

As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil

The multiple borders in the health care provided to foreigners in Corumbá, Brazil

Clarisse Mendes Pinto Gomes Ferreira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campus do Pantanal.
Mestrado em Estudos Fronteiriços. Corumbá, MS, Brasil.
E-mail: clarisse_mp@yahoo.com.br

Milton Augusto Pasquotto Mariani

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campus do Pantanal.
Mestrado em Estudos Fronteiriços. Corumbá, MS, Brasil.
E-mail: miltmari@terra.com.br

Sergio Iván Braticevic

Universidade de Buenos Aires. Instituto de Ciências Antropológicas.
Buenos Aires, Argentina.
E-mail: sergiobraticevic@gmail.com

Resumo

Corumbá é o maior município brasileiro limítrofe com a Bolívia e está dotado de melhor infraestrutura de saúde que seu país vizinho e, aliado ao fato deste não dispor de serviços gratuitos a todos os seus habitantes, tem atraído um fluxo significativo de fronteiriços para atendimento ao serviço de saúde público, tornando-se palco de coexistência de comportamentos e identidades, muitas vezes controversos. Este trabalho apresenta algumas reflexões sobre os dados empíricos oriundos das entrevistas realizadas junto a profissionais de saúde atuantes em Corumbá e tem como objetivo analisar as múltiplas fronteiras reconhecidas a partir dos discursos proferidos por eles. Para tanto, faz-se uso de contribuições teóricas, com aportes geográficos e antropológicos, para compreender as diferentes abordagens de fronteira extraídas a partir da perspectiva dos agentes de saúde sobre o atendimento aos fronteiriços e também sobre o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras, projeto criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2005. As informações obtidas a partir da pesquisa de campo, dotada de caráter qualitativo, evidenciam que o elevado grau de permeabilidade com a fronteira política entre Brasil-Bolívia tem favorecido a construção de fronteiras étnicas e culturais, em que o estrangeiro, especialmente o boliviano, é o “outro” na interação social entre profissional de saúde e usuário dentro das unidades de saúde. E ainda revelam inúmeros desafios na concretização do projeto SIS-Fronteiras nessa região fronteiriça, sobretudo o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao projeto e seus objetivos.

Palavras-chave: Fronteiras; Identidades; Atendimento à Saúde.

Correspondência

Milton Augusto Pasquotto Mariani
Cidade Universitária s/n, Universitário. Campo Grande, MS, Brasil.
CEP 79070-900.

Abstract

Corumbá is the largest Brazilian city to border with Bolivia and has a better health infrastructure than its neighbor country and, associated with the fact that Bolivia does not provide free services to all its residents, the city of Corumbá has attracted a significant flow of borderland population who seek local free health services, making it a scenario of coexistent behaviors and identities, mostly controversial ones. This article presents some reflections on empirical data from interviews with health professionals in Corumbá and aims to analyze the multiple borders recognized from these speeches. For that purpose, theoretic contributions are used, with geographical and anthropological supplementation, to understand the different border approaches extracted from the perspective of health professionals about the population that lives at the border and also about Integrated Border Health System—SIS-Fronteiras, a project created by the Brazilian Ministry of Health, in 2005. The information obtained from qualitative field research shows that the high level of permeability with the political border between Brazil and Bolivia has favored the construction of ethnic and cultural boundaries, in which the foreigner, especially the Bolivian, is the “other” in a social interaction among health professionals and users inside health units. And yet they reveal many challenges in implementing the SIS-Fronteiras project in the border region, above all, health professional’s lack of knowledge about the project and its objectives.

Keywords: Borders; Identities; Public Health Care.

Introdução

Nas fronteiras existem múltiplas dimensões e cada uma delas possibilita um processo particular de construção de identidade. Muito além de significar um limite que separa dois ou mais Estados-Nação, as fronteiras representam também o encontro de distintas relações, onde há um intercâmbio social, cultural e político que propicia um processo de ambivalência entre o “eu” e o “outro”, contribuindo para a construção e reconstrução de identidades.

Situado na fronteira internacional Brasil-Bolívia, o município de Corumbá possui aproximadamente 107 mil habitantes¹ e, apesar do povoamento pouco intenso, têm uma ligação contundente com as cidades bolivianas de Puerto Suárez e Puerto Quijarro, que, juntas, somam 37 mil habitantes, e com o município brasileiro de Ladário, de apenas 20 mil habitantes. Dotado de melhor infraestrutura de saúde que seu país vizinho e aliado ao fato deste não dispor de serviços gratuitos a todos os seus habitantes, Corumbá tem atraído um fluxo significativo de população heterogênea para atendimento ao serviço de saúde público, gratuito e universal local, característico do Sistema Único de Saúde-SUS, tornando-se palco de coexistência de comportamentos e identidades, muitas vezes controversos, entre os atores envolvidos.

Sensibilizado em melhor compreender as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças, o governo brasileiro criou o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras, em 6 de julho de 2005, com o propósito de ampliar a capacidade operacional, através de um sistema de compensação financeira, de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha de fronteira e que atraem visitas regulares de pacientes oriundos do país limítrofe. Corumbá aderiu ao SIS-Fronteiras oficialmente a partir de 29 de dezembro de 2005 e desde então não foi realizado um estudo sobre a compreensão e percepção deste projeto entre os profissionais de saúde atuantes no município.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é analisar as múltiplas fronteiras reconhecidas a partir dos discursos proferidos por estes profissionais de

¹ Dado retirado do IBGE. Departamento de Atenção Básica (DAB)/Ministério da Saúde, 2013.

saúde, quando indagados sobre o acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes no país por atendimento local e sobre o SIS-Fronteiras. Não foram incluídos, neste trabalho, entrevistas com os usuários dos serviços, apesar da sua importância agregadora, por tratar-se de resultados parciais de uma investigação em curso, integrante do projeto de Mestrado intitulado “O SIS-Fronteiras na fronteira Brasil-Bolívia: o caso de Corumbá”².

Com efeito, o artigo está estruturado em duas partes. Na primeira parte, faz-se uso de contribuições teóricas essencialmente bibliográficas, com aportes prioritariamente geográficos e antropológicos, para compreender as diferentes abordagens que incidem sobre o termo fronteira. Em seguida, objetivando apresentar como estas abordagens se relacionam no momento do atendimento à população fronteiriça, serão apresentados resultados e reflexões da pesquisa de campo realizada, na qual foram entrevistados, através de roteiro semiestruturado que lhes garantisse uma enriquecedora liberdade e espontaneidade, 10 profissionais de saúde brasileiros de diferentes especialidades (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos), atuantes no Pronto-Socorro Municipal, Santa Casa de Misericórdia, Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, todos situados no município de Corumbá.

