eficazes para resolver os entraves relacionados ao acesso aos serviços, é necessário um esforço

cooperativo entre as nações envolvidas no sentido de elaborar estratégias e políticas públicas para pensar soluções viáveis no que diz respeito à problemática em questão.

Um dos programas instituído para tentar solucionar os problemas atinentes à saúde na fronteira é o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, conhecido também como SIS Fronteiras. Lançado oficialmente em setembro de 2005, na cidade de Uruguaiana (RS), esse programa objetiva colaborar com a organização e a consolidação dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros, bem como viabilizar a associação de ações e serviços de saúde na região de fronteira ([Brasil, 2005](#)).

Para sua implantação foram previstas três fases de desenvolvimento, que também correspondem ao repasse de recursos financeiros aos municípios que aderirem ao projeto. A ideia central do SIS Fronteiras é promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços ([Brasil, 2005](#)).

O projeto pretende, desde que foi instituído, estimular o planejamento e a implantação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras, por meio de um diagnóstico da situação de saúde dessas regiões. Para isso, ressalta a necessidade de mensurar alguns aspectos, entre eles: a) aspectos socioeconômicos; b) aspectos geográficos; c) aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais; e d) aspectos assistenciais. Esse projeto abrange inicialmente 121 municípios da faixa de fronteira brasileira ([Brasil, 2005](#)).

Para [Nogueira e Giménez \(2010\)](#), p. 5), tomando como ponto de partida de suas análises “a ótica governamental”, com a efetiva instalação desses projetos, outras forças políticas poderiam ser incorporadas e instadas a envolver-se com o compromisso de continuidade dessa integração. O projeto objetiva também estabelecer articulações com instituições de ensino e pesquisa, buscando auxiliar, no início das atividades do projeto, a produção efetiva do diagnóstico local.

O problema na formulação do SIS Fronteiras, sem nenhum demérito no tocante à relevância do diagnóstico sugerido pelo programa, repousa em aspectos contraproducentes do ponto de vista das suas diretrizes, como analisam [Nogueira e Giménez \(2010\)](#), p. 5):

No plano ético-político, a ideia do SIS Fronteiras inscreve-se não em um esforço de articulação dos sistemas de saúde entre os países, mas tende a manter uma posição hegemônica, fortalecendo ações unilaterais e dificultando a harmonização das ações e serviços de saúde. Em termos de implementação, o fato de ser um programa pouco discutido com os gestores nacionais e não nacionais contribuiu para as dificuldades de sua apreensão, favorecendo o destaque e a anuência ao programa tendo em conta apenas a possibilidade de ampliação de recursos para o município.

Nas áreas de fronteira, as dificuldades em manter o sistema “SUS um direito de todos!” são maiores, pois não há regulamentação para organizar, orientar, definir e otimizar o uso dos recursos e serviços de saúde pública e, assim, promover o acesso com equidade à população ([Viegas; Penna, 2013](#)). A questão da falta de aporte de recursos econômicos é um dos principais obstáculos ao atendimento de estrangeiros, como também de brasileiros, que ocorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, como já verificaram [Preuss \(2007, 2011\)](#) e [Agustini \(2008\)](#).

Para além dos discursos políticos não se verificam, em se tratando da faixa de fronteira aqui estudada, políticas públicas efetivas de integração de ações de saúde. O papel do Estado brasileiro é obscurecido no que diz respeito à efetividade de suas políticas públicas voltadas às

fronteiras atinentes à saúde. Tal fato se deve, em parte, segundo [Nogueira e Giménez \(2010\)](#), às atitudes de gestores que compreendem ser o direito de acesso aos serviços prerrogativa de brasileiros e, por conta disso, dificultam por meio de instrumentos burocráticos o atendimento aos estrangeiros, levando-os à elaboração dos estratagemas aqui aludidos.

Em que pesem os esforços envidados na tentativa de contribuir com a melhoria do atendimento à população fronteiriça, principalmente com a descentralização do sistema de saúde brasileiro ainda em curso, percebe-se a presença incômoda e constante de obstáculos à implantação de uma rede de serviços eficiente e igualitária. Os contratempos para um planejamento de ações mais eficazes não foram alcançados ainda, bem como a construção de mecanismos para captar e alocar devidamente os financiamentos ([Nogueira; Fagundes, 2014](#)).

Ponta Porã e Pedro Juan Caballero: contexto geográfico, histórico e sociocultural

A faixa de fronteira do Brasil tem proporções significativas: 15.719 quilômetros, que equivalem a 27% do território nacional. Possui extensão de 150 quilômetros de envergadura equidistante ao traçado limítrofe terrestre do país. Nessa área estão contidos 588 municípios, em 11 estados que fazem fronteira com dez países da América do Sul, em que vivem aproximadamente dez milhões de pessoas ([Gadelha; Costa, 2007](#)).

A cidade de Pedro Juan Caballero localiza-se a nordeste da República do Paraguai. Seu contingente populacional é de aproximadamente 88.029 habitantes, de acordo com os dados da Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). A região que circunscreve a cidade tem predominância do clima tropical com temperatura variando entre 22 °C e 23 °C ([Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, 2002](#)).

Pedro Juan Caballero se destaca pela atividade turística na região, principalmente o turismo de compras em que predomina o comércio de produtos importados. Esses produtos chegam ao Brasil vindos de várias partes do mundo, mas em sua maioria da China ([Pinheiro-Machado, 2009](#)). O comércio na região teve início no “[...] final do século XIX quando a cidade passa a ser utilizada como um lugar de descanso para as caravanas que transportavam erva-mate até Concepción. A partir da década de 60 o comércio se fortalece, consolidando o turismo de compras” ([Martins; Banducci Júnior, 2009](#), p. 3).

Ponta Porã compreende uma superfície total de 5.328,621 km², sendo a superfície urbana de 13,715 km², possuindo 79.173 habitantes – em que 89% residem na zona urbana e 11%, na zona rural. Situa-se na região sudeste do estado de Mato Grosso do Sul, tendo seus limites com os municípios de Dourados, Bela Vista, Antônio João, Jardim, Guia Lopes da Laguna, Maracaju, Dourados, Lagoa Carapã, Aral Moreira, com o estado do Paraná e a República do Paraguai ([Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011](#)). A exemplo de Pedro Juan Caballero, o clima predominante em Ponta Porã é o tropical, ou tropical de altitude, como ensinam os geógrafos. A temperatura média varia de 20,6 °C a 22 °C. No decorrer do ano, o mês mais quente é o de fevereiro, com temperatura média de 23,6 °C, e o mês com temperaturas mais baixas é o de julho, com média de 16,4 °C.

No município de Ponta Porã, a economia tem suas atividades direcionadas à agricultura e à pecuária. No entanto, há que se levar em consideração a relevância da lavoura na região – especificamente trigo, soja e milho. Essa importância é mensurada de acordo com a posição

obtida pela cidade de Ponta Porã (406º maior potencial de consumo) em relação às cidades brasileiras com maior índice de consumo ([IPC Marketing, 2010](#)).

No que diz respeito à oferta de serviços de saúde na faixa de fronteira em análise, Ponta Porã conta com três hospitais, dos quais dois são públicos e um, explorado pela iniciativa privada. Somam-se a essas instituições 13 outras repartições, distribuídas entre unidades básicas e postos de saúde ([Brasil, 2016](#)). No caso de Pedro Juan Caballero, a cidade dispõe um hospital regional, e um posto de saúde e dez unidades de atendimento à saúde da família ([Paraguay, 2016](#)).

A propósito das peculiaridades que envolvem a região em estudo, Pedro Juan Caballero e Ponta Porã se destacam ainda, como já mencionado, por serem categorizadas como cidades-gêmeas. Para a conceituação dessa categoria, o Ministério da Integração Nacional, por meio da portaria nº 125 de 21 de março de 2014, estabelece nos seus artigos 1º e 2º que cidades-gêmeas são aquelas em que o contingente populacional não ultrapasse dois mil habitantes e em que os municípios são cindidos pela linha de fronteira, seca ou fluvial, contendo ou não 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 [...]” ([Brasil, 2014](#)). Outra preocupação presente na conceituação diz respeito às manifestações dos problemas peculiares à fronteira, “[...] que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania” ([Brasil, 2014](#)).

A fronteira, nos seus diversos aspectos, tem despertado o interesse da academia e de seus representantes. Estes têm envidado esforços de caráter científico na tentativa de compressão dos inúmeros e complexos fenômenos que têm tido lugar nesses espaços, independentemente das denominações acadêmicas e divisões disciplinares tão comuns às universidades e seus departamentos. Desse modo, tem-se que as contribuições acadêmicas que têm a fronteira como foco têm sido tributárias das áreas das ciências biológicas, das ciências humanas, das ciências sociais e sociais aplicadas, das ciências exatas, das ciências da saúde e, não raro, de uma perspectiva inter ou multidisciplinar ([Nascimento, 2012](#)).

Os antropólogos tendem, no que diz respeito à fronteira como objeto de estudo, a abordar os aspectos que privilegiam as questões culturais e seus desdobramentos simbólicos, a exemplo do trabalho de [Leach \(1996\)](#) acerca das fronteiras da Birmânia; dos trabalhos de [Grimson \(2003\)](#) sobre a fronteira Brasil-Argentina; [Alvarez Júnior \(1995\)](#) e as pesquisas que desenvolve na fronteira México-Estados Unidos; [Banducci Júnior \(2011\)](#) e [Nascimento \(2012\)](#) e suas investigações sobre a fronteira Brasil/Paraguai, notadamente Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, dentre tantos outros. A preocupação centra-se nas diversas e divergentes formas que os indivíduos têm de vivenciar a cultura e suas determinantes no processo do devir histórico.

A realidade sociocultural da fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero é extremamente complexa, dada a coexistência nesse espaço limítrofe, nem sempre harmoniosa, de pessoas, etnias, idiomas, ideias e ideologias, o que acaba por gerar culturas de fronteira, que por sua vez se transformam em fronteiras da cultura ([Alvarez, 2010](#)). No entanto, não são fronteiras culturais que se repelem, enquistadas em si mesmas; são fronteiras que estruturalmente se complementam e se hibridizam no interior e nas bordas dos limites territoriais legalmente constituídos ([García Canclini, 1997](#)).

No tocante à área da saúde, esta tem sido alvo de interesse no que diz respeito aos serviços e ações desenvolvidos nos municípios partícipes do Mercado Comum do Sul, Mercosul, posto que, afora as intenções econômicas do bloco, constata-se um relevante

recrudescimento do contingente de indivíduos de nacionalidade estrangeira que buscam utilizar os serviços e ações de saúde oferecidos no Brasil ([Nogueira et al., 2015](#)).

Contudo, os cidadãos estrangeiros – ainda que residentes no país – não são detentores de direitos nacionais no que se refere à cidadania e ao acesso aos serviços prestados na área de saúde no território brasileiro, o que traz certo incômodo aos responsáveis pelos sistemas regionais. Esses administradores veem-se pressionados a prestar atendimento, quando possível, à população alóctone, embora não tenham em sua estrutura de ação capacidades técnicas e receita pecuniária para tanto.

A demanda estrangeira pelos serviços ofertados pela área da saúde nas fronteiras brasileiras não é tão expressiva como querem fazer crer alguns gestores e autoridades alocados nas fronteiras. [Tamaki et al. \(2008\)](#) observam que apesar dos discursos desses atores sociais enfatizarem que do orçamento da saúde alocado para atender a região 40% são gastos com atendimento aos estrangeiros, as informações não se verificam, visto que os dados colhidos para a confecção de um diagnóstico de saúde nos municípios de fronteira de Mato Grosso do Sul apontam a inexpressividade dessa demanda.

Todavia, apesar da demanda não ser tão expressiva, a ponto de onerar de maneira irremediável os custos relacionados à saúde no município, é inegável que ela existe e, portanto, deve ser levada em consideração quando da alocação de recursos ou da elaboração de políticas públicas que tenham como objeto o acesso à saúde aos estrangeiros em regiões fronteiriças.

Em face dessa situação, identificam-se obstáculos no sentido de fornecer o acesso digno à saúde prescrito pela Constituição Federal de 1988, ou seja, acesso de maneira universal e integral. O Mercosul tem, na medida de suas possibilidades e sempre procurando respeitar as soberanias nacionais, instituído ações de notável iniciativa no tocante ao campo da saúde. Sob sua égide e influência têm-se elaborado diversas intervenções, notadamente aquelas voltadas ao combate e à prevenção de doenças infectocontagiosas e de vigilância sanitária. Dessa maneira, no que diz respeito à prestação de serviços em saúde, nota-se que os contratos que se sucedem entre os governos concorrem no sentido de que o estrangeiro possa ter livre acesso ao atendimento público em quaisquer das nações constituintes da coalizão denominada Mercosul ([Nogueira et al., 2015](#)).

Existem razões que podem contribuir e influenciar na busca pelos serviços de saúde no Brasil. Apesar de a experiência na área de saúde por meio do SUS não ser uma das melhores, ainda é uma boa opção àqueles que não têm muitas alternativas. Um desses fatores é a razoável facilidade no acesso, que atrai os segmentos populacionais das nações economicamente mais vulneráveis. Assim, diante da precariedade de condições socioeconômicas e infraestruturais em que se encontram, recorrem ao Brasil, através do SUS, em busca de atendimento. Tal fato acaba por se refletir de maneira contundente no processo organizacional e estruturante do sistema de saúde dos municípios fronteiriços e, por conseguinte, na vida sociocultural e econômica de suas populações.

Contudo, apesar da questão da escassez de recursos ser um dos motivos mais alegados pelos entrevistados, existem outras razões presentes na dinâmica da migração de paraguaios para o Brasil, especialmente em busca de serviços de saúde, dentre elas a contiguidade geográfica (isso porque os distritos paraguaios encontram-se distantes dos centros de saúde); a relativa facilidade de acesso aos meios de transporte; a confiança depositada nos serviços de atendimento à saúde do país; a gratuidade do Sistema Único de Saúde e a garantia da

continuidade do atendimento em casos complexos; e o atendimento compulsório em casos de urgência. Questões que denotam a fragilidade do Paraguai em atender seus cidadãos, haja vista a falta de infraestrutura e ausência de políticas públicas pensadas para dirimir os inúmeros problemas de acesso à saúde naquele país ([Azevedo, 2015](#)).

Nas localidades que abrangem a fronteira, os serviços ofertados relacionados à saúde adquirem uma relevância e uma dimensão ímpares na vida diária dos indivíduos que moram e circulam nesses espaços, notadamente no que tange à possibilidade de facultar ou restringir o acesso desses sujeitos, colaborando ou não no sentido de garantir direitos à saúde.

Segundo [Giovannella et al. \(2007\)](#), baseando-se em dados coletados junto aos secretários municipais de Saúde nas fronteiras do Brasil, existe uma disparidade, por parte dos estrangeiros, no que tange à busca de serviços de saúde ofertados pelo SUS na fronteira. Conforme as informações repassadas por esses secretários, existe uma procura de atendimento no SUS em 75% dos municípios, sendo que tal procura se intensifica de maneira considerável em 36% das regiões.

De acordo com os autores citados acima, as demandas com maior incidência tendem a ocorrer em regiões cujos limites alcançam o Paraguai. Para 70% dos secretários municipais, tais demandas de estrangeiros atingem nove dos 12 serviços listados na pergunta a eles submetida sobre o “tipo de atendimento buscado frequente e muito frequentemente por estrangeiros no SUS do município por país de fronteira, segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 2005” ([Giovannella et al., 2007](#), p. 258-259).