Os tipos de fronteiras desde as disciplinas sociais

Existem vários enfoques de análise sobre fronteiras, estimulados pelas múltiplas abordagens sobre as suas concepções e pelas infinitudes de interpretações no campo das ciências sociais (Geografia, História, Sociologia, Economia e Antropologia, entre outras).

Na Geopolítica clássica, o alemão Friedrich Ratzel,³ com seu livro intitulado *Politische geographie*, foi autor da primeira notável sistematização sobre fronteira (Ratzel apud Benedetti, 2014), desenvolvendo sua teoria a partir de uma proposta evolutiva e organicista, com características relacionadas à escala

nacional e a tipos universais geralmente dispostos em pares opostos, sempre mobilizados pelo papel do Estado, denominando a fronteira metaforicamente de “epiderme do Estado”.

Trata-se de uma concepção tradicionalmente política, associada à própria formação dos Estados Nacionais, que no seu processo de consolidação durante os séculos XVIII e XIX tiveram, e ainda têm, que demarcar claramente suas linhas divisórias para impor o limite da ordem, da norma e do poder instituído. A fronteira é compreendida, assim, como limite territorial entre os Estados Nacionais, como divisor de soberanias (Nogueira, 2007).

No mesmo século XIX, outro expoente se destaca quanto às análises da fronteira, o historiador Frederick Jackson Turner, cujos estudos desenvolvidos sobre o movimento expansionista norte-americano para o oeste permitiram estabelecer uma concepção econômica de fronteira, em que esta se apresenta fluida, móvel, em constante avanço e retrocesso. No Brasil, esta concepção foi incorporada a partir do governo Vargas, na década de 1930, associada ao processo de expansão territorial interna e à incorporação de áreas à atividade produtiva (Nogueira, 2007).

Na América Latina como um todo, o modelo turneriano de fronteira baseado no processo de avanço influenciou inúmeros conflitos históricos, sociais e estruturais, a exemplo da expulsão dos nativos no caso dos povos Mapuches na Patagônia e da “marcha para o oeste” replicada no Brasil, reforçando o mito de terras livres e inexploradas. Isto nos remonta a uma abordagem de fronteira como uma frente pioneira, uma zona “liminar”, marginal, representativa de espaços não estruturados, trazendo à tona a distinção entre os termos *border* e *frontier*:

La primera refleja el límite territorial entre la jurisdicción de distintos Estados-Nación. Por su parte, el segundo remite a la articulación entre dos sistemas socio-espaciales diferentes y “donde un frente de inversiones capitalistas y estatales tiene una tendencia a expandirse sobre una zona marginal” (Gordillo; Leguizamón apud Braticевич, 2013, p. 109).

2 O objetivo do referido projeto de Mestrado é avaliar os avanços, retrocessos e as dificuldades do SIS-Fronteiras no município de Corumbá, uma vez que o projeto se relaciona com o quadro atual da saúde na cidade.

3 Ratzel (1988).

Em Antropologia, o conceito de liminaridade emerge a partir dos estudos de ritos de passagem realizados pelo francês Arnold Van Gennep e de processos rituais desenvolvidos pelo britânico Victor Turner. O primeiro afirma que durante a passagem entre dois territórios há uma região, denominada de margem, que assume, em determinadas ocasiões, uma certa autonomia. Estas zonas, de certa forma, “flutuam entre dois mundos”, contendo a ideia de que uma pessoa, através de ritos de passagem, sai de um “mundo anterior” para ingressar em um novo mundo (Van Gennep, 1978, p. 36).

Em termos relacionais, atravessar limites ou fronteiras implica na passagem de uma situação para outra. Considerando a primeira fase ritual estudada por Victor Turner (1974), ao se deslocar de um país para outro, o nacional transforma-se em estrangeiro. Nessa transição, o sujeito ritual deixa de pisar em solo próprio, afastando-se de sua estrutura social e, no momento de liminaridade, já desfeito o vínculo, ele ainda não adquire outro, incorporado somente no momento de reintegração ou reincorporação, ainda que como estrangeiro. Para o autor, consumada a passagem, o indivíduo permanece em um estado relativamente estável, somente a partir do qual goza dos direitos e deveres estabelecidos pelo novo grupo (Turner, 1974, p. 116-117).

A construção da fronteira entre Estados evoca uma internalização do imaginário relacionado com processos de construção nacional, afinal esse esquema de ritos de passagem contribui para relacionar a fronteira e seus moradores a uma região que, em determinados aspectos, vive num estado de ambiguidade, limiar, entre dois ou mais contextos políticos, econômicos, simbólicos, e assim por diante.

Por sua vez, o antropólogo alemão Fredrik Barth (1998), em seu livro intitulado “Grupos Étnicos e suas fronteiras”, faz uma abordagem etnográfica da fronteira para entender as dinâmicas de grupo e os interesses envolvidos no processo identitário. Provocando uma revisão de paradigmas, especialmente dos funcionalistas (estabilidade, adaptação, consenso) e dos teóricos da modernização, o autor substitui uma concepção estática e essencialista de identidade étnica por uma concepção dinâmica e construtivista, onde esta identidade, assim como

qualquer outra identidade coletiva, é construída e transformada na interação de grupos sociais através de processos de exclusão e inclusão que criam limites entre tais grupos, determinando os que estão inseridos ou não. Os atores sociais se manifestam a fim de categorizar o “eu” e o “outro”, atribuindo identidade fundada em fatores objetivos, muitas vezes não correspondentes às características reais. No entanto, na interação interétnica, os padrões valorativos definidores do comportamento diante de outros grupos não são fixos, podendo transformar-se e ressignificar-se em outro dado contexto social.

Tomando como referência Barth, Maria Cristina Bari (2002) esclarece que o grupo étnico pode ser definido como “uma organização social local caracterizada a partir de normas de autoinclusão e de atribuição por outros, orientada por um sistema de valores” e acrescenta que esse sistema de valores “se dinamiza por práticas de produção e reprodução da vida material e social, as quais ordenam as relações internas e externas, definindo seus limites étnicos” (Bari, 2002, p. 4).

Segundo Philippe Poutignat e Jocelyne Streiff-Fenart (1998), para Barth “a melhor utilização do termo etnicidade é um conceito de organização social que nos permite descrever as fronteiras e as relações dos grupos sociais em termos de contrastes altamente seletivos, que são utilizados de forma emblemática para organizar as identidades e as interações” (Barth *apud* Poutignat; Streiff-Fenart 1998, p. 184). A articulação interétnica ocorre, portanto, através da fronteira, a fronteira étnica, onde são criados os sentimentos de alteridade, a figura do “outro”, e consolidada a identidade do “eu” e do “nós” confrontada ao que é “diferente”. Um importante legado de Barth (1998) é apresentar as fronteiras como lugares de produção de revelação da identidade.

O antropólogo brasileiro Oliveira (2000) muito se aproxima da teoria barthiana ao apresentar a identidade étnica como uma *identidade contrastiva*, que se afirma “negando” a outra identidade, visualizada etnocentricamente. E ainda acrescenta que, especificamente em relação à população de uma fronteira entre países, ou seja, grupos atuando dentro de contextos sociais comuns - áreas,

portanto, de fronteira (como as áreas de fricção interétnica⁴) - existe um grau de diversificação étnica que, aliada à nacionalidade, de um ou outro lado da fronteira, enseja uma situação sociocultural demasiado complexa. Daí o autor denominar fronteira de “limite cultural”, evadindo-se da então habitual “fronteira cultural” ou *boundaries*, para assimilar o sentido do termo que lhe atribui Barth (Oliveira, 2000).

Já Cardia (2009) denomina de “fronteiras sociais” para referir-se às relações entre grupos que convivem nos limites geográficos dos Estados e ainda acrescenta que a interação social define outros limites, não necessariamente coincidentes com as divisões político-administrativas.

Percebe-se, dessa forma, que a palavra *fronteira* assume uma polissemia. Para Nogueira (2007), em que pese as diferentes concepções de fronteira, todas convergem à referência de lugar de moradia e de existência de seus habitantes, um lugar de demarcação de diferenças.

A saúde na fronteira e seus dilemas

Como local de vivência e de relações dos seus habitantes, através da reprodução de suas práticas econômicas, culturais e sociais cotidianas, a fronteira tem sido rotineiramente objeto de instrumentalização pelas populações locais em função de interesses concretos e particulares, a partir dos quais reafirmam ou negam as demarcações político-administrativas através de distintas práticas e representações.

Na área da saúde, esse dinamismo revela-se mais frequente, principalmente quando coexistem sistemas de saúde assimétricos, a exemplo do Brasil e da Bolívia, sendo um fator atrativo para uma mobilidade populacional nessa fronteira (Marques, 2012).

O sistema de saúde brasileiro contempla o Sistema Único de Saúde - SUS, cuja característica é a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, e permite igualmente uma assistência tida como atividade livre à iniciativa privada, incorporando um hibridismo entre o público e o privado no financiamento da atenção à saúde.

Em contraposição, o Sistema Nacional de Saúde - SNS da Bolívia é um sistema segmentário de cuidados e de distribuição desigual e injusta dos serviços de saúde em que a maioria da população é forçada a pagar um preço para o cuidado da saúde em estabelecimento público ou privado, uma vez que os serviços gratuitos são destinados apenas a grupos vulneráveis - gestantes, crianças de até 5 anos e idosos com mais de 60 anos (OPS, 2008).

Essa dualidade tem acentuado a procura de atendimento no serviço de saúde de Corumbá por bolivianos, realidade também constatada por Marques (2012) em sua tese “Mobilidade, acesso à saúde e espaço de fronteira: o caso de Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suárez-Bolívia”, provocando, desta forma, a elevação dos custos dos serviços nacionais, sem perspectivas de ressarcimento, uma vez que essa população itinerante não é contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal.

O cálculo do montante recebido pelos municípios brasileiros e destinado ao financiamento dos seus procedimentos e ações de Atenção Básica à Saúde é baseado em um valor *per capita*⁵. Consequentemente, aqueles situados em região de fronteira não dispõem de orçamento para assumir toda a demanda de brasileiros não residentes no país, tampouco de estrangeiros fronteiriços, e acabam assumindo isoladamente o custo desse atendimento, sem o respectivo aporte da União, cujo sistema de identificação do paciente utilizado para o repasse possui base domiciliar nacional⁶.

4 “Fricção interétnica” é conceituada como “situação de contato entre duas populações ‘dialecticamente unificadas’ através de interesses diametralmente opostos, embora interdependentes” (Oliveira, 1963, p. 127-129).

5 O Piso de Atenção Básica (PAB), criado em 1997, implantado em 1998 e ampliado em 2001, é um mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que altera a lógica do pagamento por produção. Os fundos municipais de saúde recebem diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), repasse fundo a fundo, um montante calculado com base em um valor *per capita*, e a administração local assume a responsabilidade pela atenção básica à saúde de seu território (Brasil, 2002a).

6 Art. 30 O Sistema Cartão Nacional de Saúde, de validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular, é coordenado pelo Ministério da Saúde e permite cadastramento dos usuários e profissionais de saúde e o acompanhamento contínuo dos atendimentos de saúde prestados à população. (Brasil, 2002b)

Diante dessa situação, os gestores locais e os profissionais em saúde se deparam rotineiramente com o dilema ético-profissional de, ainda que com repasses escassos para a demanda local enfrentada, não “ignorar os problemas que remetem à vida do ser humano e, tampouco deixar de auxiliar o estrangeiro” (Silva, 2010, p. 16), afinal a expressão “saúde é direito de todos e dever do Estado” está consagrada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 196, e a Lei nº 8.080 de 1990, ao regulamentar o texto constitucional, ratifica que “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”, ambas garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação:

Inevitavelmente, alguns questionamentos se impõem nesse contexto normativo, compartilhados também por Marisa Lucena Branco (2009) em sua monografia “O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS”, são: a expressão “todos” prevista na Constituição inclui somente os cidadãos brasileiros ou todas as pessoas que procuram o sistema de saúde? Abarca todos os brasileiros natos e naturalizados, ou também o estrangeiro? E o estrangeiro fronteiriço merece tratamento diferenciado pela sua condição de fronteiriço? E em que medida deverá ser assegurado o atendimento a esse estrangeiro fronteiriço, urgência e emergência ou também consultas eletivas?

Mesmo sem uma resposta oficial conclusiva para estas indagações, o governo brasileiro, sensibilizado em melhor compreender as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças, criou o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras, em 2005, objetivando ampliar a capacidade operacional dos municípios fronteiriços que atraem visitas regulares de pacientes oriundos do país vizinho. Corumbá aderiu ao projeto, ainda em 2005, comprometendo-se a realizar as suas 3 fases de execução, que correspondem também ao aporte de incentivos financeiros.

A primeira refere-se à realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infraestrutura dispo-

nível, assim como a caracterização, quantificação e a identificação da clientela e apresentação de um plano operacional pela gestão local, em parceria com a Universidade Federal do respectivo estado. A segunda fase contempla a qualificação da gestão, serviços e ações e a implementação da rede de serviços de saúde nos municípios fronteiriços. A terceira fase é a de implantação e consolidação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (Brasil, 2010).