No tocante à acessibilidade, [Travassos e Martins \(2004\)](#) indicam duas dimensões: a sócio-organizacional (em que estão presentes a oferta de serviços e suas principais características); e a geográfica (que se relacionam com a noção de espaço, em que existe a possibilidade de se medir as variáveis atinentes a distâncias, sejam elas lineares, de tempo e locomoção, custo de viagem, entre outras).

De acordo com [Pereira \(2000\)](#), o acesso à saúde traz em sua dinâmica características multifacetadas, dentre elas as de caráter econômico, social e cultural que, em face das complexidades inerentes a essas categorias, extrapolam as esferas da assistência à saúde. No que diz respeito ao uso dos serviços de saúde, é inegável reconhecer a influência determinante de condições socioeconômicas e culturais, que se interpenetram aos aspectos intersetoriais arraigados à estrutura política de cada país, bem como aos espaços de poder que as caracterizam. Contudo, a concretização de um projeto em que a equidade é o mote não pode deixar de levar em consideração de que a ênfase no que diz respeito à acessibilidade dos serviços de saúde constitui-se um elemento de suma importância ([Nogueira; Silva, 2007](#)).

Não são somente os estrangeiros que sofrem com o serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. Imigrantes brasileiros que vivem no Paraguai – os denominados brasiguaios – enfrentam problemas de aceitação, além dos relacionados à prestação de serviços de saúde, quando acorrem aos postos de saúde localizados no Brasil. [Albuquerque \(2012\)](#), p. 25) traz um exemplo da ocorrência desse tipo de situação na fronteira Brasil/Paraguai:

O passo inicial para ser atendido no sistema público de saúde no Brasil é marcar uma primeira consulta em uma UBS. Uma das unidades básicas mais procuradas pelos imigrantes brasileiros

e seus descendentes que vivem no Paraguai é a do Jardim América, cerca de 1 km da Ponte da Amizade, limite internacional entre o Brasil e o Paraguai. Pela manhã, percebemos que a maioria dos carros estacionados em frente a esse posto de saúde tem placas paraguaias. A população próxima a esse estabelecimento de saúde, muitas vezes, reclama que o posto está sempre lotado por causa dos brasiguaios. Embora não seja a UBS mais próxima da Ponte da Amizade, é onde existem mais especialidades médicas e também odontologia.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde pelos brasiguaios, a situação é um pouco mais complicada. Para ser atendido pelo SUS no Brasil é necessário estar cadastrado no Sistema de Informações em Saúde (SIS) por meio do Cartão Nacional de Saúde, o Cartão SUS – instituído pela portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002 ([Brasil, 2002](#)). Esse instrumento – criado pelo governo federal – objetiva vincular os seus usuários às ações e serviços de saúde realizados pelo SUS, bem como identificar as pessoas que foram atendidas e a região do país em que se deu o atendimento.

Todavia, o Cartão SUS tem sua validade restrita ao Brasil, sendo seu uso circunscrito aos municípios em que o titular do cartão comprova residência. Portanto, o direito de posse e utilização do Cartão SUS é prerrogativa de brasileiros e estrangeiros que comprovem residir no país, conforme consta da redação do artigo 4º da lei supracitada.² Contudo, o artigo 5º do mesmo documento assevera que a falta do cartão não gera impedimento ao atendimento de brasileiros e estrangeiros não residentes no país. Caso se comprove o não atendimento por conta da ausência do Cartão SUS, os envolvidos incorrerão no crime de omissão de socorro.³

No Brasil, alguns dispositivos elaborados para organizar e melhor atender aos brasileiros – no que respeita ao acesso à saúde – têm servido como entraves ao atendimento de estrangeiros. Dentre essas restrições, a criação do Cartão SUS, condição exigida ao público para viabilizar o atendimento, é uma das mais intransponíveis barreiras impostas aos estrangeiros. Outro empecilho ao atendimento de estrangeiros no país consiste no fato de que boa parte dos gestores acredita que atendimento pelo sistema público é prerrogativa dos brasileiros. Assim, acabam recrudescendo as medidas de controle e/ou mesmo negando o acesso, o que os leva a apelar a táticas – instruídos por outros que já passaram pela mesma situação ([Silva, 2006](#)).

As opiniões sobre o direito ao acesso à saúde no Brasil por parte dos estrangeiros não são unânimes. Para alguns brasileiros, entrevistados por [Preuss \(2011](#), p. 15), sobre o atendimento: “‘Somente em casos de emergência eles têm direito senão não pode atender.’; ‘Se vem mal, se passa mal é atendido (emergência/urgência).’” Os depoimentos enfatizam o caráter urgente do atendimento, notadamente as situações em que a presteza no socorro determina se o paciente vive ou morre. “‘O direito à saúde é uma questão de cada país; quem não é daqui (Brasil), não tem direito, mas numa situação de emergência, daí tem.’” No entanto, as opiniões se dividem quando os casos não são urgentes, ou seja, não envolvem a possibilidade de morte iminente caso não haja atendimento: “‘O que não é emergência não é atendido pelo SUS, só particular.’; ‘O direito é igual ao nosso; o exercício é igual, são pessoas como qualquer outra; gratuito.’; ‘Por direito deveriam primeiro procurar no país deles.’”

Na concepção dos interlocutores de [Preuss \(2011\)](#) a respeito do direito ao acesso à saúde por parte dos estrangeiros, pode-se ver a característica dicotômica de opiniões sobre o tema. Alguns entrevistados assumem o direito à saúde para além dos casos emergenciais; outros o identificam atrelados às questões referentes à nacionalidade:

“Direito à saúde é pra todos. Direito humano é um só.”; “Todo o ser humano tem direito a atendimento; o que não é certo é tirar atendimento dos brasileiros que ficam na fila do atendimento e outros tiram a vaga. São atendidos.”; “Creio que seja bem atendido, é garantido,

atendem igual, são todos humanos.”; “Se a saúde é um direito de todos deve ser garantida a todos, não importa quem.” ([Preuss, 2011](#), p. 15).

A fronteira não se limita aos marcos nacionais erigidos para separar faixas de territórios legalmente divididos. Como observa [Goettert \(2013\)](#), uma fronteira de maior expansão, mais perceptível aos sentidos, pode obscurecer fronteiras de menor proporção, menos visíveis, menos tangíveis (subjacentes, veladas). Desse modo, por trás da falácia dos povos “irmãos”, da propalada irmandade sem conflitos entre brasileiros e paraguaios, encontram-se as fronteiras “menores” mencionadas por Goettert.

No caso do acesso à saúde, bem como em outros casos, essas pequenas fronteiras se expressam nas representações verbalizadas cotidianamente, tanto por brasileiros quanto por paraguaios. O incômodo demonstrado pelos informantes de [Albuquerque \(2012\)](#) e [Preuss \(2011\)](#) denota o quão intrincadas são as relações que têm o acesso à saúde como mote.

A propósito da menção às representações oriundas da população fronteiriça, notadamente aquela parcela que faz uso efetivo dos serviços de saúde ofertados pelo SUS no Brasil, há uma predominância nas pesquisas realizadas até então – com raras exceções – de se privilegiar os depoimentos e as representações advindas daqueles que, de uma maneira ou de outra, têm vínculos com o Estado nas suas mais diversas formas, como pode ser observado nos trabalhos de [Peiter \(2005\)](#), [Giovannella et al. \(2007\)](#) e [Tamaki et al. \(2008\)](#).

Por que a preferência por esses atores sociais? A resposta talvez possa ser encontrada na pouca importância atribuída à opinião das pessoas oriundas de estratos culturais em que se crê haver menos esclarecimento no tocante a certos temas. Ou, ainda, tal preocupação não entra na agenda de alguns pesquisadores, talvez por conta do condicionamento ideológico recebido durante o processo de formação profissional – ao qual todos estamos expostos em menor ou maior grau –, ou por não se constituir como objetivo de investigações solicitadas por órgãos governamentais ou não governamentais.

O acesso à saúde e sua dinâmica na fronteira: estratégias, táticas e repercussões identitárias em Pedro Juan Caballero e Ponta Porã

A respeito das dificuldades de acesso, principalmente por conta da documentação exigida para ser atendido, as estratégias são as mais mirabolantes, e por vezes arriscadas. Uma tática muito utilizada consiste em tomar de empréstimo documentos que comprovem residência em território brasileiro. Esses documentos são aqueles que não possuem fotografias acompanhando os antropônimos, tais como extratos de tarifas de energia elétrica, de conta d'água e o certificado de contribuição de pessoa física ([Nogueira; Simionatto; Silva, 2003](#)).

No parágrafo acima se vê o grau de heterogeneidade que envolve as inter-relações entre brasileiros e paraguaios na fronteira. Enquanto alguns brasileiros não veem com bons olhos o acesso dos paraguaios ao sistema de saúde do Brasil, outros lhes emprestam, ou alugam, documentos para que possam viabilizar o acesso. Uma outra característica do acesso à saúde na região de fronteira diz respeito às redes de solidariedade existentes nesses contextos ([Preuss, 2011](#)).

No caso específico da fronteira situada entre Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, para aqueles que não conseguem comprovar residência no Brasil a solução é acionar as redes de solidariedade às quais estão vinculados: parentes; amigos; namorados e namoradas. Assim,

conseguem comprovar residência no Brasil e serem atendidos, bastando apresentar uma declaração assinada por morador brasileiro atestando que o indivíduo portador da declaração reside com o declarante.⁴ Essa tática, apesar das possíveis sanções legais caso se comprove fraude, não apresenta problemas quanto à sua utilização, já que o estado de Mato Grosso do Sul não dispõe de efetivo para fiscalizar as declarações apresentadas como comprovação de domicílio.

Em visitas realizadas à cidade de Ponta Porã em dezembro de 2016 e janeiro de 2017, em entrevistas realizadas com os moradores, tanto de Ponta Porã quanto de Pedro Juan Caballero, foi possível perceber, no discurso dos interlocutores, a presença dessas relações no cotidiano de acesso à saúde naquela fronteira específica. Quando um paraguaio é inquirido a respeito de como se consegue acesso aos serviços do SUS no Brasil sem possuir o respectivo cartão, as respostas são reveladoras:

É fácil. Por exemplo, se você tem um conhecido aqui no Brasil, em Ponta Porã, você explica a situação pra ele, diz que é caso de doença, ninguém nega, sabe. Vocês [brasileiros] são muito companheiros nessa parte. Eu mesmo já usei endereço de vários conhecidos aqui, nunca tive problema, ninguém nunca falou nada. (Entrevistado nº 1, paraguaio, vendedor ambulante em Pedro Juan Caballero, entrevista realizada em Ponta Porã).

Do ponto de vista dos brasileiros, pelo menos aqueles com os quais se estabeleceu contato, essa realidade do emprego das táticas de acesso é bastante aceitável, mas com condições, como observou um interlocutor:

Rapaz, é tudo ser humano igual a gente, e quando o problema é de saúde, não tem nem o que dizer, né? Tem que ajudar mesmo, se for doença, né? Mas só acho certo ajudar se for pai de família, trabalhador, gente honesta. Agora se for por motivo de bandidagem, briga, essas coisas, num tem que atender coisa nenhuma, eles que procurem o país deles. Agora se é pai de família, tá doente, ou alguém da família dele, aí sim. (Entrevistado nº 2, brasileiro, porteiro, entrevista realizada em Ponta Porã).

Aqui, a condição imposta é “ser pai de família, trabalhador, gente honesta”, do contrário, o atendimento não poderia ser realizado. Isso pode ser percebido no depoimento do entrevistado nº 2, quando estabelece no seu sistema de valores quem deve e quem não deve ser atendido. Aqui, está presente certa empatia de classe, isto é, os brasileiros aceitam que seja atendido, independentemente da nacionalidade, o indivíduo que com eles se assemelha em condições socioeconômicas e morais. As categorias elencadas para viabilizar o acesso são “pai de família, trabalhador, gente honesta”, o que na interpretação dos interlocutores equivale a dizer que são pessoas “iguais a nós”.

O mesmo não corre com aqueles que não são “como nós”, ou seja, aqueles reputados como bandidos e arruaceiros. Assim, na opinião do entrevistado nº 2, estes não devem ser atendidos pelo sistema de saúde brasileiro, ainda que estejam à beira da morte, haja vista que sua situação não foi imposta por problemas de saúde oriundos da própria condição humana, mas por decisões e escolhas feitas conscientemente.

Eu não acho certo isso. O cara apronta e depois que se ferra quer que a gente atende ele; e o pior que a lei obriga, né? Eu acho que se o cara que vem de fora e se mete em confusão aqui [Brasil] não tem de ser atendido e pronto. Agora você vê, e se quando o médico tiver atendendo um bandido e um trabalhador precisar ser atendido também? E daí? Por isso que eu não concordo. (Entrevistado nº 2, brasileiro, porteiro, entrevista realizada em Ponta Porã).

Comungam da mesma opinião alguns paraguaios, moradores de Pedro Juan Caballero. “Se não for por motivo de doença, não devia atender, não. Sabe por quê? Porque não é justo com quem é direito, honesto, trabalhador”, afirma um interlocutor quando perguntado sobre sua opinião a respeito do atendimento aos paraguaios “bandidos” pelo sistema de saúde brasileiro.

Chama atenção no depoimento de alguns interlocutores a questão da identidade contrastiva teorizada por [Fredrik Barth \(2000\)](#). O contraste identitário é expresso pela relação trabalhador/pai de família e bandido/arruaceiro, em que se tem esta última figura como contraponto da primeira. Aqui, a identidade do brasileiro morador da fronteira, aquele que é pai de família e trabalhador, é contrastada com a representação que se tem do paraguaio que é bandido e arruaceiro, e que, portanto, não merece atendimento nem em situação de risco de morte. O que equivale a dizer que “não sendo igual a nós, não merece o mesmo tratamento”, o que não se aplica ao paraguaio que é considerado como trabalhador e pai de família, já que este, seguindo os preceitos morais estabelecidos pelos brasileiros na faixa de fronteira, é “igual a nós”, isto é, partilha a mesma condição socioeconômica e é regido pelo mesmo código moral em que trabalho e família são as bases estruturais.

O mesmo pode se dizer a respeito da identidade autoatribuída pelo entrevistado nº 3, (paraguaio, vendedor ambulante), “direito, honesto e trabalhador”, qualidades ausentes naqueles paraguaios considerados criminosos. Nos termos da teoria da identidade contrastiva de [Barth \(2000\)](#), equivale a dizer do outro, ainda que da mesma nacionalidade, que este não pertence à mesma esfera identitária, situando-se, assim, fora do círculo simbólico e classificatório em que se localizam, e são localizados, indivíduos com a mesma pertença identitária autoatribuída e socialmente reconhecida – e por isso membros de um mesmo grupo étnico, não em função do seu local de nascimento, mas em função dos valores socioculturais e morais que comungam entre si.

Nesse sentido, é pertinente a análise de [Barth \(2000\)](#), p. 32) a respeito da importância dos valores socioculturais elencados para representar as identidades: “Uma vez que pertencer a uma categoria étnica implica ser um tipo de pessoa e ter determinada identidade básica, isto também implica reivindicar ser julgado e julgar-se a si mesmo de acordo com os padrões que são relevantes para tal identidade.”

Tal identidade étnica torna-se mais tangível quando verbalizados os discursos de caráter identitário, elaborados tendo por base a alteridade e expressos pela via dos contrastes. Desse modo, as identidades étnicas, tanto brasileiras quanto paraguaias, só se movimentam orientadas por uma singularidade, que se estrutura em agrupamentos dicotômicos do tipo *Nós/Eles* ([Nascimento, 2012](#)).