Apesar já ter recebido os recursos financeiros correspondentes à Fase I a III, e realizadas algumas ações, tais como a elaboração do Diagnóstico Local e do Plano Operacional⁷, a aquisição de equipamentos, capacitação de profissionais de saúde e reforma do Pronto-Socorro, a ampliação de uma Unidade Básica de Saúde, bem como a aquisição de veículos para a vigilância sanitária, ainda não foi realizado um estudo sobre a compreensão e a percepção deste projeto entre os profissionais de saúde ali atuantes. Sabe-se apenas que o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014 (Brasil, 2014), estabelecendo o prazo até 31 de julho de 2014 para a conclusão das ações previstas nos respectivos Planos Operacionais dos Municípios que já receberam os recursos da Fase III.

Reflexões do trabalho empírico

Os dados apresentados referem-se a questões que compuseram um roteiro semiestruturado de entrevista, aplicado no primeiro quadrimestre de 2014 junto a uma amostra não probabilística de 10 profissionais de saúde brasileiros, a ampla maioria do sexo feminino, de distintas formações (médica, enfermeira, assistente social e psicóloga), dos quais 4 atuam no Pronto-Socorro Municipal, 4 nas Unidades Básicas de Saúde-UBA/Centros de Saúde de Corumbá da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá, a primeira referência na busca pelos serviços da atenção básica, e 2 no Hospital filantrópico conveniado com o SUS - a “Santa Casa de Corumbá”, referência direta e pactuada para o município de Ladário e referência indireta e não pactuada às cidades bolivianas de Puerto Quijarro e Puerto Suárez.

7 No Plano Operacional de Corumbá, foi destacada a necessidade de melhorar as Unidades de Saúde corumbaenses no que tange à sua estruturação física e os serviços oferecidos à comunidade, e de obtenção de recursos para a cobertura eficiente na região de fronteira (Corumbá, 2008).

Dentre as Unidades Básicas de Saúde-UBA/Centros de Saúde de Corumbá, foram adotados como critérios de seleção as diferentes especialidades (Unidade Básica de Saúde da Família, Centro de Saúde da Mulher, Centro Psicossocial Infanto-Juvenil etc.), proximidade com a fronteira Brasil-Bolívia e tempo de funcionamento, nos quais a experiência no atendimento estivesse mais consolidada.

Todas as entrevistas foram gravadas, integralmente transcritas e em seguida analisadas de modo a consolidar as informações obtidas diante do objetivo proposto. Para a descrição e interpretação das mensagens, indicadores e as condições de produção dos discursos, foram apropriadas algumas das técnicas da Análise de Conteúdo propostas por Bardin (2011).

A primeira etapa de análise consistiu na leitura integral das entrevistas e na codificação do material através de números para facilitar a identificação de cada elemento da amostra, com numeração sequencial (E1, E2... E10), uma vez assegurada aos entrevistados, por preceitos éticos, a salvaguarda do anonimato. Em seguida, os dados foram submetidos à etapa de “unitarização”, com a finalidade de estabelecer a unidade de análise, definida a partir do conjunto de informações com significado próprio, baseadas na natureza da problemática apresentada e do objetivo do estudo.

Assim, os textos foram submetidos, no plano da síntese, a operações de desmembramento em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Foi adotada para categorização a análise temática na qual se recortou o material analisado em temas que, segundo Berelson (1971 *apud* Bardin, 2011, p. 135), pode ser “uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares”. Em cada resposta, destacou-se a frase e/ou trecho do discurso, isto é, o denominado por Bardin (2011, p. 135) de “núcleo do sentido” da comunicação, que respondesse mais objetivamente à pergunta formulada, referente ao tema.

Para cada uma das categorias produziu-se um texto-síntese descrevendo e expondo o conjunto de significados presentes nas múltiplas unidades de análise manifestas em cada uma delas, fazendo uso de citações diretas dos dados originais. Por fim, buscou-se a interpretação tanto dos conteúdos manifestos quanto dos latentes, através de uma relação dialógica com a fundamentação teórica.

Inicialmente foi solicitado aos profissionais de saúde que expusessem como o município de Corumbá atua no atendimento à saúde de estrangeiros ou brasileiros residentes no exterior. Segundo os entrevistados, a porta de entrada na busca de assistência à saúde por estrangeiros no SUS no município de Corumbá é o Pronto-Socorro Municipal, onde o atendimento é realizado de forma igualitária, sem distinção de qualquer natureza, em casos de urgência e emergência. Mesmo diante da praxe de solicitar documentos como a identidade, o Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS⁸ e o comprovante de residência no país para fins de cadastro ou registro no prontuário, estes não são considerados de apresentação obrigatória para as situações de urgência e emergência, apenas para consultas eletivas.

Quando inexistente no município a especialidade de saúde necessária ou quando há o avanço do nível de complexidade do atendimento ao estrangeiro, a orientação é devolvê-lo ao seu país de origem porque o centro de referência brasileiro mais próximo, a cidade de Campo Grande, localizada a 430 km de Corumbá, não aceita a transferência de estrangeiros, momento em que, segundo alguns participantes, os bolivianos ficam desesperados porque não têm condições de prosseguir com o tratamento no seu país de origem, cujo centro de referência dista, pelo menos, 650 km da fronteira. A gratuidade do sistema de saúde brasileiro é apontada como maior motivo de procura dos serviços brasileiros pelos bolivianos:

Então, a gente vê que eles chegam aqui e, dependendo do caso, se nós não temos especialidade aqui, quando a gente orienta que eles voltem para Santa Cruz, né, eles ficam desesperados porque não têm

8 O Cartão Nacional de Saúde, instituído pela Portaria/GM no 1.560, de 29 de agosto de 2002 (Brasil, 2002b), permite vincular os procedimentos realizados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os executou e à unidade de saúde do atendimento, a partir de um número nacional de identificação concedido após o cadastro. Como é exigida a comprovação de residência para a confecção do cartão, esse instrumento trouxe, de certa forma, limitações ao atendimento dos estrangeiros e brasileiros não residentes no país.

nem a condição, nem o transporte, que é pago, que dirá de pagar o tratamento em si. Mas quando chega aqui também, dependendo do caso, vou falar mais especificamente, por exemplo, o caso de neuro, né, neurologia, ou a neurocirurgia mesmo: na cidade nós não temos essa especialidade e Campo Grande não aceita, então os pacientes são encaminhados para lá ou a gente acaba perdendo esse paciente aqui (E3).

Campo Grande não aceita as transferências do, dos pacientes estrangeiros. Então, eles acabam permanecendo aqui até que sejam estabilizados e, e os bolivianos têm que realizar o transporte deles até Santa Cruz ou até La Paz ou Cochabamba (E4).

Paciente estrangeiro ele pode ser atendido na fronteira, paciente quando se agrava, que normalmente é o que acontece, tem, aqui de Corumbá transfere para Campo Grande, mas paciente estrangeiro ele não pode ir para Campo Grande... porque Campo Grande não aceita. Então, ele tem que retornar pra referência Santa Cruz (E9).

Benedetti e Salizzi (2014) bem destacam que “en las fronteras se articula un sistema de continuidades y discontinuidades” (Benedetti; Salizzi, 2014, p. 132). Nas fronteiras internacionais do Brasil com os países vizinhos se estabelecem discontinuidades no sistema de leis e políticas de saúde, ao passo que a continuidade é observada na prática da população fronteiriça de reafirmar ou negar as demarcações político-administrativas, através da busca recorrente pelos serviços de saúde nos municípios limítrofes.

A partir dos dados das entrevistas, é possível identificar uma *continuidade* nas visitas de estrangeiros, principalmente bolivianos, para atendimento no serviço de saúde público, universal e gratuito local, que, por sua vez, tem enfrentado restrições legais e procedimentais nas situações de tratamentos mais complexos, transferidos, em sua grande maioria, para os centros de referências distantes a centenas de quilômetros da fronteira.

Por sua vez, para o atendimento à saúde de estrangeiros ou brasileiros residentes no exterior nas Unidades Básicas de Saúde-UBA/Centros de Saúde e na Santa Casa de Misericórdia de Corumbá, é exigida a apresentação de documento de identidade, comprovante de residência e do Cartão SUS, mas muitos estrangeiros fazem uso de subterfúgios ilegais para obtê-los. Nestes postos de atendimento, há regra com raras exceções, dependendo do quadro clínico do paciente.

Um dos profissionais de saúde entrevistados justifica essa prática no medo que os estrangeiros, principalmente os bolivianos, têm de não serem atendidos e na complicada situação financeira deles:

Apesar de muitos estrangeiros, principalmente os bolivianos, eles têm medo de não serem atendidos. Então, eles falsificam endereços, assim, é, com conhecidos na cidade. Eles trazem contas de água ou de luz, e a gente sabe que eles não residem aqui, mas eles apresentam com medo de não serem atendidos. [...] A situação financeira deles é bem complicada (E3).

Em que pese os entrevistados exporem a procura constante de estrangeiros ao SUS e também a prática de solicitação de documentos para o atendimento aos estrangeiros no município de Corumbá para fins de cadastro ou prontuário, muitos afirmaram inexistir um sistema que permita a quantificação desses estrangeiros, isto é, a demanda não é formalmente dimensionada.

Apenas um participante menciona a existência do SIS-Reg, Sistema de Regulação de Saúde⁹, um sistema do Ministério da Saúde que regula exames e consultas, alimentado com os dados dos portadores do Cartão SUS. Todavia, o Cartão SUS é destacado como um dos empecilhos para a confiabilidade dessa contabilização pelo SIS-Reg, devido ao fato de os pacientes estrangeiros não possuírem esse tipo de documento ou por utilizarem-se de dados falsos para emití-lo.

9 Sistema *on-line* desenvolvido pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS/MS e disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>. Acesso em: 21 mai. 2014.

Alguns entrevistados apresentaram apenas uma estimativa mensal de atendimentos a estrangeiros, que variavam: no Pronto-Socorro, 50 atendimentos dentro da média diária total de 300; na Santa Casa de Misericórdia, até 10%; no Centro de Saúde da Mulher, estimativas entre 5 e 10 casos.

O fluxo de pacientes fronteiriços para o município limítrofe detentor de melhor oferta e o uso de tergiversação por estrangeiros para evadir-se das barreiras burocráticas impostas para o acesso ao SUS reforçam a ideia de que a fronteira é uma área liminar, onde se forjam modos de vida particulares, na medida em que configuram dinâmicas sociais próprias de cidades fronteiriças compreendidas a partir daqueles que vivem nessas regiões. Essas especificidades podem ser igualmente denominadas de *condição fronteiriça*, entendida como um *savoir passer* [saber passar] adquirido pelos habitantes da fronteira, acostumados a acionar diferenças e semelhanças nacionais, linguísticas, jurídicas, étnicas, econômicas, religiosas que ora representam vantagens, ora o cerceamento de trânsito ou direitos” (Dorfman, 2013, p. 10).

Quanto aos brasileiros residentes no exterior, os participantes afirmam não existir maiores dificuldades no atendimento porque estes possuem documento nacional. Todavia, alguns obstáculos de acesso a não residentes no município, tanto brasileiros quanto estrangeiros, foram identificados em forma de avisos fixados na recepção de algumas unidades e centro de saúde visitados, exigindo para o atendimento ou para a realização de exames “trazer RG, CPF, comprovante de residência (conta de luz) e o cartão SUS”.

Quando indagados sobre a existência de uniformidade, entre os profissionais de saúde, na compreensão do direito à saúde no momento do atendimento ao estrangeiro no SUS, o que se destaca é a restrição desse direito aos usuários nacionais e, em quase todas as respostas, a expressão de preconceitos em si mesmos e em outros colegas de equipe em discursos e atitudes de intolerância, discriminação e hostilidade:

Olha, assim... Algumas, alguns profissionais que... que num, num [...] Que não compreendem, tá? Se eu falar que todos eh, aceitam... Atendem. Atendem, mas às vezes com algumas restrições, com alguns questionamentos, entendeu? [...] É, eles questionam

muitos, os profissionais, por ser estrangeiro: “ah, boliviano, ah veio pra cá, né? Problema. Não é brasileiro (E1).

Sim, compreendem, mas ficam estressados. Ficam estressados com a chegada de ambulância da Bolívia. [...] Olha, tem hora que a gente não deveria atender. Boliviano aqui é problema. Só nos trazem problemas. Posso até estar sendo cruel, mas essa é a verdade (E2).

Procuramos ter, tá. Existem alguns profissionais que, às vezes eu falo, tem momentos de maior exaltação, seja pelo estresse do momento, dependendo do caso, às vezes eles falam, né, que não vão atender ou que, no caso, se vier a ter a necessidade de internar no hospital, deixar de ser SUS e transformar em particular, mas na maioria das vezes, sempre acho que é, quando acalma a situação, aí eles veem que não pode deixar de atender (E3).