As categorias trabalhador e pai de família são acionadas para compor uma identidade étnica que vai além da fronteira Brasil/Paraguai e além da noção de nacionalidade. Tanto brasileiros quanto paraguaios se reconhecem pertencentes ao grupo – independentemente da sua nacionalidade – dos trabalhadores e pais de família e, a esse grupo, é franqueado o acesso

aos serviços de saúde por meio do SUS no Brasil, seja esse acesso possibilitado por meio das estratégias ou das táticas.

Nesse sentido, [Barth \(2000\)](#) analisa as categorias étnicas como possíveis reservatórios organizacionais, passíveis de hospedar conteúdos diversos e em diferentes quantidades e aspectos oriundos dos mais diversificados sistemas socioculturais. Podem, tais categorias étnicas, “ter grande importância, mas não necessariamente; podem colorir toda a vida social, mas também ser relevantes apenas em determinados setores de atividade” ([Nascimento, 2012](#), p. 47). Desse modo, “as características a serem efetivamente levadas em conta não correspondem ao somatório das diferenças ‘objetivas’; são apenas aquelas que os próprios atores consideram significativas” ([Barth, 2000](#), p. 33).

No tocante ainda à fala do entrevistado nº 3, outras pessoas de nacionalidade paraguaia não chancelam sua opinião. “Eu acho que vocês [Brasil] têm que atender todo mundo, sim. O país de vocês é rico, o nosso é pobre. E muito da nossa pobreza é culpa dos brasileiros.” O contexto em que deu essa declaração foi bastante peculiar na trajetória do trabalho de campo realizado na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã. A opinião acima foi emitida de forma intempestiva e espontânea, logo após a resposta do entrevistado nº 3, por uma vendedora ambulante de chipa⁵ que presenciava nossa conversa.

A opinião da vendedora ambulante é partilhada por outros paraguaios quando o tema é o acesso à saúde na fronteira. Muitos deles acreditam que o Brasil tem um débito para com eles, notadamente por conta da participação do país na Guerra da Tríplice Aliança e dos espólios de guerra auferidos quando do pagamento das indenizações.

A imagem que o paraguaio tem do Brasil é, geralmente, a de uma nação imperialista, dominante e prepotente. Circula entre os paraguaios a noção de que o Brasil se apossou ilegalmente de território a eles pertencente por ocasião do término da guerra de 1870. A esse fato outros se somam, tais como as questões atinentes à ocupação de terras paraguaias por brasileiros,⁶ o que é visto por eles como formas de usurpação, tanto de direitos quanto de dignidade ([Albuquerque, 2009](#)).

Quando indagados a respeito da legalidade do atendimento aos estrangeiros, especialmente os que se utilizam da tática de apresentar endereço de outrem como se deles fosse para serem atendidos pelo SUS no Brasil, os discursos dos brasileiros denotam uma solidariedade que extrapola as fronteiras físicas

Pode até ser ilegal, sabe. Mas não por isso que não vai atender, né? Vai deixar a pessoa morrer ou sofrer à toa, sem precisão, num vai, né? Imagina se fosse um parente da gente, Deus me livre! E o Brasil é todo errado mesmo, então um erro a mais um a menos, num faz diferença. Nós [os brasileiros] não somos exemplo pra ninguém, começa lá de cima a cachorrada, a roubalheira. Eu mesmo já emprestei meu endereço pra um amigo meu que mora em Pedro Juan. (Entrevistado nº 2, brasileiro, porteiro, entrevista realizada em Ponta Porã).

Contudo, as opiniões não são unânimes, existindo aqueles que são contrários ao atendimento de estrangeiros pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

O problema é maior do que a gente pensa. A saúde no Brasil não dá conta de atender bem nem aos brasileiros, quanto mais aos estrangeiros, sejam eles paraguaios, bolivianos, venezuelanos

ou de qualquer outra nacionalidade. Vivemos um caos na saúde pública no Brasil, basta ligar a TV ou abrir um jornal impresso ou eletrônico que você pode ver isso. Então como é que nós [Brasil] podemos nos responsabilizar pela saúde dos outros, não tem condições. (Entrevistado nº 4, brasileiro, jornalista, entrevista realizada em Ponta Porã).

A pluralidade de opiniões a respeito do tema é enorme, dividindo os pontaporanenses e os pedrojuaninos em lados antagônicos. No entanto, tal antagonismo é compreensível diante da multifacetada e complexa realidade sociocultural da fronteira Brasil/Paraguai, especificamente no caso de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, cidades conurbadas e intrinsecamente interdependentes, onde as relações são nuançadas por fatores de toda sorte e matizes, e em que a dinâmica dos fenômenos que ali ocorrem nem sempre é facilmente perceptível.

Todavia, tais características são comuns em espaços de fronteira, dado sua natureza porosa e intercambiante, mas não isenta de obstáculos, de amálgamas e cisões, de associações e divergências, e de controle e sujeição. Representam, desse modo, espacialidades de exercício de poder, de diversos conflitos e de diversificadas maneiras de expressão de integração cultural ([Albuquerque, 2010](#)).

Parte das táticas de acesso aos serviços do SUS na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, no tocante aos paraguaios indocumentados, expressada também pelas redes de solidariedade existentes entre brasileiros e paraguaios, é a que conta com a colaboração de funcionários dos hospitais locais, tais como enfermeiros, motoristas, médicos, vigilantes, zeladores e demais atendentes. Aqui, os laços de companheirismo, amizade e reciprocidade² se refletem nas táticas empregadas para acessar os serviços de saúde na região.

Nesse sentido, é comum um desses funcionários interceder por um amigo ou parente de nacionalidade paraguaia: um cunhado ou cunhada que reside em localidade afastada da fronteira, uma prima ou primo paraguaio da esposa, dentre outras relações de parentesco. “Eu cansei de intermediar atendimento aqui para pessoas que vêm do Paraguai” (Entrevistado nº 5, brasileiro, servidor público, entrevista realizada em Ponta Porã).

Indagados de como seria o procedimento, a tática de ação que possibilita o atendimento, alguns interlocutores responderam que

é simples, sabe? A gente fala com o médico que tá atendendo naquele dia, mas tem que ser um cara da nossa confiança, um médico que a gente tenha feito amizade, né? Senão não dá certo, não dá pra pedir isso pra qualquer um. Daí ele atende a pessoa, passa os remédios, pede exames; faz o que dá pra fazer, senão for coisa muito séria. Aqui todo mundo se ajuda nisso. (Entrevistado nº 5, brasileiro, servidor público, entrevista realizada na cidade de Ponta Porã).

Essas redes parecem extrapolar as concepções de cidadania e nacionalidade intrinsecamente associadas às características atinentes à fronteira física, comunicada nos modos e nos expedientes utilizados por alguns moradores das localidades fronteiriças para facultar a inserção no sistema de saúde. Isso tende a demonstrar uma espécie de desenvolvimento teórico-conceitual do direito de cidadania, denotando a construção de um conceito peculiar da faixa de fronteira, compreendendo-a mais como uma área de passagem do que um espaço de limite territorial ([Preuss, 2011](#)).

Ainda no tocante às redes de solidariedade que têm lugar na faixa de fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, especificamente no que respeita à busca de atendimento de saúde no Brasil, por meio do SUS, é relevante aduzir que não são somente aqueles socioeconomicamente fragilizados que acorrem às táticas para conseguir acesso aos serviços. Segundo alguns interlocutores, paraguaios de melhor condição econômica também procuram usufruir da gratuidade do sistema de saúde brasileiro.

No entanto, para esses, as táticas que favorecem o acesso – quando não estão inseridos nas redes de solidariedade – não são as mesmas adotadas pelas classes menos favorecidas; por vezes, eles têm de oferecer alguma compensação monetária aos funcionários para obter atendimento. Como têm condições financeiras, geralmente pagam ao funcionário que faculta o atendimento metade do valor de uma consulta particular cobrada no Brasil ou em clínicas de saúde de Pedro Juan Caballero.

Todavia, por conta da reciprocidade existente no sistema de táticas empregado pelos funcionários dos estabelecimentos de saúde pública de Ponta Porã, às vezes se providencia um ou outro atendimento a pessoas que flagrantemente, segundo os interlocutores, poderiam pagar por atendimento em hospitais ou clínicas particulares.

Eu não acho certo! Porque eu acho que o SUS é para quem não tem condições de pagar mesmo, não para quem tem dinheiro, seja ele brasileiro ou paraguaio. Mas eu faço quando é pra pagar um favor para alguém aqui. Mas é que aqui funciona o esquema de uma mão lava a outra, entende? Então, às vezes um médico ou enfermeiro, a quem a gente deve um favor do mesmo tipo, pede pra gente fazer o mesmo esquema que faz com os estrangeiros sem documento brasileiro. Então, mesmo a gente vendo que a pessoa tem condições, a gente dá um jeito, não por ela [a pessoa], mas pra pagar o favor recebido em outra ocasião. Você entendeu? É assim que funciona. (Entrevistado nº 6, brasileiro, servidor público, entrevista realizada em Ponta Porã).

Outra maneira que possibilita o atendimento aos estrangeiros no Brasil, como já mencionado, é deixar que o quadro de saúde do enfermo se agrave até à iminência do risco de morte, dado que omissão de socorro constitui crime⁸ no ordenamento jurídico brasileiro. A partir daí, o atendimento pode ser solicitado diretamente no hospital. Em havendo recusa por parte dos profissionais, estes incidiriam em falta ética gravíssima, penalizada com a cassação do registro médico ([Nogueira; Simionatto; Silva, 2003](#)).

O problema aqui é o desconhecimento por parte do enfermo a respeito da gravidade de sua doença. Assim, a tática de deixar agravar o quadro de saúde não é muito corrente na fronteira de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, especificamente quando não se conhece o diagnóstico ou este é ainda incerto.

É perigoso, né? Eu mesmo conheço gente que perdeu parente esperando ele ficar um pouquinho pior pra trazer aqui pro médico. Pensou que era uma gastrite, uma úlcera, mas era câncer. Daí, quando trouxeram ele, já muito ruim, era tarde, já tinha espalhado tudo. Então, é muito arriscado, sabe? Mas se for caso conhecido, que a pessoa já trata há algum tempo, daí dá. Ou quando a mulher tá grávida, né? E quer ter o filho aqui no Brasil, pra aproveitar as coisas daqui [o acesso aos serviços], aí dá certo, o risco é pouco. (Entrevistado nº 7, paraguaio, *casillero* em Pedro Juan Caballero, entrevista realizada em Ponta Porã).

A propósito do parágrafo acima, cabe menção à tática adotada pelas parturientes paraguaias quando querem que seus filhos tenham cidadania brasileira, podendo, assim, desfrutar dos direitos inerentes a essa condição.

A gestante do Paraguai, o que ela faz, isso se aprende, eles aprendem entre eles. Ela vai a nossa unidade hospitalar e o hospital fala para ela, olha você é do Paraguai, a senhora pode ir para casa e ter seu filho no Paraguai. Então o que elas aprenderam. Que se tiver em um período mais próximo do trabalho de parto ninguém vai mandá-las embora, é emergência, então elas ficam, aguentam o quanto podem [...] a dor do trabalho de parto e chegam ao hospital numa situação que não dar mais para excluí-las, tem que atender [...]. O parto é de graça, o filho é brasileiro, tem toda a assistência, elas podem pedir naturalização, ou visto de permanência, então isso onera para nós. Muitas não têm pré-natal, às vezes tem doenças bem complicadas, sempre acabam alterando o sossego [...] (Brasil, 2007 apud [Albuquerque, 2012](#), p. 198).

Algumas pesquisas trazem à baila problemas relacionados às táticas de inserção no sistema de saúde do Brasil, adotadas pelos não nacionais do país. Ocorrências que envolvem litígios judiciais que têm como protagonistas os bebês que quando nascem são registrados não nos nomes dos pais biológicos, mas nos nomes daquelas pessoas que emprestaram o número de Cadastro de Pessoa Física (CPF) a um indivíduo de origem estrangeira para fins comprobatórios de residência no território nacional ([Nogueira; Silva, 2009](#)). No entanto, isso só ocorre com aquela parcela menos informada a respeito do funcionamento do ordenamento jurídico brasileiro no que diz respeito aos direitos dos estrangeiros⁹ quando em território nacional.

Diante do exposto, fica claro o intrincado universo sociocultural que a fronteira delinea, deixando a descoberto as inúmeras dificuldades existentes no que diz respeito à apreensão e interpretação dos fenômenos ensejados pela dinâmica peculiar desses espaços.

CONCLUSÃO

O acesso aos serviços de saúde por parte dos estrangeiros, especificamente os paraguaios, constitui um problema grave às autoridades brasileiras, notadamente aquelas responsáveis pelo aporte de recursos destinados aos municípios fronteiriços – já que sabidamente os atendimentos realizados aos estrangeiros indocumentados e aos brasileiros residentes no Paraguai não entram no cômputo geral quando da alocação de recursos financeiros.

Entretanto o problema de acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai não é somente do Estado brasileiro, mas também dos estrangeiros que nela circulam, dado sua necessidade premente de inclusão em um sistema excludente. Diante dessa necessidade de inclusão nascem as táticas, oportunizadas pelas falhas das estratégias erigidas pelo Estado e operacionalizadas pelas redes de solidariedade – estas tributárias de tantas outras redes, engendradas e lapidadas no devir da vida cotidiana do morador da fronteira.

Assim, os atendimentos que têm as táticas como meio de operacionalização são realizados, à revelia do controle do Estado brasileiro. Para viabilizar o acesso à saúde no Brasil,

os paraguaiois indocumentados lançam mão dos expedientes aqui aduzidos, arriscando, em alguns casos, a própria vida, dado que a espera pode – como explicitado – concorrer com o agravamento da doença para além das possibilidades de cura.

As táticas de acesso acionadas pelos estrangeiros demonstram a fragilidade dos mecanismos de controle do Estado brasileiro, deixando a descoberto sua incompetência no tocante à solução dos problemas enfrentados nas fronteiras do país, especificamente os que têm a saúde como foco. Nesse sentido, enquanto o Estado brasileiro procura dificultar o acesso aos serviços de saúde por parte dos estrangeiros, impossibilitando-lhes a inclusão adotando estratégias excludentes, estes se valem dos arranjos mais inusitados para serem atendidos, contando com a conivência e/ou cumplicidade dos brasileiros moradores na região de fronteira.

Tal conivência e cumplicidade podem ser explicadas por meio da análise minuciosa das inúmeras inter-relações socioculturais que a condição de fronteira oportuniza. Para além dos marcos regulatórios e dos mapas que delimitam os territórios, impera a realidade cotidiana dos fronteiriços, matizada não somente pelas relações comerciais, tanto legais quanto ilegais, do ponto de vista do ordenamento jurídico dos Estados, mas também pela empatia, pela camaradagem, pela amizade e por tantas outras relações socioafetivas que, independentes da nacionalidade, plasmam o tecido sociocultural em que viceja o gênero humano.