[...] Mas assim, sempre percebe que tem às vezes: “ah, essa boliviana vêm pra cá, quer ser atendida”. Sempre, sempre tem um pouco de discriminação, não só por parte do pessoal da enfermagem, mas pelos médicos, entendeu? Até às vezes a gente mesmo, às vezes perde a paciência e fala, mas elas têm que... se fosse o contrário, eles não iam querer atender a gente lá na Bolívia, mas quando vêm pra cá eles querem ser atendidos de qualquer maneira e aí às vezes a gente termina pecando, né, às vezes, às vezes de tanto perturbar o nosso juízo, às vezes a gente termina pecando em discriminar um pouco (E8).

Eu acho que tem bastante preconceito. Tem uma barreira que forma assim, é... no atendimento ao estrangeiro. Não digo na emergência, né, que na emergência lá no Pronto-Socorro, no SAMU, desde que esteja dentro do nosso território, a gente atende, mas eu vejo que tem alguns profissionais veem isso com uma discriminação (E9).

O que tem prevalecido nesses discursos é, portanto, uma representação social que fragmenta os usuários do sistema de saúde local em brasileiros de um lado e bolivianos de outro, reforçando a existência de um “muro invisível” localizado na fronteira. Essa construção negativa da alteridade na fronteira presente nas entrevistas transcritas é o que reforça

a própria identidade brasileira, uma maneira de homologar a identidade hegemônica com o próprio país e a noção de identidade por oposição. E esta alusão ao “outro” adquire contornos peculiares na fronteira Brasil-Bolívia quando os próprios profissionais de saúde associam a Bolívia e bolivianos aos símbolos do atraso e da pobreza e, sobretudo, ao binômio sujeira/doença:

[...] Vou falar por mim, mas existem profissionais, assim que, por eles, na fronteira seria barrado o quadro. Até por uma questão de doenças existentes e não tratadas adequadamente lá na Bolívia e que acabam sendo trazidas para o Brasil, né. [...] A Bolívia, assim, o que eu vejo mais, eu conheço pouco a Bolívia, mas o que a gente vê mais perto da fronteira é um pessoal muito carente financeiramente, né. A situação financeira deles é bem complicada (E3).

[...] a situação da Bolívia é muito precária, né, eles não têm a estrutura que o Brasil dá. Apesar de ser uma estrutura muito pequena, perto deles nós somos o “bam-bam-bam” (E6).

Ali é... o poder socioeconômico e cultural ali é muito baixo. Ali é linha, tem áreas ali abaixo da pobreza, assim, nível de miséria mesmo. Então, não tem esgoto, não tem água tratada, não tem saneamento básico. Então, as doenças que o Brasil luta, assim, há anos e ainda existe, sendo um país de 8ª economia mundial, a gente tem essa barreira e temos uma fronteira paupérrima, que querendo ou não as doenças infectocontagiosas que tem lá vem pra cá, e vice-versa, não tô dizendo que nós estamos 100% de saneamento básico, que é longe disso, mas como nós temos essas feiras atuantes aqui, o município recebe esses estrangeiros com muita frequência, diário, nós temos um contato com eles, assim, é... um contato muito próximo. Então, os alimentos que eles trazem de lá não têm nenhuma inspeção. Sendo que aqui nós temos é... vigilância sanitária que cobra isso, lá não tem (E9).

Doenças infectocontagiosas apresentadas como problemas não tratados adequadamente no lado boliviano tem alimentado a ideia de fronteira inerente à área de contágio, onde a enfermidade configura “um signo de corrupção física e moral, um signo de falta de civilização” (Hardt; Negri, 2000, p. 132). Há, assim, uma fronteira cultural, ou melhor, um “limite cultural”, nos dizeres de Oliveira (2000), associada a um contexto social de estigmatização, de categorização a partir da produção da alteridade, fortemente vinculada à fronteira política.

Na sequência, foi solicitado aos 10 profissionais de saúde entrevistados que avaliassem, segundo sua percepção e experiência, a possibilidade de integração dos sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia na fronteira, dos quais apenas 3 disseram existir ou acreditar ser possível a integração entre os dois sistemas de saúde na fronteira, mas destacaram a necessidade de vontade política.

Contrariamente, a maioria dos entrevistados respondeu ser muito difícil ou não existir integração dos sistemas de saúde entre Brasil e Bolívia, sob os argumentos de escassez de recursos, situação financeira complicada e um sistema de saúde precário na Bolívia, onde o atendimento é particular enquanto no Brasil é gratuito, além de diferenças culturais. Um desses profissionais, também estudante de Medicina na Bolívia, afirmou que na Bolívia a “medicina é boa, mas não tem estrutura”. É também lembrada por um dos participantes a existência de integração apenas na área da vigilância sanitária, especialmente na prevenção do dengue, mas reforça a diferença cultural e o desequilíbrio de estruturas nesta fronteira:

Paradoxalmente, foi citada a procura de algumas especialidades na área de saúde da Bolívia por brasileiros residentes em Corumbá, tais como a oftalmologia, traumatologia, reumatologia, clínica, farmácia, exames de ultrassom e mamografia e exames de sangue, favorecida pela experiência dos médicos cubanos da Brigada Médica Cubana¹⁰ em Puerto Suárez e a gratuidade

¹⁰ A Brigada Médica Cubana na Bolívia é produto de um acordo de cooperação internacional selado em dezembro de 2005 com Cuba, em que especialistas cubanos oferecem atenção médica gratuita para uma população desprovida de recursos. Apesar da missão da Brigada de oferecer atendimento gratuito, o Hospital San Juan de Dios localizado em Puerto Suárez tarifa alguns serviços, dentro do escopo de seus regimentos (Espírito Santo, N. P. Unidades de Saúde na Bolívia: a Realidade na Fronteira com o Brasil em Mato Grosso Do Sul. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, Corumbá, 2013, p. 63).

de alguns atendimentos nesta unidade de saúde, além da celeridade na obtenção do resultado de exames laboratoriais, atendimento rápido nos postos (sem fila de espera) e medicação mais barata nas farmácias bolivianas.

Indagados sobre “como os profissionais de saúde entendem o SIS-Fronteiras e o papel do Município de Corumbá no SIS-Fronteiras”, a resposta mais recorrente entre os entrevistados foi a de que os prestadores de serviços não têm conhecimento do que é o SIS-Fronteiras. Entre as justificativas apresentadas, estão: falta de divulgação do projeto no posto de trabalho e a origem da maioria dos profissionais de saúde em exercício ser de outros municípios e, portanto, não deterem a compreensão do que é trabalhar em município de fronteira. Dois participantes confessaram nunca ter ouvido falar do projeto.

Interessante notar que dos 10 entrevistados, 2 (dois) são naturais de Corumbá, 1 de Campo Grande, 3 de São Paulo, 2 do Rio de Janeiro e outros 2, os primeiros a serem entrevistados, não informaram por ainda não constar o quesito “naturalidade” no roteiro da entrevista apresentado. Todos começaram a exercer sua profissão no município de Corumbá entre os anos de 1998 a 2010.