Salta aos olhos a inexistência, ou existência fantasiosa, de efetivas políticas públicas de inclusão elaboradas para solucionar os problemas relacionados ao acesso à saúde aos estrangeiros nas fronteiras do Brasil. São muitas as pesquisas realizadas sobre o tema, apontando os principais gargalos e as soluções possíveis. Mas o Estado brasileiro finge não conhecê-las, ou quando as conhece alega impossibilidade financeira para viabilizar a resolução dos entraves e, com isso, franquear o acesso.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, J. *A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul*. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. [[Links](#)]

ALBUQUERQUE, J. C. L. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos “brasiguaios” entre os limites nacionais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 31, p. 137-166, jan./jun. 2009. [[Links](#)]

ALBUQUERQUE, J. C. L. Conflito e integração nas fronteiras dos “brasiguaios”. *Caderno CRH*, Salvador, v. 23, n. 60, p. 579-590, set./dez. 2010. [[Links](#)]

ALBUQUERQUE, J. C. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica(s)*, Madrid, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. [[Links](#)]

ALBUQUERQUE, J. C. L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. *Tomo*, São Cristóvão, n. 26, p. 98-122, jan./jun. 2015. [[Links](#)]

ALVAREZ, G. O. Identidades migrantes, fronteira e cidadania. In: SOARES, M.; MATTOS, I. M.; MARTINS, D. C. (Org.). *Região e poder, representações em fluxo*. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2010. p. 65-88. [[Links](#)]

ALVAREZ JÚNIOR, R. R. The mexican-US border: the making of an anthropology of borderlands. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, v. 24, p. 447-470, 1995. [[Links](#)]

AZEVEDO, S. T. de. As percepções sobre a saúde na fronteira Brasil e Paraguai: os transfronteiriços e o atendimento pelo SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEGE, 11., 2015, Presidente Prudente. *Anais...*, Presidente Prudente: Anpege, 2015. p. 5546-5556. Disponível em: <Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/18/518.pdf> >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

BANDUCCI JÚNIOR, A. Turismo e fronteira: integração cultural e tensões identitárias na divisa do Brasil com o Paraguai. *Pasos, El Sauzal*, v. 9, n. 3, p. 7-18, 2011. [[Links](#)]

BARTH, F. *O guru, o iniciador e as outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000. [[Links](#)]

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez. 1940, n. 302, Seção 1, p. 23911. [[Links](#)]

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 21 ago. 1980. Seção 1, p. 16533. [[Links](#)]

BRASIL. Portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 30 ago. 2002, n. 168, Seção 1, p. 84-85. [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras: SIS Fronteiras e a integração em busca da equidade*. Brasília, 2005. [[Links](#)]

BRASIL. Lei nº 4.082 de 06 de setembro de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 8 set. 2011, n. 8027, p. 1. [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Portaria nº 125, de 21 de março de 2014. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 24 mar. 2014, n. 56, Seção 1, p. 45. Disponível em: <Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25369237_PORTARIA_N_125_DE_21_DE_MARCO_D >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ponta Porã (MS)*. Brasília, 2016. Disponível em: <Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=50&VMun=&VComp=201406 >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994. [[Links](#)]

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS. *Resultados finales del Censo 2002*. Asunción, 2002. Disponível em: <Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/> >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

FABRINI, J. E. *Conflitos de terra na fronteira Brasil-Paraguai e luta dos brasiguaios*. Uberlândia: ENGA-UFU, 2012. [[Links](#)]

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 214-226, 2007. [[Links](#)]

GARCÍA CANCLINI, N. *Culturas híbridas*. São Paulo: Edusp, 1997. [[Links](#)]

GIOVANELLA, L. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007. [[Links](#)]

GOETTERT, J. D. Fronteiras na fronteira: falas atravessadas entre Brasil e Paraguai. *Revista Geonorte*, Manaus, v. 7, n. 1, p. 748-766, 2013. [[Links](#)]

GRECO, R. *Código penal comentado*. Niterói: Ímpetus, 2016. [[Links](#)]

GRIMSON, A. *La nación en sus límites: contrabandistas y exilados em la frontera Argentina-Brasil*. Barcelona: Gedisa, 2003. [[Links](#)]

IPC MARKETING. *IPC Target 2010*. São Paulo, 2010. Disponível em: <Disponível em: http://www.ipcmarketing.com.br/downpress/Ranking_IPC_2010_2009_500Maiores.pdf >. Acesso em: 10 dez. 2013. [[Links](#)]

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*: Ponta Porã/MS. 2011. Disponível em: <Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul|ponta-pora> >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

LEACH, E. R. *Sistemas políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: Edusp, 1996. [[Links](#)]

MARTINS, P. C. S.; BANDUCCI JÚNIOR, A. *Turismo de compras no território fronteiro de Pedro Juan Caballero/PY: breves considerações*. 2009. Disponível em: <Disponível em: http://paraguay.sociales.uba.ar/files/2011/08/P_martins_banducci_2009.pdf >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

MAUSS, M. O Ensaio sobre a dádiva. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 183-294. [[Links](#)]

MIRÓ IBARS, M. *Karú reko: antropología culinaria paraguaya*. Asunción: Servilibro, 2004. [[Links](#)]

NASCIMENTO, V. A. “*Yo soy paraguayo, chamigo*”: breve estudo sobre a identidade no Paraguai. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia)–Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2012. [[Links](#)]

NASCIMENTO, V. A. Fronteiriço, brasileiro, paraguaio ou brasiguai? Denominações identitárias na fronteira Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR). *Ilha: Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-137, jan./jul. 2014. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 13, n. 2, p. 245-260, jul./dez. 2014. Disponível em: <Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903/2801>>. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R.; GIMÉNEZ, R. P. *A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças – inovações e limites*. 2010. Trabalho apresentado. XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília, 2010. Disponível em: <Disponível em: <http://docplayer.com.br/12381075-Palavras-chave-sis-fronteiras-pactos-pela-saude-fronteiras-sistemas-municipais-de-saude.html>>. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. da. *Brasiguaios: a cidadania fluída na tríplice fronteira*. 2007. Trabalho apresentado. III: Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2007. Disponível em: <Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoJ/8fb4146dae9fce4fd92bVera_Geusina.pdf> Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. da. Direito, fronteiras e desigualdade em saúde. *Revista em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 83-98, dez. 2009. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R.; SIMIONATTO, I.; SILVA, M. G. Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 6, n. 1, p. 1-24, jul./dez. 2003. [[Links](#)]

NOGUEIRA, V. M. R. et al. Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade?. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, jan./jun. 2015. [[Links](#)]

PARAGUAY. Ministerio de la Salud Pública y Bienestar Social. *Lista de establecimientos sanitarios*. 2016. Disponível em: <Disponível em: <https://www.datos.gov.py/dataset/lista-de-establecimientos>>. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

PEITER, P. C. *A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. 2005. Tese (Doutorado em Geografia)–Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. [[Links](#)]

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. [[Links](#)]

PINHEIRO-MACHADO, R. *Made in China: produção e circulação de mercadorias no circuito China-Paraguai-Brasil*. 2009. Tese (Doutorado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. [[Links](#)]

PREUSS, L. T. *O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema*. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. [[Links](#)]

PREUSS, L. T. *O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema*. 2011. Trabalho apresentado. Diprosul, Pelotas, 2011. [[Links](#)]

SCOTT, J. C. *Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press, 1985. [[Links](#)]

SILVA, M. G. 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*. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. [[Links](#)]

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 137-156, ago. 2006. Disponível em: <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a11v2057.pdf> >. Acesso em: 5 ago. 2017. [[Links](#)]

TAMAKI, E. M. et al. O projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In: SOUZA, M. L. et al. (Org.). *A saúde e a inclusão social nas fronteiras*. Florianópolis: Boiteux, 2008. p. 177-208. [[Links](#)]

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 144-145, 2004. [[Links](#)]

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. [[Links](#)]

¹“I have in mind the ordinary weapons of relatively powerless groups: foot dragging, dissimulation, desertion, false compliance, pilfering, feigned ignorance, slander, arson, sabotage, and so on” ([Scott, 1985](#), p. 16).

²“Todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como os estrangeiros com residência permanente no país, têm direito ao CARTÃO SUS, independentemente de sua idade” ([Brasil, 2002](#), art. 4º).

³“A ausência do CARTÃO SUS não poderá impedir o atendimento à pessoa brasileira ou estrangeira, com qualquer tipo de visto de entrada no país, em qualquer unidade de saúde integrante do Sistema Único de Saúde, sob pena do cometimento de crime de omissão de socorro” ([Brasil, 2002](#), art. 5º).

⁴Desde 2011 está em vigor no Brasil a lei nº 4.082/2011, que trata da inexigibilidade de comprovante de residência. Conforme a nova regra, uma declaração de próprio punho, isto é, redigida pelo próprio interessado em seu favor ou em favor de outrem, suprirá a exigência de comprovante de residência. No artigo 3º, a nova lei ainda deixa bem claro que recusar a declaração escrita pelo próprio cidadão como comprovante de endereço pode causar

advertência e até multa de 150 UFERMS, que pode ser dobrada em caso de reincidência (cf. [Brasil, 2011](#)). A lei em questão enfatiza a necessidade de inclusão na declaração manuscrita do conhecimento do autor de que a falsidade da informação incorre no crime de falsidade ideológica, tipificado no Código Penal brasileiro, cuja redação informa: “**Falsidade ideológica Art. 299.** Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena: reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular” (cf. [Greco, 2016](#), p. 1524, grifo do autor).

⁵A chipa, alimento tradicional da culinária paraguaia, assemelha-se ao pão de queijo mineiro, todavia com aparência e sabor peculiares. Enquanto o pão de queijo é confeccionado em forma de bolinha, a chipa é modelada em forma de ferradura. Seus ingredientes, geralmente, são: polvilho doce, azeite de oliva ou óleo vegetal, ovos, sal, queijo ralado, margarina e leite (cf. [Miró Ibars, 2004](#)).

⁶Essa migração se intensificou a partir da década de 1950, quando os brasileiros compraram extensas áreas de terra fértil no leste paraguaio para a exploração cafeeira. Sobre o tema, ver [Fabri \(2012\)](#).

⁷Reciprocidade, tema caro à antropologia desde a publicação do *Ensaio sobre a dádiva* de autoria do antropólogo francês [Marcel Mauss \(2003\)](#), pode ser simplificada pelas expressões populares em que as locuções substantivas toma lá dá cá, uma mão lava a outra e troca de favores traduzem as relações sociais nas quais o princípio da reciprocidade é o mote.

⁸“**Omissão de Socorro Art. 135.** Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa. **Parágrafo único** – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte” (cf. [Greco, 2016](#), p. 581, grifo do autor).

⁹Lei nº 6.815/1980: “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis” ([Brasil, 1980](#), art. 95). Esta lei também é conhecida no Brasil como Estatuto do Estrangeiro.

Recebido: 07 de Fevereiro de 2017; Aceito: 08 de Agosto de 2017

ANEXO D – ARTIGO PUBLICADO EM PERIÓDICO CIENTÍFICO

**Subvertendo a Ordem: Os Indocumentados e as Estratégias de Acesso à Saúde na
fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY**

Revista de Antropologia - Revistas USP ISSN - 1678-9857

Qualis Capes Quadriênio 2013-2016

REVISTA DE ANTROPOLOGIA - ANTROPOLOGIA/ARQUEOLOGIA A1

REVISTA DE ANTROPOLOGIA - INTERDISCIPLINAR A1

11/09/2020

Subvertendo a Ordem | Revista de Antropologia

PORTAL DE REVISTAS DA USP

REVISTA DE ANTROPOLOGIA

Cadastro Acesso

ATUAL ARQUIVOS SOBRE ▾

Buscar

INÍCIO ARQUIVOS V. 63 N. 2 (2020) Artigos

Subvertendo a Ordem

Os Indocumentados e as Estratégias de Acesso à Saúde na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY

Valdir Aragão do Nascimento

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

 <https://orcid.org/0000-0002-1125-5100>DOI: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2020.170816>

Palavras-chave: Fronteira Brasil/Paraguai, Etnografia, Acesso à Saúde, Indocumentados, Segredo

RESUMO

O artigo discute, a partir das intersecções existentes entre os mecanismos de acesso à saúde – elaborados e acionados pelos indocumentados nas cidades de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR) –, categorias como segredo, confiança, família e amizade. A pesquisa que deu origem aos dados etnográficos aqui apresentados teve por objetivo descobrir e analisar como as pessoas indocumentadas, brasileiros e paraguaios, procediam – e procedem – para ter acesso aos serviços de saúde no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que esse acesso só é franqueado diante da apresentação de documentação específica, tais como o Cartão do SUS e a Cédula de Identidade para Estrangeiros (RNE). Aos indocumentados resta apelar aos expedientes tidos pelas autoridades brasileiras como ilegais e, portanto, passíveis de sanções por parte do Estado. As estratégias dos indocumentados para acessar os serviços de saúde através do SUS envolvem complexas redes de solidariedade, nas quais se imiscuem e se confundem binômios como legal/ilegal e confiança/desconfiança.

Subvertendo a Ordem: Os Indocumentados e as Estratégias de Acesso à Saúde na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY

Subverting the Order: The Undocumented and Health Access Strategies at the Ponta Porã / BR and Pedro Juan Caballero / PY Border

Resumo: o artigo discute, a partir das intersecções existentes entre os mecanismos de acesso à saúde – elaborados e acionados pelos indocumentados nas cidades de Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR) –, categorias como segredo, confiança, família e amizade. A pesquisa que deu origem aos dados etnográficos aqui apresentados teve por objetivo descobrir e analisar como as pessoas indocumentadas, brasileiros e paraguaios, procediam – e procedem – para ter acesso aos serviços de saúde no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que esse acesso só é franqueado diante da apresentação de documentação específica, tais como o Cartão do SUS e a Cédula de Identidade para Estrangeiros (RNE). Aos indocumentados resta apelar aos expedientes tidos pelas autoridades brasileiras como ilegais e, portanto, passíveis de sanções por parte do Estado. As estratégias dos indocumentados para acessar os serviços de saúde através do SUS envolvem complexas redes de solidariedade, nas quais se imiscuem e se confundem binômios como legal/ilegal e confiança/desconfiança.

Palavras-chave: Fronteira Brasil/Paraguai. Etnografia. Acesso à Saúde. Indocumentados. Segredo.

Abstract: the article discusses, from the intersections between the mechanisms of access to health - elaborated and triggered by the undocumented in the cities of Pedro Juan Caballero (PY) and Ponta Porã (BR) - categories such as secret, trust, family and friendship. The research that originated the ethnographic data presented here aimed to discover and analyze how undocumented people, Brazilian and Paraguayan, proceeded - and proceed - to access health services in Brazil through the Unified Health System / SUS, as This access is only granted when specific documentation is presented, such as the SUS Card and the Foreigner Identity Card (RNE). The undocumented are left to appeal to the files considered by the Brazilian authorities as illegal and, therefore, subject to sanctions by the State. The undocumented strategies for accessing health services through the SUS involve complex solidarity networks in which binomials such as legal/illegal and trust/distrust are mixed and confused.

Keywords: Brazil / Paraguay Border. Ethnography. Access to Health. Undocumented. Secret.

1 Introdução

Este artigo originou-se a partir de trabalho de campo realizado em 2016, 2017 e 2018 na cidade brasileira de Ponta Porã e na cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero com vistas a coletar informações sobre o acesso de brasileiros e paraguaios indocumentados¹ aos serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) na fronteira Brasil/Paraguai. O trabalho de campo contou com a participação de informantes-chave contatados anteriormente no contexto de uma outra pesquisa desenvolvida na região. Outros colaboradores foram mobilizados, uns por meio do contato estabelecido com os informantes-chave; outros durante o processo de interação entre pesquisador e interlocutores eventuais.

O trabalho de campo realizado na fronteira das cidades-gêmeas de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, em 2016, 2017 e 2018, só foi possível em razão de pesquisas anteriormente levadas a cabo naquela região; nas quais foram construídos laços de amizade e confiança entre etnógrafo e interlocutores-chave. Desse modo, na medida em que as estratégias e táticas de acesso à saúde na fronteira se articulam às categorias segredo, confiança e amizade, reconheço aqui a importância da dimensão das relações socioafetivas e simbólicas estabelecidas entre etnógrafo e *nativos* no processo de obtenção das informações consideradas sigilosas pela população local, notadamente aquelas pessoas que fazem parte das redes de solidariedade.

A propósito, solidariedade é a palavra-chave na interlocução entre pesquisador e interlocutores na condução do trabalho de campo, visto que mesmo desconfortáveis com o teor das questões que lhes eram formuladas, aqueles que resolveram participar da pesquisa quase sempre alegavam que o faziam para me ajudar. A caráter solidário da participação se deu no contexto da natureza do estudo proposto, isto é, a necessidade apresentada pelo pesquisador de obter informações para conclusão de curso de doutorado. Quando era apresentado pelos interlocutores-chave aos demais interlocutores, a explicação que davam a respeito do meu interesse pelo tema era “É

¹ Estrangeiros que adentram no Brasil sem a devida documentação legal exigida, tais como o visto obrigatório, o Registro Nacional de Estrangeiros – RNE, dentre outros. A respeito das pessoas indocumentadas que fazem uso das redes de solidariedade na fronteira em questão, não há dados estatísticos que tragam informações como faixa etária, gênero e quantitativo de usuários. Tal fato se deve à rede de proteção e sigilo elaborada entorno das táticas e estratégias utilizadas para franquear o acesso aos serviços de saúde, táticas e estratégias flagrantemente em desacordo com os princípios legais do Estado brasileiro e que, por isso, devem ser mantidas sob o manto de categorias como segredo, confiança e amizade para que possam ter suas ações preservadas.

pros estudos dele. É pra ele se formar”. Assim, depois de esclarecidos os objetivos do trabalho, alguns concordavam em participar movidos por um sentimento solidário de que ajudavam um estudante a concluir seus estudos; outros, acredito eu, aceitaram devido ao seu envolvimento nas redes de solidariedade e das trocas de favores que tais malhas ensejam.

O texto articula categorias relevantes atinentes à constituição, dinâmica de funcionamento e manutenção das redes de solidariedade na fronteira, responsáveis, por sua vez, pela operacionalização das trocas de favores entre os indivíduos que a elas se vinculam, ou são vinculados em razão das circunstâncias condicionantes e próprias do sistema de intercâmbio existente naquele espaço. Segredo, confiança, amizade e família são a base das trocas de favores e da instrumentalização das táticas e estratégias tidas por ilícitas no acesso aos serviços de saúde por parte dos indocumentados nos limites das cidades de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, trocas estas permeadas pela tríplice obrigatoriedade de “dar, receber e retribuir” teorizada por Mauss (2003).

O SEGREDO E SUAS DINÂMICAS

A categoria segredo, durante o trabalho de campo realizado na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, foi por diversas vezes acionada pelos interlocutores no decorrer das entrevistas e demais interações, imbricando pares de opostos como revelação/segredo e confiança/desconfiança. Não obstante, o segredo prevalece nas inter-relações que têm lugar no espaço liminar estudado, funcionando como dispositivo de proteção das ações ilícitas que as redes utilizam para atingir seus objetivos. Nesse sentido, o segredo deve ser guardado com cuidado, visto conferir anonimato, logenvidade e reprodutibilidade às *coisas segredadas*, mesmo que delas escapem alguns sinais que suscitem suspeitas de sua existência.

A propósito das dinâmicas do segredo, alguns interlocutores, apesar de concordarem em participar da pesquisa, ocultavam detalhes relevantes a respeito das estratégias mais usuais por eles adotadas, deixando entrever apenas elementos superficiais. Quando confrontados com informações mais precisas, logo admitiam as lacunas que deixavam, alegando esquecimento; outros, mais reticentes, declaravam desconhecimento dos pormenores. A atitude é compreensível, dado o fato observado por Simmel (2009: 225) de que “os que estão organizados com um objetivo específico

são os primeiros a eliminar este elemento de conhecimento recíproco.” Uma ação inconscientemente orquestrada – ou, pelo menos, não totalmente consciente – na tentativa de deixar menos visíveis, e menos desprotegidas, as estratégias pouco ortodoxas de acesso à saúde na fronteira, flagrantemente em discordância com as estruturas legalistas que imperam na burocracia estatal das instituições responsáveis pela oferta dos serviços de saúde no Brasil.

Houve ainda aqueles que optaram pelas meias-verdades, deixando escapar entre as mentiras contadas fragmentos factuais da composição e funcionamento das estratégias empregadas através das redes. Essa dinâmica ambivalente atende ao *princípio de vazamento* ao qual se refere Wagner (2000: 362), que consiste na interpenetração entre verdades parciais e mentiras deliberadas no interior das narrativas, no caso dos meus interlocutores: “verdades parciais vazaram ao contar mentiras deliberadas e mentiras deliberadas vazaram ao contar verdades parciais²”

Vislumbra-se nesse jogo de obscurecimento e revelação a dualidade do homem frente ao segredo enquanto categoria sociológica; isso porque sente-se tentado a revelar o segredo, mas ao mesmo tempo é acometido pelos sentimentos de lealdade e fidelidade ao grupo de quem recebeu e com o qual partilha o segredo – sentimentos estes aos quais se acrescenta o receio das sanções sociossimbólicas impingidas àqueles que o revelaram e que agora carregam o estigma da traição (Koury, 2014; Simmel, 2009).

Em que pesem a dualidade e suas condicionantes, os segredos são partilhados; notadamente pela via da confiança mútua estabelecida entre os atores sociais nos múltiplos e multifacetados processos socioculturais aos quais se envolvem e nos quais são envolvidos. Esta confiança, como o disse Simmel (1998: 111), “es una actitud primaria del alma, frente al otro.”; e nessa conjuntura de comportamento, alicerçado na confiança, na afinidade e no amálgama de sentimentos variados, o segredo quando preservado fortifica os laços de amizade, e quando revelado enfraquece os vínculos que a estruturam, na análise de Koury (2015: 28): “se o amigo trai a confiança do outro relacional, a amizade tende a esmorecer e, para ele, jamais pode ser restaurada.” Isso ocorre em razão do caráter relacional em que se dão as amizades, “no qual são acionados expectativas e valores muitas vezes distintos de outras relações, ela [a amizade] está ao mesmo tempo articulada a várias outras

² Tradução livre do original: “partial truths leaked out in the telling of deliberate lies, and deliberate lies leaked in the telling of partial truths.”

dinâmicas sociais.” (Rezende, 2002b: 85). Nessa perspectiva, segredo e confiança são pares de opostos complementares, intrínseca e indelevelmente inseparáveis e constituintes estruturais das relações interpessoais estabelecidas entre os indivíduos e seus grupos sociais (Simmel, 1998).

Na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, as redes que dão acesso aos serviços de saúde no Brasil são tecidas por diversas inter-relações, principalmente às de caráter familiar; de trabalho e de amizade. Todas elas apresentam capilaridades por onde os segredos, ou seus sinais, escapam de suas amarras e ganham novos depositários; mas a amizade é uma das categorias em que a porosidade do segredo pode ser melhor percebida, principalmente quando a confiança mútua é abalada, no todo ou em parte. Ilustra o argumento a fala de um dos interlocutores

Eu nem ia te contar isso aí, sabe? Mas parece que aqui ninguém guarda segredo mesmo, né? Já vai falando pra qualquer um as coisas que a gente faz aqui pra atender o pessoal que num tá amparado pelo SUS. Essas coisas não era pra tá falando pra todo mundo, porque é coisa particular, favor entre amigos, entende? Aqui no trabalho nem todo mundo é amigo um do outro, tem muita inimizade, inveja, competição... Então as pessoas que são amigas têm que se proteger, porque se os outros [Aqueles fora do circuito de amizade] ficam sabendo, pode dar problema [Conversa informal, Ponta Porã, junho, 2017].

Nota-se que o problema reside na crença de que houve uma quebra de confiança entre amigos, quebra esta que fragilizou os acordos (explícitos ou tácitos) que tendem a manter certos *assuntos delicados* sob sigilo e domínio estrito dos iniciados e partícipes, ativos ou passivos, das redes. Portanto, no sistema de valores que permeia a troca de favores que facultam o acesso aos serviços de saúde aos indocumentados na fronteira, revelar as estratégias para *qualquer um* é trair a confiança, o que implica automaticamente em esgarçar os laços de amizade; pondo em risco sua continuidade ou mesmo provocando sua dissolução.

Como demonstrado por Simmel (1998), a confiança articula-se ao segredo e à amizade de formas ambíguas e ambivalentes, constituindo uma relação dialética na qual lhe cabe o papel de ordenar as interações originadas na vivência relacional da amizade e instrumentalizar os códigos sociossimbólicos que conferem proteção ao segredo.

No decorrer do trabalho de campo, a relevância da confiança enquanto categoria organizadora das inter-relações sociais pôde ser percebida pela presença

de seu contraposto: a desconfiança. Ocasionalmente houve em que entrevistas foram desmarcadas, autorizações assinadas (TCLE³) foram requeridas de volta (e prontamente restituídas, não sem certa contrariedade de minha parte) por entrevistados/interlocutores arrependidos – ou temerosos – face ao conteúdo e destino final de seus relatos. Outras vezes, os encontros para as entrevistas ou mesmo para um bate-papo informal sobre o tema pesquisado eram realizados longe da vista de testemunhas conhecidas dos meus interlocutores.

Um deles marcou entrevista comigo em local distante do seu trabalho, chegando apreensivo e olhando para os lados para certificar-se, penso eu, de que não havia nenhum conhecido que pudesse identificá-lo em interação comigo, passado algum tempo, relaxou e a conversa fluiu, tendo sido bastante proveitosa para o escopo da pesquisa em razão do tipo de trabalho realizado pelo meu colaborador na estrutura organizacional de um hospital da região. Esse comportamento de alguns interlocutores me foi explicado tempos depois, em conversa informal em uma ocasião de *happy hour*, por um dos meus informantes-chave

Não é nada pessoal com você, não. É que ninguém quer ser visto com o cara que fica fazendo perguntas sobre algumas coisas que são meio que segredos aqui na região. Eles têm medo de depois o pessoal falar que eles tavam contando as coisas daqui pra você, entende? Ninguém quer ser visto como dedo duro. E depois, cê sabe, eles não confiam 100% em você. Vai que você tá mentindo que é pesquisador e coisa e tal e na verdade tá é fazendo uma pesquisa pra pegar as coisas erradas aqui e dificultar ainda mais a vida pra gente. Sei que não é o caso, mas eles pensam assim. Aqui todo mundo desconfia de tudo. [Conversa informal, Ponta Porã, julho de 2017].

Atingir 100% da confiança dos meus interlocutores nunca foi um objetivo em si mesmo, dada as inúmeras complexidades existentes na interação humana e cultural, mas consegui ao menos, penso eu, estabelecer “uma certa dose de confiança e interesse mútuo” (Clifford, 2000: 231); na qual fui aceito, não como um igual, mas como um estranho inconveniente em quem se podia confiar (White, 2005). O receio em ser visto com “o cara que fica fazendo perguntas” é compreensível, uma vez que a “curiosidade é o traço que, infelizmente, os pesquisadores compartilham com os

³ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE, é uma exigência dos Conselhos de Ética de algumas instituições de Pós-Graduação para aqueles pesquisadores cujo objeto de trabalho envolva seres humanos. Constitui na declaração, por escrito, por parte dos entrevistados de que estão cientes do teor do trabalho a ser realizado e concordam em participar da pesquisa.

¹⁷ Sobre os comitês de ética em pesquisa, no contexto político e acadêmico, veja: Fonseca, Cláudia. Situando os comitês de ética em pesquisa: o sistema CEP (Brasil) em perspectiva. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 333-369, jul./dez. 2015.

policiais, alcaguetes e eventuais membros de redes rivais de controle” (Milito; Silva, 1995: 171).

A desconfiança dos interlocutores se justifica quando se analisam os aspectos relativos às trocas de favores entre os *nativos* na fronteira, tanto brasileiros quanto paraguaios; trocas nas quais as dádivas trocadas o são dentro das dimensões simbólicas do segredo e da confiança. Na opinião de alguns, o conhecimento de sua dinâmica deve se manter restrita aos membros das redes – aos outros, é proibido “chegar perto demais” (Simmel, 2009: 228), haja vista que a aproximação pode ferir a imagem pública dos envolvidos nos intercâmbios, principalmente aos olhos daqueles a quem tais práticas são condenáveis, como são condenáveis quem as pratica⁴.

Nesse sentido, me inscrevo, aos olhos daqueles que me confidenciaram seus conhecimentos e suas experiências sobre o funcionamento das redes de solidariedade na fronteira, como uma espécie de *partícipe por extensão*. Penso assim em razão de que, depois da conversa que tive com meu informante-chave, despedimo-nos e voltei a pé ao hotel em que estava hospedado. No caminho me dei conta de que eu, mesmo sem saber, poderia estar também fazendo parte da rede de solidariedade do meu informante-chave, isso porque muitas das pessoas com as quais interagi me foram apresentadas por ele. Portanto, é perfeitamente razoável pensar que algumas das minhas interações, à minha revelia, também percorreram os circuitos das trocas simbólicas que descrevo aqui.

2 REDES DE SOLIDARIEDADE: A DINÂMICA DAS TROCAS SIMBÓLICAS NA FRONTEIRA DE PONTA PORÃ (BR) E PEDRO JUAN CABALLERO (PY)

"L'unité de la condition humaine sous l'égide notamment de la dimension symbolique, cette capacité propre à l'homme de créer du sens et de la valeur, d'enraciner le lien social, implique simultanément la différence à la fois collective et individuelle, c'est-à-dire la succession des cultures et en leur sein des manières singulières dont les individus se les approprient."

Le Breton, 1998:7

⁴ Existe uma parcela de indivíduos, tanto em Ponta Porã quanto em Pedro Juan Caballero, que não concordam com o uso das táticas acionadas para obter acesso aos serviços de saúde na fronteira por parte de indocumentados. Essas pessoas geralmente estão vinculadas de maneira radical às crenças religiosas e seus valores morais, cujas doutrinas interditam comportamentos tidos por ilegais, ou pecaminosos, perante as leis divinas.

As cidades de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY localizam-se na fronteira seca do Brasil com o Paraguai, cidades-gêmeas conurbadas entre as quais a cisão de limites é dada pela Avenida Internacional, no lado brasileiro, e pela rua Dr. Francia, no lado paraguaio, separação terrestre que caracteriza a região como fronteira-seca. Convivem nesse espaço liminar os nacionais de ambos os países, onde, ao longo da Avenida Internacional e da rua Dr. Francia, existe um intenso fluxo de produtos, serviços e relações nos quais se ocupam, se beneficiam e divergem brasileiros e paraguaios (Nascimento, 2012; 2014; 2019).

As cidades são marcadas por diferentes processos históricos; legislações; culturas e formas de organização social, o que confere à região características *sui generis*. A proximidade física entre Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY torna próximos os moradores de ambos os lados da fronteira, ensejando uma gama de inter-relações perpassadas por categorias antagônicas como amizade/inimizade, consenso/dissenso, legalidade/ilegalidade, confiança/desconfiança, dentre outras (Baller, 2014; Banducci Júnior, 2011; Nascimento, 2012; 2014; 2019; Nascimento; Andrade, 2018).