É válido esclarecer que em Corumbá ainda não são oferecidos cursos universitários de educação superior como a Medicina, Fisioterapia, Assistência Social, Nutrição, Odontologia, apesar do município já ter sofrido surto de dengue e reflexos de um surto de raiva proveniente da Bolívia, o que pode ser inferido como uma justificativa para as múltiplas naturalidades entre os profissionais de saúde atuantes em Corumbá. O curso de Enfermagem só foi inaugurado em 2008 e é ministrado à distância¹¹.

A metade dos sujeitos, na tentativa de explicar o que é o SIS-Fronteiras, apresentaram respostas lacônicas ou confundiram-no com o sentido literal de uma integração entre dois países, com a iniciativa e participação de ambos os lados:

[...] aí eu tenho que explicar pra eles que existe esse programa SIS-Fronteira, né, isso, isso, isso... pra eles entenderem porque eles têm que dar o atendimento que é um direito deles que a gente precisa dar,

né? [...] Outros questionam mais ainda...a questão do país ter esse acordo com o país vizinho (E1).

Sobre o SIS-Fronteira, eu lembro que seria um acordo, né, de atendimento, assim, que seria um, é... algumas ações que a gente poderia estar realizando, né, mas... num lembro que tinha, é, da gente poder ir, né, até lá e tal... É, e algum incentivo, alguma coisa, não lembro (E7).

É, eu sei que é um programa que existe, a nível federal, pra atendimento tanto a nível, tanto de brasileiros, né, como bolivianos, e vice-versa. Tanto o atendimento deles aqui, e do nosso, e nós lá no país dele. [...] Eu sei o básico do que que é o programa, que é um programa de integração entre os dois, né, os dois países (E8).

O entendimento é totalmente equivocado pelos profissionais de saúde porque o SIS-Fronteira é uma interação entre a fronteira, o atendimento, né, tanto aqui quanto lá, mas viam-se como se tivesse a obrigatoriedade de um recurso próprio pra isso. [...] Seria mais uma forma amigável, tanto do brasileiro ser atendido lá, como lá aqui (E9).

Apenas um sujeito descreve o SIS-Fronteiras em consonância com a proposta do Ministério da Saúde:

[...] Na verdade, o SIS-Fronteira é um sistema que o governo dá de maior atendimento de verba de projetos que a própria cidade envia para o Ministério, que seja aprovado que venha essa verba por ser região de fronteira, e que não seja para atendimento dos bolivianos ou dos, dos estrangeiros, né. Então, as pessoas têm muita confusão a respeito do que, como funciona o SIS-Fronteira (E4).

Os profissionais de saúde expuseram neste momento algumas críticas ao SIS-Fronteiras, tais como: a falta de divulgação do projeto, a ausência de repasse financeiro, o questionamento do próprio atendimento ao estrangeiro e a existência de um acordo de integração que respalde esse atendimento, sem uma contrapartida do país vizinho.

Quando perguntados: “Quais os resultados alcançados no seu posto de trabalho após a implantação

11 Segundo dados do Ministério da Educação. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.

do SIS-Fronteiras?”, a maioria afirmou que nenhum resultado positivo foi observado em seu posto de trabalho após a implantação do SIS-Fronteiras. Dois entrevistados acrescentaram que a proposta do SIS-Fronteiras não foi alcançada, novamente ressaltando ser um projeto que ficou “só no papel”. Apenas um entrevistado identificou melhoras em seu posto de trabalho após a implantação do SIS-Fronteiras, exemplificando-as com a modificação do perfil do funcionário mais voltado para o atendimento de urgência e emergência e no próprio atendimento do Pronto-Socorro em decorrência da aquisição de equipamentos.

Desta forma, no caso do atendimento à saúde em Corumbá, é possível identificar uma pluralidade de territorialidades, ou seja, manifestações coletivas e subjetivas dos atores sociais sobre o território (Saquet, 2009): as do Estado Brasileiro, a exemplo do SUS e do SIS-Fronteiras; a dos bolivianos fronteiriços, que atravessam o limite internacional para serem atendidos em Corumbá; e a dos usuários brasileiros, titulares jurídico-formais do direito à saúde garantida pela Constituição Federal e que, muitas vezes, também se utilizam da *condição fronteiriça* para buscar atendimento e medicamentos na Bolívia, entre outras. Existem, assim, diferentes formas de territorialização de um mesmo espaço por parte de diferentes atores sociais, que precisam conviver com as diferenças marcadas por uma fronteira político-administrativa. Como já adiantava Cardia (2009):

Um mesmo espaço, nesse caso fronteiriço, é territorializado de forma diversa, em função de diferentes normas políticas, referentes culturais, formas de entender e apropriar-se do meio por parte dos diferentes grupos sociais, realidades sócio-políticas diferenciadas (Cardia, 2009, p. 117).

Essas territorialidades convivem num mesmo espaço ocupado por população heterogênea, resultando em territórios com distintas configurações, temporalidades e objetivos. Inevitavelmente, relacionam-se de forma complexa e conflituosa com outras territorialidades, segundo a dinâmica sociocultural, econômica e política que induzem os atores sociais que as exercem.

Com efeito, Brenna (2010, p. 272) acrescenta que as fronteiras são “espacios interculturales, in-

terétnicos e intersocietarios en los que hay un cruce dinámico y complejo de diversas territorialidades y visiones del mundo”. E é através da coexistência de todas essas lógicas que a fronteira converte-se em “fronteiras” no atendimento à saúde dos estrangeiros no município de Corumbá, cada qual possibilitando um processo particular de construção de identidade e reforçando o pensamento de que não se deve reduzir a fronteira a somente um limite entre dois ou mais Estados, já que também esta pode “separar os territórios no seio de um mesmo espaço nacional e se formar no espírito dos indivíduos quando se identificam em conjuntos distintos” (Vidal, 2008, p. 102).

Considerações finais

Este trabalho propôs analisar as múltiplas fronteiras reconhecidas a partir dos discursos proferidos por agentes de saúde atuantes no atendimento à população fronteiriça em Corumbá. A procura pelos serviços locais de saúde por parte dos estrangeiros, especialmente os bolivianos, é recorrente no município, favorecida pelo alto grau de permeabilidade com a Bolívia e pela gratuidade do Sistema Único de Saúde-SUS, porém o cuidado à saúde das populações flutuantes tem enfrentado alguns contratempos, como a compreensão restritiva do direito à saúde no momento do atendimento ao estrangeiro no SUS e a expressão de preconceitos entre os profissionais responsáveis por essa atenção.