Com relação à vida em sociedade, e aos consequentes desdobramentos impostos pela dinâmica sociocultural de cada cultura, é sabido que o ser humano vincula-se, desde o nascimento até a morte, a uma teia de relações simbólico-culturais multifacetadas e complexas nas quais os indivíduos influenciam e são influenciados pela dialeticidade que marca o tecido social em que se encontram (Geertz, 1989; 2002; Ingold, 2000; 2015; Sperber, 1975; Turner, 1967; 1978). Essa tecitura composta de símbolos, significados e significantes, que o homem criou e a ela está “amarrado” (Geertz, 1989: 15), é expressa e representada pelos contingentes populacionais em movimento, pelo grupo familiar, pela interlocução dos indivíduos com a comunidade à sua volta, pelo trabalho e as conexões que dele emanam, pelas afinidades, pelas alianças, dentre muitas outras possibilidades de construção de redes sociossimbólicas (Appadurai, 1996; Le Breton, 1998; 2004; Simmel, 1998).

No cerne das redes de solidariedade formadas na fronteira em estudo, as que se estruturam entorno da categoria amizade são bastante presentes e relativamente fáceis de identificação, como é o caso das relações estabelecidas entre enfermeiros, médicos, motoristas e técnicos administrativos que trabalham em alguns hospitais e demais unidades de saúde de Ponta Porã. À semelhança de qualquer local de

trabalho, as relações não são todas marcadas pela simpatia, empatia e afinidades; então, a necessidade de proteção do segredo que envolve as táticas e trocas de favores aqui discutidas tem como fonte primária as inter-relações que emergem das interações, nem sempre harmoniosas, entre indivíduos no ambiente de trabalho.

Nas redes de solidariedade existentes na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, os vínculos de amizade operacionalizam os intercâmbios de conhecimentos e expertises variados que subvertem, por sua vez, a ordem das coisas e conformam em sua órbita práticas desviantes que possibilitam o acesso aos serviços de saúde negados (ou dificultados) pelo aparato burocrático-estatal brasileiro. Nesse processo de *(re)invenção do cotidiano* (Certeau, 1994), a circulação e troca solidária de saberes, experiências e múltiplos capitais simbólicos entre amigos provoca fissuras no modelo hegemônico, permitindo a reestruturação das estratégias dominantes em favor daqueles alijados do acesso básico aos bens e serviços essenciais (Bourdieu, 2003).

No contexto da fronteira Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, as redes de solidariedade têm sua ação empírica e simbólica emergindo e funcionando através do que Telles (2009: 160) denominou de “competência circulatória”, entendida aqui como os saberes desenvolvidos, cultivados e transformados (de acordo com as necessidades) pelos atores sociais na construção das dinâmicas que tencionam escapar às restrições e controles impingidos pelo Estado e seus prepostos no que concerne ao acesso de indocumentados aos serviços de saúde ofertados pelo SUS. Essas redes de apoio são tecidas relacionalmente e mantidas pelos liames afetivos e socioculturais construídos pelos grupamentos sociais por meio das percepções que engendram e alimentam a respeito da própria realidade de mundo social, das competências e dos aportes necessários e disponíveis para confecção das redes de proteção (Brito; Koller, 1999).

É no seio dessa inventividade democrático-coletiva, isto é, no contexto da expressão de uma espécie de poder construído, acionado e compartilhado pelo povo, que as redes de solidariedade são gestadas e acionadas para compor as táticas relativas à defesa de interesses individuais e coletivos, notadamente tendo como mote a resolução de problemas das mais diferentes categorias, tais como saúde, alimentação, transporte, geração de renda e segurança.

A proteção do segredo, ou a confiança de suas dinâmicas somente àqueles que participam – ativa ou passivamente – das redes de solidariedade, é necessária,

de acordo com o que se pode inferir de algumas falas, para que as redes continuem funcionando. “*Cara, se todo mundo fica sabendo como a gente faz as coisas, logo, logo isso acaba. Gente vai perder emprego, ou vai ser trocada de função, entende? Então, sendo sincero com você, não acho legal as pessoas ficarem falando com você sobre isso*” [Conversa informal, Ponta Porã, junho, 2017], me confidenciou um dos que se negaram a colaborar com a pesquisa; embora, paradoxalmente, me autorizou a relatar sua recusa, desde que seu nome, local de trabalho ou qualquer outra menção que pudesse identificá-lo não aparecesse.

Outro interlocutor me inquiriu: “*Rapaz, se a gente conta as coisas e você vai e põe num livro, você não acha que prejudica a gente aqui? A gente pode perder o emprego, ficar mal com os colegas. Porque parece que a gente tá traindo eles*”. A fala revela uma condição intrínseca ao segredo, conforme a teorização de Simmel (2009), o sentimento de que não se pode atraiçoa-lo, posto que, como entidade sociológica, confere àqueles que o possuem a capacidade de produzir transformações e surpresas, de suscitar contentamentos e promover infelicidades, inclusive aos seus possuidores. É por essa razão que “o segredo ocorre envolto na possibilidade e na tentação da revelação; e com o risco extremo de que seja descoberto, se combina este intento de desvelá-lo que se assemelha a atração do abismo” (Simmel, 2009: 238).

No proceso de interação uma outra inquietação me foi revelada: o receio de contribuir com a *má-fama* da fronteira, principalmente do lado paraguaio. “*Aquí es un lugar [referindo-se à fronteira de Ponta Porã e Pedro Juan caballero] muy criticado. La gente piensa que solo hay cosas malas aquí. Si seguimos hablando de estas cosas, entonces empeora*” [Interlocutor 11 – Ponta Porã, julho 2017], me disse um pedrojuanino. Desse modo, existe também a preocupação de não contribuir com o recrusdecimento e/ou a manutenção da *má-fama* da fronteira, reputada pelos meios de comunicação e pelo senso comum como terra sem lei e espaço por excelência da ilegalidade e do crime.

As redes não correm o risco de serem desfeitas em razão da publicidade, ainda que restrita aos domínios acadêmicos, que porventura alcancem, isso porque as táticas e estratégias operacionalizadas para favorecer o acesso à saúde por meio do SUS são atualizadas diuturnamente, além de terem suas dinâmicas intrinsecamente associadas às necessidades demandadas pelos partícipes das redes, necessidades essas que são diversas e diversificadas; exigindo uma constante reestruturação – e

mesmo a criação – dos mecanismos utilizados no processo que faculta o acesso aos serviços ofertados pelo SUS aos indocumentados na fronteira das cidades de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. Assim, a dialética presente na manutenção das redes se reveste de certa resiliência cultural e concede aos envolvidos em suas tramas aquilo que Certeau (1994: 45) denominou de “equilíbrios simbólicos, contratos de compatibilidade e compromissos mais ou menos temporários”.

As redes de solidariedade podem ser encontradas em várias partes do mundo antigo e moderno, sendo parte constituinte das estratégias de sobrevivência de diversos povos ao longo da história, podendo ser entendidas como “formas de pertença à família, vizinhança, grupo de trabalho, com suas *redes de interdependências*, sem mediação das instituições específicas” (Castel, 1998: 59, grifo meu). No âmbito do acesso aos serviços de saúde por parte dos indocumentados na fronteira em análise, as redes se manifestam como instrumentos que operacionalizam as estratégias adotadas por aqueles alijados do acesso aos serviços ofertados pelas instituições estatais. Entretanto, diferentemente da concepção de Castel (1998), as redes de solidariedade acionadas em Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY funcionam com a mediação (indireta) das “instituições específicas”, a exemplo do Estado e dos equipamentos sociais de saúde sob sua responsabilidade.

A propósito da menção à mediação indireta das instituições específicas, a chave interpretativa é tomada de empréstimo a Michel de Certeau (1994) e sua teorização a respeito das categorias estratégia e tática. Para o autor, as estratégias são concebidas como instrumentos operativos capazes de engendrar e manipular mecanismos simbólico-ideológicos, utilizados, por sua vez, pelos “sujeitos de poder e saber (Estado, empresa, exército, etc.)”, no intuito de “produzir, e reproduzir, os espaços particulares de exercício de poder. Aqui, as estratégias – por meio das práticas cotidianas – acabam por reforçar os instrumentos coercitivos e reguladores do poder.” (Nascimento; Andrade, 2018: 186).

No que respeita às táticas enquanto categorias capazes de mobilizar saberes e instrumentalizar formas específicas de *agência*⁵¹⁹, Certeau (1994) as interpreta

⁵ Grosso modo, a agência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de interagirem com a realidade prática e simbólica e exercer influência sobre essas realidades, sempre em defesa dos interesses que animam a existência dos atores sociais envolvidos no processo. O conceito de agência defende que mesmo sob as mais eficazes formas de coerção, os atores sociais ainda podem elaborar estratégias que tendem a refrear e esgarçar a coerção e seus efeitos. Isso ocorre porque os atores sociais não se reduzem a meros autômatos, mas são indivíduos que detêm conhecimentos e experiências dentro do contexto sociocultural em que estão inseridos. Assim, a partir dos saberes que

como constituintes assessórias do arsenal de habilidades desenvolvido pelos indivíduos e acionado para resolver problemas específicos, geralmente utilizando-se das falhas dos mecanismos nos quais atuam as estratégias erigidas pelos “sujeitos de poder e saber”. Dessa forma, Certeau (1994) as classifica como “a arte dos fracos”, tendo em vista que as táticas possibilitam a transformação, em prol de suas demandas e de maneira sub-reptícia, dos sistemas disciplinares. “Assim, na concepção do autor, as práticas cotidianas (estratégicas e táticas) configuram-se como locais e espaços de competição, embates e cisões que robustecem e corrompem as costumeiras configurações do poder e do saber.” (Nascimento; Andrade, 2018: 186).

Atuando como instrumentos capazes de produzir improvisações eficazes e, conseqüentemente, manipular as forças burocrático-organizacionais do Estado em suas diversas instâncias, as táticas possibilitam a reapropriação e a utilização dessas forças por parte daqueles a quem o acesso só seria possível dentro dos mecanismos de controle estabelecidos *a priori* pelos detentores do “poder e do saber”.

As táticas, ainda que estejam cobertas pela aura do segredo e da confiança, podem ser identificáveis nos espaços sociais em que circulam e operam, dado o efeito produzido por suas ações, a exemplo da continuidade do tráfico transnacional de pessoas, drogas ilícitas e armas em todo o mundo – à revelia do dispendioso aparato tecnológico e burocrático-estatal construído para estancar essas práticas. Nas palavras de Certeau (1994: 202), as táticas podem ser entendidas como efeitos de jogos sociais, constituindo-se pelo “efeito produzido pelas operações que orientam, circunstanciam, temporalizam e levam a funcionar os elementos móveis de uma unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais”.

Outra chave-interpretativa possível para analisar a configuração e a dinâmica das redes de solidariedade é a teoria de Foucault (1979) sobre o pequeno poder e as intersecções e capilaridades por ele oportunizadas na realidade social. Na verdade, para o autor, o poder não existe, não se constitui em algo que possa ser objeto de posse, o que existe são práticas de poder mediadas e intermediadas pelas relações estabelecidas pelos atores sociais em uma dada conjuntura sociocultural. Por esse ângulo, as táticas elaboradas e utilizadas no interior das redes de solidariedade são,

mobilizam, influenciam a realidade circundante em seus vários aspectos, reagindo contra as pressões e restrições que enfrentam. Cf.: Giddens (1989) e González de La Fe (2003)

também, representativas dessa forma de poder à qual Foucault (1979) teoriza. Isso porque táticas e estratégias (conforme a acepção de Certeau) constituem-se em relações de poder social e culturalmente compartilhadas, nas quais as táticas e estratégias instrumentalizam as divisões de poder sem, contudo, hierarquizá-las na dinâmica das trocas simbólicas ensejadas nos processos viabilizados pelas redes e suas inúmeras e, por vezes, imperscrutáveis configurações.

3 NAS DIMENSÕES DO DIZÍVEL E DO INDIZÍVEL: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGREDO E CONFIANÇA

“Para ver a etnografia [...] como um processo em que se extraem confissões [...] deve-se supor a existência e a importância dos segredos.”

Clifford, James, 2002: 215

Andando pelas ruas da fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, buscando enquanto caminho informações – ou formas de conhecer caminhando, como sugere Ingold (2000; 2015) – relevantes que pudessem dar respostas às questões epistemológicas postas pela minha proposta de pesquisa, estabeleci relações com alguns comerciantes e ambulantes que trabalham no comércio formal e informal na fronteira. Um deles, que depois de certa resistência resolveu conversar comigo, me disse, em resposta à indagação se sabia como funcionava as estratégias adotadas pelas pessoas estrangeiras indocumentadas para ter acesso aos serviços de saúde através do SUS na fronteira Brasil/Paraguai, *“Rapaz, vai ser muito difícil você conseguir saber essas coisas aqui, hein? Porque essas coisas funcionam debaixo dos panos, sabe? É coisa de família, de amizade. Ninguém fica falando disso assim abertamente pra estranho, é meio que segredo, entende?”* [Interlocutor 1 – brasileiro (casado com uma paraguaia), comerciante, Ponta Porã/BR, junho de 2017].

Aproveitando a deixa, pergunto subitamente, para não perder a oportunidade e espontaneidade do meu interlocutor: – Como assim de família?

Interlocutor 1 – *“De família, ué! Por exemplo: se eu sou seu irmão e trabalho num hospital, se você precisar de alguma coisa lá que seja difícil, eu dou um jeito, sabe?”*

– Mas é só para a família mesmo? Insisto

Interlocutor 1 – *“Olha, tem vezes que a gente pode até fazer isso pra um amigo, sabe? Mas tem de ser amigo mesmo, entendeu? Não pode ser alguém que você vê de vez em quando, só um conhecido. Tem de ser amigo, aquele de longa data, criado junto, que você tem história. Não poder ser qualquer um, entende?”* [Conversa informal – Ponta Porã/BR, junho de 2017].

– Tem como dar “um jeito”? Como é que se faz? Indago esperançoso.

Interlocutor 1 *“Ah, mais daí você já tá querendo saber demais, né?”*

Novamente sou forçado pelas circunstâncias a enfatizar o caráter científico da pesquisa que realizo, tentando com isso diminuir a desconfiança sobre o tema das formas de acesso à saúde na fronteira, principalmente às que funcionam à margem das diretrizes legalmente estabelecidas. Nesse momento um cliente adentra o estabelecimento perguntando o preço de um item em exposição, sendo prontamente atendido. Depois de atender ao cliente, o interlocutor se dirige a mim, sentando-se em uma cadeira ao meu lado, *“O que você tinha perguntado mesmo?”*. Indaga – Sobre como é que se dá o tal jeito, lembra? Para ser atendido. Respondo. *“Ah tá, verdade.”*, diz ele. *“Vou te contar como é que dá pra fazer, mas você não vai gravar nada, tá?”* – Posso anotar? Senão esqueço algum detalhe importante. *“Podê, até pode. Mas não põe meu nome nem aí nesse livrinho”*, responde meu interlocutor se referindo ao meu caderno de campo.

Ato contínuo me explica o processo pelo qual são acionados os mecanismos que permitem aos indocumentados serem atendidos pelo SUS brasileiro, deixando mais clara a presença das redes de solidariedade no processo de acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai.

Interlocutor 1 *“É assim ó: digamos que alguém que é meu amigo precisa de uma receita de um remédio controlado, mas não pode perder dia de serviço aqui esperando pra ser atendido, e também não pode pagar uma consulta particular, daí eu falo com alguém daqui, um amigo, um parente, que trabalha lá ou tem um amigo ou parente que trabalha num desses lugares [Unidades Básicas de Saúde, hospitais], daí ele [Funcionário, servidor público] vai e explica a situação pra um médico da confiança dele, e daí consegue a receita. Mas tudo na surdina.”* [Conversa informal – Ponta Porã/BR, junho de 2017]

A amizade insere-se no sistema de redes de solidariedade como uma das molas propulsoras das ações orquestrados na e pela dinâmica das estratégias e

táticas; mas a dádiva concedida por meio do favor destina-se ao “amigo próximo”, “*amigo mesmo*” (Rezende, 2002a: 94, grifo meu), aquele de *longa data*, com o qual se partilha uma vivência comum; não constitui prerrogativa de *qualquer um*. Percebe-se que a amizade, na trama conceitual das redes de solidariedade na fronteira, “Embora vivida como uma opção subjetiva, [...] é concebida e praticada com significados, normas e valores culturalmente definidos.” (Rezende; Coelho, 2010: 74). Pressupõe-se, então, que não é qualquer tipo de amizade que propicia o acesso aos serviços de saúde, somente a *verdadeira amizade* – fruto de relações afetivas arraigadas no tempo – é capaz de mobilizar as forças das redes em favor da realização dos objetivos buscados, isso porque nela estão implícitas e valoradas as categorias confiança e lealdade, guardiãs por excelência dos segredos.

Outro interlocutor também enfatiza a questão da confiança e do segredo como condições imprescindíveis à manutenção das redes de solidariedade, notadamente no tocante às táticas adotadas para franquear o acesso à saúde. “*Esse tipo de coisa [as táticas] têm de ser muito bem-feitas, muito bem amarradas entre a gente, cara; não pode ter nenhuma ponta solta, porque senão todo mundo roda. Daí já viu, né? Perde o emprego, perigoso ir até preso. Deus me livre! Então, o negócio tem de ficar só entre a gente mesmo.*” [Interlocutor 4 – brasileiro, servidor público em Unidade Básica de Saúde em Ponta Porã/BR, [Ponta Porã, junho de 2017].

A proteção do segredo, ou a confiança de suas dinâmicas somente àqueles que participam – ativa ou passivamente – das redes de solidariedade, é necessária, de acordo com o que se pode inferir de algumas falas, para que as redes continuem funcionando. Na verbalização das desconfiças de alguns interlocutores, principalmente relativas à publicização das estratégias e às consequências que poderiam suscitar, a preocupação centra-se na garantia do anonimato referente à origem das informações.

Na tentativa de tranquilizá-los, reforço o compromisso ético assumido quando das explicações iniciais sobre a natureza do trabalho por mim desenvolvido, argumentando que os nomes das pessoas, seus locais de trabalho, sua faixa etária, ou quaisquer outras informações que os pudessem identificar não constariam dos textos que porventura viessem a ser publicados. – Fica tranquilo! Disse a um dos interlocutores reticentes, ao que ele me respondeu de pronto: “*Como eu vou ficar tranquilo se você quer que a gente assine esse papel aí [TCLE]*”. – Se o senhor não quiser, o senhor não precisa assinar, a gente pode só conversar, tento tranquilizar

mais uma vez meu potencial informante. “*Tá bom, vou te ajudar, mas sem gravador também*”. – Sem problemas, digo, aliviado por conseguir manter mais uma fonte *nativa* de dados. – Posso fazer pelo menos umas anotações, para eu não esquecer? “*Pode sim, mas não põe meu nome*”. – Tudo bem, não vou pôr, saliento mais uma vez o compromisso⁶.

Quanto às consequências atinentes à divulgação das estratégias, duas questões são cruciais: o medo de perder o emprego e o outro de “*ficar mal com os colegas*” por ter revelado a dinâmica ilícita das trocas de favores que funciona operacionalizada pelas redes, violando assim as dimensões simbólicas do segredo, da confiança e da amizade, categorias imprescindíveis no sistema de troca de favores que emerge das redes de solidariedade presentes nos dois lados da fronteira estudada. Para os interlocutores moradores em Pedro Juan Caballero/PY e que realizam intercâmbios através das redes, de forma passiva ou ativa, a preocupação é de não vir a prejudicar os envolvidos na dinâmica das trocas, “*para que no pierdan sus trabajos*”. Na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, segredo, confiança e amizade respondem pelo equilíbrio e manutenção das redes de solidariedade, instrumentalizando os intercâmbios simbólicos e garantindo a reciprocidade e o trânsito das coisas trocadas, tenham elas materialidade ou não.

Nos depoimentos apresentados ficam patentes as categorias que operacionalizam o acesso de pessoas indocumentadas aos serviços de saúde no Brasil por meio do SUS, família, confiança, solidariedade, segredo e amizade, categorias que aliadas às relações de proximidade humano-sociais erigidas nos contextos fronteiriços “faz com que as dinâmicas das relações se sobreponham às regras oficiais.” (Vasconcelos, 2013: 89).

O segredo, no panorama do acesso à saúde na fronteira, pode ser entendido como uma espécie de dinâmica social na qual o mundo sociocultural ultrapassa a obviedade expressa pelos epifenômenos do mundo evidente, engendrando

⁶ A propósito das *negociações* com os interlocutores em Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, acrescento que em todas as interações realizadas – no intuito de coletar material etnográfico para a execução da pesquisa – foram respeitadas as diretrizes do código de ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA, 2012) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS, 2012), observando as resoluções nº 196 e nº 466/ desta última, publicadas, respectivamente, em outubro de 1996 e dezembro de 2012 (BRASIL, 1996; 2012). Assim, tanto o nome dos interlocutores quanto os lugares em que se deram as interações foram omitidos, bem como quaisquer outros pormenores que pudessem levantar suspeitas sobre a possível identidade e autoria dos depoimentos aqui apresentados.

classificações simbólico-socioculturais que fomentam a agência dos atores sociais na realidade empírica do cotidiano no qual eles influenciam e são influenciados. É nessa circunstância que, de acordo com Simmel (1999: 221), o segredo “oferece, digamos, a possibilidade de um segundo mundo junto ao mundo manifesto, sendo este decisivamente influenciado por aquele. A existência de um segredo entre dois indivíduos ou dois grupos e a sua medida, são questões que caracterizam as relações entre eles.”

No depoimento do interlocutor 1 é possível vislumbrar o funcionamento das redes de solidariedade e dos mecanismos utilizados para instrumentalizá-las; como também se vislumbram as categorias socioafetivas que permeiam as relações que se verificam no interior das redes. É por meio do pequeno poder (na acepção teórica que lhe confere Foucault, 1979) acionado e exercido pelos membros das redes que os atendimentos aos indocumentados é operacionalizado nos domínios institucionais da oferta de serviços de saúde do Estado brasileiro.

Um exemplo do funcionamento desse tipo de poder pode ser apresentado no caso do Interlocutor 3, motorista de ambulância que forneceu valiosas informações sobre os mecanismos de atuação das redes. Por mais que sua função esteja distante dos cuidados imediatos ou mesmo dos espaços administrativos característicos dos estabelecimentos de saúde, sua presença no espaço circundante faculta a criação de vínculos com os demais funcionários: técnicos em enfermagem; enfermeiros; médicos; paramédicos; assistentes sociais; porteiros e outros tantos servidores. Seu *poder* se encontra na posição que ocupa na organização das atividades institucionalmente controladas e atreladas a aspectos administrativos e burocráticos, tendo prerrogativas e responsabilidades atinentes à função que somente o detentor do cargo pode usufruir: abastecimento, controle da quilometragem percorrida, manutenção do veículo, itinerário, dentre outras.

Fica patente a presença e ação do pequeno poder na fala do interlocutor 2, enfermeiro em Ponta Porã

Interlocutor 2 – *Cara, ele [o motorista] já me ajudou muito. Teve uma vez que um parente meu que mora em Pedro Juan passou muito mal, precisava ser atendido com urgência, mas não tinha ninguém pra buscar ele lá, foi um sufoco. Mas daí eu pedi pra ele ‘dar um jeito’ de pegar meu tio lá, sem ninguém saber, porque a gente não pode usar os veículos daqui pra coisas particulares, mesmo que fosse emergência, era em outro país, né? Apesar da gente morar na fronteira, tem um monte de leis, sabe? Enfim, ele me ajudou. Foi lá buscou meu tio, trouxe pra cá e deu um jeito na papelada. É muita burocracia: é combustível que gastou, distância percorrida, horário de saída e de chegada, nome de paciente transportado, motivo da solicitação. Ele fez tudo isso pra mim em nome da amizade; então, eu tô em débito com ele, se ele precisar, eu mexo meus pauzinhos pra ajudar ele.* [Conversa informal – Ponta Porã, junho de 2017].

É no cerne dessas interlocuções que o pequeno poder se expressa, acionando a favor das demandas das redes sua capacidade de manipular as estratégias erigidas pelos aparelhos do Estado. Esse mesmo motorista pode solicitar a um colega de trabalho de outro setor que lhe faça o favor, em nome da amizade, da empatia, do sentimento de classe, de arranjar uma receita específica, ou agilizar uma consulta para um amigo de outra nacionalidade, ou qualquer outro tipo de serviço ou coisa que necessite. Como vimos na fala do interlocutor 2, caso precise será atendido “se *ele* precisar, eu mexo os pauzinhos pra ajudar ele”. Os “pauzinhos” aos quais se refere o interlocutor 2 nada mais são do que extensões das redes de solidariedade, táticas postas em movimento por meio dos dispositivos de poder⁷ (Foucault, 1979) acionados pelos indivíduos através das brechas construídas nas capilaridades das estratégias teorizadas por Certeau (1994).

Geralmente, desde que não abusivas, as solicitações que emergem das redes são atendidas, fortalecendo as tecituras que a compõem no sentido de que a troca de favores gera a necessidade e a obrigação de novas trocas em um ir e vir constante de pessoas, coisas e sentimentos (Mauss, 2003), tanto de um lado quanto de outro da fronteira, configurando uma micropolítica das emoções (Coelho, 2010), na qual as emoções atualizam, por meio da vivência dos contextos intersubjetivos existentes entre os indivíduos, aspectos gerais da organização social. Nessa lógica, a fronteira não deve ser considerada apenas como um espaço habitado pelas famílias às margens dos limites impostos pelo Estado, “mas como rede de relações sociais

⁷ Os dispositivos de poder, em Foucault, referem-se aos operadores materiais do poder, técnicas e estratégias. São utilizadas para designar discursos, práticas e instituições. Cf.: REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005: 39.

efetivas que mantêm, independentemente de restringirem à área local ou ultrapassarem suas fronteiras” (Elias; Scotson, 2000: 196).

Outra fala do interlocutor 2 que chama atenção é “*Apesar da gente morar na fronteira, tem um monte de leis, sabe?*”, deixando entrever que apesar das capilaridades e do caráter fluido e poroso das relações socioculturais que têm lugar nos espaços fronteiriços em que habitam nacionais de diferentes nações, “os limites físicos, de cunho geográfico e jurídico, exercem variadas influências na população fronteiriça” (Nascimento, 2012: 25), constituindo-se em entraves ao trânsito dos inúmeros fluxos de pessoas e coisas cuja direção se orienta em diversos sentidos na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY.

A despeito de as redes funcionarem tendo como móbil de suas ações a amizade, o companheirismo e as relações de trabalho, é no âmbito familiar que elas se apresentam com mais vivacidade e discursos apelativos por parte daqueles que precisam de um favor no universo de trocas em análise. Assim, dentre as alegações que acompanham as solicitações de remédios, receitas, consultas e coisas semelhantes, quando é para alguém da família do requerente ele logo justifica: “*Era pra minha mãe, pô! Senão eu nem pedia. Porque eu sei que é complicado e a gente acaba ficando devendo favor pros outros. Mas quando é família, a gente faz de tudo, né?*” [Interlocutor 5, junho de 2017, Ponta Porã], relatando uma solicitação de receita de remédio controlado que havia feito a um médico que trabalha com ele em uma unidade de saúde de Ponta Porã.

As redes de solidariedade são mais fortes e mais frequentes quando envolvem familiares, principalmente quando estes são mais vulneráveis economicamente. No âmbito das redes, a família pode ser entendida como uma das partes mediadoras das correlações entre sujeitos e coletividade, ensejando a construção de configurações sociais indelevelmente vinculadas a compromissos de cuidados mútuos assumidos tacitamente (Paugam, 1999; Szymanski, 2002).

As ações das redes traduzem o cuidado expresso nos intercâmbios que envolvem afetos, bens materiais, econômicos e simbólicos, cuidado este não restrito às relações familiares – existindo, como observam Léon et. al (2011), em espaços distintos –, embora tais relações se façam mais presentes em termos quantitativos quando se analisa a configuração das redes na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. Desse modo, é evidente que a família não se configura como uma

unidade autônoma, autocontida e mesmo isolada, existindo para além de tais reducionismos interpretativos.

Nesse sentido, Burke (2000: 80-81) analisa que a família ultrapassa os limites da residência, tanto os físicos quanto os simbólico-emocionais; configurando-se não somente como “uma unidade residencial, mas também [...] uma unidade econômica e jurídica. Ainda mais importante, é uma comunidade moral, no sentido de um grupo com o qual os membros se identificam e mantêm envolvimento emocional [...]”. No entanto, essas múltiplas variações de funções traduzem-se em problemas sociais, dado o fato de não haver, sempre, consonância entre as unidades aqui consideradas. A partir dessa constatação, afirma Fonseca (2007: 13) – inspirada nas elucubrações de Bonetti (2007) –, é necessário “perceber a importância de políticas sociais e outras forças nacionais ou globais que perpassam as relações interpessoais desta instituição.⁸”

Diante das dificuldades legais postas pelo Estado brasileiro a respeito do acesso aos serviços de saúde no Brasil, especificamente através do SUS, por que existe tanta procura por parte dos paraguaios e brasileiros indocumentados pelos serviços? A demanda se deve a vários fatores, dentre eles destacam-se a falta de recursos econômicos da população paraguaia; a gratuidade do SUS, a qualidade dos serviços ofertados e a incapacidade do sistema de saúde paraguaio de atender, de forma satisfatória e abrangente, a população residente no país (Nascimento; Andrade, 2018).

Aos brasileiros não residentes no Brasil o acesso por meios ortodoxos não é menos difícil, já que têm de apresentar a documentação exigida pelas unidades de saúde para serem atendidos. Ocorre que muitos brasileiros residem no Paraguai desde muito pequenos e não possuem os documentos necessários ao atendimento – Cartão do SUS, CPF e RG –, condição de indocumentados que os levam a se inserirem nas redes de solidariedade para conseguir o acesso de maneira mais fácil e menos burocrática. Contudo, o acesso aos serviços aos brasileiros não residentes, mas devidamente documentados, ocorre sem problemas aos usuários, dentro dos limites de possibilidade de atendimento do SUS na fronteira (Cazola et al., 2010).