A pesquisa de campo permitiu, assim, evidenciar a existência de alguns tipos de fronteiras correlacionadas, cada qual com características particulares que permitiram sua identificação: a fronteira política, conformada como uma demarcação de limite entre Estados Nacionais, no caso Brasil-Bolívia; a fronteira étnica de Barth (1998) ou “limites culturais” de Roberto Cardoso de Oliveira (2000), vinculada à relação entre os nacionais, brasileiros, e os estrangeiros, bolivianos, em que se faz presente a diferença entre o “eu” e o “outro”, considerando as identidades e diferenças tanto de um lado como do outro, refletindo os princípios do nacionalismo; e a fronteira social de Cardia (2009), reconhecida a partir das distintas relações sociais que se configuram nesse espaço fronteiriço.

Interessante perceber que todas essas fronteiras se superpõem e se confrontam no atendimento à saúde em Corumbá. A fronteira política Brasil-Bolívia mostrou-se muitas vezes negada a partir da *continuidade* empreendida pela constante visita dos bolivianos aos postos de saúde corumbaenses e outras vezes afirmada como uma *descontinuidade* pelos profissionais de saúde, na medida em que a fronteira étnica, social e cultural emanada da interação social sobrepassa essa demarcação estatal.

Em que pese a busca, pelas autoridades, de soluções de melhoria nas condições de atendimento à saúde local de nacionais e não nacionais através da adesão ao SIS-Fronteiras, ainda revelam-se numerosos os desafios e dificuldades em integrar estas ações na fronteira Brasil-Bolívia, especificamente em Corumbá, tais como a predominância de uma perspectiva crítica sobre a integração entre os dois sistemas de saúde na fronteira e o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao projeto SIS-Fronteiras e seus objetivos, fazendo-se necessário um treinamento para a assimilação da importância do projeto para o município e, sobretudo, para a prestação de um serviço contínuo, humanizado e adequado à comunidade fronteiriça.

Por fim, as ações políticas destinadas à fronteira devem desenvolver-se num cenário de tolerância e de respeito ao diferente. Pode-se, assim, considerar que a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o SIS-Fronteiras sirva para consolidar a necessidade de reconhecer o território fronteiriço como área de conflito em que o “outro” pode e deve ser transformado em interlocutor, não só através de políticas públicas, mas até mais pretensiosamente com reuniões conjuntas de conselhos de saúde, universidades, conselhos profissionais e realização de eventos binacionais cofinanciados em saúde, assumindo um importante passo para decidir as particularidades de uma comunidade fronteiriça que compartilha um destino comum.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARI, M. C. La cuestión étnica: aproximación a los conceptos de grupo étnico, identidad étnica, etnicidad y relaciones interétnicas. *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, n. 16, p. 149-163, jul. 2002.
- BARTH, F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, P.; STREIFF-FENART, J. *Teorias da etnicidade*. São Paulo: Edunesp, 1998. p. 187-227.
- BENEDETTI, A. Espacios fronterizos del sur sudamericano: propuesta de un modelo conceptual para su estudio, estudios fronterizos. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Mexicali, v. 15, n. 29, p. 11-47, 2014.
- BENEDETTI, A.; SALIZZI, E. Fronteras en la construcción del territorio argentino. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 121-138, 2014.
- BRANCO, M. L. *O SUS na fronteira e o direito*: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. 2009. Monografia (Curso de Especialização em Direito Sanitário) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Atenção Básica (PAB)*: parte fixa. Brasília, DF, 2002a. (Série C).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.560, de 29 de agosto de 2002. Institui o Cartão Nacional de Saúde - CARTÃO SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 ago. 2002b. Seção 1, p. 84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras. *Relatório de desempenho do Projeto SIS-Fronteiras*. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014. Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 abr. 2014. Seção 1, p. 77. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto622_23_04_2014.html>. Acesso em: 24 maio 2014.
- BRATICEVIC, S. Aportes a los estudios de frontera a partir del avance productivo en el

- norte argentino con dos casos testigo. *Revista Transporte y Territorio*, Buenos Aires, n. 9, p. 105-122, 2. sem. 2013.
- BRENNAN, B. J. E. De la frontera nacional a la frontera pluricultural. *Frontera norte*, Tijuana, v. 22, n. 44, p. 265-276, 2010.
- CARDIA, L. M. Espaços e culturas de fronteira na Amazônia Ocidental. *Ateliê Geográfico*, Goiânia, v. 3, n. 2, p. 108-125, 2009.
- CORUMBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Operacional do Município de Corumbá*. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, 2008.
- DORFMAN, A. A condição fronteiriça diante da securitização das fronteiras do Brasil. In: NASCIMENTO, D. M.; PORTO, J. L. R. *Fronteiras em perspectiva comparada e temas de defesa da Amazônia*. Belém: EDUFPA, 2013. v. 1, p. 96-124.
- ESPÍRITO SANTO, N. P. do. *Unidades de saúde na Bolívia: a realidade na fronteira com o Brasil em Mato Grosso do Sul*. 2013. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá, 2013.
- HARDT, M.; NEGRI, A. *Imperio*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- MARQUES, A. M. *Mobilidade, acesso à saúde e espaço de fronteira: o caso de Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suárez-Bolívia*. 2012. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária? *Ateliê Geográfico*, Goiânia, v. 1, n. 2, p. 27-41, 2007.
- OLIVEIRA, R. C. Aculturação e fricção interétnica. *América Latina*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 33-46, 1963.
- OLIVEIRA, R. C. Os (des) caminhos da identidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 7-21, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092000000100001>>. Acesso em: 28 maio 2014.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Perfil del Sistema de Salud de Bolivia*. Washington, DC, 2008.
- POUTIGNAT, P.; STREIFF-FENART, J. *Teorias da etnicidade*. São Paulo: UNESP, 1998.
- RATZEL, F. *Géographie politique*. Paris: Editions Economica, 1988.
- SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. *Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos*. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 73-94.
- SILVA, W. A. da. *Fronteira e regionalização da saúde: os dilemas da microrregião de Corumbá-MS*. 2010. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá, 2010.
- TURNER, V. W. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974.
- VAN GENNEP, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- VIDAL, D. Vivre sur fond de frontières: les migrants du Mozambique à Johannesburg. *Cultures & Conflits*, Paris, n. 72, p. 101-117, hiver 2008.

Contribuição dos autores

Ferreira e Mariani foram responsáveis pela concepção e revisão do artigo. Braticevic fez contribuições metodológicas ao trabalho.

Recebido: 08/07/2014

Reapresentado: 23/10/2014

Aprovado: 19/11/2014