No entanto, os brasileiros que residem no Paraguai e procuram os serviços de saúde no Brasil sofrem preconceito por parte dos brasileiros que moram no Brasil, isso

⁸ Para um entendimento mais profundo sobre a família enquanto instituição social, veja: Jablonski (1991); Sarti (1994); Segalen (2000)

porque uma parcela da população acredita que já que moram lá deveriam utilizar o sistema de saúde daquele país; outros acreditam que os atendimentos aos estrangeiros, dentre eles os paraguaios, oneram e prejudicam o atendimento aos brasileiros em razão da escassez de recursos do SUS (Albuquerque, 2012; Tamaki et al., 2008)

O Sistema de Saúde do Paraguai é constituído por instituições oriundas das esferas pública e privada, sendo que é possível encontrar instituições que aglutinam as duas modalidades de serviço. Na esfera pública, a representação está a cargo do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), do Instituto de Previdência Social (IPS), da Saúde Militar, da Saúde Policial, da Universidade Nacional de Assunção e pelos serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá (Alum, Bejarano, 2011; Paraguay, 2010).

A estrutura organizacional do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) tem sua conformação instituída e comandada pelo poder executivo, tendo sua atuação voltada especificamente à melhoria progressiva da saúde; à elaboração de medidas que previnam a emergência ou reemergência de doenças aos processos referentes à reabilitação (Valemtim, Silva, 2006). O objetivo primordial do MSPyBS é ofertar serviços de saúde aos seus 17 Departamentos, incluindo Pedro Juan Caballero, Departamento de Amambay, e à capital do país, Assunção; tendo como missão “Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud.” (Paraguay, 2019: 1).

O setor público e os serviços de saúde militar e policial são responsáveis pelo atendimento de cerca de 50% do contingente populacional paraguaio, ainda que tenham restrições, privilegiando certos grupos em detrimento da população em geral. A assistência dada pelas Forças Armadas, por exemplo, restringe-se somente aos militares ativos ou aposentados, bem como a seus respectivos familiares. Possuem estabelecimentos de saúde próprios, com instalações de boa qualidade e ampla oferta de serviços, tendo sua cobertura atingindo áreas nas quais estão ausentes os serviços assistenciais públicos e mesmo os privados, presente inclusive em regiões nas quais não existem centros assistenciais públicos ou privados. Os serviços prestados pela Universidade Nacional de Assunção, no que se refere à saúde, têm seus custos subsidiados, em parte, pelo Estado (Winter, 2009).

Devido à descentralização do sistema de saúde paraguaio, alguns serviços são prestados em postos e unidades de saúde, sendo que algumas empresas estatais preferem assumir a responsabilidade pelo serviço de saúde prestados aos seus funcionários, serviços esses prestados em instalações pertencentes às próprias empresas e por elas custeadas (Valentim; Silva, 2006).

Apesar de ter como pressuposto o atendimento integral e universal à sua população, o sistema público de saúde paraguaio privilegia o atendimento ao contingente populacional economicamente integrado, contingente este que se localiza mais na região metropolitana de Assunção, capital do país (Dgeec, 2012; Pan American Health Organization, 2012). Os serviços estatais, e, consequentemente, públicos, concentrados em Assunção destinam 80% de seus repasses financeiros para o atendimento de 20% de sua população, o que fragiliza o atendimento ao resto da população paraguaia, que sofre com a baixa cobertura. Essa falha na atenção à saúde, devido à fragmentação e desarticulação dos vários e por vezes divergentes subsetores, deixa 80% da população com uma cobertura de apenas 20% da capacidade de atendimento do Estado paraguaio. A estrutura deficitária do sistema acaba ocasionando limitações expressivas no que diz respeito ao acesso à saúde por parte da população (Alum, Bejarano, 2011; Pan American Health Organization, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso dos estrangeiros indocumentados aos serviços de saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai, falando a partir das cidades fronteiriças de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, se efetiva através das múltiplas interconexões existentes entre os moradores de ambas as cidades; acesso esse operacionalizado pelas táticas – elaboradas pela agência dos indivíduos – que subvertem as estruturas estratégico-organizacionais erigidas pelos dispositivos de poder na fronteira analisada. Nessa dinâmica que franqueia o acesso ao SUS brasileiro, e, por conseguinte, aos seus serviços e equipamentos, aglutinam-se configurações simbólicas representadas por categorias como segredo, confiança, família e amizade.

A troca, no que diz respeito à fronteira estudada, não é subsumida pela lógica econômica capitalista tradicional, ela expressa valores outros que não os materiais, dessa maneira, os objetos da troca “[...] não são exclusivamente bens, riquezas, bens

móveis e imóveis, coisas úteis economicamente. São, antes de tudo, amabilidades, banquetes, ritos, serviços militares, mulheres, crianças, danças, festas, [favores] [...] (Mauss, 2003: 190). As trocas realizadas na fronteira, no que tange às circunstâncias de acesso à saúde oportunizado pelas redes de solidariedade, entre brasileiros e paraguaios, paraguaios e paraguaios e brasileiros e brasileiros, são estritamente simbólicas, dado que os “objetos” trocados são entidades imateriais por excelência; que nesse sistema de relações intercambiáveis se aglutinam, compondo um mosaico cujas cores, formas e sentidos não são cognoscíveis *a priori*, posto que são amálgamas dialeticamente constituídas, nas quais “Misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas. Misturam-se as vidas, e é assim que as pessoas e as coisas misturadas saem cada qual de sua esfera e se misturam [...]” (Mauss, 2003: 212).

Em razão da aura de transgressão e ilicitude que recobre os “objetos” trocados, o segredo e a confiança se misturam às dádivas intercambiadas através das redes de solidariedade, funcionando como elos de uma corrente forjada pelos sentimentos de amizade, afinidade, empatia e simpatia que orientam, ainda que dialeticamente, as ações práticas e simbólicas gestadas nas interações sociais (Koury, 2009). As dádivas não se esgotam em si mesmas na troca de favores, vão mais além do mero intercâmbio de bens simbólicos para suprir necessidades, elas suscitam e comunicam sentimentos (Coelho, 2010) que reverberam no tecido social produzindo e reproduzindo emoções que extrapolam os limites estabelecidos pelas redes, expandindo as dimensões já existentes e conformando novas alianças.

São esses sentimentos que estão por trás das redes de solidariedade e das trocas de favores que têm lugar na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, sentimentos que traduzem emoções estruturantes de uma gama de inter-relações que dão a tônica das múltiplas realidades e possibilidades de interação que a fronteira enseja. Como observou Mauss (2003: 294), tecendo considerações sobre a sociedade moderna, “Felizmente, nem tudo ainda é classificado exclusivamente em termos de compra e de venda. As coisas possuem ainda um valor sentimental além de seu valor venal, se é que há valores que sejam apenas desse gênero.”

O segredo compartilhado, associado às emoções que giram no seu entorno, guarda em si potencialidades positivas de constituição de aspectos relevantes do universo social, como a construção, execução e manutenção de projetos de interesse

comunitário tributários de uma trama relacional na qual os significados e objetivos direcionam as ações coletivamente orquestradas em prol do bem comum. No espaço liminar em análise, as dádivas trocadas representam o último elo da corrente de um complexo sistema de intercâmbio entre doadores e receptores que é constantemente retroalimentado e ressignificado conforme as necessidades (novas e velhas) demandadas pelos partícipes das redes de solidariedade ali constituídas.

Nessa perspectiva, o segredo enseja a possibilidade, sempre presente, da traição, que mesmo sob a forma da suspeita, traz consigo sentimentos como medo, insegurança, angústia, decepção, desconfiança, dentre outras emoções ambivalentes; visto que ao mesmo tempo que desestabilizam os laços de amizade e confiança, também reforçam a necessidade de proteção e acobertamento das informações confidenciais.

O segredo, no caso da fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY, serve para equilibrar, em algumas circunstâncias, a balança social em que figuram de lados opostos forças desiguais que, escondidas sob o manto de uma democracia sempre por se fazer, alimentam e retroalimentam as táticas e subvertem as estratégias para alcançar, mesmo que parcialmente e por caminhos tortuosos, a igualdade de direitos – ou algo que a isso se assemelhe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, José Carlos Lindomar

- 2012 Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica(s)*, Madrid, v. 3, n. 2, p. 185-205.

ALUM, Júlia Noemi Mancuello; BEJARANO, Maria Stella Cabral de

- 2011 Sistema de salud de Paraguay. In: *Revista de Salud Pública del Paraguay*, v. 1, n. 1, p. 13-25.

APPADURAI, Arjun

- 1996 *Modernity at Large: cultural dimensions of globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/244556073/Appadurai-Modernity-at-Large-Cultural-Dimensions-of-Globalization-pdf> Acesso em: 15 ago. 2019.

BALLER, Leandro

- 2014 FRONTEIRAS E FRONTEIRIÇOS: A construção das relações sociais e culturais entre brasileiros e paraguaios (1954-2014). Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados/MS.

BANDUCCI JÚNIOR, Álvaro

- 2011 Turismo e fronteira: integração cultural e tensões identitárias na divisa do Brasil com o Paraguai. *Pasos*, v. 9, n. 3, p. 7-18.

BOAS, Franz

- 2004 *A formação da antropologia americana, 1883-1911*. (Organização e introdução George W. Stocking, Jr.). Rio de Janeiro: Contraponto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

- 1996 Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, *Diário Oficial da União*, 16 out.
- 2012 Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, *Diário Oficial da União*, 12 dez.

BOURDIEU, Pierre

- 2003 *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

BRITO, Raquel Cardoso; KOLLER, Sílvia, Helena

- 1999 Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BURKE, Peter

- 2000 *História e teoria social*. São Paulo: Unesp.

CASTEL, Robert

- 1998 *Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*; tradução de Iraci D. Poletti. Petrópolis, RJ: Vozes.

CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; PÍCOLI, Renata Palópoli; TAMAKI, Edson Mamoru; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury; AJALLA, Maria Elizabeth

2011 Atendimento a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 29, n. 3.

CERTEAU, Michel de

1994 *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes.

CLIFFORD, James

2002 *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ.

COELHO, Maria Cláudia

2010 Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções. In: *Mana*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, out.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS – DGEEC

2012 *Atlas demográfico del Paraguay*. Disponível em: <https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/atlas-demografico/Atlas%20Demografico%20del%20Paraguay,%202012.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John, L

2000 *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

FOUCAULT, Michel

1979 *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.

GEERTZ, Clifford

2002 *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes.

1989 *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

GIDDENS, Anthony

1989 *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

GONZÁLEZ DE LA FÉ, Teresa

2003 “El Interaccionismo Simbólico”. In: Salvador Giner (Org.), *Teoría sociológica moderna*. Barcelona: Ed. Ariel.

INGOLD, Tim

2000 *The perception of the environment*. London: Routledge.

2015 *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. São Paulo: Vozes.

JABLONSKI, Bernardo

1991 *Até que a vida nos separe*. A crise do casamento contemporâneo. Rio de Janeiro: Agir.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro

2009 *Emoções, sociedade e cultura: a categoria de análise emoções como objeto de investigação na sociologia*. Curitiba: Editora CRV.

2014 Amizade e sociabilidade. In: KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. *Estilos de vida e Individualidade: Ensaios em antropologia e sociologia das emoções*. Curitiba: Appris, p. 33-42.

2015 Por que as amizades acabam? Uma análise a partir da noção goffmaniana de vulnerabilidade. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, nº17, ano 7, abril-julio, p. 20-31.

LE BRETON, David

1998 *Les passions ordinaires*. Anthropologie des émotions, Armand Colin/Masson, Paris

2004 *L'Interactionnisme symbolique*. Paris: PUF. Collection: Quadrige Manuels. LÉON, Amparo Micolta

2011 Las relaciones en el cuidado de hijos e hijas de migrantes en el país de salida. *IV Congreso de la Red Internacional de Migración y Desarrollo* —Crisis global y estrategias migratorias: hacia la redefinición de las políticas de movilidad, 18, 19 y 20 de mayo de 2011 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO- Sede Ecuador (Quito, Ecuador)

MAUSS, Marcel

- 2003 Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Casac Naify, p. 183-314.

MILITO, Cláudia; SILVA, Hélio

- 1994 *Vozes do meio fio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

NASCIMENTO, Valdir Aragão do; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de

- 2018 As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. *Horizontes Antropológicos*, v. 24, n. 50, p. 181-214.

NASCIMENTO, Valdir Aragão do

- 2019 De rolê pela fronteira: o caso das motocicletas em Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR). *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-83.
- 2012 “Yo soy paraguayo, chamigo”: breve estudo sobre a identidade no Paraguai”. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados.
- 2014 “Fronteiriço, brasileiro, paraguaio ou brasiguai? Denominações Identitárias na Fronteira Pedro Juan Caballero (PY) e Ponta Porã (BR)”. *ILHA – Revista de Antropologia*. v. 16, n. 1, p. 105-137. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2014v16n1p105> Acesso em 21 abr. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

- 2012 Paraguai. In: *Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países*. Washington, DC: OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=50:paraguay&Itemid=155&lang=pt Acesso em: 21 nov. 2019.

PARAGUAY Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

- 2010 *Indicadores básicos de salud-paraguay 2010*. Asunción: MSPBS.
- 2019 *Mision y Vision*. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/mision.html> Acesso em: 22 dez. 2019

PAUGAM, Serge

- 1999 Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 60, jun.

REZENDE, Cláudia Barcellos

- 2002a *Os significados da amizade*: duas visões de pessoa e sociedade. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- 2002b Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 69-89, Oct. 2002

REZENDE, Cláudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia

- 2010 *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

SARTI, Cynthia Andersen

- 1994 *A família como espelho*: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo/USP, São Paulo.

SEGALEN, Martine

- 2000 *Sociologie de la famille*. 5. ed. Paris: Armand Colin.

SIMMEL, George

- 1998 Sociologia I: estudios sobre las formas de socialización. Madrid: Alianza.
- 1999 O Segredo. MALDONADO, S. (trad.) In, *Política & Trabalho*, n. 15, p. 221 - 225. Setembro de 1999.
- 2009 A sociologia do segredo e das sociedades secretas. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 43, n. 1, p. 219-242.

SPERBER, Dan

- 1975 *Rethinking symbolism*. Cambridge University Press, Cambridge

SZYMANSKI, Heloísa

- 2002 Viver em Família como experiência de Cuidado Mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Serviço Social e Mudança*, nº 71, p. 9-25

TAMAKI, Edson Mamuro; FERRAZ, Antônio Flávio; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; AJALLA, Maria Elizabeth; PÍCOLI, Renata Palópoli; FAVARO, Thatiana Regina

- 2008 O projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In: SOUZA, M. L. et al. (Org.). *A saúde e a inclusão social nas fronteiras*. Florianópolis: Boiteux, p. 177-208.

TELLES, Vera da Silva

- 2009 Ilegalismos urbanos e a cidade. *Novos estudos Cebrap*, n. 84, p. 153-173.

VALENTIM, Joice; SILVA, Hudson Pacífico da

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

VASCONCELOS, Iana dos Santos

- 2013 *Articulações familiares transnacionais: estratégias de cuidado e manutenção familiar na fronteira Brasil/Venezuela*. 2013. 138 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia – Universidade Federal de Pernambuco/ Universidade Federal de Roraima. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Mestrado Interinstitucional em Antropologia UFPE/UFRR, Boa Vista.

WAGNER, Roy

- 2000 Our very own cargo cult. *Oceania*, n.70, p. 362-372. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40331761?seq=1> Acesso em: 25 dez. 2019.

WARREN, Harris Gaylord

- 2008 *Paraguay: revoluciones y finanzas*. Asunción: Servilibro.

WINTER, Luciana

- 2009 *Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu- PR*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

WHYTE, Willian Foote

- 2005 *Sociedade de Esquina*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar