

ANGELA MARIA MARQUES

MOBILIDADE, ACESSO A SAÚDE E ESPAÇO DE FRONTEIRA: O
CASO DE CORUMBÁ-MS, PUERTO QUIJARRO E PUERTO
SUAREZ-BOLÍVIA

Campinas, SP
IFCH/Unicamp
28/05/2012

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

ANGELA MARIA MARQUES

**MOBILIDADE, ACESSO A SAÚDE E ESPAÇO DE FRONTEIRA: O CASO
DE CORUMBÁ-MS, PUERTO QUIJARRO E PUERTO SUAREZ-
BOLÍVIA.**

**TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO INSTITUTO
DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UNICAMP
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM
DEMOGRAFIA.**

Rosana Aparecida Baeninger

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CECÍLIA MARIA JORGE NICOLAU – CRB8/3387 – BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

M348m	Marques, Angela Maria, 1952- Mobilidade, acesso a saúde e espaço de fronteira: o caso de Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suarez-Bolivia / Angela Maria Marques. - - Campinas, SP : [s. n.], 2012. Orientador: Rosana Aparecida Baeninger. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 1. Saúde pública. 2. Migração internacional. 3. Morbidade. 4. População. I. Baeninger, Rosana Aparecida, 1963- II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
-------	--

Informação para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Mobility, access to health and border area: the case of Corumba-MS, Puerto Quijarro and Puerto Suarez-Bolivia

Palavras-chave em inglês:

Public health

International migration

Morbidity

Population

Área de concentração: Demografia

Titulação: Doutor em Demografia

Banca examinadora:

Rosana Aparecida Baeninger [Orientador]

Roberto Luiz do Carmo

Tirza Aidar

Luiz Patricio Ortiz

Sidney Silva

Data da defesa: 28-05-2012

Programa de Pós-Graduação: Demografia

ANGELA MARIA MARQUES

**MOBILIDADE, ACESSO A SAÚDE E ESPAÇO DE
FRONTEIRA: O CASO DE CORUMBÁ-MS, PUERTO QUIJARRO E
PUERTO SUAREZ-BOLÍVIA**

Tese de Doutorado apresentada ao departamento de
Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Estadual de Campinas,
sob orientação da Profa. Dra. Rosana Aparecida
Baeninger, como parte dos requisitos para obtenção
do título de Doutora em Demografia.

Este exemplar corresponde à redação final
da Tese defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em 28 /05/2012.

Comissão Julgadora

Titulares:

Profa. Dra. Rosana Aparecida Baeninger - Orientadora

Prof. Dr. Roberto Luiz do Carmo

Profa. Dra. Tirza Aidar

Prof. Dr. Sidney Antonio da Silva

Prof. Dr. Luis Patricio Ortiz Flores

Suplentes:

Profa. Dra. Szilvia Simai Miareli Mesquita

Profa. Dra. Marta Rovey Souza

Profa. Dra. Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi

**Campinas
Maio de 2012**

*Ao Fernando, filho amado,
pelo amor, paciência,
pelo incentivo,
neste projeto de vida.*

*A minha mãe “in memorian”
eternamente presente nos momentos
importantes de minha vida.*

*A Ângela Arcângelo Motta Macedo
“in memorian” eterna amiga
Gratidão pela iniciação
no caminhar demográfico.*

AGRADECIMENTOS

*O valor das coisas não
está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

Fernando Pessoa

A experiência do doutorado deixa marcas e lembranças em nossas vidas. A diferença é que saibamos retirar a essência dessa experiência, que é o aprendizado, a ampliação do conhecimento, os novos amigos – sempre encontramos esses tesouros –, novos lugares, dificuldades superadas, perseverança da fé em Deus e na humanidade.

Todo meu afeto e carinho para minha querida amiga Izabela a quem sou grata pelo carinho e acolhida em Campinas; Joice, querida amiga e conterrânea, exemplo de estudiosa e pesquisadora, gratidão por ajudar a nortear minha pesquisa.

A saudosa amiga Maria Isabel Baltar da Rocha, grande incentivadora do meu doutorado;

Querida Adriana, grata por acompanhar e auxiliar nas pesquisas bibliográficas; Cláudia, sempre disposta, grande estudiosa. Ao Luiz P. Ortiz, Paulo Maia e Kleber Santana, excelentes amigos e incentivadores. Aos colegas da coorte 2005 com quem compartilhei muitas horas de estudo. A minha querida amiga Dirce Soken, preciosa companhia nas pesquisas de campo com quem dividi minhas preocupações acadêmicas. A equipe da Saúde da Família de Corumbá-MS pela atenção com que me atenderam.

A Profa. Dra. Rosana Baeninger, orientadora que com muita paciência sempre me acolheu, norteador os rumos da minha vida acadêmica e sem a qual não teria como realizar este estudo, obrigada!

Ao Prof. Dr. Roberto do Carmo, com sua calma peculiar ouvia minhas dúvidas de pesquisa e sempre tinha uma palavra de carinho;

A Profa. Dra. Tirza Aidar grata pelas sugestões na tese e pela sua diplomacia no trato com as questões acadêmicas. Ao Prof. Dr. José Marcos pelas cobranças metodológicas, sempre pertinentes.

Ao meu querido irmão José Filinto e sua família: Neuma, Juliana, Fernanda, Rosana e Júnior, que me acolheram em São Paulo durante o período de

doutorado, acompanhando minhas preocupações, alegrias, sempre me incentivando, meu eterno reconhecimento. Aos demais irmãos e sobrinhos que ficaram em Campo Grande-MS, sou grata pelo amor e compreensão.

Ao Fernando, filho amado razão de minha existência compartilhando sempre de minhas experiências de vida. Minha gratidão e meu amor!

A todos os que, mesmo sem saber estiveram comigo auxiliando, incentivando, neste projeto de vida. Muito Obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO.....	XI
ABSTRACT	XII
LISTA DE TABELAS	XIII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
LISTA DE FIGURAS	XV
LISTA DE QUADROS	16
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1. RECORTES HISTÓRICOS DO ESPAÇO DE FRONTEIRA: CORUMBÁ, PUERTO QUIJARRO, PUERTO SUAREZ.	25
1.1 A constituição histórica da fronteira Brasil-Bolívia.....	25
1.1.1 Fronteiras e limites do Brasil com a América do Sul	33
1.2 Características socioeconômicas e demográficas de Corumbá, Puerto Quijarro e Puerto Suarez e sua relação com a atenção à saúde.....	37
1.2.1. Dinâmica populacional em Corumbá e Saúde	37
1.2.2 Panorama socioeconômico, populacional e da atenção à saúde dos municípios fronteiriços.....	50
1.2.1.1 A importância socioeconômica de Puerto Quijarro e Puerto Suárez na fronteira Bolívia-Brasil	55
1.2.1.2 A sócio economia de Puerto Quijarro	55
1.2.1.3 A sócio economia de Puerto Suarez	59
CAPÍTULO 2. ESPAÇOS FRONTEIRIÇOS E MOBILIDADE – CONCEITOS REVISITADOS	65
2.1 Fronteiras e migrações.....	70
2.2 A realidade migratória na América Latina e no Cone Sul: cenário delineado a partir da década de 90	79
CAPÍTULO 3. FRONTEIRAS E SAÚDE PÚBLICA: REALIDADE E FATOS NA DIVISA DE MATO GROSSO DO SUL COM A BOLÍVIA.....	87
3.1. Fronteiras e a temática saúde	87
3.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	89
3.2 O Projeto Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras-SIS FRONTEIRAS	92
3.2.1 As fases de operacionalização do Projeto SIS FRONTEIRAS.....	97

3.3 O diagnóstico local de saúde do município de Corumbá-MS/PROJETO SIS FRONTEIRAS.....	99
CAPITULO 4. VIVÊNCIAS E PECULIARIDADES DO ESPAÇO DE FRONTEIRA	105
4.1. O levantamento de informações institucionais	106
4.2. Impressões sobre a presença de bolivianos na área urbana.	108
4.2.1 O comércio nos dois lados da fronteira.	111
4.3 Abordagem qualitativa na área de saúde	114
4.3.1 Cotidiano de atendimento aos bolivianos na rede pública de saúde de Corumbá-MS.	119
4.3.2 Visitas domiciliares e à feira de produtos importados	121
4.4 Puerto Quijarro e Puerto Suarez – municípios de fronteira	122
4.5. Evidências e fatos nas UBS – resultados da pesquisa qualitativa	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	137
ANEXOS	146
I. BASE LEGAL DO PROJETO SIS FRONTEIRAS	147
II. ATO PORTARIA Nº 1.122/GM DE 6 DE JULHO DE 2005.....	149
ANEXO I TERMO DE ADESÃO AO SIS FRONTEIRAS	152
III - ACORDO, POR TROCA DE NOTAS, SOBRE REGULARIZAÇÃO MIGRATÓRIA- BRASIL-BOLÍVIA. DAI - DIVISÃO DE ATOS INTERNACIONAIS.	154
IV - LEI 6.815 – 19 DE AGOSTO DE 1980. TÍTULO X - DOS DIREITOS E DEVERES DO ESTRANGEIRO.....	156
V - REUNIÃO DE FORTALECIMENTO DO PROGRAMA DE VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA FRONTEIRA BRASIL / BOLIVIA....	161
VI - II ENCONTRO SOBRE VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOONOSES E EMERGENCIAS ZOOSANITARIAS EM ÁREAS TRANSFRONTEIRIÇAS	165
VII - ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ BINACIONAL PARA FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA FRONTEIRA DO ESTADO DE MATO GROSSO (BR) E A PROVINCIA GERMÁN BUSCH (BO).	168
VIII - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - CORUMBÁ-MS.....	172

RESUMO

Os estudos sobre mobilidade e circulação de pessoas estão, em sua maioria, vinculados à motivação econômica, a educação. A utilização dos serviços da rede pública de saúde entre países fronteiriços vem sendo estudada recentemente e o Brasil com sua vasta fronteira, principalmente com a Bolívia e o Paraguai vem sendo alvo de uma mobilidade relacionada à busca pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Mato Grosso do Sul, é uma das Unidades Federativas que faz divisa com os dois países e onde se observa a existência de uma mobilidade diária, consequente das relações comerciais e de vizinhança entre as cidades fronteiriças, e onde se sobressai um tipo de mobilidade relacionada à busca por esses serviços de saúde, atrelada a uma mudança de residência. Como objetivo principal esta tese se propõe a delinear a mobilidade e circulação naquela região, com a finalidade de utilização dos serviços da rede pública de saúde e sua provável vinculação a fixação de residência em Corumbá, cidade fronteiriça. Pretende-se mostrar, que essa mobilidade fronteiriça é motivada pela busca de qualidade de vida no que se refere a melhoria e acesso aos serviços de saúde. Com base nesse contexto, foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre estudos de mobilidade fronteiriça, utilização dos serviços do SUS em regiões de fronteiras, assim como sobre o contexto histórico de formação dessas fronteiras, e sobre o Projeto SIS Fronteiras. O compilamento de dados do Censo Demográfico do IBGE de 1991 e 2010 e do INE-Instituto Nacional de Estadística da Bolívia teve como finalidade o delineamento do perfil demográfico de Corumbá-MS e Puerto Quijarro e Puerto Suarez, respectivamente. Complementarmente, foi realizada uma pesquisa qualitativa, sendo entrevistadas as enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde de Corumbá, para averiguar como se relacionava a busca pelos serviços do SUS pelos bolivianos, principalmente os fronteiriços, e sua relação com a fixação de residência em Corumbá-MS. Na realidade analisada concluiu-se que a mobilidade fronteiriça é a resultante da interação e integração onde o local interage com o espaço de vida e determina o tempo de residência dos bolivianos fronteiriços, à medida que se constata que a utilização dos serviços da rede de saúde pública em Corumbá é um motivo consequente da necessidade de melhoria da qualidade de vida, e respectiva mudança de residência.

Palavras chaves: Saúde pública. Migração internacional. Morbidade. População.

ABSTRACT

Constant migration has been an integral part of humanity's interaction with the environment for hundreds of thousands of years. The search for better resources, economic opportunities and higher education has been a key factor to encourage migration. The usage of public health services across neighboring countries is increasingly being studied. Due to its vast borderlands, especially with Bolivia and Paraguay, Brazil has received thousands of immigrants who were underserved by or excluded from the medical care system in their homelands and looked for the services offered by the Brazilian health care system, the Unified Health System (SUS). In this context, a daily activity is observed in Mato Grosso do Sul, which is one of the Federal States that borders the two countries referenced above. This activity is a consequence of trade relations between the neighboring cities as well as the health care opportunities that have stood out, and can potentially represent a change of residency as a result of the health care provided by SUS in the state. As its main objective, this study aims to outline an analysis of the population's mobility related to the use of public health services, and its probable link to residency establishment in Corumbá, the border city in the region. Therefore, this study will correlate the border activity with the search for quality of life in terms of better and more accessible health care. Based in this context, the literature researched aimed to build reasoning on the study of border mobility, the use of SUS services in bordering regions, the historical context of these boundaries, as well as the application of a qualitative research, survey data from the demographic census of 1991 and 2010 from IBGE to outline the demographic profile of Corumbá-MS and data from the INE, National Institute of Statistics of Bolivia to present a demographic profile of Puerto Suarez and Puerto Quijarro. Thereby, this study will review the relations between the search for SUS services by Bolivians, especially the borders and the possibility of residency establishment in Corumbá-MS. It was concluded that the mobility across borders is the result of integration and interaction where the location interacts with the living space and determines the residency time of a person. In addition, given the known precariousness of health services in cities bordering with Bolivia, as well as the need for improved quality of life and use of services of public health network in Corumbá by Bolivians, this reality can be modeled as a change in one's permanent residency.

Key words: Public health; International migration; Morbidity; Population

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição absoluta da população por situação de domicílio, -----	39
Tabela 2. Taxa geométrica de crescimento anual da população - Brasil, -----	40
Tabela 3. Taxa de Fecundidade Total – TFT. Brasil,-----	41
Tabela 4. Composição da População segundos faixas etárias selecionadas Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010. -----	45
Tabela 5. Taxa Bruta de Mortalidade padronizada Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010. -----	47
Tabela 6. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010. -----	48
Tabela 7. Taxa de crescimento anual. Bolívia, Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2001-2007.-----	53
Tabela 8. Razão de Sexo, Bolívia Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2007.-----	53
Tabela 9. População Total e principais grupos etários, Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2007. -----	55
Tabela 10. Feira Brasbol – Feirantes nascidos na Bolívia e no Brasil, -----	112

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grau de Urbanização (%). Brasil, Mato Grosso do Sul, Corumbá, 1991, 2000, 2010. -----	40
Gráfico 2. Pirâmide Etária. Brasil, 2000, 2010. -----	43
Gráfico 3. Pirâmide Etária. Mato Grosso do Sul, 2000, 2010. -----	44
Gráfico 4. Pirâmide Etária. Corumbá, 2000, 2010. -----	44
Gráfico 5. Nascidos na Bolívia segundo sexo e residência em Mato Grosso do Sul, estados selecionados e demais UFs, 1980, 1991e 2000 -----	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Corumbá, Mato Grosso do Sul. Mapa Político de Mato Grosso do Sul: em destaque Corumbá e o Pantanal.....	38
Figura 2. Fronteira Brasil-Bolivia em Corumbá-MS.....	56
Figura 3. Folder em espanhol da Campanha de Prevenção do Dengue em Puerto Quijarro e Puerto Suarez, 2009.....	62
Figura 4. Faixa de fronteira do Brasil	95
Figura 5. Área brasileira beneficiada pelo Projeto SIS FRONTEIRAS.....	98
Figura 6. Alcaldia Municipal, Puerto Quijaro.....	123
Figura 7. Hospital Municipal San Juan de Dios-Puerto Suarez.....	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Extensão das linhas dos limites contíguas à faixa de fronteira do município de Corumbá (MS) com a Bolívia, secas e naturais, 1994. -----	35
Quadro 2. Caracterização Migratória do Brasil, América Latina e Caribe (1960-1990). -----	80

*...que a importância de uma coisa não se mede com
fita métrica nem com balanças nem barômetros etc.
Que a importância de uma coisa há que ser medida
pelo encantamento que a coisa produza em nós.*

Manoel de Barros

INTRODUÇÃO

*De tudo haveria de ficar para nós um sentimento longínquo
de coisa esquecida na terra — Como um lápis numa península.
Manoel de Barros.*

A mobilidade e circulação de pessoas, cuja finalidade é a utilização dos serviços da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) na fronteira do Brasil com a Bolívia, em Mato Grosso do Sul, motivou a elaboração desta tese por ser um tema complexo e ainda em desenvolvimento. Desta forma, pretende-se contribuir aos estudos já existentes com a visão da mobilidade e circulação no que se refere ao uso dos serviços da rede pública de saúde e sua provável vinculação a fixação de residência em Corumbá, cidade fronteiriça daquela região.

A observação da realidade local dos bolivianos residentes e/ou comerciantes em Corumbá motivou o estudo da temática sobre o uso dos serviços do Sistema Único de Saúde da rede pública de Corumbá, consequente de minha participação na pesquisa exploratória realizada de 07 a 20 de janeiro de 2006, em Campo Grande, Corumbá e Ponta Porã pelo Projeto Movimento Migratório e Meio Ambiente no MERCOSUL, NEPO-UNICAMP/IRD.

Complementarmente, o conhecimento da realização do Diagnóstico Local do município de Corumbá constante do Relatório do Projeto SIS FRONTEIRAS¹ - Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras do Ministério da Saúde em 2005, que reflete a realidade do SUS nas cidades brasileiras localizadas na fronteira com países da América do Sul (Amapá: Guiana Francesa; Pará: Guiana Francesa e Suriname; Roraima: Venezuela e Guiana; Amazonas:

¹ Instituído pela Portaria GM/MS nº 1.120, de 06 de julho de 2005 e lançado em Uruguaiana/RS em 10 de novembro de 2005. Relatório de Acompanhamento do Projeto, Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria Executiva, dez.2006.

Peru, Colômbia e Venezuela; Acre: Bolívia e Peru; Rondônia: Bolívia; Mato Grosso - Bolívia; Mato Grosso do Sul: Paraguai e Bolívia; Paraná: Paraguai e Argentina; Santa Catarina: Argentina e Rio Grande do Sul: Uruguai e Argentina).

A elaboração do Projeto SIS-Fronteiras foi fundamentada com a finalidade de promover a integração de ações e serviços de saúde nas cidades da região de fronteira, equipando, capacitando (...) os municípios da região da fronteira, uma vez que,

a dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública têm sido observadas nos países de fronteira com o Brasil, levando a um aumento do fluxo de circulação das populações ali residentes, na busca de uma melhor oferta de serviços de saúde. Essa mobilidade vem ocasionando dificuldades para os prefeitos e gestores municipais de saúde na região fronteira, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006:4).

As pesquisas bibliográficas sobre mobilidade fronteira e uso dos serviços do SUS, propiciaram o conhecimento da visão teórica do conceito de fronteira não só como uma demarcação geopolítica, mas também como uma dimensão simbólica, um limite (Mélo, 1997), lugares de passagem, trânsito diário, de trocas, local de interação e integração, onde é construída uma nova identidade (Gamboa, 2007).

Assim como, a realização da pesquisa exploratória na cidade Corumbá, foi decorrente da necessidade de conhecer a realidade naquela região de fronteira, sob a ótica das gerentes das Unidades Básicas de Saúde-UBS – Programa Saúde da Família-PSF.

As UBS são a primeira referência na busca pelos serviços da atenção básica, portanto, as enfermeiras são o contato inicial e que mais acesso tem as informações dos pacientes fronteirizos, suas necessidades e dificuldades no que concerne a saúde desses pacientes.

Estudando aquela zona de fronteira, Peiter (2005) percebe a existência de uma “relação de dependência com o Brasil para o atendimento de saúde”. Em seu relato a autora cita que a cidade de Corumbá, com as melhores condições de infraestrutura e de relações comerciais com o restante do Estado e

do País, é bem mais próxima que o Departamento de Santa Cruz de La Sierra, Departamento a qual pertencem os Municípios de Puerto Quijarro, Puerto Suarez:

a realidade da situação de saúde era crítica, dada a falta de saneamento, a pobreza da população e a carência do sistema de saúde local. O maior problema consistia da falta de água tratada. Era preocupante a elevada incidência de doenças transmitidas por vetores como a malária, a dengue, a leishmaniose e a febre amarela, esta última ainda frequente na região graças às constantes falhas dos programas de imunização. Por este motivo as autoridades sanitárias brasileiras não aceitavam os comprovantes de vacinação bolivianos (PEITER, 2005:290).

No que se relacionam aos atendimentos ofertados as gestantes bolivianas as informações do Relatório do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (2004) relatam a realidade fronteiriça na região de Corumbá-MS:

“38% das gestantes atendidas em Corumbá têm nacionalidade boliviana”, deixando claro com este relato a questão da “assimetria entre os sistemas de saúde, como responsável por esse afluxo, também (e talvez o principal motivo) a gratuidade do atendimento médico no Brasil” (MS/DENASUS/SNA, 2004 in PEITER, 2005:291).

Desse modo, para compreensão dessa realidade é tomada como unidade de análise a cidade de Corumbá-MS, considerando a proximidade geográfica com Puerto Quijarro e Puerto Suarez na Bolívia, os laços históricos, econômicos, sociais, culturais - elementos estruturantes do processo de formação e desenvolvimento de Corumbá e primazia exercida naquela região.

As diferenças existentes entre os sistemas de saúde naquela região podem ser configuradas como elementos para uma mobilidade populacional de fronteira e, nesse sentido, adota-se como perspectiva teórica o conceito de “residência base” como espaço de vida” e a noção de “reversibilidade dos fluxos migratórios” discutidos por Domenach e Picouet (1987)”.

Para os autores, a diferença entre os fenômenos mortalidade, fecundidade e a migração reside no fato de que a

“migração é um processo que se desenvolve no tempo e no espaço”. Processo que pode ser contínuo, temporário, sazonal ou definitivo, em uma mesma região, estado, país ou entre países. “É um evento renovável, e às vezes reversível”, ou seja, “que ocorre a partir da percepção que cada indivíduo tem de sua mobilidade no espaço”, de sua capacidade de deslocar-se consoante ao seu direito à liberdade de circulação, o ir e vir, que mesmo limitada por barreiras políticas, econômicas, “não são impeditivas de sua circulação (...) diária, de passagem, de trabalho, tratamento de saúde, estudo”(DOMENACH E PICOQUET:1987: p).

Essa definição de migração como um processo e um evento renovável e reversível pode ser legitimada naquele contexto fronteiriço, mas ainda não fundamentada como decorrente, além dos motivos econômicos, pela procura dos serviços de saúde.

A circulação existente naquele espaço geográfico se intensifica a partir de Acordos e Tratados Internacionais a exemplo do MERCOSUL². Os Tratados Bilaterais são importantes para o foco deste estudo, uma vez que estes direcionam o movimento migratório, a circulação de pessoas entre os países, em especial, no que se refere ao atendimento e acesso aos serviços de saúde na área de fronteira.

Deste modo, as especificidades dos vínculos existentes entre essas cidades fronteiriças e, o acesso aos serviços de saúde pública no Brasil são elementos constituintes de determinados fluxos migratórios e da mobilidade populacional na fronteira.

² A XXII Reunião de Ministros do Interior do MERCOSUL da República da Bolívia e da República do Chile (Dec. Nº 28/02, Acordos Emanados da XII Reunião de Ministros do Interior do MERCOSUL, da República da Bolívia e da República do Chile”) trata dos temas de migração e de residência. Foram aprovados, nesta reunião, os acordos sobre a Regularização Migratória Interna de Cidadãos do MERCOSUL, Bolívia e Chile, e sobre a Residência para Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, Bolívia e Chile.
<http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/es/fags.html>. Acesso em 07/junho/2010.

A partir desse contexto, o objetivo desta tese é estudar a mobilidade fronteiriça e a utilização dos serviços de saúde no espaço compreendido entre Corumbá (Brasil) e Puerto Suarez e Puerto Quijarro (Bolívia). Consequentemente, insere-se neste estudo como questão migratória a inclusão de um novo elemento nos processos migratórios de mobilidade fronteiriça, a partir de duas hipóteses: 1ª) a procura por serviços de saúde é um dos elementos que compõem os processos migratórios nesta fronteira; 2ª) a mobilidade nessa região como resultante da interação e integração onde o local interage no espaço de vida e determina o tempo de residência, consequente do uso dos serviços da rede pública de saúde.

Para tanto, a estruturação desse estudo está sistematizada em 4 capítulos: no primeiro capítulo apresenta-se os recortes de fatos históricos, com ênfase na delimitação do espaço de fronteira Brasil-Bolívia, a partir da contextualização demográfica e socioeconômica. No segundo capítulo encontram-se os conceitos teóricos sobre espaços fronteiriços e mobilidade, bem como a partir da perspectiva teórica de Domenach e Picouet (1996) a reversibilidade desses movimentos migratórios.

Os deslocamentos populacionais e sua relação com o acesso aos serviços de saúde: acompanhando a trajetória do Projeto Sistema de Saúde da Fronteira (SIS Fronteira) são abordados no terceiro capítulo que, contempla também, um delineamento da situação de saúde, abrangendo dados demográficos, mortalidade, morbidade e fatores de risco do ano de 2008 da cidade de Corumbá, e das cidades fronteiriças de Puerto Quijarro e Puerto Suarez-BO, objetivando a elaboração de um diagnóstico do setor saúde.

Compõe o quarto capítulo o relato da viagem de campo realizada em 2006 com a experiência vivenciada naquela região, as visitas locais, para a elaboração do planejamento e as ações do Projeto Movimento Migratório, Meio Ambiente no MERCOSUL do Nepo-Unicamp/IRD; é também descrita a viagem a campo realizada em 2008, nas cidades de Corumbá, Puerto Quijarro e Puerto Suarez, com a finalidade de levantar subsídios para análise daquela realidade e

para o delineamento metodológico para as visitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2009, com a intenção de constatar a relação entre fixação de residência e a utilização dos serviços públicos de saúde, bem como, os resultados da pesquisa de campo qualitativa na área de saúde.

A cidade de Corumbá, naquela região fronteiriça, no início de sua formação teve a influência das tradições culturais, a exemplo da dança Gomba³, do povo paraguaio; na realidade do século XX são os imigrantes bolivianos com seu comércio e tradições que mais se evidenciam naquela sociedade. A utilização dos serviços públicos é uma das demandas dos bolivianos fronteiriços que atravessam a fronteira para utilizarem os serviços da rede pública de saúde em consequência da facilidade de mobilidade na região e, da ausência da oferta de serviços em suas cidades.

³. “as restrições que sofria no próprio Paraguai, em 1878, em razão do barulho e da lascívia, dois componentes intensamente combatidos nesse período, especialmente no meio urbano, onde havia grande preocupação com a disciplinarização e o controle dos trabalhadores. Em um país estrangeiro, os paraguaios poderiam sofrer restrições ainda mayores. As festas, com todos os componentes que as constituem, são mencionadas com frequência pelos memorialistas ou em depoimentos de pessoas que viveram no início do século XX, revelando que marcaram época e a memória de certos segmentos sociais (SOUZA, J.C.2004: 341)

CAPÍTULO 1. RECORTES HISTÓRICOS DO ESPAÇO DE FRONTEIRA: CORUMBÁ, PUERTO QUIJARRO, PUERTO SUAREZ.

*Quem anda no trilho é trem de ferro
sou água que corre entre
pedras: liberdade caça jeito.
Manoel de Barros*

Neste capítulo apresenta-se, de forma resumida, a conquista e povoamento do Estado de Mato Grosso, e do atual Mato Grosso do Sul como referencia para a formação da fronteira Brasil-Bolívia, a partir do século XVI.

1.1 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA.

No relato histórico de Campestrini e Guimarães (1991:13) a rota do português Aleixo Garcia é tida como referência inicial do período da conquista do território de Mato Grosso e da composição populacional dessa região

“que partindo do litoral (de São Vicente ou de Santa Catarina), em 1524, se dirigiu às minas do Peru, depois de atravessar a serra de Maracajú, descer o Rio Miranda e, pelo Rio Paraguai, alcançar Assunção.”

Os autores descrevem ainda que, na porção da região que hoje compõem o Estado de Mato Grosso Sul:

“passaram numerosas bandeiras, em direção ao norte, ao Paraguai e ao Peru” e na segunda metade do século XVII, as regiões do Iguatemi, do Ivinhema, a Serra de Maracajú e a Vacaria eram bem conhecidas dos bandeirantes. Em 1718, (...) foi descoberto “ouro abundante e fértil” (...) junto ao Rio Coxipó-Mirim, nascendo em 1719 o Arraial de Forquilha que deu origem à cidade de Cuiabá, iniciando-se a história do então Estado de Mato Grosso, que pela sua localização geográfica no Centro-Oeste tinha acesso muito precário aos centros urbanos brasileiros Campestrini e Guimarães, (1991:17).

Referindo-se à fronteira de Mato Grosso no século XVIII com as nações vizinhas Araújo (2000:61) relata que a mesma não era bem delimitada, fundamentando-se para tal relato nas Cartas e Instruções⁴. Menciona o processo de constituição de “uma das maiores fronteiras geopolíticas do Brasil traçada em meio aos conflitos e relações diplomáticas, na segunda metade do século XVIII”, tendo como embasamento inicial o Tratado de Tordesilhas (1494) que delimitava a área pertencente (no chamado Novo Mundo) aos espanhóis que começava no litoral do Pacífico avançando até a região dos Andes e a dos portugueses que avançavam pelo litoral do Atlântico para o interior.

Após muitos conflitos, em 1750 é assinado o Tratado de Madri entre Portugal e Espanha que coloca um final na luta pelas posses de terras na América do Sul:

Separadas apenas por uma linha imaginária que dividia as posses e por ‘tratados’, que são a escritura do jurídico, as fronteiras adquirem um estatuto preciso nos limites que definem as marcas/marcos nos terrenos. Duas formas do real existente marcam o ‘lugar memória’ simbolizado pelo entendimento e pelo marco/monumento: o rio (Jauru⁵, na época, o balizador do Tratado) delimitando a fronteira natural e o discurso (Tratado) que transforma a posse em matéria de legalidade política e administrativa (ARAUJO, 2000:61).

⁴ Cartas, escritas por D. Antonio Rolim de Moura e D. Luiz de Albuquerque e Mello Pereira e Cáceres (primeiro e quarto capitães-generais da Província de Mato Grosso; Instruções, emanadas da metrópole e se configuram como relatórios. Tem cunho oficial, mas são também narrativas do cotidiano político da Província e descrições detalhadas, se configuram como o instrumento legal da conquista disciplinando a matéria encaminhada à colônia e impondo o movimento de sentidos produzidos sobre a fronteira. Funcionavam como elo de manutenção de uma unidade política. Retomam pré-construídos em outro lugar e sinalizam ações futuras numa única direção de sentidos. Como procedimento jurídico-administrativo traçam os preceitos para manutenção do poder que é transferido, na colônia, aos governantes que dão acesso à voz do colonizado. Instruções de D. João e da Rainha Dona Maria I à época dos programas de delimitação da maior fronteira territorial do país, compreendendo os rio Guaporé e Paraguai, na faixa ocidental do Brasil. ARAÚJO (2000:9;25).

⁵ O símbolo desse Tratado - marco do Jauru - ainda é referência histórica no município de Cáceres-Mato Grosso.

Ainda segundo Araújo (2000) o Tratado de Madri determinava que Portugal cedesse a Colônia do Sacramento e as suas pretensões ao estuário da Prata e, em contrapartida, receberia os atuais estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (território das missões jesuíticas espanholas) o atual Mato Grosso do Sul, a imensa zona compreendida entre o Alto-Paraguai, o Guaporé e o Madeira de um lado e o Tapajós e Tocantins do outro, regiões estas desabitadas e que não pertenceriam aos portugueses se não fossem as negociações do Tratado. Era o princípio do *uti possidetis* e das fronteiras naturais, que significa *posse de fato do território ou na sua pretensão de ocupação populacional*.

Para Machado (2000) o Tratado de Madrid (1750) foi o princípio jurídico do estabelecimento de novas formas de se tratar os limites territoriais:

faz menção à necessidade de levantamentos expeditos no terreno para a efetiva demarcação de limites; estabelece a separação entre os conflitos que pudessem ocorrer na Europa (entre as potências signatárias) e os conflitos americanos (Artigo XXI); faz uso do desenho das redes hidrográficas como melhor opção de limite; e desloca o princípio romano do Direito Civil, denominado de *uti possidetis* (consagrado ao direito de propriedade e posse sobre terras) para o campo do Direito Público (Artigo III), o que permitiu lidar com a questão da expansão das fronteiras de povoamento (MACHADO, 2000:9-29).

Enquanto na perspectiva de Araújo (2000:62), o Tratado de Madrid (1750) “(...) é resultante do processo sócio-histórico de formação de uma região. Antes de ser um dado eminentemente geográfico é, acima de tudo, um dado econômico.

Preocupada com o Acordo e a invasão de terras da coroa portuguesa ou “penetração castelhana” a Metrópole funda Vila Bela da Santíssima Trindade na porção norte do Mato Grosso (rico em jazidas de ouro). Depois no quarto Governo da Capitania (1772-1789) continua a ocupação dos “vazios” da fronteira,

temendo principalmente, a ocupação pela América castelhana, construiu, em 1775, o Forte Coimbra. Em seguida à instalação do Forte⁶ inicia-se a fundação do povoado:

às margens do Rio Paraguai ao norte do forte estabelecido e a meio caminho da sede da Capitania de Mato Grosso. Nesse sentido, uma área de altas barrancas margeando o rio e estabelecendo-se abaixo do canal do Tamengo, que une a baía de Cáceres ao rio Paraguai, apresentou-se como ponto ideal para lançar-se um centro urbano (...) (CORREA 1981:21).

Tanto o Forte Coimbra como o Arraial de Coimbra, além de serem considerados lugares estratégicos tinham como finalidade reprimir o avanço espanhol e impedir a invasão dos índios Paiaguás e Guaicurús.

A cidade de Corumbá originou-se com a fundação do arraial de Nossa Senhora da Conceição de Albuquerque em 21 de setembro de 1778, e tinha, também, como finalidade conter a ocupação da margem direita do Rio Paraguai pelos espanhóis da Região do Prata.

Correa (1999) descrevendo um dos cenários de lutas e disputas entre os espanhóis e portugueses na fronteira de Mato Grosso e de Mato Grosso do Sul com a Bolívia e o Paraguai, a partir do século XVI, ressalta a ocupação da posição estratégica às margens direita do Rio Paraguai.

Relatando ainda que, pós-guerra com o Paraguai (1864-1870) e da internacionalização das águas do rio Paraguai até o Porto de Corumbá (período de 1870 a 1920), “a economia local inicia uma fase de pleno desenvolvimento, consequente do contato que, então, se fez com os países latinos e o comércio mundial” (Correa 1999:20).

⁶ Destruído em 1797 pelos Guaicurus, foi reconstruído em 1797, por Ricardo Franco, que, em 1801, rechaçou o ataque dos espanhóis. Em fins de 1864, foi tomado pelas tropas paraguaias de Barrios. (Campestrini e Guimarães, 1991:26).

A história dessa região deve ser contextualizada em uma conjuntura espacial mais ampla, que é a História da América do Sul, “suas nacionalidades e das suas mediações intracontinentais” (Correa, 1999:35).

A questão da fronteira entre Brasil e Bolívia só foi resolvida em 1903 com a assinatura do Tratado de Petrópolis, até então coexistia uma série de incidentes diplomáticos no que se relaciona aos limites entre os países:

“que punha fim à questão do Acre, estabelecendo os seus limites mediante a indenização à Bolívia de 2.000.000 de libras esterlinas, a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré e a cessão de terras brasileiras à margem direita do Rio Paraguai. As terras cedidas estão localizadas ao oeste de Mato Grosso do Sul e são as seguintes: 723 km² de terras adjacentes à Baía Negra (abaixo do Forte Coimbra); 116 km² na Lagoa Cáceres (junto a Corumbá); 20,3 km² na Lagoa Mandioré (à altura do porto de Dourados, na serra do Amolar); e 8,2 km² na Lagoa Guaíba (na ponta norte da serra do Amolar) – ganhando a Bolívia acesso à navegação no rio Paraguai (CAMPESTRINI E GUIMARÃES, 1991:109).

A proximidade geográfica de Corumbá com a fronteira da Bolívia (o município de Arroyo Concepción fica distante 5 km), o acesso fluvial via Rio Paraguai às demais regiões da América do Sul, ao mesmo tempo a ausência de melhores meios de comunicação por via terrestre ou férrea com o restante do Estado de Mato Grosso, fez com que durante muito tempo fossem mantidos fortes vínculos com o Paraguai e a Bolívia – países fronteiriços –, e com a Argentina – país com o qual se liga pela Bacia do Prata e as Bacias do Paraguai e Paraná.

Os vínculos mantidos com os países da América do Sul, fez com que Corumbá fosse considerada “o empório da província” de Mato Grosso, e, em decorrência a presença de estrangeiros impulsionou o comércio, fazendo com que este fosse o fator principal do crescimento urbano Correa (1985:39). De acordo com a autora “Corumbá desempenhou claramente o papel do capital que impulsionou a economia nacional e toda a região platina”. A realidade do desenvolvimento urbano é relatada pelo otimismo dos políticos locais, que ressaltavam o crescimento demográfico em 1906:

“Parte de sua população, que pode ser computada em 12.000 habitantes, é estrangeira, e a esse elemento deve por certo o gosto das construções, assim como os hábitos da vida, semelhantes aos das cidades do Prata” (Correa, 1985).

Mas, essa realidade mudaria no decorrer das décadas, com o advento da estrada de ferro⁷, cuja história remonta à Corte Portuguesa que “desde 1851 percebia a necessidade de integrar o Mato Grosso ao litoral do País, mas foi durante a Guerra do Paraguai entre 1864 e 1870 que a falta de transporte na região ficou mais evidente, incentivando-se daí em diante a realização de estudos para a construção de uma ferrovia”.

Em 15 de novembro de 1905 foi iniciada a construção da Companhia de Estrada de Ferro Noroeste do Brasil com origem em Bauru e destino a Cuiabá, no Mato Grosso. Mas a dificuldade de construir a ferrovia até a cidade de Cuiabá fez com que o traçado original, em 1908, fosse alterado para Corumbá, divisa com a Bolívia.

A implantação da ferrovia ocorreu em 1914 e sua inauguração ocorreu em 1947 até Porto Esperança, mas somente em 1952 é que a Ferrovia chegou até a cidade de Corumbá com a construção da Ponte Barão do Rio Branco, atualmente denominada Ponte Eurico Gaspar Dutra.

A ferrovia foi um dos marcos do desenvolvimento do Estado, uma vez que várias cidades surgiram às suas margens, ao mesmo tempo em que significou a “ruptura econômica” da cidade de Corumbá com os centros da Bacia do Prata, pois segundo relatos de Alves (1985) as relações comerciais passam a ser mantidas com São Paulo-Santos, integradas economicamente por esse novo eixo ferroviário e pela rodovia que convergia para uma nova configuração espacial. Desta forma, o comércio local que era impulsionado pela ligação via Rio

⁷ Disponível em: <http://www.brasilferrovias.com.br/bf/topicos_gerais/pesquisa.no.portal.php> Acesso em: 15 de março de 2006.

Paraguai com os países da América do Sul, muda totalmente sua rota, e as alternativas de produção econômica também se transformam, moldando novos tipos de atividades do setor produtivo na região:

“aos comerciantes dos portos restaram três alternativas: a) evadir-se de Mato Grosso, mobilizando seus capitais para ramos de produção e locais mais promissores; b) manter-se na região, mas transferindo seus capitais para outras atividades econômicas mais estáveis, a exemplo da pecuária; c) permanecer no comércio, porém vendo-se relegado à condição de puro comerciante, estreitamente dependente de grupos econômicos sediados em São Paulo, os novos responsáveis pelo abastecimento da região (ALVES, 1985:81).

Posteriormente, foi realizada a expansão da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil com a interligação das bacias fluviais Paraná e Paraguai aos países vizinhos: a Bolívia e o Paraguai, impulsionando o desenvolvimento econômico do Estado do Mato Grosso, principalmente da porção sul do Estado, atual Mato Grosso do Sul⁸.

A criação do Estado de Mato Grosso do Sul é resultado de um longo movimento, com características socioeconômicas, políticas e culturais, que permeou sua formação histórica recente. A resistência sul-mato-grossense é uma das peculiaridades que entremeiam a história de Mato Grosso do Sul desde os primeiros tempos de conquista espanhola, depois luso-brasileira.

Segundo Weingärtner (2006) o movimento divisionista no Sul de Mato Grosso tem sua origem nos fins do século XIX, 1889, quando alguns políticos corumbaenses divulgam um manifesto, no qual propunham a transferência da capital de Mato Grosso para Corumbá.

A expansão e operação da ferrovia, evento de relevante importância no início do processo de maior proximidade com o Paraguai e a Bolívia, bem como, com as demais regiões do país, proporcionou também, o povoamento e

⁸ Disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br/cgr/historia/divisao.htm>> acesso em: 15 mar.2006

surgimento de novos locais que se transformaram em cidades da região, na faixa compreendida pela passagem da ferrovia, onde até então, existiam cidades que eram praticamente subordinadas à navegação platina.

No período entre 1920 a 1954 Corumbá conviveu com momentos de crises econômicas com a desarticulação do pólo portuário mercantil especialmente em favor do emergente pólo de Campo Grande, onde os fazendeiros da região passaram a se abastecer, quando não compravam diretamente do Rio de Janeiro ou de São Paulo. O crescimento demográfico e a ocupação econômica de novos espaços modificaram a dinâmica social dessa região. Pequenos fluxos de migrantes (paraguaios, paulistas, mineiros e gaúchos) contribuíram com as transformações em curso e, em 1920, o núcleo urbano de Corumbá contava com mais de dezenove mil habitantes (CORREA in MANETTA, 2009:33).

Referenciando-se aos dados do Censo Demográfico de 1920, Bassanezi (1996:15), menciona que

“no Mato Grosso, predominava mais uma imigração de fronteira: paraguaios e pessoas oriundas de outros países latino-americanos correspondiam a aproximadamente 70% a.a. do segmento estrangeiro (...). Mato Grosso manteve uma quantia quase constante destes em seu território’, (...) “pelas atividades extrativistas, agricultura de subsistência e/ou a expansão da agropecuária” BASSANEZI (1996:15).

A atividade agropecuária foi a mola propulsora do desenvolvimento do Estado de Mato Grosso (e Mato Grosso do Sul) nos séculos XX e XXI.

Na década de 50, Corumbá vivencia uma nova fase de desenvolvimento econômico com a expressiva entrada de imigrantes nordestinos, para trabalharem na indústria siderúrgica, de fiação, de trigo e de curtume e na extração de madeira para abastecimento dos fornos, o que contribui para o crescimento populacional da região.

Esta fase durou 20 anos, segundo Oliveira (2005), só vindo a sofrer alterações em sua dinâmica a partir de meados dos anos de 1980, com o “incremento de imigrantes palestinos e bolivianos que haviam migrado do norte

daquele país para aquela fronteira”. O que resultou, ainda segundo o autor, no aumento e expansão do comércio impulsionado pelos palestinos e pela informalidade do comércio dos bolivianos marcando presença na cidade de Corumbá (OLIVEIRA, 2005:352-353).

O centro urbano de Corumbá passou a desempenhar um novo papel no contexto regional, com parcial resgate de sua função geopolítica em relação ao comércio internacional: entreposto comercial de produtos brasileiros para o mercado consumidor boliviano, o que, possivelmente foi uma das causas que influenciou a intensificação das relações comerciais do Brasil com a Bolívia.

1.1.1 Fronteiras e limites do Brasil com a América do Sul

A história da constituição da fronteira no Brasil, tendo como referencia a legislação básica dos países sul-americanos sobre a faixa de fronteira, segundo Steiman (2002) é uma “tentativa”, de reunir as “normas, projetos especiais, quando esta se refere às fronteiras ou limites internacionais na América do Sul, implementados ou não, que definem e regularizam a utilização da faixa de fronteira no Brasil e na América do Sul, especificamente em seus países vizinhos”.

No final do século XIX, a faixa de fronteira brasileira foi definida como área geográfica com regime jurídico particular pela lei nº. 601, de 18 de setembro de 1890, que reservou uma faixa de dez léguas, correspondente a 66 km, ao longo do limite do território nacional. Na década de 1930, esta área foi sucessivamente ampliada para 100 km e depois para 150 km⁹.

Na América do Sul cinco países, além do Brasil, segundo Steiman (2002) reconhecem a faixa ou zona de fronteira como uma unidade espacial

⁹ Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria Executiva. Relatório de Acompanhamento do Projeto. julho de 2007.p.5.

distinta e sujeita à legislação específica que delimita a faixa de fronteira, (Bolívia – 50 km e Peru – 50 km); três reconhecem a faixa de fronteira, mas, não delimitam a largura, e os demais países não especificam a faixa de fronteira (Argentina; Chile; Guiana, Guiana Francesa; Paraguai, Suriname e Uruguai).

Os principais instrumentos legais que definem e regulamentam a ocupação da faixa de fronteira é a lei nº. 6.634, de 2 de maio de 1979 e o decreto nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, que considera essa área como indispensável à segurança nacional, estabelecendo um conjunto de restrições ao uso da terra e a realização de uma série de atividades na região. Essa lei estabelece a faixa de fronteira do Brasil em 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional e abrange 588 municípios.

Na Constituição do Brasil de 1988, a definição oficial da “faixa de fronteira” (Figura 1) foi estabelecida na área compreendida dentro dos 150 km perpendiculares à linha limitante (cap.II, art. 20, alínea XI, parágrafo II) do território brasileiro. Esta delimitação teve como fundamento a defesa do território nacional, determinando uma regulação própria quanto à sua ocupação e utilização.

Quando se trata do Brasil, a discussão de fronteiras históricas e geográficas é uma questão relevante dada à dimensão continental do seu território, uma vez que é o quinto país do mundo em extensão territorial com 8.514.876,599 km² (Resolução Nº 05, de 10 de outubro de 2002-Presidência do IBGE).

A extensão das fronteiras do Brasil com os países da América do Sul corresponde a 15.735 km e, especificamente, com a Bolívia sua fronteira corresponde à extensão de 3.126 km (IBGE, 2006), que faz parte da zona de fronteira sul do país que ainda tem o Uruguai, Argentina e o Paraguai.

Na região de fronteira de Corumbá com a Bolívia esta extensão corresponde a 392,5 km, destes 291,7 km são de fronteira seca e 100,8 de fronteira natural (quadro 1).

Quadro 1. Extensão das linhas dos limites contíguas à faixa de fronteira do município de Corumbá (MS) com a Bolívia, secas e naturais, 1994.

Município	País	Especificação (km)		
		Seca	Natural	
Corumbá	Bolívia	291,7	Rio Paraguai	48,0
			Arroyo Concepción	3,0
			Canal Tamengo	6,0
			Desaguadouro Lagoa Mandioré	8,8
			Canal Dom Pedro ou Rio Pardo	35,0
			Total	100,8
Total geral da linha limite: 392,5				

Fonte: SEMAC-MS, 2009. Disponível em: <http://www.semac.ms.gov.br>
Adaptado pela autora.

Em 2000 e 2001, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso reiterou a importância da fronteira nas suas mensagens ao Congresso Nacional, destacando a pretensão de ampliar "a densidade populacional da região de 0,75 para 1 habitante por Km², e reduzir a extensão média de fronteira entre cada núcleo de povoamento integrado à pequena unidade militar, de 460 km (1998) para 400 km (2003)" (Steiman, 2002:12).

Quando se referem ao espaço fronteiriço Corumbá – Bolívia, especificamente aos municípios de Puerto Quijaro e Puerto Suarez (semi-conurbação) Oliveira e Muller (2005) argumentam que aquele espaço tem as características dos espaços geográficos definidos como:

(...) 'meios geográficos' nos quais o local e o internacional se entrelaçam, estabelecendo vínculos e dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelo homem fronteiriço. Neles estão presentes as identidades e as culturas nacionais de cada um dos países envolvidos. Acreditamos que ali também são construídas, reelaboradas e constituídas outra cultura e identidade diferenciada, capaz de dar conta das demandas específicas do local (OLIVEIRA E MULLER, 2005. p: 2).

Enquanto para Souchaud (2007) a proximidade com o Município de Corumbá é um fator facilitador da migração boliviana caracterizada pelas redes familiares (...) a qual adota duas modalidades: a migração de fronteira, que pode ser chamada de “migração de imediações” e a migração metropolitana que pode ser qualificada de “migração metropolitana exclusiva”.

Tendo como parâmetro essas duas concepções, ou onde a primeira ilustra o “local” como espaço de interação e integração (Oliveira e Muller, 2005) e na segunda (Souchaud, 2007) a extensão “imensidão” do espaço e a proximidade fronteira como facilitadora da “migração de imediações” é que se apresenta neste estudo a definição de mobilidade nessa fronteira como resultante da interação e integração onde o local interage no espaço de vida e determina o tempo de residência.

Na pesquisa realizada por Costa, Souza e Santana (2008) a proximidade fronteira é a facilitadora da mobilidade para o mercado de trabalho e ao acesso a escola pública, uma vez que

(...) faz com que muito bolivianos trabalhem no Brasil e residam na Bolívia, vindo todos os dias para trabalhar e alguns permanecem residindo no Brasil. (...). A população boliviana que mora e/ou trabalha na região de fronteira é constantemente atendida pelos órgãos públicos de Corumbá- MS, principalmente na área da saúde e da educação das crianças. Pelos dados coletados, constatamos os seguintes números: nas escolas municipais de Corumbá estudam 59 crianças que nasceram na Bolívia, mas moram no Brasil; 40 que nasceram e moram na Bolívia; 36 que nasceram no Brasil e moram na Bolívia e 248 que nasceram e moram no Brasil, mas seus pais são bolivianos (COSTA, SOUZA E SILVA, 2008:5).

Constata-se, nessa conjuntura, a influência do castelhano na fala cotidiana dos Corumbaenses bem como do português no dia a dia dos bolivianos da fronteira, principalmente, na culinária, integrante do cardápio diário desses

povos, e de alguns hábitos, a exemplo da rodada de tereré¹⁰-chimarrão gelado, bebida típica de grupos de jovens sulmatogrossenses.

Farret (1997:107) estudando as fronteiras do continente americano México-EUA, da Amazônia, e do Cone Sul, especificamente, comenta que as regiões de fronteiras pelo fato de fisicamente serem distantes do centro de tomada de decisão político-econômica, constroem historicamente, vínculos ou o que ele chama de “processos interativos” uma vez que as comunidades fronteiriças veem a fronteira como “contato” e não como “limite”.

No próximo item são apresentadas algumas características socioeconômicas e demográficas das cidades fronteiriças com a finalidade de delinear o perfil dessas localidades.

1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DE CORUMBÁ, PUERTO QUIJARRO E PUERTO SUAREZ E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO À SAÚDE.

1.2.1. Dinâmica populacional em Corumbá e Saúde

Corumbá, dentre os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, é o que possui a maior área com 64.960,863 km² (representa 18,19% da área total do Estado) integrante do grupo de municípios do Pantanal Sul Matogrossense: Ladário, Porto Murtinho, Miranda, Aquidauana, Rio Verde de Mato Grosso, Coxim, Sonora e Bodoquena (Figura 1).

O Censo Demográfico de 2010 registrou uma população de 93.452 habitantes na área urbana e 10.251 habitantes na área rural; possui 6 (seis) distritos: Albuquerque, Amolar, Coimbra, Nhecolândia, Paiguás e Porto

¹⁰ O tereré ou Téres é uma bebida feita com a erva-mate (*Ilex paraguariensis*), de origem guarani.

Esperança. A densidade demográfica é de 1,6 habitantes/km². Distante 415 km da capital Campo Grande.

Figura 1. Corumbá, Mato Grosso do Sul. Mapa Político de Mato Grosso do Sul: em destaque Corumbá e o Pantanal.



Fonte: Atlas Geográfico Brasileiro – IBGE, 2003 in HANY (2005:55).

O crescimento absoluto no período entre 2000/2010 foi pouco expressivo, ou seja, o volume da população teve um aumento de 8.002 habitantes, (Tabela 1) quando comparado ao período 1991/2000.

Esse aumento pode ser observado quando se analisa as taxas de crescimento geométrico da população, de 0,9% a.a. em 1991/2000 para 0,8% a.a. em 2000/2010, refletindo a baixa intensidade desse crescimento, bem menor que do Estado de Mato Grosso do Sul (1,7% a.a) (Tabela 2).

Dentre os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul é o que tem a mais alta concentração urbana (90,1%) (Gráfico 1). Na área rural, percebe-se a ocorrência de uma leve recuperação populacional, que apresentou um saldo positivo no período 2000/2010 em relação à 1991/2000, enquanto a área urbana diferentemente tem um crescimento menor no que se refere ao período 2000/2010.

Tabela 1. Distribuição absoluta da população por situação de domicílio, 1991, 2000, 2010. Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá.

1991			
	Urbano	Rural	Total
Brasil	110.990.990	35.834.485	146.825.475
Mato Grosso do Su	1.414.447	365.926	1.780.373
Corumbá	76.660	11.751	88.411
2000			
	Urbano	Rural	Total
Brasil	137.953.959	31.845.211	169.799.170
Mato Grosso do Su	1.747.106	330.895	2.078.001
Corumbá	86.144	9.557	95.701
2010			
	Urbano	Rural	Total
Brasil	160.925.792	29.830.007	190.755.799
Mato Grosso do Su	2.097.238	351.786	2.449.024
Corumbá	93.452	10.251	103.703
Crescimento Absoluto 1991/2000			
	Urbano	Rural	Total
Brasil	26.962.969	-3.989.274	22.973.695
Mato Grosso do Su	332.659	-35.031	297.628
Corumbá	9.484	-2.194	7.290
Crescimento Absoluto 2000/2010			
	Urbano	Rural	Total
Brasil	22.971.833	-2.015.204	20.956.629
Mato Grosso do Su	350.132	20.891	371.023
Corumbá	7.308	694	8.002

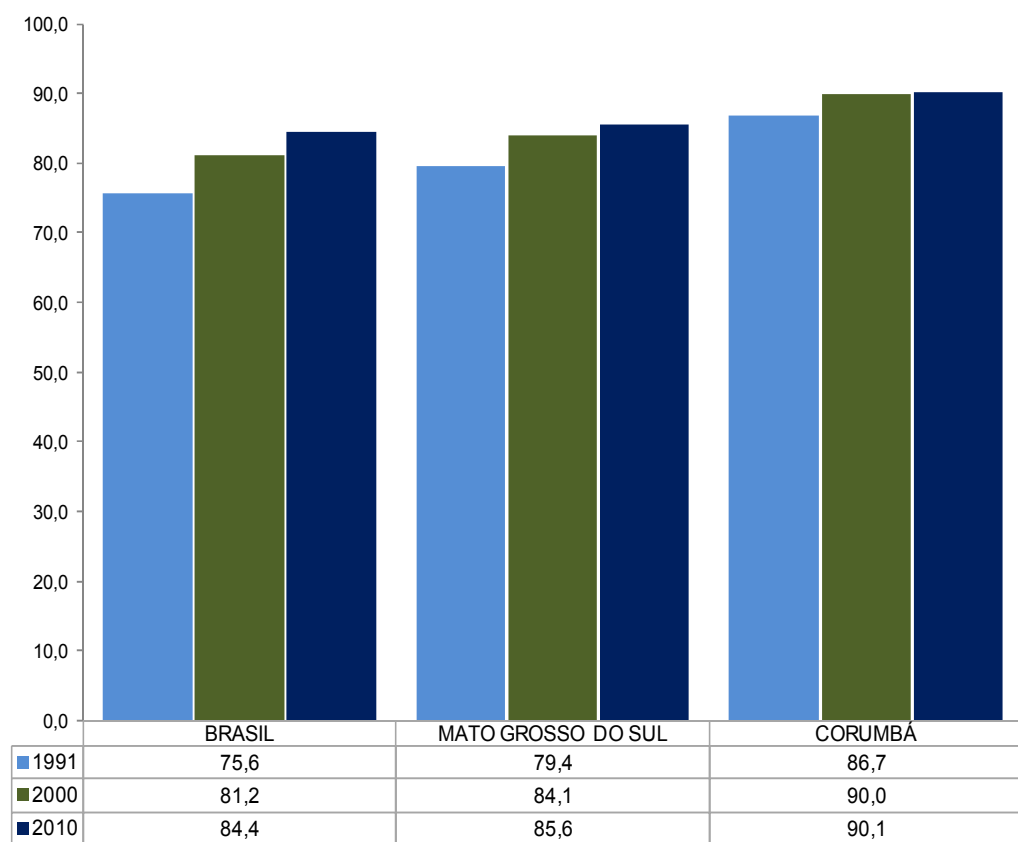
Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Tabela 2. Taxa geométrica de crescimento anual da população - Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 1991/2000 e 2000/2010.

	1991/2000	2000/2010
Brasil	1,6	1,2
Mato Grosso do Sul	1,7	1,7
Corumbá	0,9	0,8

Fonte: IBGE. Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

Gráfico 1. Grau de Urbanização (%). Brasil, Mato Grosso do Sul, Corumbá, 1991, 2000, 2010.



Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Das variáveis demográficas (fecundidade, mortalidade e migração) a fecundidade é o componente do crescimento vegetativo que mais influencia no crescimento populacional de uma dada região.

O Brasil desde a década de 70 vem experimentando queda em suas taxas de fecundidade que, na opinião de Carvalho e Brito (2005) pode ser demarcada no final do século passado, representando um “rapidíssimo declínio da fecundidade”. “Em três décadas, passou de 5,8 para apenas 2,3”. Em 2010 a TFT do Brasil era de 1,7 filhos por mulher (Tabela3).

Em 2000, Mato Grosso do Sul registrava uma taxa de fecundidade total (TFT) de 2,1 filhos por mulher, refletindo a tendência de queda do nível (Tabela 3) e mudança no padrão (Figura 2) alcançando em 2010 uma TFT abaixo do preconizado nível de reposição com uma TFT de 1,8 filhos por mulher.

A queda da TFT em Corumbá vem ocorrendo em ritmo bem moderado, ou seja, uma média de 2,8 filhos por mulher em 2000 diminuindo para uma média de 2,7 filhos por mulher em 2010, relativamente maior que o atual padrão existente no Estado.

Considerando a questão fronteiriça, o que se pode inferir é que, provavelmente, a maior taxa de fecundidade para Corumbá, apesar do decréscimo no ritmo de crescimento, pode estar relacionada à “invasão” de nascimentos.

Tabela 3. Taxa de Fecundidade Total – TFT*. Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010.

	2000	2010
Brasil	2,4	1,7
Mato Grosso do Sul	2,1	1,8
Corumbá	2,8	2,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. DATASUS, 2011.

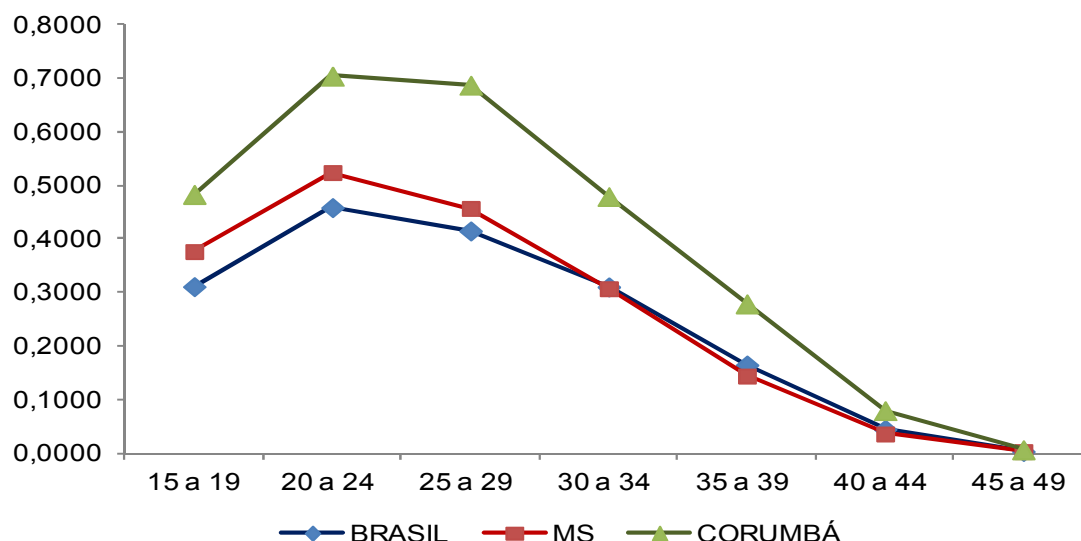
*cálculo da autora com dados preliminares de nascidos vivos ano 2010.

Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

Segundo Cunha et al. (2006) “Corumbá oferece aos migrantes bolivianos um estatuto privilegiado, que favorece melhor inserção profissional e acesso a sistemas de saúde e educação”.

Considerando essa tendência de mudança do comportamento reprodutivo observa-se que o padrão da fecundidade, em Corumbá, no que se refere aos nascimentos por idade da mãe, os grupos etários de mulheres mais jovens (15-19 anos) ainda tem uma participação representativa 17,7% na coorte de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) em 2010 (Figura 2).

Figura 2. Taxas Específicas de Fecundidade. Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. DATASUS, 2011.

Para Wong e Bonifácio (2009), as mudanças no comportamento reprodutivo na América Latina refletiram a diminuição da fecundidade e demonstravam suas consequências na estrutura etária da população:

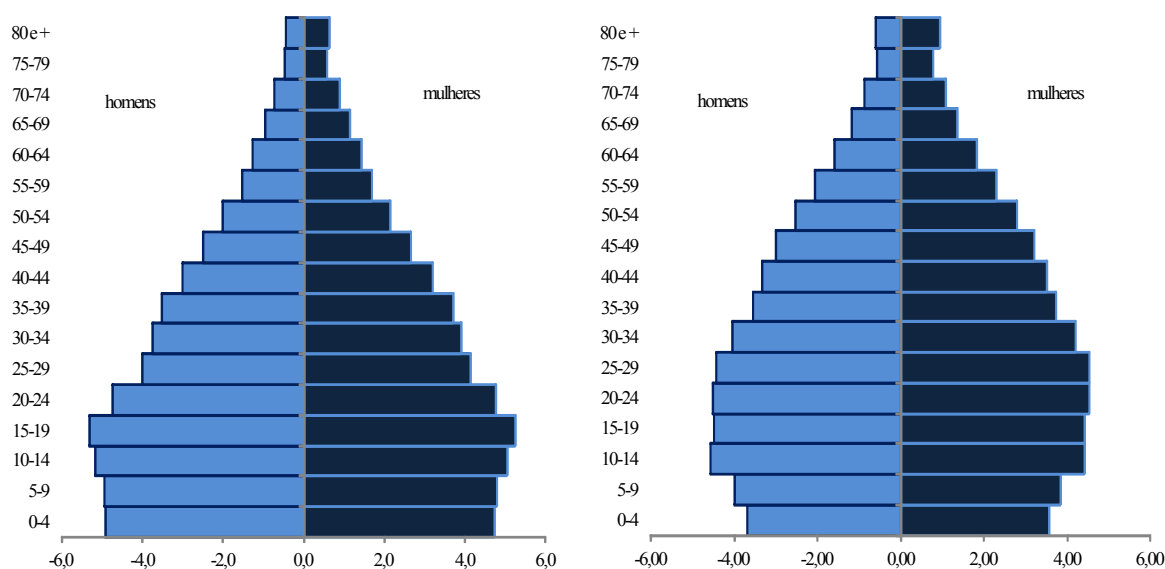
As pirâmides por idade da população que já vinham apresentando estreitamento da base em razão da queda da fecundidade, na Região, acentuarão esta tendência mostrando cada vez mais claramente, redução no número absoluto de nascimentos, o que é mais evidente, agora, devido, adicionalmente, à atual estrutura etária. Com efeito, o tamanho relativamente menor das atuais coortes nas idades reprodutivas que

nasceram nos anos setenta e oitenta, quando a fecundidade começou a declinar na América Latina, acentua o efeito da menor fecundidade produzindo novas gerações de tamanho absoluto menor (WONG e BONIFÁCIO, 2009:115).

Dados do IBGE (2010) assinalam a representatividade das mulheres em idade fértil (entre 15-49 anos) no país de 55,1%, e em Mato Grosso do Sul e Corumbá, 56,0% e 53,8% respectivamente.

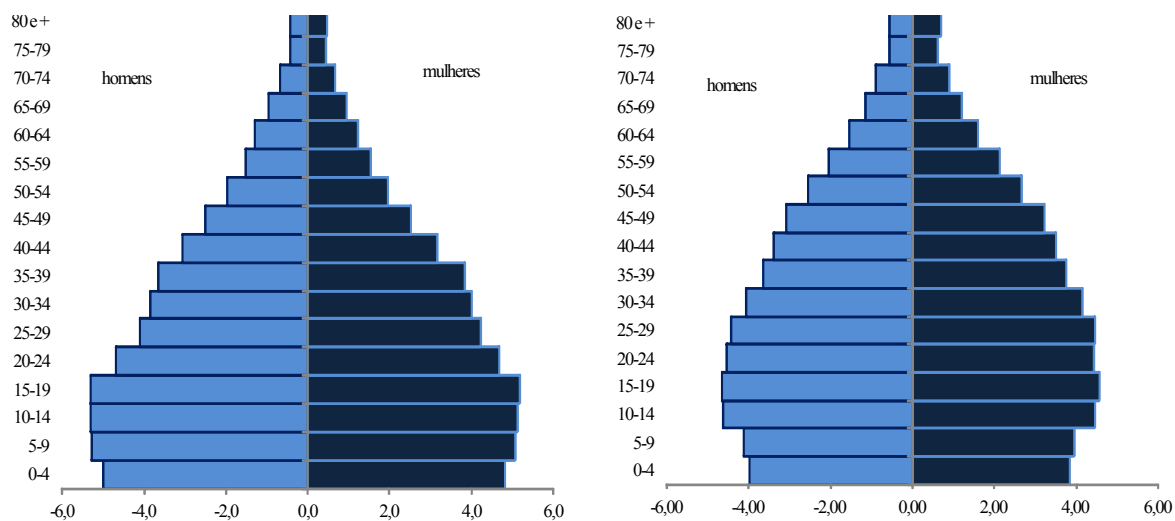
Por outro lado, no ano de 2010 a composição por faixas etária entre 0 a 14 anos no Brasil representava 24,1% da população (Tabela 4), 25,0% em Mato Grosso do Sul. Enquanto em Corumbá apresenta um perfil diferenciado nessa faixa etária, ou seja, 27,8% do total da população residente, evidenciado pelo formato da pirâmide etária, revelando um quadro populacional que ainda está em processo de assimilação das mudanças demográficas, quando comparada a estrutura etária do Brasil. (Gráficos 2 a 4).

Gráfico 2. Pirâmide Etária. Brasil, 2000, 2010.



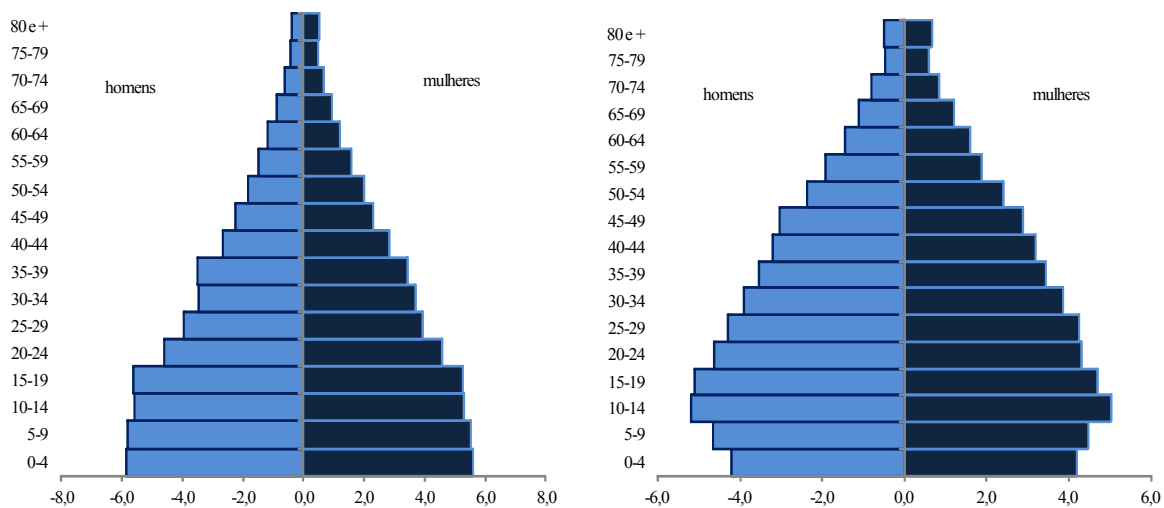
Fonte: IBGE, Denso Demográfico 2000, 2010.

Gráfico 3. Pirâmide Etária. Mato Grosso do Sul, 2000, 2010.



Fonte: IBGE, 2000, 2010.

Gráfico 4. Pirâmide Etária. Corumbá, 2000, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Na composição por sexo observa-se que em Corumbá o número de homens é mais representativo que o de mulheres, nas faixas etárias entre 15-19 a 30-34, uma evidencia das atividades econômicas da região, como a mineração siderurgia e similares que exige mão de obra masculina e a existência do contingente da marinha e do exército brasileiro.

A estrutura etária segundo grupos selecionados demonstra o grupo etário de 0 a 14 anos obteve um decréscimo de -17,6%, enquanto a faixa etária de 15 a 64 anos apresentou o maior crescimento comparativamente; enquanto o estado de Mato Grosso do Sul observou um acréscimo significativo de pessoas na faixa etária de 65 anos e mais em 2010.

Tabela 4. Composição da População segundo faixas etárias selecionadas Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010.

	0 a 14 anos		Diferença	15 a 64 anos		Diferença	65 e mais		Diferença
	2000	2010	%	2000	2010	%	2000	2010	%
Brasil	29,6	24,1	-18,7	64,5	68,5	6,2	5,9	7,4	26,2
Mato Grosso do Sul	30,6	25,0	-18,4	64,4	68,4	6,3	5,0	6,6	31,9
Corumbá	33,7	27,8	-17,6	61,4	66,0	7,5	4,9	6,2	26,8

Fonte: IBGE. Censo Demográficos 2000 e 2010.
Elaboração: A autora.

As melhorias na infraestrutura de saneamento básico e principalmente na prevenção e cuidados com as doenças prevalentes na infância, em idades adultas e mais avançadas como as cardiovasculares: infarto, angina, insuficiência cardíaca, derrames (acidente vascular cerebral - AVC) câncer, pneumonia entre outras, contribuem para o aumento da longevidade da população.

No que diz respeito à questão da atenção básica e o acesso aos serviços na área de Corumbá, esses cuidados são realizados cotidianamente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF¹¹, que interagem junto às famílias orientando na prevenção dos cuidados e atenção à saúde.

A rede de atendimento do SUS em Corumbá em 2010 era composta por 15 Unidades Básicas de Saúde, com 22 equipes do ESF e 158 Agentes Comunitário de Saúde prestando atendimento às famílias, visitando as residências, e segundo as normas da ESF mesmo sem nenhuma constatação de que a situação clínica do paciente exija cuidados mais específicos, os mesmos são orientados a buscar às UBS.

Pode-se inferir, portanto que esse trabalho de ação comunitária de saúde, contribuiu muito, além das várias ações de competência e realizadas pela Secretaria de Saúde de Corumbá, na redução dos valores relativos da Taxa de Bruta de Mortalidade cujos resultados são perceptíveis quando se observa que em 2000 a TBM registrou a média de 8,9 óbitos por mil habitantes e em 2010 de 6,7 óbitos por mil habitantes (Tabela 5).

¹¹ O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder "a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas". Desde 2006, de acordo com a Portaria 648 de 28 de março de 2006, o PSF deixou de ser um Programa e passou a ser uma Estratégia Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde como prioritário para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS); suas equipes são compostas por um médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 ACS. Em 2008 o número de ACS era de 230.000.

Tabela 5. Taxa Bruta de Mortalidade padronizada
Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010.

	2000	2010
Brasil	6,4	5,0
Mato Grosso do Sul	5,8	5,5
Corumbá	8,9	6,3

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares 2010; DATASUS, 2011.

Observação: TBM/2000 padronizada pela população do Brasil de 1996 e TBM 2010 pela população do Brasil de 2000.

Os dados demográficos do IBGE utilizados para análise são relativos ao ano 2000 como base inicial e de 2010 como ano final, para elaboração das principais características da população, como tamanho, faixa etária, mortalidade geral, infantil, fecundidade, taxa de crescimento.

No que se refere aos dados populacionais e de saúde da Bolívia, as informações encontradas referiam-se ao ano de 2001 ou 2005.

As taxas brutas de mortalidade do Estado e do município de Corumbá foram padronizadas, com a seguinte metodologia: para o ano de 2000 a estrutura etária utilizada foi a do Brasil do ano de 1996 e para 2010 a estrutura etária do Brasil do ano de 2000.

Os dados de população e de óbitos de Mato Grosso do Sul e Corumbá foram a média de 3 anos: para 2000 (média de 1998, 1999 e 2000) e para 2010 (média de 2008, 2009 e 2010), uma vez que os dados de população se referiam à estimativa populacional. Para algumas análises comparativas, utilizaram-se como parâmetro, as informações populacionais relativas ao ano de 1980 e 1991.

No que se relaciona à base de dados de mortalidade do Estado cabe uma ressalva quando se trata da qualidade da informação, pois segundo os critérios da RIPSA (2008) ¹² estes estão entre os de melhor cobertura do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, superior a média de 80%, com as informações consideradas satisfatórias, são dados diretos, sem correção, reflexo do trabalho de análise e avaliação do preenchimento das declarações de óbito (DO), realizada pela Secretaria de Saúde do Estado.

Significativa, também, a redução da taxa de mortalidade infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos) revelando um cenário positivo no período entre 2000 e 2010 ressaltando uma queda acentuada com média em torno de -54,0%, tendo em vista que em Mato Grosso do Sul a redução foi de -34,5% e a média do País foi relativamente menor (Tabela 6).

Tabela 6. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil, Mato Grosso do Sul e Corumbá, 2000 e 2010.

	2000	2010	% Incremento
Brasil	27,4	13,9	-49,3
Mato Grosso do Sul	23,8	15,6	-34,5
Corumbá	36,5	16,8	-54,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares 2010; DATASUS, 2011.

Na análise realizada por Souza (2009) sobre os 15 anos da atuação do ESF no Brasil ficam evidentes pela expansão das equipes a abrangência que

¹² Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2008/a10.pdf>. Acesso em 16 maio de 2010.

a ação alcançou no país (...) conforme os dados divulgados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/out/2008, 29.239 equipes cuidam diariamente, em diferentes espaços do território brasileiro, de 93,1 milhões de pessoas em 5.232 municípios, representando 94% do total das cidades brasileiras (SOUZA, 2009:1).

A autora ressalta que a atuação das equipes de saúde nas comunidades é visível, quando se observa que alguns indicadores de saúde refletem em seus resultados a melhoria da qualidade da atenção básica ofertada à população brasileira:

“A queda da mortalidade infantil em 50%, o aumento do percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses, que cresceu de 62,4%, em 2000, para 77,1% em 2006; a diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, o cuidado com os hipertensos, diabéticos, são alguns exemplos. Vale ainda mencionar que somente para casos de AVC (Acidentes Vasculares Cerebrais), entre 1998 e 2004, houve uma redução de 28% no número de internações (SOUZA, 2009:2).

Desde sua implantação a ESF evidenciou, com sua proposta, a mudança na concepção do processo saúde-doença, a partir de ações voltadas para o atendimento e acompanhamento domiciliar do estado de saúde da população.

Ações estas ratificadas pela opinião de Rocha e Soares (2008) na análise sobre os impactos da ESF na família e na comunidade, ao constatarem os resultados positivos do programa no combate as causas de mortes mais impactantes da mortalidade infantil,

“doenças nutricionais para mortalidade infantil, doenças infecciosas para mortalidade de criança e doenças endócrinas para mortalidade adulta (esta última, por causa dos constantes cuidados com diabéticos)” (ROCHA E SOARES, 2008:13).

1.2.2 Panorama socioeconômico, populacional e da atenção à saúde dos municípios fronteiriços.

A fronteira da Bolívia com Corumbá tem uma extensão de 386 km de fronteira seca. O primeiro núcleo urbano mais próximo é Arroyo Concepción (seção municipal de Puerto Quijarro) a cinco quilômetros, com o acesso diário entre as cidades dos dois países naquela fronteira.

As seções municipais de Puerto Quijarro e Puerto Suárez fazem divisa com Corumbá e compõe a Província Germán Busch¹³, uma das 15 províncias do Departamento de Santa Cruz que tem a 2ª maior população da Bolívia com 2.231.019 habitantes (INE, 2003). É um dos Departamentos mais desenvolvidos economicamente, sua capital é Santa Cruz de La Sierra distante 600 km da região fronteira com o Brasil.

Como a principal área econômica da Bolívia (Lins, 2009:232), Santa Cruz destaca-se nas atividades do setor primário participando com 43% do PIB nacional, alicerçada na cultura de produtos agrícolas industriais (soja, cana-de-açúcar) e em produtos não industriais, além da pecuária; na indústria de transformação mais de 35% da produção são de alimentos, do processamento de insumos primários (vinculados a um forte setor agroindustrial) e do refino de petróleo.

Hany (2005) destaca as transformações que ocorreram em Corumbá no decorrer das últimas décadas do século passado, assim como descreve o panorama atual da cidade, que segundo a autora:

¹³ Faz, também, parte da Província de Germán Busch a seção municipal de Carmem Rivero Torrez, pequeno núcleo que vem sofrendo decréscimo populacional à ordem de 0,73% a.a (2001/2007) e de pouca influência econômica, social e cultural.

vem se organizando no sentido de polarizar uma parcela do departamento (equivalente à província na estrutura político-administrativa nacional) de Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia, através das cidades de Puerto Suárez (13.000 hab.) e Puerto Quijarro (6.000 hab.). A captura desse espaço na área de influência de Corumbá tem duplo sentido. O primeiro se refere à existência de incentivo para o crescimento do setor comercial da cidade, tanto no que diz respeito ao comércio de abastecimento familiar como ao comércio de atacado e exportação, aumentando a demanda de produtos e, conseqüentemente, o crescimento da importância do setor na economia urbana (HANY, 2005:60).

Considerando a distancia de 600 km das seções municipais de Puerto Quijarro e Puerto Suarez da capital Santa Cruz de La Sierra, o que se observa, naquela faixa fronteiriça, é uma interação dinâmica entre Corumbá e as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suárez com uma configuração voltada, principalmente, para o comércio.

O município de Corumbá Hany (2005) é o ponto de apoio para o traslado de mercadorias, produtos agrícolas, atenção à saúde e educação, além de interagirem na área social, mantendo essas cidades e o município de Corumbá uma ligação que transpõe os limites internacionais:

O comércio com a Bolívia acontece de forma diferente, cabendo ao município o posto de intermediação de exportação de produtos vindos dos centros agrícolas bolivianos, fazendo com que o escoamento da safra de soja seja feito pela rodovia BR-262, rumo terminal portuário de Paranaguá, no Paraná (HANY, 2005:52).

A polarização exercida por Corumbá nos municípios fronteiriços é ressaltada pela autora quando expressa a dependência dos municípios bolivianos no que se refere aos:

(...) serviços de infraestrutura urbana, registrando-se assim uma sobrecarga para Corumbá, a se considerar que a sua população é ampliada com a presença da população fronteiriça. Este fluxo de

sobrecarga no sistema de saúde corumbaense, em razão da falta de disponibilização de hospitais em suas cidades. Ocorre também em relação ao saneamento básico, uma vez que o tratamento de água de Corumbá supre necessidades de parte da população dos núcleos bolivianos vizinhos. Cabe ressaltar, ainda, que a energia elétrica consumida nas cidades bolivianas é fornecida pela Enersul¹⁴, via Corumbá (HANY, 2005:61).

Para Oliveira (1998) a “cidade de Corumbá aparece como um ponto chave dentro das trocas e da dinâmica de integração no subcontinente”. No estudo de Souchaud (2007) essa articulação também é nítida:

A cidade é um lugar estratégico de articulação dos fluxos de bens, pessoas e informações, no que se chama hoje corredor bi-oceânico, que junta às duas margens litorâneas do continente, isto é, o sudeste brasileiro com os portos peruanos e chilenos do Pacífico, passando pelo eixo de concentração do povoamento boliviano, Santa Cruz–Cochabamba–La Paz (SOUCHAUD, 2007:4).

Nesse contexto Corumbá exerce polarização sobre os serviços de infraestrutura urbana e os municípios fronteiriços, refletindo de acordo com Hany (2005), Cunha et al (2006) na demanda desses municípios pelos serviços ofertados na área de saúde e educação em Corumbá.

Observa-se nos períodos de 1992 a 2007, uma dinâmica de crescimento populacional na Bolívia, no Departamento de Santa Cruz e Província Germán Busch e em seus municípios de Puerto Quijarro e Puerto Suarez (Tabela 7) influenciada, provavelmente, pela migração interna de outras províncias para essas cidades fronteiriças com Corumbá, considerando o acesso à infraestrutura e as oportunidades geradas pelos benefícios das mesmas.

¹⁴ Enersul (Empresa de Energia Elétrica de Mato Grosso do Sul).

Puerto Quijarro é a seção municipal que desde a década de 1990 tem um crescimento populacional significativo e, por outro lado, Puerto Suarez a projeção populacional evidenciou uma diminuição entre 2001 e 2007.

Tabela 7. Taxa de crescimento anual. Bolívia, Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2001-2007.

	Taxa de crescimento anual	
	1992/2001	2001/2007*
Bolívia	2,74	2,91
Departamento de Santa Cruz	4,29	3,86
Provincia Germán Busch	2,82	2,27
Primeira Sección Puerto Suarez	1,54	0,73
Segunda Sección Puerto Quijarro	5,26	4,47

Fonte: <http://www.ine.gov.bo/> Acesso em 29set09.

*Projeção população.

Na composição da população total segundo o sexo, observa-se a predominância de homens no Departamento de Santa Cruz, pois a Razão de Sexos (que mede a relação entre o número de homens em relação ao número de mulheres) apresenta valores maiores que 100, evidenciando a predominância de homens, principalmente em Puerto Quijarro (Tabela 8). O que provavelmente esteja associado à emigração das mulheres, principalmente da região fronteiriça.

Tabela 8. Razão de Sexo, Bolívia Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2007.

	Razão de Sexos
Bolívia	99,4
Departamento de Santa Cruz	101,4
Provincia Germán Busch	109,6
Primeira Sección Puerto Suarez	112,9
Segunda Sección Puerto Quijarro	105,7

Fonte: [http://www.ine.gov.bo.](http://www.ine.gov.bo/) Acesso em 29set09. * Projeção população

No estudo realizado por Souchaud e Baeninger (2007) são identificados os diferenciais da imigração boliviana para a cidade de Corumbá, no que se refere aos aspectos culturais, territoriais e etno-lingüísticos das áreas de origem que se refletem nos diferenciais sociodemográficos, principalmente a expressiva presença das mulheres em Corumbá:

Característica importante da imigração boliviana para Corumbá refere-se à elevada presença de mulheres: 63% contra 37% de homens. Esse diferencial é ainda mais reforçado quando se considera a origem de nascimento dos bolivianos. Entre os imigrantes provenientes das Terras Baixas, cerca de 67% são mulheres, alcançando o dobro da população de homens. Já para aqueles oriundos das Terras Altas, há um equilíbrio na razão de sexos (SOUCHAUD E BAENINGER, 2007:280).

A taxa de fecundidade total¹⁵ do Departamento de Santa Cruz representava uma média de 3,44 filhos por mulher em idade reprodutiva, em 2007. Já a taxa de mortalidade infantil de 38,45 óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos classifica-se como de média mortalidade, ou seja, entre 20-49 óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos de acordo com a classificação de Pereira (1995).

A distribuição da população segundo os principais grupos etários do Departamento de Santa Cruz revela uma população jovem e concentrada, principalmente, nas idades produtivas (15 a 64 anos) (Tabela 9).

¹⁵Dados disponíveis em:

http://www.santacruz.gov.bo/sedes/index.php?option=com_zoom&Itemid=27 Acesso em 29/setembro/2009.

Tabela 9. População Total e principais grupos etários, Departamento de Santa Cruz, Província Germán Busch e Seções Municipais, 2007.

	População total	Grupos Etários		
		0 a 14	15-64	65 anos
Departamento de Santa Cruz	2.626.697	987.363	1.557.141	82.196
Província Germán Busch	38.335	14.391	22.760	1.184
Primeira Sección Puerto Suarez	15.851	5.946	9.415	489
Segunda Sección Puerto Quijarro	17.383	6.532	10.315	537

http://www.santacruz.gov.bo/sedes/index.php?option=com_zoom&Itemid=27

Elaboração: A autora

1.2.1.1 A importância socioeconômica de Puerto Quijarro e Puerto Suárez na fronteira Bolívia-Brasil

O município de Puerto Quijarro¹⁶ criado pela Lei número 1263 de 30 de setembro de 1991¹⁷ é a capital da Segunda Seção da Província Germán Busch. Distante 660 km da cidade de Santa Cruz; sua conexão é realizada por via férrea e uma estrada que se torna intransitável na época das chuvas. Geograficamente está distante 15 km da cidade de Puerto Suárez e 5 km da cidade de Corumbá.

1.2.1.2 A sócio economia de Puerto Quijarro

No eixo compreendido entre Puerto Suárez, Puerto Quijarro e Corumbá-MS a população de Puerto Quijarro é a mais antiga da região e historicamente um dos centros de atração da população rural, pela proximidade com a fronteira com o Brasil e por ser uma zona de transito, comercial

16 Gobierno Municipal de Puerto Quijarro. Província de Germán Busch. Plan de Desarrollo Municipal -P.D.M. (2008-2012). Resolución Municipal 008/2007.01 de Febrero de 2007.

17 Criado como seção municipal durante a Presidência de Jaime Paz Zamora.

(importação e exportação) de produtos eletrodomésticos em geral, vestuário (Figura 2).

Figura 2. Fronteira Brasil-Bolívia em Corumbá-MS



Aduana- Divisa Brasil-Bolívia. Trabalho de campo, 23 de agosto de 2008.
Foto da Autora.

A estação ferroviária que faz a ligação com Santa Cruz de La Sierra tem em seu entorno um comércio gerador de empregos diretos e indiretos para a população local. Conta ainda com uma zona franca – Puerto Aguirre, um porto graneleiro e um shopping Center. O Distrito de Arroyo Concepción é o mais importante do município, devido, principalmente a proximidade com a fronteira.

A comunicação fluvial é feita pelo Rio Paraguai através do Canal Tamengo importante via navegável Paraguai e Paraná. Puerto Busch no corredor Man Césped está desativado e Puerto Suárez na Laguna Cáceres está abandonado pelo alargamento da lagoa. Sua economia com base,

principalmente, na exportação de cereais e derivados, é escoada por seu porto através do Canal Tamengo.

El sistema Tamengo(...) es actualmente el principal acceso de Bolivia al río Paraguay y sobre este canal se encuentran las principales instalaciones portuarias del país. (...) constituye un sistema con características hidrológicas y hidráulicas particulares. El sistema Tamengo es un curso natural de agua que vincula la Laguna Cáceres con el río Paraguay, está formado por los canales Tuyuyú y que derivan agua Del río Paraguay hacia la Laguna Cáceres. Sobre la margen suroeste de la laguna se ubica Puerto Suárez, mientras que sobre el canal Tamengo se ubican Central Aguirre e Puerto Quijarro (P.D.M.- Diagnóstico municipal consolidado¹⁸.2007:62).

No tocante ao planejamento urbano, na ocasião de visita exploratória ao município, estava em elaboração um plano de desenvolvimento urbano, definido pela Lei 1551 de Participação Popular que previa a ocupação territorial para assentamento da população com o seguinte padrão: próximo a rodovia troncal - Puerto Quijarro, Puerto Suárez e Corumbá e caminhos vicinais que permitem um acesso fácil para o circuito de comercialização (venda da produção e compra de insumos) e próximo à fronteira, onde existe maior atividade econômica, recursos hídricos para uso doméstico, para a pesca e outros (rio, lagunas etc.) e infra-estrutura viária em boas condições, que possibilitem o fluxo de turistas.

As comunidades de San Pedrito e Carmem de la Frontera, na área rural, têm o mesmo padrão de ocupação espacial e seus habitantes se dedicam a agricultura de subsistência, utilizando principalmente a mão-de-obra familiar.

No contexto cultural do município, o guarani e o castelhano, ou ainda a mescla de ambos com o português, são línguas faladas no cotidiano daquela fronteira disseminadas em todo o Baixo-Pantanal e pelo Sul de Mato Grosso do

18 Documento preliminar.

Sul. A esse respeito, a Câmara Municipal local pronunciava-se, no ano de 1881, insistindo na necessidade de valorizar o ensino da língua portuguesa.

É fundamental ressaltar que além de espaço de trocas comerciais, lícitas ou ilícitas, a fronteira foi e é um contexto de trocas culturais, onde foram incorporados costumes, crenças, culinária, música, vestimentas e, em especial, a língua, fator de identidade de uma determinada comunidade (Hany, 2005; Ota, 2006).

O Diagnóstico do Plano de Desenvolvimento Municipal de Puerto Quijarro reconhece essa identidade cultural: “De acuerdo a los datos recogidos por el autodiagnóstico, los idiomas más hablados em el Municipio, son el castellano, portugués y em menor proporción el quéchua y aymará” (PDM, 2007:108).

No tocante à infraestrutura da área de saúde só há um estabelecimento hospitalar, cujo corpo clínico é composto de três médicos, duas enfermeiras, cinco auxiliares de enfermagem e um administrador, considerado pelo Plano de Desenvolvimento Municipal de Puerto Quijarro como Centro de Saúde de Primeiro Nível. Existe ainda um Posto de Saúde em Arroyo Concepción (não possui médicos, tem uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um administrador); um Centro Médico Privado de Germán Busch (com dois médicos, três enfermeiras, dois administradores); uma Casa Pretoleira de Saúde (atende aos segurados e seus beneficiários de diversas empresas – conta com três médicos, três enfermeiras, uma secretaria e duas pessoas de limpeza uma clínica que presta serviços de medicina em geral e o Pro-Saúde (que se encontra desativado-possuía um médico e três enfermeiras) pertencente à Associação Civil Boliviana.

O Plano de Desenvolvimento Municipal de Puerto Quijarro menciona, ainda, que os equipamentos existentes nos estabelecimentos de saúde são insuficientes, e as enfermidades de maior prevalência citadas são EDA, IRA, Sarcoptósis, tuberculose, hipertensão arterial, problemas respiratórios e gastrointestinais.

1.2.1.3 A sócio economia de Puerto Suarez

Puerto Suárez distante 11 km de Corumbá-MS, foi fundada em 10 de novembro de 1875, às margens da baía de Cáceres, por Miguel Suarez Arana. Está distante 590 quilômetros a leste da capital provincial, Santa Cruz, perto da fronteira com o Brasil. O município está ligado a San José de Chiquitos e Santa Cruz de la Sierra, para o oeste, e Brasil, ao leste rodoviário. No início do século XX foi a principal porta hidrográfica da Bolívia¹⁹.

Sua população é de aproximadamente 15.209 habitantes (INE, 2001) está localizada no denominado Pantanal Boliviano e junto com a Lagoa Cáceres, comunica-se com o rio Paraguai pelo Canal Tamengo, tem sua economia baseada na pecuária e em atividades do comércio, e uma zona franca que gera uma excelente arrecadação (INE, 2005).

Em seu território possui uma das maiores reserva de minério de ferro do mundo a reserva do Mutum. É um dos principais portos fluviais da Bolívia. Próximo dela encontra-se Arroyo Concepción, Puerto Quijarro e Puerto Aguirre - zona franca (INE, 2005). O abastecimento de energia elétrica vem da rede de Corumbá-MS, de acordo com Hany (2005).

Analisando a situação de saúde de Puerto Suarez Peiter (2001) comenta o quanto era crítica, justamente pela ausência de saneamento básico, a precária condição socioeconômica da população e principalmente a carência de um sistema de saúde que atendesse a população:

O maior problema consistia da falta de água tratada. Era preocupante a elevada incidência de doenças transmitidas por vetores como a malária, a dengue, a leishmaniose e a febre amarela, esta última ainda frequente na região graças às constantes falhas dos programas de imunização. Por este motivo as autoridades sanitárias brasileiras não aceitavam os comprovantes de vacinação bolivianos. Os serviços de saúde contavam com 1 hospital em Puerto Suarez (e outro na localidade de Carmen

19 Fonte: Extraído de <http://www.corumba.ms.gov.br/ler.php?id=11086>.

Rivero a 205 km de distância), com 1 cirurgião, 1 ginecologista, 1 pediatra e 3 clínicos gerais. Constatou-se, entretanto as péssimas condições das instalações do hospital (...). A precariedade do atendimento em Puerto Suarez e cidades bolivianas fronteiriças levam muitas pessoas a buscar atendimento em Corumbá (...) (PEITER, 2005:290).

Nessa conjuntura são estabelecidas parcerias entre cidades fronteiriças, principalmente as que se relacionam às ações de vigilância em saúde, dentre elas destaca-se a citada no estudo de Brandão et al. (2009) originada a partir do diagnóstico de raiva canina com variante 1 (AgV-1), que ainda não havia sido registrada no Brasil.

Uma parceria concretizada a partir de diversas reuniões entre representantes dos Brasil e da Bolívia e intermediadas por um representante da Organização Panamericana de Saúde- OPAS no Brasil, com a finalidade de implantar o Programa de Vigilância, Prevenção e Controle da Raiva²⁰ na fronteira Corumbá-Mato Grosso do Sul, Brasil e a Província Germán Busch, Bolívia, com a formação de um Comitê Binacional local com “autonomia para executar as ações na fronteira”.

Resultante, também de uma parceria entre as prefeituras de Corumbá, Ladário, Puerto Suárez e Puerto Quijarro, foi estruturado um Comitê de Fronteira Brasil/Bolívia em 2008 com o objetivo de discutir ações nos setores da saúde, segurança pública, cultura, transporte e economia.

Entre o final do ano de 2008 e o início do ano de 2009, a região fronteiriça sofreu com a epidemia de dengue. Na ocasião, agentes da Secretaria Executiva de Saúde Pública desenvolveram diversos trabalhos nas cidades bolivianas de fronteira, como o Levantamento de Índice Rápido de Infestação por

²⁰ No dia 17/04/07, foi firmado o Termo de Cooperação Técnica de Profilaxia da Raiva e no dia 18/04/07, foi formado o Comitê Binacional, através do Termo de Cooperação Técnica de Profilaxia da Raiva.

Aedes aegypti (LIRAA), a capacitação de adultos e crianças para combater a doença, e aplicação de fumacê. Além disso, a Secretaria de Desenvolvimento Integrado disponibilizou maquinários e mão de obra para a limpeza de terrenos onde foram encontrados mais focos²¹.

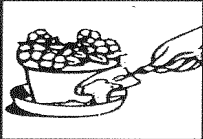
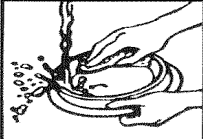
Uma das principais ações realizadas entre os municípios no ano de 2009 foi o de combate a doenças como dengue, febre amarela, gripe suína (AH1N1), raiva e leishmaniose também foram executadas ao longo do ano na faixa de fronteira.

No encontro do Comitê de Combate à Dengue (Figura 3) em agosto de 2010, foram apresentados os resultados da parceria entre as cidades fronteiriças pela Gerencia de Vigilância em Saúde da Secretaria Executiva de Saúde de Corumbá, que ressaltaram o deslocamento de equipes da Secretaria que capacitaram 80 pessoas em Puerto Quijarro e Puerto Suarez para o combate a dengue²².

²¹ Disponível em: <http://www.corumba.ms.gov.br>. Acesso em julho de 2010.

²² <http://www.corumba.ms.gov.br>. Publicado em 1/5/2010 11:24:38 – p.2. Acesso em julho de 2010.

Figura 3. Folder em espanhol da Campanha de Prevenção do Dengue em Puerto Quijarro e Puerto Suarez, 2009.

	Las cajas de agua deben ser mantenidas limpias y con tapas.		Mantenga su quintal limpio y no tire la basura en terrenos baldíos.
	Guarde las llantas viejas en lugar seco y las usadas como columpio, protectores de garaje o juguetes deben ser taladras.		Embalajes desechables deben ser puestos en bolsas de basura bien cerradas antes de ser tiradas.
	Los floreros de plantas deben tener tierra en los platitos.		Lave las vasijas de los animales domésticos con esponja y jabón en agua corriente por lo menos 1 vez a la semana.

Otra alternativa para los floreros de plantas es mezclar 4 cucharas de borra de café en un vaso de agua y poner en los platitos. La cafeína inhibe el desarrollo de las larvas. Pero atención: la solución debe ser cambiada a cada 7 días y el platito lavado antes de recibir la mixtura nuevamente.

**Soporte: UNIPAV ENGENHARIA LTDA.
EL ORGULLO DE SER PANTANEIRO**

HAGA SU PARTE.

Si usted sentir dolor en el cuerpo o en las articulaciones, fiebre o dolor en la parte inferior de los ojos y en el abdomen, busque a un médico o llame:

Sala de Emergencia - 0055 67 3907.5380
Vigilancia Epidemiológica - 0055 67 3907.5443



DENGUE
ES AL FIN AL CABO
 Campaña del Ayuntamiento y por los residentes de Corumbá contra el dengue



PREFEITURA MUNICIPAL
Corumbá
 pra nossa gente

Essas ações interfronteiriças reforçam o cotidiano formal e informal da fronteira Hany (2005) ao mesmo tempo em que as inserem no contexto global de cooperação mútua. Para Vargas (2004) “falar de fronteira hoje, exige uma nova reflexão. Não é só território demarcado, são relações internacionais que são redefinidas, políticas urbanas que se tornam imperativas, segurança planetária que se faz necessária”.

A interação existente entre essas cidades fronteiriças em suas relações de vizinhanças, de comércio (etc..) são consequentes desse cotidiano, do que se

denomina “estratégias de sobrevivência”, tem uma dinâmica própria inerente à realidade de cada cidade, dos motivos que levam a saída da população e daqueles que a atraem, determinando a mudança de residência por um tempo indeterminado ou a escolha de uma residência provisória.

Portanto, os espaços fronteiriços, além de terem uma dinâmica própria, suas diferenças podem configurar a mobilidade espacial, delimitando o futuro, se de passagem ou definitivo.

CAPITULO 2. ESPAÇOS FRONTEIRIÇOS E MOBILIDADE – CONCEITOS REVISITADOS

Quando as aves falam com as pedras
e as rãs com as águas - é de poesia que estão falando.
Manoel de Barros

Com a pretensão de permear uma discussão sobre fronteiras e espaços fronteiriços e a dinâmica migratória no âmbito do município de Corumbá foram esboçados recortes de alguns dos principais conceitos e definições tendo como finalidade a compreensão da dinâmica migratória na região fronteiriça Brasil-Bolívia.

No espaço de fronteiras dentro da perspectiva nacional de regionalização, estas surgem como marco geográfico, econômico, demográfico e político, ou seja, como limite burocrático-administrativo entre municípios, regiões, unidades da federação, que delimita o espaço geográfico, e há o espaço de fronteira que vai além da dimensão física, espacial, para uma dimensão simbólica, imaginária, como afirma Mello (1997) que do ponto de vista geopolítico as fronteiras “apresentam-se no imaginário social como um limite”.

Na percepção de Gamboa (2007) as fronteiras são lugares de trânsito tanto do formal como do informal, de passagem, de comércio e das mais diversas redes sociais, o que as diferencia de outros lugares. Para o autor, portanto representam a passagem entre o pós-moderno entre os locais e não locais.

Observa ainda que estas, no decorrer do tempo, vivenciam mudanças na natureza de sua função territorial e geopolítica, ou seja:

recobran su naturaleza como espacios que albergan un conjunto de dinámicas que a) revitalizan los viejos lazos y formas de comunidad que quedaron rotas por la intervención colonial y la formación de los territorios nacionales; b) establecen nuevos circuitos transfronterizos de intercambio de bienes y de personas; c) le otorgan a los territorios fronterizos locales una nueva función, ya no como espacios de separación sino de integración y de cooperación; d) propician el desarrollo de un sentido de identidad “transnacional” entre los pobladores y actores locales que entra en fricción con el tratamiento de las relaciones interestatales desde las

viejas doctrinas de la seguridad y el control territorial (GAMBOA, 2007:17)".

Entretanto, para Moura (1997) as fronteiras representam o "limite do poder" e também linhas imaginárias, visíveis e mensuradas a partir de pontos geodésicos que *definem os recortes de territórios político-administrativos*, ou seja, onde é definida a ação do Estado Nação. Por outro lado, nos espaços locais e espaços globais, as fronteiras formais desconhecem os arranjos espaciais (...) e de acordo com o autor o processo de globalização subsidia a integração criando lugares que se inserem *em redes conexas à lógica da informação, da tecnologia e da competitividade* (MOURA, 1997:96-103).

Parte do significado desta definição pode ser aplicada às relações existentes na fronteira central²³ do Brasil, especificamente no que se relaciona a fronteira de Corumbá em Mato Grosso do Sul e as cidades de Puerto Quijaro e Puerto Suarez do Departamento de Santa Cruz de La Sierra na Bolívia. As redes sociais e familiares existentes naquela porção fronteiriça, as trocas, comércio, estudos, trabalho criam um espaço vivido construído pelas relações sociais que extrapolam os limites político-administrativos.

Souchaud (2007) define esta fronteira como espaço caracterizado por áreas pouco ocupadas e integradas, lugares que vivenciam muita integração:

A cidade é um lugar estratégico de articulação dos fluxos de bens, pessoas e informações, no que se chama hoje corredor bi-oceânico, que junta às duas margens litorâneas do continente, isto é, o sudeste brasileiro com os portos peruanos e chilenos do Pacífico, passando pelo eixo de concentração do povoamento boliviano, Santa Cruz – Cochabamba – La Paz (SOUCHAUD, 2007:3).

²³ Divisão de fronteiras norte sul e central do Projeto SIS FRONTEIRA.

Esta visão de integração entre fronteiras é defendida por Schaffer (1995) em seu estudo sobre a fronteira meridional do Brasil (limite com o Uruguai e em parte com a Argentina) referindo-se às fronteiras latino-americanas. Em alguns espaços a divisão política não interfere nas relações sociais existentes, existindo a assimilação da cultura de um país pelo outro que se confunde no modo de ser das populações locais:

a existência de uma nova relação com o processo de globalização e a dinâmica nas fronteiras, tem um novo recorte e num novo tempo, quando a fronteira “deixa de ser linha”, finitude, o lugar das diferenças, da pletera dos homens e de função pública, de espaço do comércio, dos serviços e do contrabando” (SCHAFFER, 1995:84).

Deste modo, é elaborada uma desconstrução do significado das fronteiras intransigentes, militarizadas, e segundo a autora, a globalização da economia faz com que a fronteira perca *o caráter de limite de uma economia nacional, voltada para o mercado interno e assume um espaço central entre as sedes nacionais (...)* tornando-se mais aberta, integrando e aproximando. Um movimento que existe e independe das tomadas de decisão do poder estatal. (SCHAFFER, 1995:84).

Referenciando-se ao processo de ocupação da região platina para entender como se deu o início das relações fronteiriças, Osório (1995) explica que na disputa entre Portugal e Espanha para dominar a região, explorando as riquezas então existentes no vasto território, que se estruturou e expandiu a partir do século XVIII, a fronteira era um espaço permeável no qual os habitantes da região migravam de lugar, dependendo de qual contexto fosse mais favorável a sua sobrevivência, sem se preocuparem com o que representava a fronteira ou limite, formando uma única nação.

“Rio Grande do Sul e o Uruguai faziam parte de um mesmo espaço em construção, uma zona de fronteira, com uma ampla circulação humana e material, no qual os súditos de uma e outra Coroa instalavam-se confortavelmente fosse mais fácil sua sobrevivência, independentemente de fidelidades estatais (OSÓRIO, 1995:114).

Grimson (2000) previne que é um “desafío de pensar las fronteras culturales, simbólicas, desde las fronteras territoriales y políticas (...)”. Para o autor existem fronteiras ilustradas em mapas, ou demarcadas por muros e com outras configurações próprias do local. É a diferença sujeitada aos processos e tendências no tempo e no espaço territorial. GRIMSON (2000:3).

Para Muller e Oliveira (2007), fronteiras *são meios geográficos* nos quais o local e o internacional constroem vínculos e dinâmicas próprias, estabelecidas e reforçadas pelo homem fronteiriço. Segundo os autores nesse contexto são idealizadas, reelaboradas as culturas, identidades que expressam um modo de vida característico, próprio daquela região.

Enquanto Steiman e Machado (2007) na revisão histórica geográfica sobre limites e fronteiras se referem às diversas interpretações e classificações de fronteiras-limites dos povos antigos aos modernos afirmando que *desde a concepção da classificação de fronteiras naturais e artificiais* que foram discutidas por Robert Sieger “*as fronteiras, mesmo as chamadas naturais, são resultado de convenções (bilaterais) ou de imposição (unilateral)*” assegurando que essas abordagens teriam negligenciado a importância das concepções de fronteira, e de suas funções e efeitos, sobre a organização espacial (STEIMAN e MACHADO, 2007:3).

Na visão de Machado (1998), muitos pesquisadores usam fronteiras e limites como sinônimos. Para a autora, é necessário observar algumas diferenças entre os dois termos. A origem histórica do termo fronteira não está associada a “*nenhum conceito legal e que não era um conceito essencialmente político ou intelectual*”, mas sim é um termo que nasceu de um

“fenômeno da vida social espontânea, indicando a margem do mundo habitado e com a evolução da população no decorrer da história, tornaram-se lugares de comunicação, adquirindo um caráter político. Mas ainda não tinha o significado de uma área ou zona que delimitasse o limite” (MACHADO, 1998:42).

Contextualiza, portanto, que fronteira é um espaço político bem como é parte do processo do entendimento dos acontecimentos nas conjunturas do local, regional, nacional, internacional, de locais de comunicação, troca e diversidades. Machado (1998:42) faz referência que na época moderna *o sentido de fronteira era não de fim, mas do começo do Estado, o lugar para onde ele tendia a se expandir.*

Machado (1998:42) avalia que essa conotação política foi reforçada pelo moderno conceito de Estado, onde a soberania corresponde a um processo absoluto de territorialização. Isto significa que, o poder estatal é que regulamenta normas, regras, operacionaliza as trocas reprodutivas, regulariza a comunicação, institui o sistema educacional, de saúde e demais sujeitos de legitimação do status quo.

Assim, Machado (1998:41-49) explica fronteiras e limites por uma diferença de leis da física no que se refere ao significado do exercício das forças, ou seja, fronteiras exercem suas forças para fora centrífugas (...) quando esta é vista como fonte de perigo ou ameaça. Enquanto limites tem um significado jurídico demarcando o poder do Estado. Ou seja, é um fator de separação, pois separa unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo, não importando a presença de certos fatores comuns, físico-geográficos ou culturais.

Machado esclarece ainda que a fronteira pode ser um fator de integração, na medida em que for uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sociais, políticas e culturais distintas.

Para Steiman (2002:11) a fronteira mesmo quando aparentemente não está cumprindo seu papel de marco institucional entre nações delineia as diferenças legais existentes entre as mesmas, *através de impedimentos jurídicos, políticos e ideológicos.*

Estudos desenvolvidos por Barcellos et al. (2004), indicam que dois vetores estão presentes nas fronteiras: um que se relaciona ao bloqueio do movimento, de controle de fluxos e de separação; e o outro, relacionado a abertura de comunicação, relação e troca.

Desses vetores, o de bloqueio ou de abertura, dependerá o tipo de relações de vizinhança entre os países limítrofes, do desenvolvimento regional, das populações locais e de diversos grupos presentes na fronteira, dos condicionantes do ambiente natural e construído, entre outros.

“a fronteira seria, portanto, uma zona na qual seus habitantes vivem os efeitos da proximidade entre dois ou mais países. Ela contém um conjunto de instituições, práticas, sujeitos e modos de vida particulares”. (BARCELLOS et al., 2004:1).

2.1 FRONTEIRAS E MIGRAÇÕES

Domenach e Picouet (1995) levantam alguns pontos fundamentais para compreensão dos diversos fatores que envolvem a temática das migrações:

Definir os conceitos utilizados para sua análise e os meios de observação de vários ensaios epistemológicos e teóricos; levar em consideração as consequências demográficas dos processos migratórios para compreender as implicações econômicas sobre os mercados de trabalho e as mutações sociais e, comparar os fatores que permitem questionar sobre o impacto das medidas políticas-institucionais e os limites ambientais da ação humana (DOMENACH E PICOUE, 1995:5-6).

Enquanto Dávila (2000:259) analisando sob a perspectiva das consequências sociais da migração, afirma que *um dos pressupostos básicos para o estudo das mesmas é a compreensão da capacidade e condições do imigrante para integrar-se a sociedade receptora (...)* e de acordo com seus argumentos políticas migratórias e políticas sociais são equidistantes, ou seja, sob seu ponto de vista não se complementam.

O autor questiona também, a necessidade de uma integração com as políticas sociais, demográficas com uma visão de longo prazo. Desta forma, “os impactos na sociedade receptora seriam menos drásticos, mais adequados e adaptados à realidade e possibilidades do imigrante” (Dávila, 2000:260). Portanto, segundo o autor, torna-se necessário não só a implementação de políticas oficiais, mas a integração dessas com os processos sociais inerentes a sociedade receptora, e para tal apresenta as seguintes questões:

“1- La incorporación dentro de la estructura económica, política y social; 2- La naturaleza y alcance de la participación del migrante en las instituciones de la sociedad; 3- La emergencia de varias formas de desigualdad y exclusión a que conlleva la integración misma (Dávila, 2000:260)”.

Kratochwill (1996) pensando as migrações com ênfase na conjuntura demográfica, econômica e social no Cone Sul, discute no contexto de formalização do MERCOSUL²⁴ o papel das migrações, circulação de pessoas e política migratória, desenvolvendo diversas abordagens sobre questões que, possivelmente, até aquele momento não chamavam tanto a atenção dos elaboradores da política internacional dos países integrantes.

Suas questões são fundamentais no estudo do fenômeno migratório no contexto do MERCOSUL, uma vez que estão estreitamente relacionadas entre o econômico e social como, por exemplo:

a) Quais serão as consequências deste processo de integração sobre o movimento territorial das pessoas? b) Em que medida a liberação da mobilidade transnacional dos fatores de produção leva a mobilidade de mão de obra? c) Como influirão os padrões dos movimentos migratórios históricos entre os países signatários sobre os processos de integração? (Kratochwill, 1996:157).

As respostas a essas questões são apresentadas em forma de 4 proposições que pautam uma análise focada no contexto regional fronteiriço, na relevância dos fatos históricos de circulação intrarregional de pessoas do período

24 O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), formado pelo Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, foi instituído por meio do Tratado de Assunção em 1991. Tem como proposta o efetivo processo de integração regional, uma União Aduaneira prevista para 1994, sua área de abrangência foi ampliada com a entrada de vários membros-associados, como o Chile (1996), Bolívia (1997), Perú (2003) e Venezuela (2004), culminando em 2005 com o acordo entre MERCOSUL e o Pacto Andino que deflagra a proposta de criação da Comunidade Sul-Americana de Nações.

Disponível em <http://www.mercosur.int/show?contentid=10&channel=secretaria> acesso em 15 de setembro de 2008.

da “colonização dos territórios e a conquista, até os diferentes processos políticos e econômicos de subdivisão administrativa que se seguiram, atraindo ou expulsando grupos populacionais das jovens fronteiras”.

Historicamente, ressalta que a linha divisória política na região era definida conforme a preponderância dos impérios espanhol ou português. No século XIX, os limites estatais são demarcados e a circulação de pessoas adquire um caráter mais formal de transfronteiras, o que para ele formaria a essência cultural e social do futuro do MERCOSUL.

“Com a assinatura do Tratado do MERCOSUL em 1991, o que se observa nos países membros e associados é uma intensa circulação de pessoas, motivadas pelas expectativas de uma nova conjuntura do mercado de trabalho, da ampliação da produção agrícola e agroindustrial, a expansão do comércio e outros serviços, laços étnicos, familiares e culturais, fomentando com mais intensidade a mobilidade na região” (KRATOCHWILL, 1996:158).

Com foco, também, no contexto das migrações internacionais em geral e da América Latina em particular, Castillo (2003), se refere às consequências e relações com as políticas sociais, contextualizando sobre o alto grau de complexidade em avaliar os efeitos das migrações, considerando a natureza multifacetada do fenômeno, e as diversas esferas em que se inserem: na esfera econômica (níveis micro, meso e macro); nas esferas de políticas estatais (direitos políticos dos migrantes), na esfera sociocultural (identidade dos povos, etnia, crenças religiosas); e na esfera demográfica (volume, estrutura, composição e dinâmica, que ocorrem com a emigração e imigração). Como exemplo da complexidade da natureza social das migrações o autor afirma que:

en la medida que tanto sus causas como sus efectos se generan y desarrollan en ciertos grupos poblacionales. En el otro extremo, los individuos son las instancias últimas en las que se materializan las decisiones y los desplazamientos; de ahí que resulte pertinente analizar la manera como tales procesos se asumen y concretan en las personas involucradas. Pero también los individuos forman parte de núcleos intermedios que los vinculan con las dimensiones macro estructurales ya citadas, como lo son los ámbitos familiares y comunitarios, instancias en las que también se procesan los elementos que dan lugar a la movilidad poblacional. (CASTILLO, 2003:2).

Martine, Hakkert & Guzman (2000) enfatizam os aspectos sociais na discussão da migração internacional quando se referem à utilização pelos migrantes dos serviços sociais ao comentarem sobre:

la utilización de servicios sociales en las áreas de destino por parte de los migrantes se constituye al mismo tiempo en motivo de migración (o sea, la gente migra porque sabe que en lugares urbanos o en otros países ellos y sus hijos tendrán más acceso a servicios de salud y educación, así como a otros beneficios sociales), como también una carga para el lugar de destino (o sea, aumentan sus costos globales de infraestructura y servicio) (MARTINE, HAKKERT & GUZMÁN, 2000:11).

No contexto da fronteira Corumbá - Puerto Quijarro torna-se ainda necessário expandir o conceito de circulação, residência-base e reversibilidade, discutida por Domenach e Picouet (1987), para o entendimento da migração fronteiriça na esfera da área social no que se refere aos serviços de saúde e a discussão conceitual de fronteira, foco de análise neste estudo.

Na reflexão sobre os conceitos de mobilidade espacial a partir de um levantamento bibliográfico, os autores constataram que os estudos sobre migração se fundamentavam no critério de *“mudança de residência”*, onde se articulavam os diferentes tipos de deslocamentos. O critério tem como fundamento a residência única e implícita, onde o que é dominante no estudo das migrações “são as questões territoriais, estatísticas, legais, imobiliárias, socioeconômicas”, ou seja, consideram-se somente as fases ou etapas da mobilidade humana (DOMENACH E PICOUE, 1990:52).

Ao reverem o critério de mudança de residência no estudo dos fluxos migratórios contemporâneos, os autores inserem a discussão de reversibilidade eventual das migrações como parte de uma análise mais abrangente do que a noção de espaço de vida definida por Courgeau (*apud* Domenach e Picouet, 1990:54) como *“la porción del espacio donde el individuo ejerce sus actividades”*, relacionando o conceito de espaço de vida (*life space*) com o conceito de residência base (*home base*).

Domenach e Picouet (1990:53) elaboram, então, uma tipologia de fluxos que não é contemplada pelo conceito de mudança de residência. A partir do conceito de *“reversibilidade eventual das migrações”* sugerem que a dicotomia entre *mobilidade temporária e definitiva é obsoleta*, embora seja necessário defini-la com precisão, considerando a mobilidade da sociedade contemporânea; mobilidade essa, refletida na facilidade de comunicação e locomoção no mundo globalizado abrindo novas perspectivas para o homem, melhores oportunidades de trabalho, tratamento de saúde, emprego, educação.

Portanto, a não fixação de sua residência está condicionada ao local onde estão as oportunidades que lhe são mais atraentes, do contexto que mais lhe proporciona uma melhoria de qualidade de vida, por mínimo que seja. Implica, portanto, em diversas variedades de situações, no que se relaciona ao tipo de deslocamento e suas modalidades (duração, periodicidade, sequência), mas que não se constitui obrigatoriamente, em mudança de residência. No caso das “residências múltiplas” (lugares de atividade profissional para o trabalho, sócio-familiar):

“estas são um fato social que não se deve ignorar e, portanto, se caracterizam e evidenciam como uma nova questão de mobilidade humana, de intrarregional a intercontinental estudada por Colomb” apud Domenach e Picouet (1990:53).

Os reflexos dessa mobilidade e diversidade podem ser observados nos componentes demográficos, como fecundidade, estrutura familiar, morbimortalidade, na urbanização, estruturação dos equipamentos urbanos e sociais, mercado de trabalho:

“existindo ou não uma residência base os fluxos podem ser reversíveis ou irreversíveis, e apresentam elementos que permitem refletir no entendimento dos fluxos migratório inter-fronteiriços como a redefinição da noção de residência-base, as diversas modalidades de deslocamentos no tempo e no espaço e, o estudo das segundas gerações de migrantes como indicativo dos esquemas de reprodução social e familiar e sua evolução, demonstrando o caráter e a intensidade da reversibilidade da migração” (DOMENACH E PICOUE, 1990:53).

A definição clássica de residência, *lugar onde uma pessoa habitualmente reside* (Dicionário Demográfico Multilíngüe da IUSSP), do ponto de vista dos autores não significa que uma pessoa tenha um só lugar para residir, mas, lugares aos quais se vincula pela família, trabalho, férias. A residência varia, ainda, conforme os tipos de movimento que o indivíduo realiza: repetitivo, ocasional, cíclico ou sazonal.

Contextualiza, desta forma, uma discussão sobre as diferenças entre mudança de residência e mudança de moradia: se mudança de moradia não muda o espaço de vida, não será de fato uma mudança de residência, já que o indivíduo por necessidade de trabalho possui uma residência fixa no lugar de origem e pode mudar e/ou intercalar por várias vezes ao ano, para outros locais onde há oportunidades de trabalho no setor agrícola, comércio, serviços e industrial, o que caracteriza a atividade sazonal. Surgem então três questões que fundamentam a proposição:

“os movimentos transitórios ao interior do espaço de vida; os movimentos temporários fora do espaço de vida (ausência temporária de curta ou longa duração, sem intenção de residir em outro lugar) e os movimentos que mudam definitivamente o espaço de vida com mudança de residência” (DOMENACH E PICOUE, 1990:54).

A partir dela elaboram o conceito de “*residência base*” (...): “o lugar ou o conjunto de lugares a partir do qual (ou dos quais) os deslocamentos têm uma probabilidade de retorno maior, qualquer que seja a duração do tempo de moradia em outro lugar, durante toda a vida de um indivíduo” (Domenach e Picouet, 1990:55). Seguindo essa linha de pensamento classificam os fluxos migratórios em *reversíveis* e *irreversíveis*.

Os fluxos reversíveis seriam aqueles que se referem a uma *residência base*. O ponto de partida é sempre o mesmo, alterando-se somente o destino, geralmente pré-estabelecido. Neste caso, o retorno à residência base significa mais de uma residência, ou seja, mais chances de remigração. Caracteriza-se por outro lado a constituição de uma estrutura de fluxos entre as diferentes

residências relacionadas a uma rede de acontecimentos ou o que denominam de *curva fechada*.

A partir do conceito de “área de ação migratória” e os modos de utilização dessa área de ação no tempo, Domenach e Picouet (1996:59-64) classificam em três esses fluxos:

a) fluxos reversíveis de longa duração – relacionados às migrações tradicionais de trabalho “característicos de movimentos populacionais realizados sob um sistema de proteção sócio-familiar, principalmente em regiões onde há desequilíbrio entre população e recursos. Geralmente, são os indivíduos jovens economicamente ativos ou indivíduos com experiência profissional”.

O caráter da reversibilidade destes deslocamentos reside no fato de sua vinculação ao processo migratório ter como objetivo o retorno com o tempo, considerando os laços familiares e sociais, os investimentos em terras ou bens na região de origem, o apoio financeiro, e muitas vezes, mesmo que eventualmente, o retorno ocorre pela força da cultura, dos costumes. É uma situação somente interessante ao próprio migrante Domenach e Picouet, (1990:60), e não aos seus descendentes, uma vez que as gerações seguintes tem uma capacidade maior de adaptação uma vez que se encontram integradas ao local de destino, que é seu local de origem.

“O tempo da permanência na migração de longa duração tem uma tendência a transformar a reversibilidade do fenômeno em uma irreversibilidade voluntária. A evolução das estruturas familiares em relação a uma menor hierarquização e de uma permeabilidade mais intensa reverte à importância dos fluxos de retorno ao lugar de origem” (DOMENACH E PICOUE, 1990:60).

b) fluxos de reversibilidade renovada – Duas dificuldades são apresentadas quando se aplica o princípio de reversibilidade, ou seja, é necessário definir a natureza do lugar de partida, ou seja, a *residência base*, sua identificação com uma cidade, ou um povo, região ou um país, com tal ou qual contorno cultural. A segunda se relaciona à definição dos diferentes destinos, com a finalidade de ampliar a noção de *residência base*, que poderia integrar um ou

vários lugares de acordo com o modo de utilização (extensão do espaço de vida diário, da vida profissional e de lazer).

No caso da migração fronteiriça entre vários países esta pode ser categorizada como diária, sazonal, conjuntural que, no ponto de vista dos autores, para uma análise mais crítica se torna necessária a elaboração de uma classificação detalhada para observar que tipo de migração existe na região fronteiriça. Para os autores o que existe de comum entre estas categorias é o fato da constância do trajeto realizado, portanto, é a frequência da mudança que surge como discriminante mais adequado.

É então definida que a reversibilidade renovada se explica por uma sucessão de ausências, ou seja, presente num lado da fronteira e ausente do outro. Ou seja, ao longo do tempo levaria o indivíduo a um movimento repetitivo de longa duração, neste caso, um deslocamento a cada dois movimentos (saída e retorno).

c) fluxos de reversibilidade esporádica – fluxos característicos, que se consolidaram no decorrer da história da humanidade, com as obras de construção, infraestrutura, fomento de recursos. É uma mobilidade profissional individual ou coletiva.

Segundo os autores, na mobilidade contemporânea a diferença se dá em dois pontos essenciais: não dependem de uma estrutura específica, senão de uma determinada conjuntura, e da intensidade dos fluxos de investimentos públicos ou pela urbanização; “se distinguem por uma forte instabilidade no tempo – a duração é muito variada, segundo os indivíduos, e também por um mesmo indivíduo, durante vários deslocamentos; e no espaço – os lugares de destino são escolhidos segundo a oferta de trabalho, a perspectiva de melhores salários, ou de outras motivações financeiras ou profissionais, cujas funções flutuam com as condições”:

“A reversibilidade destes movimentos se relaciona a uma *residência base*, que se expressa no aspecto tradicional dos fluxos evidenciando a organização dos polos de recepção, a busca de saídas para a emigração, de novos *fluxos*”. Implícito está à adaptação da capacidade para migrar

com as potencialidades do mercado de trabalho externo, assim como da ampliação do espaço migratório tradicional (DOMENACH e PICOUET, 1990:).

Domenach e Picouet (1990) ressaltam a importância de insistir no caráter relativo e evolutivo dos conceitos de *residência base* e reversibilidade, para a compreensão do seu significado e da sua efetiva utilização. Principalmente, quando o estudo da mobilidade abranger somente uma parte dos movimentos, mais precisamente aqueles que se referem à mobilidade internacional, excluindo a migração interna. Portanto, o caráter relativo da noção de *residência base* diz respeito ao tipo ou grau dos deslocamentos. É necessário que a descrição da residência base seja mais ou menos precisa. Argumentam que a *residência base*, por ser binacional, no caso do movimento fronteiriço, faz aumentar a importância de se ter uma definição e um conhecimento preciso de todos os lugares relacionados à *residência base* do indivíduo.

Em seu estudo sobre o fluxo migratório dos bolivianos para a Argentina Bologna (2004) utiliza a noção de residência base de Domenach e Picouet (1990) com a finalidade de compreender a mobilidade e caráter de reversibilidade daquele fluxo, bem como cita Portes (1998) ao se referir a comunidades transnacionais:

“La movilidad transcurre dentro de un *espacio de vínculos*, el cual, bajo ciertas condiciones, puede evolucionar hacia la constitución de comunidades transnacionales (Portes, 1998 *apud* Bologna 2004), formaciones sociales que se desarrollan en espacios ampliados, cuyo principal recurso estratégico es la movilidad de algunos de sus miembros y que puede operar eficientemente moderando los efectos de los factores externos” (BOLOGNA, 2004:16).

Em suas conclusões, utiliza o conceito mais imediato de reversibilidade: ou seja, a probabilidade da reversão da corrente, a perda do dinamismo como unidade e não os retornos mais ou menos frequentes de seus integrantes. Bologna (2004:313).

Paralelamente, quando a referencia é o espaço se deduz que os fluxos irreversíveis principalmente, no que se relaciona a área de atração, estariam delineando uma nova reprodução espacial para as migrações da América do Sul. Corroborar como parâmetro para essa suposição, a discussão de Baeninger (2000) sobre a inserção do Brasil na rota migratória intrarregional a partir de 1980 com as seguintes modalidades: a) modalidades de tipo fronteiro - como são os casos com os países do MERCOSUL (Patarra, 2000) e também com a Colômbia e a Venezuela; b) migrações em direção às áreas metropolitanas, como no caso dos bolivianos e peruanos (Silva, 1997 e Galetti, 1996); c) migrações intra-regionais com países não limítrofes, no caso dos chilenos.

Estas modalidades se caracterizariam no Brasil das últimas décadas, por apresentar um desenvolvimento econômico e social que o distingue como uma nova área de expansão das migrações latino-americanas.

O que se ressalta nessa conjuntura, portanto, é um tipo de mobilidade que pode ser relacionada à mudança de espaço de vida e tempo de residência, caracterizando-a em fluxos irreversíveis vinculados, provavelmente, a novas oportunidades no mercado de trabalho, acesso a educação, serviços de saúde e formação de uma nova residência-base.

2.2 A REALIDADE MIGRATÓRIA NA AMÉRICA LATINA E NO CONE SUL: CENÁRIO DELINEADO A PARTIR DA DÉCADA DE 90

Estudos realizados por Salim (1992), Palau (1996), Médici (1996), Araújo (2000), Baeninger (2001; 2006), Baeninger e Patarra (2006) entre outros discutem a questão migratória na América Latina e especificamente na região de fronteira do Cone Sul. Baeninger (2001) no delineamento do “cenário dos movimentos internacionais na América Latina e Caribe” comenta que na década de 90 o Brasil concentrava o quarto maior estoque desses estrangeiros (118.525 pessoas, contra 181.273 brasileiros residentes nos países da região). Segundo a autora, o número de emigrantes mesmo superando o de imigrantes revela situações diferenciadas na mobilidade intrarregional em um período de 30 anos,

configurando as “atuais modalidades das migrações latino-americanas de e para o Brasil” Baeninger (2001) (Quadro 2). Países como Bolívia e Chile se caracterizam como de maior demanda de imigrantes para o Brasil: Recepção crescente.

Quadro 2. Caracterização Migratória do Brasil, América Latina e Caribe. (1960-1990).

Principais países	Caracterização
Argentina	Evasão decrescente
Paraguai	Evasão
Bolívia	Recepção crescente
Chile	Recepção crescente
Peru	Recepção a partir dos 80
Uruguai	Recepção a partir dos 80
Venezuela	Evasão crescente
Colômbia	Recepção a partir dos 80

Fonte: BAENINGER (2000); Quadro 1.

Destaca, principalmente, nesta configuração espacial, que:

“Embora os argentinos constituam o maior estoque de estrangeiros latino-americanos no Brasil (seguido pelos uruguaios, chilenos, paraguaios e bolivianos), sua proporção no total de latinos vem decrescendo em termos relativos (de 24%, em 1970, para 21,5%, em 1991), principalmente com o incremento do estoque de chilenos e bolivianos. Por outro lado, a participação dos imigrantes latino-americanos no total de estrangeiros no Brasil ganha maior peso relativo, de 1970 para 1991, com a diminuição do estoque de estrangeiros chegados no início do século, em função da mortalidade dessa população. De fato, os argentinos representavam 1,4% do total da população estrangeira no Brasil, em 1970, elevando-se para 3,3%, em 1991; o Chile, de 0,15% para 2,7%, respectivamente; a Bolívia, de 0,9% para 2,0%; o Paraguai, de 1,6% para 2,5%; e, o Uruguai, de 1,1% para 2,9%, dentre outros” (BAENINGER, 2001: 296-298).

O censo demográfico de 2000 registrou em Corumbá 789 domicílios com presença boliviana (mesmo que os filhos ou cônjuges sejam brasileiros), representando 3,4% do total dos domicílios e totalizando uma população de 3.240 pessoas (BAENINGER e SOUCHAD, 2007).

Sala (2005:56) destaca que na imigração no Cone Sul para o Brasil, entre os bolivianos o destino de relevância é o estado de São Paulo, e sua capital como a área de maior atração, seguido de Rondônia e Mato Grosso do Sul, a partir de dados referentes às décadas de 1980, 1991 e 2000.

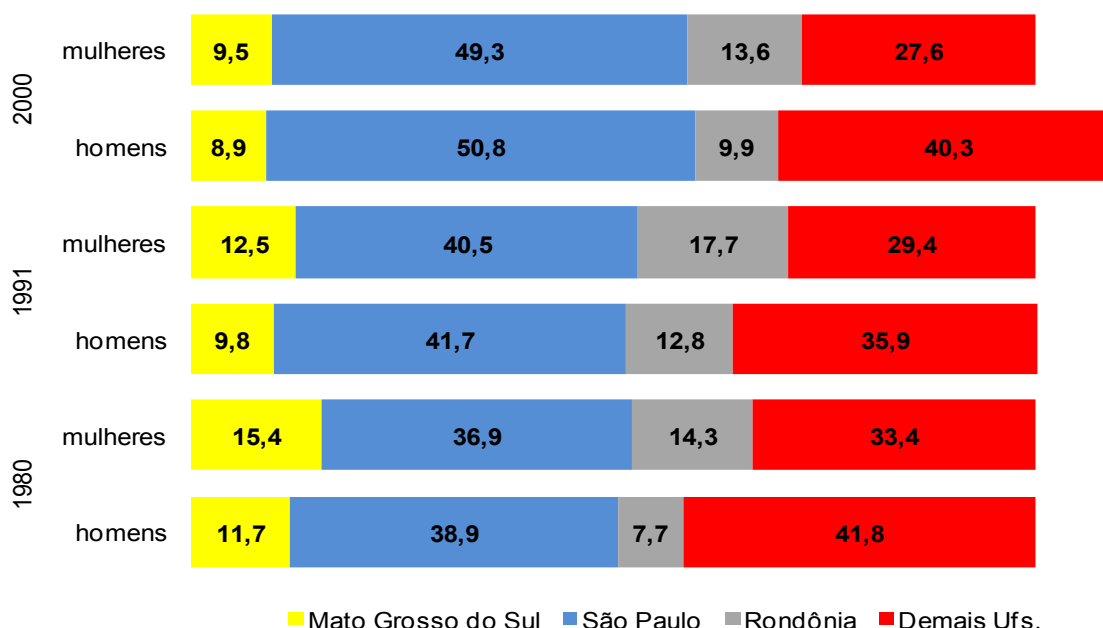
No que se refere ao fluxo migratório da Bolívia para Mato Grosso do Sul, Sala (2005:63) observa-se no seu levantamento, por tempo de residência em 2000, que 47,7% dos migrantes bolivianos residentes em Mato Grosso do Sul informaram que se fixaram no estado antes de 1970, isto reflete um fluxo mais antigo; enquanto os residentes nos estados de São Paulo e Rondônia, maiores receptores de migrantes bolivianos, apenas 20,6% e 20,4%, respectivamente, declararam que fixaram residência antes de 1970. Situação que se inverte no período entre 1990-2000, quando 44,5% declararam que fixaram residência nesse período em São Paulo; 35,5% em Rondônia e 25,2% em Mato Grosso do Sul.

Do total de nascidos na Bolívia com 5 anos ou mais de idade residentes em Mato Grosso do Sul em 2000, 80,4% citaram como local de residência em 1995 o mesmo município no estado. Considerando a proximidade com a Bolívia, pode-se inferir que pela relevância da presença boliviana em Corumbá é o município de residência citado.

Na mobilidade de homens e mulheres bolivianos para o Brasil, o estado de São Paulo destaca-se por registrar um valor relativo mais expressivo de homens do que de mulheres nos períodos entre 1980, 1990 e 2000 (Gráfico 5) e os estados fronteiriços de Mato Grosso do Sul e Rondônia, pelo predomínio de mulheres.

Mato Grosso do Sul, em 2000, representava o 3º estado com um volume representativo de imigrantes bolivianos residentes em relação ao total de bolivianos no Brasil.

Gráfico 5. Nascidos na Bolívia segundo sexo e residência em Mato Grosso do Sul, estados selecionados e demais UFs, 1980, 1991 e 2000.



Fonte: SALA, Gabriela A, 2005. p. 55, 56 e 57. Adaptado pela autora.

A relevância dessa participação tem levado estudiosos, a exemplo de Souchaud e Carmo (2006)²⁵ e recentemente Silva (2009), a estudar a influência mútua e peculiaridades do espaço fronteiriço Brasil-Bolívia, no contexto de integração, liberdade de circulação do MERCOSUL, sob o ponto de vista geográfico, ambiental e demográfico.

²⁵ A pesquisa dos autores tem como base de estudo a bacia do Médio e Alto Paraguai, região de fronteira internacional que abrange o Estado do Mato Grosso do Sul (Brasil), o Departamento de Santa Cruz (Bolívia) e a região do Chaco (Paraguai) NEPO/UNICAMP-CNPq/IRD-FRANÇA.

Souchad e Carmo (2006) constroem uma “tipologia das migrações internacionais a partir da noção de fronteira” caracterizando, então, na região, três tipos espaciais de migrações internacionais:

caso 1 - fronteiro de vizinhança recíproca; caso 2 - fronteiro unilateral; caso 3 - urbano diversificado; caso 4, metropolitano exclusivo. O caso 1 é comum a partes das quatro migrações internacionais observadas, e se refere a migração transfronteira, essencialmente dirigida a centros urbanos da fronteira. São, por exemplo, os brasileiros de Porto Suárez na Bolívia ou de Ciudad del Este no Paraguai; os paraguaios de Ponta Porã ou os bolivianos de Corumbá e Guajará-Mirim. O caso 2 se refere à colonização agrícola brasileira, no Paraguai e na Bolívia. O caso 3 se refere à migração paraguaia nas áreas urbanas litorâneas e sublitorâneas das regiões Sul e Sudeste do Brasil. O caso 4 se refere à migração dos bolivianos na região metropolitana de São Paulo (SOUCHAUD; CARMO; 2006:13).

Os autores, ainda, definem o fluxo migratório observado no espaço de fronteira entre o Departamento de Santa Cruz (Bolívia) e o Estado de Mato Grosso do Sul (Brasil), como, migração do tipo “fronteiro de vizinhança recíproca”, ou seja, segundo os autores é um fluxo entre áreas urbanas, e no caso dos bolivianos a proximidade com um centro urbano onde se assinalam as possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços, principalmente de saúde e educação, entre outros:

“migração de proximidade (os migrantes podem vir de longe, mas vão perto da fronteira), é uma migração diversificada sociologicamente, e uma migração antiga, e seus fluxos são reversíveis (em função de evoluções conjunturais ou estruturais)” (SOUCHAUD; CARMO; 2006:14).

A mobilidade populacional nessa região fronteira, portanto, fundamentada no estudo de Souchad e Carmo (2007) é caracterizada como “mobilidade fronteira de vizinhança recíproca” que realiza uma “migração de proximidade”.

No tocante a essa proximidade geográfica e a mobilidade de vizinhança recíproca, é possível elaborar uma relação entre os serviços de infraestrutura existentes em Corumbá, especificamente a rede pública de serviços de saúde, em detrimento dos existentes na Bolívia (Puerto Quijarro e

Puerto Suarez), como já demonstrado neste estudo, como uma motivação para a mobilidade e reversibilidade migratória.

Portanto, infere-se que a região de fronteira é vulnerável na área de saúde, uma vez que o aporte de infraestrutura e de recursos humanos é insuficiente para o atendimento da população local. A busca dos bolivianos da fronteira pelo atendimento nos centros de saúde pública de Corumbá é diária, com sérias implicações para o SUS - Sistema Único de Saúde do Brasil.

O SUS proposto na Constituição Federal de 1988 é um sistema estruturado de descentralização político-administrativa, com planejamento ascendente, do nível local ao nacional. Desta forma, toda a problemática de organização do SUS foi deslocada aos estados e municípios, através da municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial (BRASIL, 1988 apud SOUZA et al, 2008:187).

Peiter (2007) considera a zona de fronteira internacional como uma região que tem características próprias que influenciam no comportamento dos residentes e conseqüentemente no processo saúde-doença. Separadas pelos limites políticos divide conjuntos sócioespaciais distintos, subordinados ao processo de desenvolvimento econômico, social, cultural e a oferta de serviços, principalmente de saúde.

Para o autor, a população fronteiriça cria estratégias que possibilitam a superação dos obstáculos existentes diante do limite internacional para usufruir das oportunidades existentes do outro lado da fronteira, principalmente se o outro lado for o mais desenvolvido em relação ao seu desenvolvimento socioeconômico.

Deste modo, a mobilidade transfronteiriça ao mesmo tempo em que é uma estratégia dos residentes, é também um problema no que se relaciona a vigilância em saúde, na região que recebe os imigrantes (PEITER, 2007: S238).

Ainda segundo o autor, as dificuldades consistem na sistematização dos registros e acompanhamento do processo saúde-doença a exemplo de nascimentos e óbitos, o acompanhamento dos tratamentos dos pacientes, o

planejamento das ações de saúde e a implementação de ações de prevenção, controle e monitoramento das doenças transmissíveis, além do que torna ineficaz a imunização, o controle de vetores, assim como o controle ambiental.

Dificuldades compartilhadas por Souza et al (2008) no estudo sobre a fronteira entre Argentina (Bernardo de Irigoyen-Misiones) e Brasil (Dionísio Cerqueira-SC e Barracão-PR), ao discorrem sobre as “dificuldades tanto no Brasil quanto na Argentina de assumirem as atribuições constitucionais (...) e a fragilidade financeira e técnica dos governos municipais muitas vezes são as determinantes para que não se consiga realizar um trabalho mais efetivo na área de saúde” (SOUZA et al, 2008:188).

Afirmam, ainda, que “indivíduos ou grupos movimentam-se no sentido de suprir as mais diferentes necessidades”. Ou seja, inferem que a *busca por direitos sociais levam a uma mobilidade social no aspecto territorial para explicar a mobilidade entre os municípios fronteiriços estudados, principalmente, mobilidade em busca do acesso à saúde, correlacionando a liberdade de ir e vir e percebendo a fronteira como território de integração, e não de apenas limite geográfico* (SOUZA et al, 2008:197).

Peiter (2005) também ressalta esse movimento em Corumbá, o que chama de dependência dos bolivianos naquela fronteira, para o uso de serviços de saúde, acesso aos demais serviços, busca de oportunidades no mercado de trabalho, bem como para comercialização de seus produtos:

Naquele momento estava ocorrendo um aumento do fluxo de bolivianos para Corumbá em função do maior controle sobre o plantio de coca na Bolívia, que desempregou muitos produtores rurais daquele país. Por conta da situação de miséria e falta de oportunidades dignas de trabalho muitos bolivianos fronteiriços acabam sendo utilizados pelo tráfico para a travessia da droga para o Brasil. Da mesma forma que ocorre em Cáceres, Corumbá exerce forte influência em toda a zona de fronteira, e atrai fluxos de bolivianos para atendimento de saúde (PEITER, 2005: 288-289).

Referindo-se às áreas fronteiriças, que integram o Tratado do MERCOSUL, Preuss (2007) as define como:

(...) espaços privilegiados para estudos sobre as relações entre “nosotros/as” y “los/as otros/as”, entre grupos com identidades

distintivas. Nelas pode-se resgatar uma multiplicidade de fluxos e intercâmbios; são espaços de interação e de conflito, mas, ao mesmo tempo, são áreas de novas alianças e identidades sociais e culturais. (...) são também espaços estratégicos nos quais as tensões são debatidas, processadas e transformadas. A fronteira, nesse momento, deixa de ser o limite, o espaço das diferenças, dos serviços, do contrabando. Torna-se porosa, aberta para aproximações principalmente no campo das políticas sociais (PREUSS, 2007: 33-34).

A fronteira, portanto, se caracteriza como um espaço de mobilidade, de uma dinâmica de fluxos, interações, incompreensões e requer, portanto, uma compreensão das especificidades locais, em especial quando essas especificidades se relacionam com a busca pelo acesso aos serviços de saúde e a mudança de residência, principalmente na fronteira Corumbá-MS, Puerto Quijarro e Puerto Suarez - Bolívia.

CAPÍTULO 3. FRONTEIRAS E SAÚDE PÚBLICA: REALIDADE E FATOS NA DIVISA DE MATO GROSSO DO SUL COM A BOLÍVIA

*Sou mais a palavra ao ponto de entulho.
Amo arrastar algumas no caco de vidro,
envergá-las pro chão, corrompê-las, -
até que padeçam de mim e me sujem de branco.
Manoel de Barros*

Na revisão da literatura a respeito de fronteiras observou-se que estas sempre foram vistas como impedimentos, imposições políticas a serem transpostas, lugares a conquistar, historicamente como limite no imaginário do espaço político territorial, limites que no espaço local não separam, criam modos de vida, integram culturas e hábitos, “são os arranjos locais” sobrepondo-se ao formal. Este capítulo tem como finalidade o delineamento de alguns conceitos e definições que relacionam a migração fronteiriça e o uso dos serviços da rede pública de saúde.

3.1. FRONTEIRAS E A TEMÁTICA SAÚDE

A sobreposição dos “arranjos locais” as formalidade das políticas governamentais de cada país, reflete a velocidade de integração do processo de globalização, seja em grandes centros metropolitanos a pequenos locais periféricos, agregando, aproximando a partir da integração econômica, da tecnologia da informação e da livre circulação de pessoas, principalmente entre países integrantes de mercados comuns notadamente a partir do século XX.

Cita-se, como referencia de integração econômica os países do Cone Sul da América do Sul, suas fronteiras, deslocamentos e livre circulação de mercadorias e de pessoas com a constituição do Mercado Comum do Cone Sul-MERCOSUL, cujas negociações tiveram início com a assinatura do Tratado de Assunção (26 de março de 1991), ratificadas com o Tratado de Ouro Preto (17 de

dezembro de 1994) assinado pelos governos do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Em 1996, a Bolívia e o Chile adquiriram o status de membros associados. As regras que definem as diretrizes do Tratado são os instrumentos que envolvem os cinco países sócios, além dos quatro países membros, e a Venezuela aceita como país-sócio em 2006. Essas regras esboçam as fases de integração econômica regional: Zona de Livre Comércio, União Aduaneira, Trânsito Livre, Mercado Comum, União Econômica e Monetária e Econômica Total. A maioria dos organismos de integração escolhe uma dessas formas como seu objetivo final (ALMEIDA, 2008:42).

No estudo de Draibe (2007) a autora coloca que o tema social não foi contemplado, na primeira etapa de constituição do MERCOSUL:

Com efeito, apenas em 1991, por pressão das entidades sindicais e outras organizações da sociedade civil, agregou-se aos primeiros subgrupos de trabalho instituídos pelo Tratado de Assunção, o subgrupo Relações Laborais, Emprego e Previdência Social, referido como Subcomissão 11, protagonista praticamente exclusiva da dimensão social da integração até 1995, quando se transformou no Subgrupo 10 – Relações Laborais, Emprego e Seguridade Social, abrindo espaço para a criação, em 1996, do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11). O SGT 11 Saúde tem por objetivo: “harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração”. Para o cumprimento de tais tarefas, o SGT 11 Saúde foi estruturado nas seguintes comissões e subcomissões: Comissão de Produtos para a Saúde; Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário (de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira); Comissão de Serviços de Atenção à Saúde; Subcomissão de Serviços de Saúde; Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; e Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologia em Saúde (DRAIBE, 2007:S175-176).

Desta forma, a temática saúde, a partir de 1997, passou a ser tratada em dois fóruns específicos do MERCOSUL: a Reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11), criado pela Resolução GMC nº 151/96.

Como esses fóruns estão dentro da concepção de mercado comum, no MERCOSUL - “Zona de Livre Comércio”, a temática saúde, se vincula mais a

vigilância sanitária e epidemiológica, pois se relacionam diretamente a livre circulação de produtos, pessoas e às atividades de saúde pública de “alta externalidade” (GIOVANELLA et al, 2007: 251):

La frontera internacional de Brasil fue considerada por el sector de la salud durante muchos años como un área de control de tránsito de personas y mercancías, realizado en puestos fronterizos de vigilancia sanitaria, localizados en puntos considerados estratégicos del límite internacional. No existía una política específica para esta extensa región que considerara las particularidades de las poblaciones que viven en estas áreas (población fronteriza), ni su diversidad. Este vacío sólo empieza a superarse de forma más articulada, a partir de la constitución del MERCOSUR, en 1991, que instituye el proceso de integración económica entre Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay. Este proceso suscitó la aparición de una serie de denominadores comunes apremiantes para todos los estados en cuestión, como la utilización de los servicios de salud locales por parte de ciudadanos de la frontera 1. Tras un largo periodo de discusiones y negociaciones se creó, en el ámbito del Ministerio de la Salud de Brasil, el Programa Integrado de Salud de las Fronteras – SIS-Fronteras (Ministerio de la Salud, Decreto GM nº. 1.120, de junio de 2005).

Segundo o ponto de vista de Peiter (2007)

“a zona de fronteira internacional é uma região com características próprias com efeitos no comportamento de suas populações e conseqüentemente no processo saúde-doença, e que com o âmbito do Mercosul a livre circulação fez surgir várias questões dentre elas, a utilização dos serviços de saúde locais pelos *ciudadanos de la frontera* e que, após um longo período de *discusiones y negociaciones* com os prefeitos dos municípios da faixa de fronteira foi criado no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil o Projeto Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS-FRONTTEIRAS”,

Uno de sus objetivos es establecer un sistema de compensación financiera para los municipios situados a lo largo de la frontera internacional que reciben flujos regulares de pacientes de los países vecinos. Con ello, se inaugura una nueva fase de las políticas de salud en las fronteras brasileñas, que (PEITER, 2007:S238).

3.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS criado com a promulgação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988 é resultante do movimento da reforma sanitária ocorrido no país, a partir da década de 80, em que a saúde é

considerada direito de todos e dever do Estado, e cujos princípios são: universalidade, integralidade e equidade.

Antes da criação do SUS, (...), a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (MS, 2007).

A partir da criação do SUS o Ministério da Saúde assume o comando do setor editando as Normas Operacionais Básicas (NOB) instrumentos normatizadores das ações de municipalização, financiamento e de criação de diversos níveis de gestão, bem como em seguida as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) que segundo Dobashi; Junior; Silva, (2010) (...) *introduziram ferramentas importantes de planejamento e programação em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)*. Ainda, conforme Dobashi (2010):

“Em que pesem os avanços, os primeiros 15 anos do SUS enfrentaram uma normatização excessiva, com a edição de inúmeras portarias federais que dificultavam a operação do sistema, imobilizando, muitas vezes, a capacidade criativa e inovadora dos gestores e equipes de saúde (DOBASHI; JUNIOR; SILVA., 2010:14).

Esta normatização implicou principalmente aos municípios de fronteira em dificuldades de acesso a recursos, cumprimento de metas, inclusive o desgaste da infraestrutura física, equipamentos, fato comprovado no Relatório do Projeto SIS FRONTEIRAS, comentado no próximo item. Segundo os autores a Emenda Constitucional nº 29 – EC-29, do ano de 2000, foi elaborada com o objetivo de determinar valores percentuais mínimos de aplicação dos recursos federais, estaduais e municipais, o que implicaria um considerável aporte de recursos para investimentos na área de saúde.

Dentre os estudos desenvolvidos sobre a questão saúde e fronteiras, cita-se o de Gadelha e Costa (2007) no qual se referem aos problemas observados nos municípios da fronteira do Brasil comentando sobre a “grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde”, caracterizado principalmente pela

falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. Ademais, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço. As mesmas dificuldades têm sido observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. Há muito tem se procurado resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais (GADELHA E COSTA, 2007: S216).

Para Dal Prá et all (2007: S267) as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais da área de fronteira ocorrem pelo fato de que os mesmos

“não conseguem estabelecer acordos efetivos para a resolução dos problemas de saúde sem que as tratativas sejam discutidas interministerialmente, pois estão envolvidos recursos humanos e financeiros além dos disponíveis. Ou seja, os municípios fronteiriços não podem firmar convênios ou protocolos de atendimento com cidades estrangeiras prevendo repasses financeiros e circulação de profissionais de saúde”(DAL PRÁ et all 2007: S267).

Estudando a questão do direito à saúde sob o âmbito do MERCOSUL, principalmente da circulação de cidadãos procedentes do “Paraguai, Argentina e Uruguai em busca de serviços de saúde pública no Brasil”, Dal Prá et all (2007) afirmam que

O trânsito interfronteiriço tem evidenciado questões a respeito da garantia dos direitos, em especial à saúde, e ao exercício da cidadania da população fronteiriça, devido à ausência da titularidade formal do direito à

saúde garantido pela *Constituição Federal Brasileira*. A não titularidade apresenta implicações importantes para o SUS na medida em que, por si só, não barra a demanda de fronteiriços por assistência à saúde e pressiona os gestores dos municípios a atenderem estas demandas em saúde sem condições técnicas e recursos financeiros ². Além do atendimento a estas demandas ser realizado de maneira descontínua e fragmentada, uma vez que a legislação vigente prevê apenas assistência emergencial de saúde a esta população (DAL PRA, et all 2007:S164).

Tendo em vista as dificuldades de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura física e de equipamentos especializados para procedimentos médicos de média e alta complexidade existentes nos município localizados nas regiões fronteiriças com os países da América do Sul, o Ministério da Saúde com foco nas discussões realizadas no GT Saúde do MERCOSUL, afirmando essa realidade, propõe a formalização da integração entre sistemas de saúde de fronteiras, *a partir do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários nestas localidades* (CONASS, NT 11:2005), com o delineamento do Projeto Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS FRONTEIRAS.

3.2 O PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS-SIS FRONTEIRAS

O Projeto SIS-FRONTEIRAS foi instituído pela Portaria GM/MS nº. 1.120, de 06 de julho de 2005 e lançado em Uruguaiana/RS em 10 de novembro de 2005. Tem como objetivo integrar as ações e os serviços de saúde nas regiões fronteiriças²⁶, bem como contribuir com a organização e o fortalecimento dos

²⁶ SIS FRONTEIRAS - um projeto de responsabilidade da Diretoria de Programas – DP, Secretaria Executiva – SE, Ministério da Saúde – MS. Contemplado no PROGRAMA MAIS SAÚDE – Direito de Todos – 2008-2011, no eixo da Cooperação Internacional, o SIS-Fronteira contribui para a meta 7.3.2 - “melhorar os serviços de saúde dos 121 municípios de fronteira”. Atualmente o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira) é um Projeto da Secretaria de Atenção à Saúde

sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros²⁷. Na consecução desse objetivo foram delineadas atividades para:

(...) mensurar diversos aspectos de forma quanti-qualitativamente. Entre eles: aspectos sócio-econômicos; aspectos geográficos; aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais e aspectos assistenciais.²⁸

As atividades foram sistematizadas para serem desenvolvidas em três etapas estruturadas com a finalidade de

contemplar as especificidades de cada município e/ou estado envolvido. A primeira se refere à realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infra-estrutura disponível, assim como caracterização, quantificação e identificação da clientela e apresentação de um plano operacional para a área. O foro privilegiado para pactuação das ações a serem desenvolvidas é a Comissão Local de Saúde, a ser criada nesta etapa, envolvendo gestores, gerentes, usuários do sistema de saúde e profissionais de saúde dos sistemas a serem integrados. A segunda contemplaria a implantação dos serviços para atendimento ambulatorial básico a 100% da população, incluindo o primeiro atendimento às urgências, e criação de mecanismos para garantia de acesso aos serviços especializados (Serviços de Atenção à Saúde Mental não hospitalares; Serviços de Atenção às Urgências – primeiro atendimento; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Especialidade Odontológica - CEO, Farmácia Popular, Banco de Leite, Serviços Especializados para Diagnóstico - Radiodiagnóstico, ultrasonografias, patologia clínica, mamografias, ecocardiograma, teste ergométrico, endoscopias e colonoscopias; Implantação de Complexos Reguladores; Ampliação de leitos de cuidados especiais). A terceira fase é a de consolidação de serviços e de fluxos de referência, podendo ainda envolver investimentos físicos na rede assistencial e participação de outros gestores municipais e/ou estadual. (CONASS, 2005:2).

do Ministério da Saúde voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteiriça do Brasil.

27 Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria Executiva. Relatório de Acompanhamento do Projeto, julho de 2007. p.4.

²⁸ <http://portal.saude.gov.br/> Portaria 1.120/05/GM/MS (institui o Projeto SIS FRONTEIRAS). Portaria GM/MS n.º 1.188, de 5 de junho de 2006 (dá nova redação à portaria GM/MS n.º 1.120, de 6 de julho de 2005, que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS).

Na elaboração do projeto, uma revisão sobre a definição da faixa de fronteira assinala que o marco regulatório da faixa de fronteira brasileira foi definido, no final do século XIX, como área geográfica com regime jurídico particular pela Lei nº 601, de 18 de setembro de 1890, que reservou uma faixa de dez léguas, correspondente a 66 km, ao longo do território nacional. Na década de 1930, esta área foi sucessivamente ampliada para 100 km e depois para 150 km (Relatório de Acompanhamento de Projeto, 2008:5).

Com a Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979 e o Decreto nº 85.064 de 26 de agosto de 1980 definiu-se e regulamentou-se a ocupação da faixa de fronteira, considerando-a como área indispensável à segurança nacional, estabelecendo-se um conjunto de restrições ao uso da terra e a realização de uma série de atividades na região, situando a faixa de fronteira do Brasil em 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional, abrangendo 588 municípios.

Os municípios fronteiriços caracterizam-se por estarem localizados até 10 km da linha de fronteira, ao longo dos 15.719 km de fronteira terrestre brasileira. Essa área abrange 11 estados e 121 municípios, reúne aproximadamente três milhões de habitantes e faz fronteira com dez países da América do Sul: Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai (Figura 4).

Está claro, segundo o Relatório, que mesmo com a implementação de políticas públicas de saúde para toda a população brasileira, há grande dificuldade em alcançar e integrar as ações de saúde nas regiões brasileiras que apresentam problemas associados a nítidas desigualdades intra e inter-regionais onde a iniquidade em saúde se encontra em nível crítico.

Sob essa perspectiva, se deduz que o SIS FRONTEIRAS, para os municípios representa a melhoria das ações e do atendimento à saúde, tal é o seu estado crítico por se situarem na faixa de fronteira em regiões afastadas dos grandes centros urbanos que possuem maior capacidade de atendimento, de tomada de decisão sobre questões mais urgentes (...) “sendo uma resposta

política à demanda pactuada entre os gestores de saúde federal, estadual e municipal para atenuar os problemas de saúde pública nas fronteiras”.

Figura 4. Faixa de fronteira do Brasil.



Fonte: Relatório de Acompanhamento Projeto SIS FRONTEIRA, p4.

A dificuldade de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública observadas nos países de fronteira com o Brasil, tem aumentado o fluxo de circulação das populações ali residentes, (...) e, conseqüentemente “vem ocasionando dificuldades para os prefeitos e gestores municipais de saúde na região fronteira, bem como para as autoridades dos países limítrofes com o Brasil”.

Essa situação é agravada ao se considerar que um dos critérios de repasse financeiro do SUS é justamente o contingente populacional. Assim, a população estrangeira e os brasileiros que residem no país

vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde. O que acontece é a geração de uma demanda além do estimado no planejamento local, prejudicando a qualidade e principalmente a sustentabilidade da saúde nestes municípios. (SIS FRONTEIRAS- Integração das ações de saúde na fronteira).

Constata-se, portanto que, nos municípios da região fronteira com uma melhor adequação dos serviços de saúde, em relação aos seus vizinhos, a demanda é muito maior sobrecarregando o custo da atenção básica.

Todo cidadão que procura os serviços de saúde nas cidades fronteiriças é igualmente recebido como cidadão brasileiro, mas para a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS):

Historicamente, a situação vivida por esses habitantes, no tocante ao acesso e à qualidade dos serviços públicos, vem se mostrando desfavorável. No caso específico da saúde, o fluxo de usuários para os municípios detentores de melhor oferta de serviços sobrecarrega o custo da atenção nessas localidades, prejudicando o bem-estar da população fronteira. Essa situação é agravada ao se considerar que um dos critérios de repasse financeiro do SUS é justamente o contingente populacional. Assim, a população estrangeira e os brasileiros que residem no país vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde. O que acontece é a geração de uma demanda além do estimado no planejamento local, prejudicando a qualidade e principalmente a sustentabilidade da saúde nestes municípios.

Tendo como justificativa essas constatações e com base nos “programas de desenvolvimento sustentável do governo federal voltadas para a integração da América do Sul e para o provimento de condições de cidadania”, que o Ministério da Saúde propôs o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteira, (Relatório de Acompanhamento do Projeto, 2008:5) tendo como objetivo principal o de “contribuir para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços”.

O Plano Operacional tinha como finalidade o levantamento, por parte da gestão local, em parceria com a Universidade Federal de cada estado, das metas e ações para a melhoria dos serviços de saúde nos municípios fronteiriços.

Foram realizadas mensurações quanti-qualitativas dos aspectos sócio-econômicos; geográficos epidemiológicos, sanitários, ambientais; e assistenciais.

Além da execução do Diagnóstico Local de Saúde e do Plano Operacional, o SIS-Fronteiras também têm como objetivo promover articulações entre as áreas do Ministério da Saúde, a fim de levar os principais programas do Governo para a região de fronteira e melhorar os serviços locais de saúde.

Consta ainda, no Relatório de Acompanhamento do Projeto (2008:5) que este é um *passo inicial para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros*. A expectativa do governo brasileiro é de que com a futura consolidação do MERCOSUL e a integração dos países da América do Sul venha a ocorrer uma *inserção global mais eqüitativa e autônoma (...) na esfera político-econômica-social*.

3.2.1 As fases de operacionalização do Projeto SIS FRONTEIRAS

A operacionalização do Projeto SIS FRONTEIRAS foi dividida em três fases de trabalho. A Fase 1 foi dedicada a elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços, selecionando para a primeira etapa da atividade 69 municípios nos estados da Região Sul (PR, RS, SC) e MS e para a segunda etapa 52 municípios da Região Norte (AC, AM, PA, RO, RR) e MT 2 (Figura 5). A Fase 2 foi dedicada a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde. A Fase 3 para a implantação de serviços e ações de saúde nos municípios.

O Diagnóstico Local de Saúde quali-quantitativo²⁹ e a elaboração do Plano Operacional previram duas ações: a primeira para harmonização dos

29 a) Harmonização dos parâmetros mínimos e metodologia para a realização do Diagnóstico Local dos municípios fronteiriços; b) Repasse do recurso financeiro aos municípios e às

parâmetros mínimos e metodologia de realização do diagnóstico; b) Repasse do recurso financeiro aos municípios e às universidades federais. c) Elaboração do Diagnóstico Local do município; d) Elaboração do Plano Operacional do município.

Figura 5. Área brasileira beneficiada pelo Projeto SIS FRONTEIRAS.



Fonte: http://10.1.1.213/porta/arquivos/jpg/Mapa_Brasil_SIS.jpg

universidades federais. c) Elaboração do Diagnóstico Local do município; d) Elaboração do Plano Operacional do município. A elaboração e apresentação de Diagnóstico Local quali-quantitativo, com o apoio do Ministério da Saúde e estados, envolvem: a identificação da população a ser contemplada nos serviços de saúde; as demandas existentes; a capacidade instalada; os fluxos de assistência e o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde.

O Plano Operacional deve ser integrante do Plano Municipal de Saúde, validado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual; FASE II – Qualificação da Gestão, de serviços e ações, e implementação da Rede de Saúde nos municípios fronteiriços, conforme Diagnóstico Local e Plano Operacional e FASE III – Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços, conforme Diagnóstico Local e Plano Operacional.

3.3 O DIAGNÓSTICO LOCAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ-MS/PROJETO SIS FRONTEIRAS

Após os procedimentos formais entre a Prefeitura Municipal de Corumbá e o Ministério de Saúde através da assinatura do Termo de Adesão ao Projeto SIS Fronteiras, foi enviado a Coordenação do mesmo o Diagnóstico Local de Saúde do município – produto da fase I do Projeto, elaborado pela Secretaria Executiva de Saúde com o assessoramento técnico da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Dos 12 (doze) municípios selecionados, 11 (onze) municípios estão na fronteira com o Paraguai: Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas e 1 (um) fronteira com a Bolívia: Corumbá. A população total desses municípios fronteiriços era de 277.604 habitantes (IBGE, 2007), sendo que Caracol possuía a menor população, 5.150 habitantes e Corumbá a maior população com 101.702 habitantes. Geograficamente, Corumbá tem sua sede urbana próxima da região de fronteira, é uma fronteira seca, com circulação diária de pessoas a trabalho, turismo de compras, em busca de atendimento à saúde na rede pública de saúde e na área de educação, e transito de mercadorias dos dois lados da fronteira. As cidades próximas à fronteira são Puerto Quijarro (Sección municipal 1) e Cantão Puerto Aguirre, Puerto Suarez (Sección municipal 2) e Carmem Rivero (Sección Municipal 3)³⁰.

Do montante de recursos para Mato Grosso do Sul na Fase 1 – Ações de Custeio - Etapa 1 – foram liberados R\$ 436.151,04 (quatrocentos e trinta e seis mil, cento e cinquenta e hum reais e quatros centavos); Fase 2 – ações de custeio e investimento o montante de R\$ 508.842,88 (quinhentos e oito mil, oitocentos e

30 A divisão político-administrativa da Bolívia: Departamentos, Províncias e Seções municipais; correspondem no Brasil aos Estados, Municípios e Distritos.

quarenta e dois reais e oitenta e oito centavos). Deste montante, foram destinados a Corumbá para Investimentos o valor de R\$ 178.263,54 (cento e setenta e oito mil, duzentos e sessenta e três reais e cinquenta e quatro centavos), conforme Resolução 037/08 homologada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite-CIB³¹ em 23 de junho de 2008 que aprovou os Planos Operacionais do SIS Fronteira dos municípios de Corumbá, Japorã, Porto Murtinho, Paranhos, Ponta Porã e Mundo Novo - p.06.

A etapa 1 do Projeto nos municípios fronteiriços dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul foi implementada pelas universidades federal dos respectivos estados, que sob a coordenação do Projeto, reuniram-se para definirem as abordagens metodológicas para a elaboração do diagnóstico local de saúde, considerando as peculiaridades de cada estado, e principalmente a utilização da estratégia de “assessoramento aos municípios para elaboração do diagnóstico de forma que eles se apropriassem de uma capacidade de planejamento e programação em saúde” (TAMAKI et al, 2008:177).

A metodologia de trabalho foi delineada tendo como finalidade a realização de uma pesquisa de dados primários (entrevistas de campo e pesquisa de campo) e de dados secundários (informações em saúde do Ministério da Saúde, do Governo do Estado e os registros dos serviços de saúde do município), tendo como foco o atendimento à população estrangeira e brasileira não residente no país.

Para o dimensionamento do atendimento aos estrangeiros e brasileiros não residentes no país foram realizados os procedimentos: 1) levantamento dos

31 Fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por nove representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, COSEMS.

usuários de áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF); 2) levantamento dos usuários cadastrados em programas de saúde selecionados; 3) levantamento da origem dos usuários e dos serviços demandados pela população atendida nos serviços de saúde do município; e 4) realização de entrevistas com os informantes – chave de cada município (TAMAKI et al 2008:181).

Desse modo, com embasamento no planejamento de ações do Projeto, o diagnóstico local do município de Corumbá foi realizado a partir do levantamento de informações e dados demográficos, geográficos, socioeconômicos, bem como das características do sistema de saúde abordando os instrumentos de gestão, financiamento, programas de saúde, resultando um relatório com os seguintes resultados:

As facilidades no trânsito de pessoas em sua fronteira e a ausência da oferta de serviços de saúde gratuita no país boliviano faz com que sua população procure a rede básica e a hospitalar, para atendimentos preventivos, curativos e assistenciais, variando de 1,6% para o atendimento hospitalar a 4,7% para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (DIAGNÓSTICO LOCAL, 2007:152).

Como resultante, também, do Diagnóstico Local foram detectados nove problemas ou pontos críticos que se relacionam à: 1) atendimento aos estrangeiros, predominantemente bolivianos, na rede pública de saúde; 2) ausência de recursos financeiros para atendimento de usuários estrangeiros e brasileiros residentes no exterior; 3) desconhecimento dos profissionais de saúde de como encaminhar usuários estrangeiros para serviços de média e alta complexidade; 4) estrutura da rede de serviços de saúde deficitária; 5) sobrecarga de atendimentos no Pronto Socorro Municipal; 6) deficiência nas ações de atenção básica refletindo nos indicadores de saúde; 7) aumento da demanda de atendimentos provenientes do município de Ladário; 8) falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à saúde da população não residente no

país; 9) baixo percentual de transferências do SUS para o financiamento das ações de saúde.

Dentre esses pontos críticos levantados, geradores de problemas no setor saúde em Corumbá, foi o mais citado nas entrevistas realizadas com os Secretários municipais de saúde³² (...) *a falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à saúde da população não residente no país (estrangeiros e brasileiros)* (...) que não são levados em consideração nas estatísticas de saúde e nem dos repasses de recursos do SUS. Revelando ainda que, dada à extensão da fronteira e por ser área urbana contígua, há uma assimetria na qualidade e no financiamento de atenção à saúde: o sistema de saúde brasileiro é gratuito e de melhor qualidade que o sistema de saúde do Paraguai e da Bolívia (TAMAKI et al, 2008:187).

Um das dificuldades citadas na operacionalização dos programas é justamente a que se relaciona diretamente com o:

“Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que é exclusivo ao atendimento à mulher, em período de gestação, concepção e puerpério, o atendimento às bolivianas, é um dos mais embaraçosos, porque elas chegam com 8 meses, para serem atendidas na maternidade de Corumbá” (DIAGNÓSTICO LOCAL, 2006:81).

Reforçando, de certa forma, essas dificuldades encontradas, estudos anteriores sobre especificidades do movimento fronteiriço, destaque para Patarra e Baeninger (2006), no qual relatavam que as novas formas de mobilidade espacial da população a partir da existência do MERCOSUL, relacionadas à livre circulação de trabalhadores, tenderiam a se intensificar e,

32 Parte V - do Ideário a vivência de práticas no contexto das fronteiras. 5.3 O Projeto SIS-FRONTIEIRA no Estado de Mato Grosso do Sul. TAMAKI et al. p.177-208.

sobremaneira ressaltar as diferenças existentes entre os países, no que se refere às políticas sociais, e que na essência se replica a população boliviana fronteiriça:

(...) esses movimentos que tendem a serem mais constantes, mais circulares, mais diversos, incidindo em situações de convivência binacional (...) históricas, em que a estratificação social, as desigualdades e carências pregressas tendem a acirrar-se. Abre-se, assim, um leque de novas necessidades, e certas dimensões da vida coletiva ficam a descoberto, como, por exemplo, a necessidade de compatibilização de políticas sociais ligadas à educação e à saúde e a todo o sistema previdenciário no sentido de salvaguardar as trajetórias ocupacionais dos trabalhadores. (PATARRA E BAENINGER, 2006:98-99).

Diferentemente da fronteira com o Paraguai, onde uma avenida separa as duas cidades Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, em Corumbá para se atravessar do outro lado da fronteira paga-se um pedágio no posto fronteiriço, onde está instalada a alfândega – Receita Federal, e do outro lado da fronteira uma taxa de R\$1,00 (um Real). É uma fronteira bem caracterizada pela barreira geopolítica.

A exemplo de Sant'Ana Livramento-Rio Grande do Sul e Rivera-Uruguai (MELO, 2000; 2004:191) e Ponta Porã-Mato Grosso do Sul e Pedro Juan Caballero-Paraguai onde não se percebe, no primeiro olhar onde começa uma e termina a outra, devido as similaridades nas construções, no comércio, onde a comunicação em português e espanhol fazem parte do cotidiano. Em Corumbá os bolivianos residentes procuram se expressar corretamente em português. Em Puerto Quijarro também se fala o português, principalmente no comércio, restaurantes, e outros locais de prestação de serviços e os bolivianos adotam, inclusive, algumas expressões (gírias) faladas pelos brasileiros.

De maneira especial, a realidade que se percebe, principalmente, nos municípios da fronteira boliviana, é de uma integração maior com a cultura do lado brasileiro. As diferenças socioeconômicas são visíveis entre as duas regiões o que leva a uma maior procura pelos serviços da rede pública de saúde, educação, mercado de trabalho pelos bolivianos, e especificamente à procura por uma melhor qualidade de vida.

Notadamente, o sistema público de saúde, é que tem o maior ônus, pois a procura pelo atendimento sobrecarrega o setor em Corumbá-MS, fatos comprovados pelo Projeto SIS FRONTEIRAS.

Portanto, no que se refere à faixa de fronteira sul, especificamente em Corumbá-MS, a mobilidade fronteiriça observada a partir de Puerto Quijarro-BO leva a discussão da noção de “residência base”, tendo como determinante a busca pelos serviços da rede pública de saúde em Corumbá.

Sob essa perspectiva, a possível reversibilidade interage com “as formas e a área de ação” e as segundas gerações de migrantes “revelam o caráter e a intensidade da reversibilidade eventual da migração” (Domenach e Picouet, 1987), podem ser relacionados aos movimentos ocasionados e associados à necessidade da utilização dos serviços de saúde.

CAPITULO 4. VIVÊNCIAS E PECULIARIDADES DO ESPAÇO DE FRONTEIRA

*Tentei descobrir na alma alguma coisa mais profunda
do que não saber nada sobre as coisas profundas.
Consegui não descobrir.
Manoel de Barros*

O projeto inicial de estudar a fronteira Brasil-Bolívia, na região de Corumbá, foi delineado a partir de uma idéia central que tinha como finalidade relacionar o tempo de residência e os motivos que levam a fixação de residência naquela região fronteira, comparando os dados dos censos demográficos de 1991 e 2000 e visitas de campo para conhecer a realidade local.

Com essa perspectiva de investigação foi realizada uma revisão bibliográfica sobre estudos, pesquisas desenvolvidas sobre a região de fronteira do Brasil com os países da América do Sul, e especificamente sobre Corumbá e a fronteira com a Bolívia. O conhecimento das diversas definições de fronteiras, limites, assim como o estudo do conceito de residência-base e reversibilidade dos fluxos migratórios de Domenach e Picouet ampliaram a visão perspectiva da idéia inicial.

A primeira etapa do trabalho consistiu no levantamento das instituições que desenvolvem ou são responsáveis por algum tipo de programa e/ou atividade relacionada aos migrantes bolivianos em Mato Grosso do Sul, para subsidiar a pesquisa exploratória no âmbito do Projeto Movimento Migratório e Meio Ambiente no MERCOSUL, NEPO-UNICAMP/IRD; a segunda etapa, portanto esteve relacionada com a pesquisa exploratória. Nesta etapa, a observação da realidade local dos bolivianos residentes em Corumbá, e nas visitas realizadas, percebeu-se uma questão latente naquela região: a utilização dos serviços da rede pública de saúde pelos bolivianos fronteiriços; na terceira etapa, o Relatório de pesquisa do Projeto SIS FRONTEIRAS - Projeto Sistema Integrado de Saúde

das Fronteiras do Ministério da Saúde de 2005, sobre a realidade da saúde pública em Corumbá, foi fundamental para o direcionamento deste estudo.

A descrição da segunda etapa do trabalho de campo, em janeiro de 2006, com pesquisadores do NEPO/Unicamp e do IRD é essencial para fundamentar o redirecionamento deste estudo, pois a viagem de observação exploratória em algumas cidades dessa região fronteiriça, subsidiou o conhecimento sobre a realidade local do espaço de fronteira³³ de Mato Grosso do Sul com a Bolívia e o Paraguai. De acordo com as anotações de campo³⁴ as visitas, agendadas previamente (primeira etapa do estudo), foram realizadas a contento e os entrevistados mostraram-se receptivos aos objetivos do Projeto cada um expondo seu conhecimento e experiência no que se referem às relações sociais, culturais, políticas e históricas entre brasileiros, paraguaios e bolivianos, naquela faixa de fronteira.

A finalidade, portanto, sob a perspectiva dos objetivos do Projeto NEPO/IRD a partir daquela realidade, era de levantamento de informações e a partir dessas uma orientação para aprofundamento das seguintes temáticas para elaboração dos estudos previstos no Projeto NEPO/IRD: a migração na região de fronteira Mato Grosso do Sul, Paraguai e Bolívia – estratégias; as condições de vida da população migrante do Cone Sul e, a dinâmica ambiental da região.

4.1. O LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS

Nessa primeira fase exploratória foram entrevistados os responsáveis por programas e projetos que tinham em comum o desenvolvimento econômico e

33 Projeto Movimento Migratório e Meio Ambiente no MERCOSUL, NEPO-UNICAMP/IRD, coordenado por Sylvain Souchaud (IRD) e Rosana Baeninger (NEPO/UNICAMP).

34 As entrevistas foram realizadas de 07 a 20/jan/2006, sob a coordenação de Sylvain Souchaud (IRD), quando tive oportunidade de participar das entrevistas qualitativas; as descrições aqui mencionadas fazem parte de minhas anotações de campo.

social, bem como o fortalecimento das relações fronteiriças com Paraguai e Bolívia em Campo Grande.

Nesse contexto, destaca-se a Coordenadoria de Relações Bilaterais de Mato Grosso do Sul, Bolívia e Paraguai do governo do Estado de Mato Grosso do Sul que trata dos assuntos relacionados: a) ao Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul (Codesul), entidade formada pelo Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, criado em 1961 para fortalecer o desenvolvimento econômico e social da Região Sul, e que está se estruturando para desenvolver também ações efetivas e concretas para integrar o bloco ao MERCOSUL; b) Zona de Integração do Centro-Oeste da América do Sul (Zicosul), que reúne Argentina, Chile, Paraguai, Bolívia, Brasil e, c) Acordo Bilateral Estado de Mato Grosso do Sul e o Departamento de Santa Cruz (parte do ZICOSUL) cujas temáticas em debate são: “Comércio Fronteiriço e Aduanas”, “Segurança Pública” e “Cooperação Bilateral”, bem como “Disposição de Resíduos Sólidos” gerados nos municípios de Corumbá e Ladário (Mato Grosso do Sul) e de Puerto Quijarro e Puerto Suárez (Santa Cruz).

Na Gerência Local do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)-MS das ações desenvolvidas no Estado, naquele período encontrava-se em trâmite entre os países da tríplice fronteira e o Ministério de Desenvolvimento o projeto do Estatuto do Cidadão de Fronteira. Entre outros programas, foi citada a parceria com a Universidade Federal de MS no Projeto de Desenvolvimento de Fronteira (Desenvolvimento Local).

Enquanto que na Pastoral do Migrante no Estado o trabalho realizado está direcionado para os migrantes internos e com apoio em cursos de geração de renda, principalmente para as mulheres, estavam em atividade, naquele momento, 06 (seis) grupos com 94 pessoas. Especificamente, não foi relatada a existência de um grupo de trabalho em Campo Grande com imigrantes da faixa de fronteira ou do próprio Cone Sul, ou seja, o atendimento é geral.

Na visita a cidade de Corumbá, cidade cuja formação teve influencia da colonização européia, de paraguaios, e em meados do século XX de imigrantes

bolivianos, as entrevistas realizadas tiveram como público alvo os responsáveis por órgãos públicos do município e governo federal.

Um dos relatos destacou a elaboração do Planejamento estratégico que está sendo realizado em Corumbá e o Plano Diretor do município que envolve em sua discussão a comunidade residente. A equipe responsável pelo Plano Diretor tem uma proposta de um plano regional de desenvolvimento urbano entre Corumbá, Ladário, Puerto Quijarro e Puerto Suarez.

Dentre outros assuntos, a questão indígena foi mencionada com destaque aos indígenas da Aldeia Guató, que residem na Serra do Amolar próximos as margens do Rio São Lourenço e os índios Camba – cujas terras foram tomadas pelo exército em 1964 e devolvidas há uma questão de 10 anos. Existe uma Associação dos Indígenas com representação atuante junto à Prefeitura Municipal de Corumbá, viabilizando atividades de artesanato e o atendimento a saúde, educação na própria aldeia.

4.2. IMPRESSÕES SOBRE A PRESENÇA DE BOLIVIANOS NA ÁREA URBANA.

Nesta etapa do trabalho de campo³⁵ as informações registradas chamaram à atenção sobre as citações feitas sobre a expressiva quantidade de alunos (crianças e jovens) bolivianos freqüentando as escolas do município.

Na área de promoção humana é também freqüente o atendimento as famílias bolivianas, que na maioria das vezes são desprovidas de recursos financeiros, materiais, e com o mínimo de acesso aos serviços em suas cidades.

Sobre as condições de moradia dos bolivianos, as informações repassadas eram de que a pobreza do lado boliviano está aumentando, e não está disponibilizada em algumas regiões a rede de água e de esgoto.

35 Pesquisa exploratória Projeto Movimento Migratório e Meio Ambiente no MERCOSUL NEPO/UNICAMP/ IRD. Corumbá-MS. 2006.

Na continuidade das visitas um dos relatos se referenciava a área de saúde pública, especificamente a de vigilância epidemiológica, sendo citadas: a incidência de leishmaniose³⁶, incidência do foco da dengue, pois 20% estavam concentrados na Bolívia. O combate aos focos foi realizado com apoio da Secretaria de Saúde de MS e da Secretaria Executiva de Saúde de Corumbá, a partir de acordo de cooperação bilateral.

Essa informação comprova a realidade descrita no estudo de Manetta (2009:67) que se referindo ao estudo de Parras (1995) comenta sobre a crítica situação de pobreza dos bolivianos. *Em 1990, (INE, 2003) pelo menos 3,9 milhões de pessoas viviam sem água potável e 4,8 milhões sem saneamento básico. Apesar das relativas melhorias nos índices de pobreza existem ainda grupos populacionais com elevados níveis de analfabetismo, desnutrição e acesso limitado aos serviços de saúde.*

Uma interessante característica observada, nos diversos contatos realizados, foi a assimilação ao modo de vida³⁷ brasileiro pelo boliviano, no que se refere principalmente, à incorporação dos costumes e cultura da cidade de

³⁶ A Secretaria Executiva de Saúde Pública confirmou dois casos humanos da doença em Corumbá. Um foi de leishmaniose visceral e o outro tegumentar. Ambos foram registrados no B. Cristo Redentor. Os pacientes estão em tratamento e passam bem. O caso de leishmaniose tegumentar é importado da Bolívia. A Saúde vai reforçar as ações de bloqueio à doença com a captura de animais soltos e outros serviços de prevenção. Disponível em: <http://www.corumba.ms.gov.br/modules/news/article.php?storyid=6215>. Acesso em 12 de abril de 2010.

³⁷ Melo (2004) em Fronteiras: do campo imaginário a linha de conflitos discute as relações entre brasileiros e uruguaios de fronteira, legislações nacionais, por histórias diferenciadas e objetivos distintos, fazendo com que a linha imaginária – a linha de fronteira – adquira conformações objetivas, compondo-se um processo sociocultural complexo em decorrência do que Cardoso de Oliveira denominou de “nacionalidades em conjunção”. É assim que em ambos o lado da fronteira pode-se constatar a existência de contingentes populacionais não necessariamente homogêneos, mas diferenciados pela presença de indivíduos ou grupos pertencentes a diferentes etnias, sejam elas autóctones ou indígenas, sejam provenientes de outros países pelo processo de imigração. Ora, isso confere à população inserida no contexto de fronteira um grau de diversificação étnica que, somada à nacionalidade natural ou conquistada do conjunto populacional de um e de outro lado da fronteira, cria uma situação sociocultural extremamente complexa. (De Melo J. L. B. 2004).

Corumbá pelos jovens que vão estudar nas escolas públicas, trabalhar e utilizar os serviços da área de saúde. E, sobremaneira pelo acesso diário aos meios de comunicação de massa (televisão brasileira, rádios, jornais, revistas) tão presentes no mundo globalizado. Enquanto que os descendentes de bolivianos se consideram brasileiros, os mais velhos se declaram bolivianos, preservando a cultura e costumes de seu país, mas, se adaptando ao modo de vida do brasileiro.

Com referencia a essa assimilação de identidade do outro, cita-se o estudo sobre identidade e migrações em áreas fronteiriças entre o Brasil e os vizinhos do MERCOSUL de Haesbaert e Santa Bárbara (2009). Citam Cardoso de Oliveira (1976) para explicar como o núcleo do conceito de identidade étnica está no fato de ela ser contrastiva. Segundo os autores é através de interações espaciais que uma pessoa ou grupo se identifica como tal, passa a visualizar o “outro” de forma etnocêntrica. Ou seja, se identifica com outra raça como seu objeto principal.

Mencionam, também, Martins (1997) explicando que o autor não discute especificamente fronteira no sentido político, mas sob a percepção econômica, demográfica e cultural, afirmando *que a realidade de fronteira representa não só o desencontro de diferentes visões de mundo, como também, por conseguinte, a coexistência de diferentes espaço-temporalidade*. Explica que esta *“contemporaneidade da diversidade” é a responsável pela definição tanto da individualidade quanto da identidade dos agentes sociais aí envolvidos* (MARTINS, 1997 apud HAESBAERT e SANTA BÁRBARA 2009:3).

As características observadas nas atitudes dos bolivianos relacionadas ao modo de vida brasileiro são ilustradas ricamente na descrição que os autores elaboram sobre a presença brasileira e sua expressiva *influencia cultural nos espaços de migração*, neste caso no modo de vida paraguaio:

A difusão da cultura e de costumes brasileiros faz com que emissoras de rádio, em localidades como Santa Rita e San Alberto, tenham horários onde a transmissão feita exclusivamente em português. “Me sinto como se estivesse no Brasil, por causa da teve parabólica e da comida”,

afirmou uma migrante brasileira em Santa Rita (HAESBAERT e SANTA BÁRBARA, 2009:6).

Silva (2011), em sua visão antropológica sobre a presença dos bolivianos em São Paulo, realiza uma reflexão sobre a identidade, suas culturas e tradições que levam em sua trajetória de mudança de residência, ao atravessarem fronteiras políticas, ou seja, *a questão de como cada grupo social vê a si mesmo e ao mesmo tempo é visto pela sociedade que o recebe*. Segundo Silva, essa questão remete ao *problema central levantado por Pierre Bourdieu, ou seja, a identidade como construção simbólica ou representação social*.

Para Silva, é um grande desafio compreender o *poder de identidade* de um povo, principalmente quando esses são muito discriminados no local que escolheram como nova residência. Segundo o autor, os bolivianos em São Paulo utilizam a estratégia de, no espaço público (praças) realizarem apresentações culturais (danças) como modo de demonstrarem sua cultura, o que em sua reflexão podem estar dizendo algo sobre eles e sobre a forma pela qual são identificados pela sociedade receptora.

4.2.1 O comércio nos dois lados da fronteira.

Nas ruas de Corumbá a presença diária de ambulantes bolivianos faz parte da rotina do comércio da cidade. Estes comercializam mercadorias com preços mais baixos que as do comércio local, conseqüentemente com menor carga tributária o que gera problemas entre as Associações Comerciais de Corumbá e da Bolívia. Considerando que os feirantes bolivianos pagam somente uma taxa mensal à Prefeitura de Corumbá no valor de R\$ 40,00 e à Receita Federal de R\$ 60,00 a 70,00, para poderem comercializar seus produtos.

À época da pesquisa estavam negociando um terreno no centro de Corumbá para viabilizarem um espaço comercial somente para eles. Foi consenso entre os feirantes entrevistados que o problema maior com os feirantes bolivianos reside no fato de que trazem produtos da Bolívia sem taxaço e revendem a preços mais convidativos que os feirantes brasileiros.

Tendo em vista a representatividade de bolivianos no comércio de Corumbá-MS deduz-se que, a proximidade fronteiriça faz com que estes utilizem os demais serviços públicos existentes no município o que os leva a permanecerem o maior período do tempo de trabalho em Corumbá-MS. Desta forma, se estima, provavelmente, que estabeleçam uma “residência temporária” e para contextualizar essa realidade toma-se como pressuposto a suposição teórica de que no trabalho de pesquisa qualitativa, segundo Deslauriers e Kérisit (2008).

À medida que progride o trabalho simultâneo de coleta de informações e de análise, o objeto de pesquisa vai se especificando e as questões se tornam mais seletivas: o funil se restringe e possibilita-se ao pesquisador formular uma explicação provisória que será gradualmente consolidada (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2008:137).

No levantamento da pesquisa de campo do Nepo/IRD em janeiro de 2006, realizado junto aos comerciantes que trabalham na Feira Brasbol (Tabela 10) sobre o local de residência 43,8% do total de comerciantes bolivianos informaram que residiam nas vilas e bairros de Corumbá, os demais residiam nas cidades vizinhas da fronteira.

Tabela 10. Feira Brasbol – Feirantes nascidos na Bolívia e no Brasil, por local de residência atual. Corumbá, MS, 2006.

Local de residencia atual	Número de feirantes
Alameda Braun	1
Arroyo Concepcion	15
Fronteira	15
Puerto Quijarro	11
Puerto Suarez	3
San José	1
Santa Cruz	4
Corumbá	39
Total de feirantes-imigrantes bolivianos	89
Total de feirantes-naturais de Corumbá e demais Ufs do Brasil	8
Total de feirantes da Brasbol	97

Fonte: Pesquisa de campo.
Elaboração: A autora.

Quanto aos bolivianos radicados em Corumbá que trabalham na Bolívia a informação colhida é de que a opção de residir em Corumbá se relaciona a melhor qualidade de vida; no tocante aos brasileiros (geralmente corumbaenses) que atuam no mercado de trabalho na Bolívia a residência fixa é no Brasil.

Os bolivianos fronteiriços têm autorização para trabalhar e residir no Brasil (Documento fronteiriço da Policia Federal). Este documento (carimbado) de identificação é obrigatório, válido somente para transitar na área de fronteira com o município de Corumbá.

Cabe aqui colocar a questão das “residências múltiplas” (lugares de atividade profissional para o trabalho, sócio-familiar) sendo estas um fato social que não se deve ignorar e, portanto, se caracterizam e evidenciam como uma nova questão de mobilidade humana, de intrarregional a intercontinental estudada por Colomb apud Domenach e Picouet (1990:53).

O crescimento populacional em Puerto Quijarro, de acordo com Manetta (2009:69-70) no período 1992/2001 foi intenso, provavelmente consequente de sua localização fronteiriça e da recente dinamização econômica que estariam atraindo e retendo migrantes bolivianos que procuram melhores oportunidades, seja através do comércio informal trans-fronteiriço ou do acesso aos mercados e serviços das cidades brasileiras. Estes fatos evidenciam a suposição das residências múltiplas, uma para atividade econômica e a outra sócio-familiar e comprova a relação transfronteiriça naquela região.

Após a análise das informações coletadas o procedimento seguinte foi à elaboração da próxima etapa de trabalho, que consistiria no levantamento de informações nas Unidades Básicas de Saúde, com destaque para as de maior atendimento aos bolivianos, em visitas domiciliares nos bairros de abrangência dessas UBS e a visitas as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez para levantamento de informações da área de saúde, planejada para outubro de 2009.

4.3 ABORDAGEM QUALITATIVA NA ÁREA DE SAÚDE

A experiência de participação na pesquisa exploratória em 2006 foi fundamental para a reestruturação da questão principal, como citado anteriormente, e desta forma, 2 (duas) etapas de atividade a campo foram planejadas: a primeira consistiu de uma pesquisa exploratória, realizada em 2008, com a finalidade de levantar subsídios para o delineamento metodológico da pesquisa qualitativa. Nessa etapa, foram realizadas visitas a rede pública de saúde, de Corumbá, Puerto Quijarro e Puerto Suarez. E, ainda em Corumbá a pesquisa foi realizada nos bairros onde a concentração de residências de bolivianos fosse maior.

A aplicação das entrevistas da pesquisa qualitativa, na segunda visita realizada em 2009, objetivou conhecer sob a ótica das gerentes (enfermeiras) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Programa Saúde da Família (PSF), se o atendimento procurado pelos bolivianos e o uso dos serviços de saúde poderia influenciar na mudança de residência com a reversibilidade do fluxo migratório, temática central deste estudo. Ou seja, comprovar se a procura por serviços de saúde é um dos elementos que compõem os processos migratórios nesta fronteira. E, a mobilidade nessa região como resultante da interação e integração onde o local interage no espaço de vida e determina o tempo de residência.

No delineamento dessa etapa de trabalho foi fundamental a utilização da pesquisa qualitativa que vem ganhando espaço no interesse dos pesquisadores da área de saúde, Deslande e Gomes (2004), Mercado-Martinez e Bosi (2004) dentre outros.

A pesquisa qualitativa na área de saúde, parte “de um movimento antipositivista” que veio se consolidando ao longo do século XX, *que considera o conhecimento como resultante de uma dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno sob estudo – onde surge e se expande o interesse pela investigação qualitativa* MERCADO-MARTINEZ e BOSI (2004).

Um das autoras especialistas no estudo sobre pesquisa qualitativa e seu significado semântico Tesch citada in Mercado e Bosi (2004), *situando a qualidade em interface com a subjetividade* discorre sobre as:

“dificuldades encontradas no uso da expressão pesquisa qualitativa, uma vez que *strictu sensu* não haveria propriamente *pesquisa qualitativa* mas *informação qualitativa*, que seria aquela que não encontra expressão em números. São estudos que trabalham predominantemente com material discursivo ou outras formas de linguagem e suas perguntas condutoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequências de distribuição”. TESCH in MERCADO E BOSI (2004:32).

Para Mercado e Bosi (2004), no que se refere à área de saúde, especificamente, a aplicação de um desenho e de técnicas se altera a partir da concepção do uso e das etapas a serem seguidas durante a investigação, ou seja, caso se faça uma investigação tradicional ou positivista, que postula o *alcance da verdade a partir de aproximações sucessivas, tendo o método como caminho* (...) inicia-se pela definição do tema, formula-se o objeto de estudo, definem-se perguntas ou objetivos e assim sucessivamente até chegar à publicação dos resultados MERCADO E BOSI (2004:32).

Ao mesmo tempo, em que, concordam com os diversos autores que discutem o tema, consideram que a pesquisa fundamentada no modelo hipotético dedutivo apresenta algumas limitações, (...) por ser um modelo positivista, (...) a partir de uma teoria conclui-se publicando os achados, onde se comprovam ou se contestam os pressupostos dos quais se partiu” MERCADO-MARTINEZ e BOSI (2004:50).

A partir da abordagem sistematizada do tema os autores recomendam que

“como mais adequado o modelo circular (espiral), coerente com a concepção dialética do processo de investigação ou construção do conhecimento, no qual as etapas não necessariamente se seguem ao pé da letra, exigindo, permanentemente uma postura flexível tanto no processo em seu conjunto como na sequencia dos passos a seguir. Assim numa pesquisa os dados obtidos podem levar a definir com maior clareza o objeto de estudo e mesmo reformulá-lo exigindo a obtenção de novos dados” MERCADO-MARTINEZ e BOSI (2004:50).

Na análise dos autores, *a estratégia adotada ao se definir o desenho em estudo sobre os serviços de saúde não se define de uma vez para sempre*. Ou seja, no primeiro momento de escolha do instrumento ou técnica de pesquisa, se leva em consideração a realidade ainda não visitada, e na aplicação da técnica pode-se concluir que não é o modelo adequado, ou não é uma “boa estratégia” para se alcançar os resultados esperados.

Portanto, deve-se, segundo Mercado-Martinez e Bosi (2004:51), na opção por uma técnica de obtenção de dados ou análise esta não deve ser produto de improviso ou dos recursos não disponíveis, e na decisão ou do objeto de pesquisa levar em consideração sempre o que se quer pesquisar, o que se pretende conhecer sobre um determinado fenômeno social, e recomendam, também, dependendo da necessidade obter “dados a partir da revisão de fontes secundárias dada a opção por levar a cabo um estudo histórico”.

Os trabalhos realizados tendo como abordagem a pesquisa qualitativa para levantamento de respostas, principalmente na área de saúde, fazem referência ao processo saúde-doença, o homem e sua fisiologia e, portanto, é utilizada neste estudo para a investigação da relação mobilidade fronteira e serviços de saúde, ou seja, a oferta e qualidade dos serviços disponibilizados pelo SUS através da rede municipal de saúde.

Por conseguinte, referenciada nessa abordagem, a pesquisa de campo foi esboçada, tendo como referência a pesquisa qualitativa com entrevistas individuais semi-estruturadas, considerando que é uma metodologia muito utilizada nas ciências sociais. Com esta ferramenta metodológica se obtém uma observação mais ampla da realidade pesquisada, pois as respostas dos entrevistados auxiliam na configuração da realidade analisada, a partir das representações, experiências e percepções dos entrevistados.

E o pesquisador e/ou entrevistador tem uma flexibilidade maior para à medida que o entrevistado expõe suas ideias, repassa informações, o pesquisador/entrevistador tem mais alternativas de aprofundar suas questões, amplia o conhecimento sobre o objeto estudado, já que o entrevistado não fica

limitado a perguntas fechadas e responde as questões “usando seus próprios critérios e palavras”. Ou seja, extraem-se informações sistematizadas³⁸ a partir da visão do entrevistado, de sua fala e forma de se expressar, o que propicia a identificação de peculiaridades de um determinado segmento.

Minayo e Sanches (1993:248) referenciam-se a pesquisa qualitativa como a “linguagem de uso comum na experiência cotidiana”, e de como pelo movimento os acontecimentos se transformam, é a idéia do devir, ou seja:

o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas. Ela compartilha a idéia de “devir” no conceito de cientificidade (MINAYO E SANCHES, 1993:245).

Com a sistematização das informações dessa pesquisa exploratória foi planejada a 1ª visita de campo (em 26 a 30 de outubro de 2009) com a finalidade de observar, com os objetivos mais definidos, a realidade local nos dois lados da fronteira. Nesta etapa de coleta de informações para a elaboração da pesquisa qualitativa, o apoio da Secretaria Executiva de Saúde de Corumbá-MS (SES/Corumbá) foi fundamental.

Em reunião realizada com a finalidade de descrever os objetivos da pesquisa com o Secretário Municipal da Secretaria Executiva de Saúde e técnicos do Programa de Atenção Básica e Saúde da Família, na explanação dos objetivos da pesquisa aos entrevistados ressaltou-se sua vinculação a um estudo acadêmico, o vínculo com a Universidade e a garantia de sigilo de qualquer eventual comentário.

³⁸ Frequentemente usado nas Ciências Sociais para buscar respostas aos “porquês” e “comos” dos comportamentos. O rapid assessment é utilizado para facilitar decisões que devem ser baseadas na realidade e é uma ferramenta para articular opiniões, julgamentos e perspectivas enunciados pelos próprios envolvidos no problema (World Bank, 1993).

O passo seguinte foi o planejamento das atividades de campo com os técnicos da Atenção Básica e Saúde da Família, que informaram os bairros onde estão situadas as Unidades Básicas de Saúde, a delimitação da área de pesquisa foi realizada a partir da localização das UBS. Os contatos com as respectivas gerentes das UBS ficaram sob a responsabilidade do responsável pela coordenação do Programa.

Os bairros Dom Bosco e Popular Velha foram indicados pela equipe do Programa Saúde da Família³⁹ para as visitas nesse primeiro momento, por serem os bairros de maior concentração de bolivianos e esses bairros estão situados em duas áreas de abrangência de UBS, onde são mais efetivos os atendimentos.

O Relatório do Diagnóstico Local do município de Corumbá-Projeto SIS Fronteira foi essencial para uma visão geral da situação de saúde do município, nessa etapa de campo.

As visitas aos municípios de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, e as entrevistas com os Secretários de Saúde foram agendadas pela assessoria técnica da SES/Corumbá, com o objetivo de levantamento de dados e informações qualitativas dos respectivos municípios fronteiriços.

³⁹ “O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994. No entanto, é a partir de 1998 que o programa se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorize ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. (MS, 2003; Trad & Bastos, 1998). Tendo como eixo central o fortalecimento da atenção básica, o PSF foi pensado como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (Chiesa & Fracoli, 2004; MS, 2003). O Programa Saúde da Família no Brasil é minimamente composto por uma equipe de saúde, que é formada desde o início de sua implementação por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal”. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/saude_familia_brasil.pdf acesso em 01 de março de 2010.

4.3.1 Cotidiano de atendimento aos bolivianos na rede pública de saúde de Corumbá-MS.

As UBS possuem equipes de Estratégia Saúde da Família que fazem o acompanhamento em média a três mil habitantes (recomendado) em micro áreas, nas residências e na mobilização da comunidade, sendo que para cada micro área tem um agente de saúde.

Nas UBS, local principal de busca de atendimento para os bolivianos o 1º contato é com as enfermeiras chefes das UBS. Os bairros selecionados (Dom Bosco e Popular Velha), como já observados, são os que registram o maior número de atendimentos a bolivianos, portanto a visita nesta etapa tinha como pretensão observar aquela realidade para o delineamento do roteiro a ser aplicado, em visita posterior na 2ª etapa da pesquisa em todas as UBS.

De acordo com as observações da equipe da Atenção Básica e Saúde da Família, dentre os bairros da cidade, o Bairro Cravo Vermelho tem uma concentração de residências de bolivianos de migração recente.

No planejamento do trabalho de campo foi programada uma visita à Maternidade, sendo entrevistada a enfermeira responsável pelo atendimento do Programa SIS Pré-Natal⁴⁰ que discorreu como se concretizava o atendimento as bolivianas grávidas. Estas procuram o atendimento quando está para dar a luz, evitando, desta forma, a recusa no atendimento além do que, muitas utilizam do artifício de se consultarem nas UBS dos bairros, onde fazem a ficha ou Painel

40 Sis Pré-Natal-Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

informando um endereço fictício (geralmente o agente de saúde realiza a visita à residência e não localiza a pessoa no citado local) e com este cartão-painel chegam à maternidade para o parto, que geralmente são partos normais.

Além disso, alguns relatos evidenciaram que muitas gestantes utilizam do subterfúgio de se cadastrarem somente para terem o parto na maternidade com a finalidade ter um filho brasileiro, pois assim ele terá um registro e assistência médica gratuita e o acesso à educação. Também foi relatado que a maioria das mães bolivianas não faz a triagem Neonatal (Teste do Pezinho) ⁴¹ em seus bebês e as que fazem não retornam para buscar os resultados, mas retornam na época das campanhas de vacinação, que são divulgadas em panfletos, folders confeccionados em português e castelhano.

No Pronto Socorro, os entrevistados pelo atendimento geral e pelo Programa SIS-Fronteiras colocaram que as maiores incidências dos atendimentos são de acidentes de trânsito, informando que estes pacientes da fronteira chegam de ambulância onde recebem os primeiros atendimentos, uma vez que não contam com infraestrutura e recursos humanos necessários na área de saúde

⁴¹ Triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das seqüelas associadas à cada doença.

Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 822 (Portaria Nº 822), assinada pelo Ministro José Serra, em 6 de junho de 2001, criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), todos os Estados brasileiros contam com pelo menos um Serviço de Referência em Triagem Neonatal e diversos postos de coleta para o Teste do Pezinho, espalhados por todos os municípios de cada Estado. Através do Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou da própria Secretaria Municipal de Saúde, pode-se obter o endereço das Unidades de Coleta. O PNTN prevê o diagnóstico de quatro doenças: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Os exames realizados em cada Estado serão aqueles para os quais está habilitado a fazer, conforme as fases de implantação estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a saber:

Fase I: Hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria; Fase II: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias; Fase III: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24916&janela=2 acesso em 02/novembro/2010.

pública; são encaminhados para o Pronto Socorro de Corumbá, onde tem conhecimento de que receberão o atendimento emergencial. Quando o caso é de atendimento de alta complexidade são realizados os procedimentos básicos, e os pacientes são retornados para a Bolívia já que o sistema de saúde pública de Corumbá é habilitado somente para média complexidade.

4.3.2 Visitas domiciliares e à feira de produtos importados

Nas visitas domiciliares, média de 5 (cinco) visitas em cada bairro, foi constatado que a maioria dos moradores bolivianos era residente em média de 20 a 40 anos ou mais em Corumbá; a partir das informações dos entrevistados constatou-se, que a maioria, senão todos utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) através das UBS, principalmente, os mais idosos (entre 60 anos ou mais) que são pacientes dos Programas do Hiperdia⁴² onde fazem o acompanhamento mensal, recebendo os remédios para hipertensão arterial⁴³, Diabetes, Glaucoma. Comentaram também, que os bolivianos fronteiriços que necessitam desse tratamento se deslocam até Corumbá em busca de atendimento, pois sempre tem algum parente ou amigo na cidade.

Quanto às entrevistas com os imigrantes mais jovens – entre 20 a 35 anos - foram as mais difíceis de serem realizadas, porque estavam no trabalho ou se encontravam ausentes das residências no momento das visitas.

Para contornar essa situação e realizar entrevistas com esses jovens, foi programada uma visita à feira de produtos importados, localizada atrás do

42 Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica/SIS-Hiperdia que é um sistema nacional de cadastro e monitoramento de Hipertensos e Diabéticos atendidos na rede básica do SUS.

43 A rede Básica do SUS dispõe de praticamente todos os medicamentos necessários para o bom controle da hipertensão arterial no que diz respeito à terapia medicamentosa: espironolactona, hidroclorotiazida, metildopa, metoprolol, propranolol, atenolol, anlodipino, captopril, enalapril, losartan.

cemitério da cidade, onde poderiam ser encontrados, mas só foram entrevistadas as feirantes jovens (que se mostraram mais receptivas), e estas afirmaram que não eram residentes em Corumbá. Ou seja, trabalham em Corumbá, mas residem nas cidades bolivianas.

Como local de residência o mais citado foi Arroyo Concepción, Puerto Quijarro, em seguida Puerto Aguirre. A rotina dessas jovens se constitui de idas e vindas, portanto, saem pela manhã de suas cidades e retornam no final da tarde, segundo suas respostas. Quanto à utilização dos serviços do SUS das UBS afirmaram que não usavam com frequência, somente se fosse muito necessário.

De acordo com as entrevistadas as mercadorias que são expostas nas barracas, no final do dia são levadas para depósitos ou residências alugadas, onde ficam guardadas. Afirmaram, ainda que o “box” onde expõem suas mercadorias para venda pertence a um parente mais velho ou a mãe. Mas, de acordo com informações repassadas por outros comerciantes entrevistados na própria feira, essas jovens nada mais são que funcionárias de grandes comerciantes bolivianos.

Nesse contexto, de observação e coleta de informações, o delineamento da existência, já constatada em diversos estudos, de uma mobilidade diária que tem como motivação o trabalho no comércio, tornou-se factível.

4.4 PUERTO QUIJARRO E PUERTO SUAREZ – MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA

Na visita a Puerto Quijarro (Figura 6) a recepção foi satisfatória pelos representantes oficiais do município, o Alcaide Municipal e Secretário de Saúde. Adotou-se o mesmo procedimento de informar os motivos da visita, os objetivos do estudo.

Figura 6. Alcaldía Municipal, Puerto Quijaro.



Fonte: A autora. Trabalho de Campo, 2008.

As informações repassadas sobre a rede de saúde evidenciaram a existência à época da visita de 2 (dois) centros de saúde e 1 (um) hospital de baixa complexidade, uma média de 12 (doze) médicos, dos quais 11 (onze) clínicos gerais e 1(um) ginecologista.

De acordo com os relatos sobre o sistema de saúde do município, há um conflito de relações entre o governo central e o de Santa Cruz e os respectivos municípios no que tange a área de saúde uma vez que o sistema existente não é universal.

Ao descrever o contexto socioeconômico e demográfico da Bolívia, e especificamente, sobre a área de saúde em geral, Aguirre (2003) afirma que os serviços médicos e de infraestrutura básica ainda são deficitários. *As formas e graus de presença desses serviços condicionam significativamente os diferenciais socioeconômicos e demográficos* (AGUIRRE, 2003:54).

Quanto ao atendimento proporcionado às crianças, adultos e idosos, os entrevistados informaram que o primeiro é realizado em Puerto Quijarro e depois encaminhado para Corumbá.

Estes procedimentos são adotados uma vez que o modelo de financiamento do sistema de saúde na Bolívia não prove um acesso à saúde a todos os cidadãos, ou seja, é limitado aos que contribuem de alguma forma aos sistemas previdenciários ou de saúde, a exemplo do que ocorre nos demais países integrantes do MERCOSUL (Maria de Lourdes de Souza... [et al.] (org.) 2008), diferente do Brasil onde a Constituição Federal garante o acesso a saúde a todos os cidadãos.

Mas, mesmo com essa garantia ao acesso aos serviços do SUS há registros da mobilidade de gestantes brasileiras para alguns municípios de fronteira para realizarem o parto em maternidades/hospitais dos países vizinhos. O que possibilita o registro com a nacionalidade do país onde nasceram as crianças. Retornando ao Brasil, fazem um novo registro dos filhos, que passam a possuir dupla nacionalidade, sem o conhecimento oficial das autoridades de imigração dos dois países. O mesmo ocorre com gestantes de outros países do MERCOSUL e em outros pontos de fronteira em relação ao Brasil ou a outro país: migram para o país onde a assistência à maternidade é mais acessível. Este comportamento não é exclusivo das gestantes, mas de pacientes de todas as clínicas que buscam o recurso médico onde ele é mais acessível e de melhor qualidade.

No estudo realizado por Vieira Okazaki et al (2008:6) foi observado que este tipo de procedimento nos atendimentos também foi constatado nos municípios de Cáceres e Porto Esperidião, no estado de Mato Grosso (Brasil) e os municípios de San Mathias e San Ignacio de Velasco, na região oriental da Bolívia: *Em se tratando de saúde pública, o atendimento dos serviços é gratuito apenas para as crianças de até 05 anos e idosos acima de 60 anos, constatando-se que o sistema de saúde boliviano é estritamente privado.*

No período de visita ao município, segundo as informações repassadas pelos responsáveis, o setor de planejamento governamental estava elaborando um Plano de Desenvolvimento Municipal–PDM para o quinquênio 2007-2012 com a prospecção de uma visão de futuro de desenvolvimento, mas não foi possível consultá-lo por serem dados preliminares e ainda não oficializados. Portanto, aqui estão registrados os comentários e a leitura do conteúdo durante a realização da entrevista.

Em continuidade a visita aos municípios fronteiriços de interesse deste estudo, em Puerto Suarez o agendamento de entrevistas com o Alcaide Municipal e o Secretário de Saúde foram insatisfatórios, pois não se conseguiu nenhum contato na Alcaldia que possibilitasse a efetivação das entrevistas. Desta forma, optou-se pela realização de uma visita ao hospital municipal San Juan de Dios, mesmo sem agendamento, e que resultou em sucesso (Figura 7).

Figura 7. Hospital Municipal San Juan de Dios-Puerto Suarez



Fonte: A autora. Trabalho de Campo, 2008.

O entrevistado foi o médico pediatra que estava de plantão, o mesmo informou que seu domicílio de residência é o município de Ladário-MS pois considera, segundo suas declarações, que a qualidade de vida é melhor. A precariedade e as péssimas condições de conservação do hospital eram visíveis.

Foram relatadas as dificuldades existentes na área de saúde, sendo citadas como as principais as morbidades relacionadas à leishmaniose (os cachorros são criados soltos nas ruas), hanseníase que não tem o Programa, nem o protocolo. Em maio de 2008 foi assinado acordo de cooperação com o Município de Corumbá para o combate a leishmaniose, a dengue. Este foi um relato positivo, diante de tantas dificuldades.

Como conclusão da primeira fase de visitas a região de abrangência deste estudo na Bolívia, a constatação da realidade é da precariedade da rede de saúde da região, e a visão, a partir dos relatos dos entrevistados, é de que os bolivianos tem conhecimento de que em Corumbá, na medida de sua complexidade, seus problemas de saúde serão resolvidos, uma vez, os mesmos, que tem conhecimento do atendimento ofertado pelo SUS.

Desta forma, portanto, comprovar se a ausência de atendimento mais qualificado do sistema de saúde das cidades bolivianas influencia a mobilidade migratória para Corumbá, a partir do conhecimento da oferta dos serviços de saúde, e de como essa mobilidade poderia ser reversível ou não, foi à próxima etapa da pesquisa.

4.5. EVIDENCIAS E FATOS NAS UBS – RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA

Nesta segunda etapa do trabalho de campo foi aplicada a pesquisa qualitativa, com o roteiro elaborado após a finalização das considerações da primeira etapa.

Foram visitadas 15 (quinze) UBS nos diversos bairros com a realização de entrevistas com as enfermeiras gerentes com a anuência da Corumbá. Estas gerentes foram comunicadas da visita e do objetivo da mesma.

A finalidade desta etapa foi de identificação a partir dos relatos das enfermeiras, de como era, de fato, a frequência na busca pelo atendimento pelos bolivianos e se estes eram moradores do bairro ou das cidades fronteiriças. O conhecimento e a experiência das enfermeiras em sua área de atuação se constituem como fator essencial para confirmação do postulado deste estudo.

Isto porque, mesmo com os subterfúgios utilizados como endereços falsos, segundo os relatos, a assiduidade se torna cotidiana e acabam buscando todo tipo de serviço da atenção básica. O atendimento que é dado respeita a universalidade de que todo cidadão independente de sua nacionalidade tem direito ao atendimento à saúde.

A Lei 6.815⁴⁴ de 19 de agosto de 1980 definiu a situação jurídica do estrangeiro no Brasil e criou o Conselho Nacional de Imigração, em seu Título X - Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro:

Art. 95. O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 9/12/81).

Conforme o relato das gerentes das UBS é realizado o atendimento dos encaminhamentos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de suas áreas de abrangência, para os tratamentos disponibilizados nas unidades, e o encaminhamento a farmácia para o recebimento dos remédios. A atenção dada às visitas às residências, torna-se um atrativo para os fronteiriços, principalmente para os mais jovens e com filhos.

Os serviços mais procurados são os de consulta clínica para tratamento de pressão alta (Programa Hipertensão), notificação do dengue, acompanhamento pré-natal, pediatria, e os de maior frequência na procura são os de obstetrícia, e gestantes com mais de 08 (oito) meses de gestação.

44 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L6815.htm>. acesso em setembro de 2007.

Algumas UBS por ficarem em locais mais centrais e distantes da fronteira registram poucos atendimentos aos bolivianos, é o caso da UBS Nova Corumbá distante da área de atração e circulação dos bolivianos, sendo registrado 1 (um) atendimento a cada 03 (três) meses.

Quanto às informações coletadas sobre o local de residência dos bolivianos atendidos nas UBS estas se referiram a existência da família com residência fixa na cidade e/ou são trabalhadores em Corumbá e residentes nas cidades fronteiriças na Bolívia. As UBS registram os atendimentos como prestados a bolivianos residentes ou não em Corumbá, solicitando documentos como Registro de identidade e comprovante de residência. O comprovante, às vezes, é da residência de um parente ou amigo, ou mesmo de alguém que cede o endereço ou até mesmo cobra pelo serviço de empréstimo de residência.

Na questão relacionada aos motivos da busca do atendimento nas UBS as respostas das Gerentes, basicamente convergiram para uma mesma relação de motivos a exemplo de: a) proximidade geográfica com o município; b) ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde em sua cidade de origem; c) urgência ou gravidade do caso; d) estar na fronteira e longe de centros com maiores recursos e infraestrutura na Bolívia; e) facilidade de transporte entre as cidades da região fronteira; f) não ter direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde em seu país.

A dificuldade registrada pelos agentes de saúde, nas visitas domiciliares aos bolivianos, atendidos naquelas UBS, é a de não confirmação do endereço, ou seja, os endereços informados são de outras pessoas que residem há mais de 5, 10 ou mais anos e os que emprestam, alugam. É uma residência provisória, que utilizam pela facilidade de trânsito na região fronteira.

Em algumas residências só residem os mais velhos e que utilizam os serviços do SUS, conforme sua necessidade, de acordo com as declarações anotadas durante as entrevistas com os moradores bolivianos em suas residências.

Os mais velhos confirmaram que fixaram residência em Corumbá depois de idas e vindas para tratamento de saúde, pois o atendimento e o acesso aos serviços e medicamentos propicia uma qualidade de vida mais digna e facilita a vinda dos familiares (os mais jovens) para Corumbá, principalmente para irem as UBS e utilizarem os serviços.

Consoante a esses motivos foi solicitado que comentassem se os serviços ofertados nas UBS poderiam se constituir em motivo de fixação de residência dos bolivianos das cidades fronteiriças em Corumbá com a finalidade de continuidade de tratamento e/ou acompanhamento, a maioria das respostas registradas das gerentes confirmou que estes poderiam ser motivos de mudança de residência, sim.

Inferese, desta forma que é possível distinguir, a existência de duas residências, para algumas famílias, enquanto para outras as idas e vindas para tratamento de saúde acabam se tornando uma oportunidade de conquista de um trabalho, de acesso à educação para os filhos e a possibilidade de uma residência fixa em Corumbá. Ou seja, primeiro viriam os mais velhos para tratamento de saúde, e estes já teriam um ponto de referência no bairro que escolheram para morar, em seguida os mais novos, para estudar e trabalhar.

Ao mesmo tempo em que, algumas gerentes afirmaram que muitos bolivianos que utilizam os serviços de saúde da rede pública de Corumbá têm família na cidade, mas residem e estudam na Bolívia, outros quando realizam tratamento de saúde ficam residindo durante o tempo necessário, retornando para sua residência fixa na Bolívia, que neste caso, se caracterizaria como uma residência temporária reversível no Brasil.

Felipe (2008) discutindo o sistema de saúde do Brasil refere-se à inserção do Brasil no contexto da saúde no MERCOSUL, deixando evidentes as dificuldades apresentadas pelos municípios localizado na faixa de fronteira bem como nos municípios dos países fronteiriços. A questão se relaciona as diferenças existentes entre alguns países quanto ao atendimento à saúde de forma universal, ou seja, algumas cidades dos países fronteiriços têm

infraestrutura e recursos humanos para atenção básica e atendimento de média complexidade, outras pouco ou quase nenhum serviço.

Esta diferença de direitos dos usuários dos sistemas de saúde nos países gera muitas vezes sobrecarga nos serviços de saúde em municípios de fronteira, que acabam atendendo a quem, pela legislação vigente, não teria direito ao atendimento, sem a devida compensação financeira.

Há muito tem se procurado, sem êxito, resolver estes problemas, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais. Como um país pode, rotineiramente, remunerar oficialmente um serviço prestado em outro país e que moeda seria utilizada? (FELIPE, 2008:147).

Corumbá se insere no contexto do atendimento do SUS com uma sobrecarga nos serviços da atenção básica por conta da utilização dos mesmos pelos bolivianos residentes e não residentes na cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A mãe reparou que o menino gostava
mais do vazio do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores
e até infinitos.
Manoel de Barros*

Com a leitura dos resultados a construção gradual da percepção da existência de uma relação entre mobilidade fronteira e serviços de saúde foi se delineando, bem como permeando a elaboração de um cenário no qual se visualizava que a mobilidade naquela região, não fluía somente tendo como causa o motivo econômico, a frequência à escola, mas sim que, a oferta dos serviços da rede pública de saúde também se constituía como indutora no fator de circulação, vindo a se configurar em mudança de residência. De acordo com Souchad e Carmo (2006) se constituiria em migração de proximidade, ou mobilidade de tipo 1 fronteira de vizinhança recíproca.

Nesse sentido, é importante esclarecer que as informações coletadas diretamente com os bolivianos residentes em Corumbá, com as entrevistas realizadas, cuja finalidade era analisar a relação entre a reversibilidade dos fluxos migratórios se reversíveis ou irreversíveis, e em função disso a questão da “residência base”, incentivaram o espírito investigativo.

Mesmo considerando a dificuldade de entrevistar os usuários, que na maioria das vezes evitam a presença do pesquisador, ou até mesmo pelo fato de trabalharem durante o dia em atividades do comércio e/ou outras atividades, muitas vezes no setor informal, dificultou o trabalho de pesquisa, mas não o inviabilizou. Pelo contrário, as idas e vindas permitiram o estreitamento das relações com bolivianos, assim como com a equipe técnica da rede de saúde pública municipal.

Desta forma, o cruzamento dessas informações configurou um panorama mais visível da relação entre mudança de residência (constituição de uma residência base) e usos dos serviços da rede pública de saúde, bem como

na construção desse panorama a leitura dos resultados do Diagnóstico Local de Corumbá/Projeto SIS-Fronteiras foram de fundamental importância, pois contribuíram para a comprovação do postulado deste estudo, no desenvolvimento e compreensão dos principais problemas do setor da saúde pública relacionados aos atendimentos prestados aos bolivianos.

A formulação das questões para a pesquisa qualitativa teve como objetivo principal o levantamento de informações que subsidiassem o conhecimento da realidade local, de tal modo que possibilitasse inferir uma relação entre o atendimento à saúde e a mudança de residência dos bolivianos, como decorrente desse atendimento.

As respostas das entrevistas com as gerentes-enfermeiras das UBS convergiram para um mesmo tópico, ou seja, que muitos bolivianos têm família em Corumbá, mas residem e estudam na Bolívia, e utilizam os serviços de saúde da rede pública de Corumbá. Por outro lado, as afirmativas foram de que muitos bolivianos realizam o tratamento de saúde e permanecem residindo durante o tempo que for necessário para a efetivação do mesmo, e só então retornam para sua residência fixa na Bolívia, que neste caso, se caracterizaria como uma residência temporária reversível no Brasil.

Quanto aos motivos da busca pelos serviços de saúde em Corumbá, as informações coletadas constataram a realidade vivenciada pelos pacientes bolivianos que buscam o atendimento nas UBS, principalmente os serviços da atenção básica, em decorrência da precariedade de infraestrutura e do atendimento em saúde pública em suas cidades. Desta forma, a necessidade por melhores condições de saúde e a perspectiva de melhoria da qualidade de vida em Corumbá, seriam motivações que conduzem a mudança de residência, levando a efetivação da uma migração fronteiriça.

Portanto, considerando desse modo, a suposição de que as diferenças existentes no contexto da realidade do setor de saúde pública entre os municípios em estudo, estas diferenças se configurariam atrativas para uma mobilidade populacional na fronteira, vindo a se conformar como elemento constituinte dessa

mobilidade. Desta forma, infere-se que quando essas diferenças se tornam mais extremas, ou seja, “(...) onde há desequilíbrios (assimetrias) entre os sistemas sanitários dos países limítrofes (...) Peiter (2005), principalmente na faixa de fronteira de MS e a Bolívia, pode-se justificar a fixação de residência em Corumbá.

Nesse contexto, pode-se considerar que a proximidade fronteiriça é um fator facilitador dessa mobilidade e aqui se insere a definição do “local” como espaço de interação e integração Oliveira (2005) e a descrição de Souchad (2007) para espaço fronteiriço “imensidão da fronteira do Brasil com a Bolívia”, onde estariam associadas “vastas áreas pouco ocupadas e integradas a lugares altamente integrados.” Ou seja, proximidade fronteiriça como facilitadora da migração boliviana, caracterizada, principalmente, pelas redes familiares.

Tendo como fundamento a hipótese de Bologna (2004) que afirma (...) que a mobilidade ocorre dentro de um espaço de vínculos ou é resultante da configuração de uma rede social. Está inserido nessa sua contextualização o conceito de reversibilidade, resultante da difusão e formação de redes tendendo a consolidar os fluxos migratórios com a fixação de uma residência base no local de destino.

Retomando ao objetivo proposto de estudar a mobilidade fronteiriça e a utilização dos serviços de saúde no espaço compreendido entre Corumbá (Brasil) e Puerto Suarez e Puerto Quijarro (Bolívia), espaço este onde a procura por serviços de saúde é um dos elementos que compõem os processos migratórios e, por conseguinte, contextualiza-se a mobilidade fronteiriça como resultante da interação e integração onde o local interage no espaço de vida e determina o tempo de residência. E, neste caso pode-se constatar que a precariedade dos serviços de saúde pública nas cidades fronteiriças com a Bolívia (o local) assim como a necessidade e percepção de melhoria na qualidade de vida, é uma realidade que pode ser interpretada como mudança de residência definitiva (espaço de vida).

Uma vez que, a partir da utilização dos serviços da rede de saúde pública em Corumbá pelos bolivianos, a realidade observada caracteriza-se como um fator indutor da mudança de residência, ou seja, nessa circunstância o local de destino oferece mais oportunidades que o da origem.

E, fundamentando essa afirmativa cita-se o Projeto SIS-FRONTIERAS que teve como finalidade a melhoria da infraestrutura da rede pública de saúde das cidades brasileiras que fazem fronteira com os demais países da América do Sul, tendo em vista as dificuldades apresentadas nessa região. Observa-se, portanto, naquele espaço fronteiriço uma dinâmica de analogias onde, ao mesmo tempo em que, o uso dos serviços de saúde se torna motivo de fixação de residência base, além dos motivos econômicos, educacionais e outros, torna-se necessária uma sistematização dos atendimentos aos cidadãos bolivianos, com a emissão de um cadastro com um número identificador do cidadão, a exemplo do prontuário do SUS, mas com a aquiescência dos governos do Brasil e da Bolívia.

Esta sistematização de atendimento poderá ser estendida aos demais municípios fronteiriços, no âmbito do MERCOSUL, considerando as negociações diplomáticas que podem ser realizadas para superar as anomalias existentes.

É importante deixar evidente que a padronização do atendimento não era o objetivo deste estudo e sim uma sugestão decorrente da realidade encontrada, e que poderia delinear a real demanda dos serviços tendo em vista a fixação da residência base em Corumbá-MS pelos bolivianos. Uma vez que, os recursos sempre estarão defasados para o setor saúde, pois são concomitantes ao tamanho da população oficial definida pelo IBGE, assim como o repasse é realizado programaticamente de acordo com os programas do Ministério da Saúde, segundo as faixas etárias, tipo de serviços prestados.

Consequentemente a população fronteiriça, não é contabilizada e tem a prerrogativa da dificuldade de acompanhamento dos pacientes fronteiriços.

Além do que, existem as dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS, com a falta de recursos humanos especializados, equipamentos insuficientes para exames de média ou alta complexidade e a distancia dos

centros urbanos mais especializados, no caso dos municípios fronteiriços, além do desgaste da estrutura física, dos equipamentos, pessoal capacitado.

Por outro lado, cabe notar que algumas questões ficaram em aberto, no caso do município de Puerto Suarez, pelo tempo disponibilizado para a pesquisa de campo e a dificuldade de agendamento para as entrevistas, nas quais seria possível perceber as dificuldades do setor de saúde, a partir da visão institucional. Bem como, é prudente ressaltar que as informações registradas são as impressões de quem as repassou, é o ponto de vista do entrevistado, mas, neste caso, convergiram para a realidade observada e aos fatos relatados em diversos estudos aqui comentados.

A realização desta pesquisa possibilitou a aproximação de uma realidade próxima, e ao mesmo tempo distante, pelo fato de residir no estado de Mato Grosso do Sul.

Por outro lado, a riqueza de estudos que podem ser realizados, naquela região fronteiriça, se tornou mais premente e destaque como relevante, em um momento em que a discussão dos direitos reprodutivos está em pauta, um estudo comparativo sobre as preferências reprodutivas entre as bolivianas residentes em Corumbá, as residentes em Puerto Quijarro e Puerto Suarez, comparando com as preferências reprodutivas das corumbaenses. Considerando, também, o número de partos realizados em Corumbá de mulheres bolivianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIRRE, M. A. C. Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia, 1998. 151 p. Tese (Doutorado em Demografia). Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.

ALMEIDA, R. S. Proteção social no MERCOSUL: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Serviço Social). Porto Alegre, PUCRS, 2008.

ALVES, G. L. A trajetória histórica do grande comerciante dos portos em Corumbá (1857-1929) (A propósito das determinações econômicas do Casario do Porto in Casario do Porto de Corumbá). Campo Grande: Fundação de Cultura de MS. Brasília: Gráfica do Senado, 1985. 58-81 p.

ARAÚJO, O. M. C. M. Nas raias de Mato Grosso: o discurso de constituição da fronteira. Dissertação de mestrado. Cuiabá: UFMT, 2000.

BAENINGER, R. O. O Brasil no contexto das migrações internacionais da América Latina. 248-265. In: Brasil: Migrações Internacionais e identidade. 2000. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/migracoes/migr09.htm>. Acesso em 02 de março de 2007.

BAENINGER, R., e SOUCHAD. S., Vínculos entre a Migração Internacional e a Migração Interna: o caso dos bolivianos no Brasil. Seminário Nacional sobre "Migración interna y desarrollo en Brasil: diagnóstico, perspectivas y políticas". Org. CELADE. 30 de Abril 2007, Brasília, Brasil.

BARCELLOS, C., PEITER, P., ROJAS, L. e MATIDA, A.. A Geografia da AIDS nas Fronteiras do Brasil, in "Diagnóstico Estratégico da Situação da AIDS e das DST nas Fronteiras do Brasil". Convênio Ministério da Saúde/CN DST/AIDS; Population Council e USAID. Campinas, agosto de 2001. Disponível em: www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pdf. Acesso em 02 de março de 2007.

BASSANEZI, M.S.C.B., "Imigrações Internacionais no Brasil: um Panorama Histórico". "Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo". v.1. ed: Fnuap , p.1-38, São Paulo.1995.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MERCADO-MARTINEZ, Francisco J. (orgs.) Notas para um Debate in Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Ed. Vozes. Petrópolis. 2004:23-72.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL. MERCADO COMUM DO SUL. Disponível em <http://portal.mj.gov.br>. Acesso em 02 de março de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed.

Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Acesso em 02 de março de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras. Programa SIS-FRONTIERAS. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1228. Acesso em 02 de outubro de 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Saúde no MERCOSUL. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: 2005. 32 p.: il. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Apoio CNPQ. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Relatório Final. V. 1. Anexo VIII – Entrevistas com os secretários estaduais de saúde do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. P.264-314. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/relatorio_cnpq.pdf. Acesso em 15 de março de 2008.

BOLOGNA, E. L. La reversibilidad en los estadios avanzados de los sistemas migratorios, el caso de Argentina y Bolivia. Tese de Doctorado. Programa de co-tutela con la Universidad de Paris 5 Sorbonne e Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina, 2004.

_____. Espacios de Vínculos y Espacios de Movilidad: La reversibilidad em las etapas de las corrientes migratorias. I Congresso da Associação Latino Americana de População. ALAP. Caxambú-MG. 18-20 de setembro de 2004. Disponível em: www.alap.org. Acesso em 10 de março de 2007.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. Revista brasileira de estudos de população. [online]. 2005, vol.22, n.2, pp. 351-369.

CASTELLANOS, P. L. Perfiles de salud y condiciones de vida: Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina, vol.14. no.4. 1992.

CASTILLO, M. A. Las Consecuencias de las migraciones en el hemisferio y sus relaciones con las políticas sociales. Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas. Santiago de Chile, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Integrado de Saúde- SIS Fronteiras. Nota Técnica 11. 2005.

_____. Atualização – Projeto SIS Fronteiras. Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras. Nota Técnica 09. 2006

CORGEAU, D. Migrants et migrations. Population, n.1, Paris. 1973. p.95-129.

_____. Le concept de migration in Actes du IV^e Colloque de Démographie africaine: Migrations –Etat civil –Recensements administratifs, Ouagadougou, 20-40 Janvier 1975. Institut National de la Statistique et de la Démographie. République de Volta. P.27-33.

_____. Relations entre cycle de vie et migrations. Population. n.3. 1984. p. 483-512.

CAMPESTRINI, H. e GUIMARÃES, A. V. História de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: Academia sul Mato-Grossense de Letras e Instituto Histórico e Geográfico de Mato Grosso do Sul, 1991.

CORRÊA, L. S. Corumbá: Um Núcleo Comercial na Fronteira de Mato Grosso 1870-1920. Dissertação de mestrado (1980). USP. 1981.

_____. História e Fronteira. O Sul de Mato Grosso 1870-1920. UCDB, 1999.

_____. Corumbá: O comércio e o casario do Porto (1870-1920) in Casario do Porto de Corumbá. Campo Grande: Fundação de Cultura de MS. Brasília: Gráfica do Senado, 1985. 23-57 p.

CORRÊA, V. B.. O comércio de Corumbá como um capítulo da história política de Mato Grosso in Casario do Porto de Corumbá. Campo Grande: Fundação de Cultura de MS. Brasília: Gráfica do Senado, 1985. 9-22 p.

COSTA C. V.; SOUZA, T. F. P. B.; SILVA, A. S. A inclusão de crianças bolivianas nas escolas municipais de Corumbá-MS. s.d. Disponível em: <http://www.propp.ufms.br/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=381>. Acesso em 16 de julho de 2011.

COSTA, M. S., SILVA, Brasil M., FEIDEN, A., CAMPOLIN, A. I. Perfil socioeconômico de feirantes brasileiros e bolivianos que comercializam hortaliças folhosas em feiras-livres no município fronteiriço Corumbá-Brasil/Bolívia. Resumos do 2º Seminário de Agroecologia de Mato Grosso do Sul. Revista Brasileira de Agroecologia - Vol. 3. P. 41-44. Suplemento especial, 2008.

CURADO, F. F. Considerações iniciais sobre a Agricultura Familiar de Assentamentos Rurais em Corumbá-MS. 16 de abril de 2004. Disponível em: <http://www.agronline.com.br/artigos/artigo.php?id=167>. Acesso em: 22 de setembro de 2009.

DAL PRÁ, K. R., MENDES J. M. R.; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S164-S173, 2007.

DANTAS, José da Costa. Aspectos filosóficos dos espaços transfronteiras in A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Maria de Lourdes de Souza et al.(org.). Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. Cap.3. p.95-108. Disponível para download em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_inclusao_social_fronteiras.pdf acesso em 20 de abril de 2009.

DÁVILA, L. R. Fronteras confusas: impactos sociales de la migración. La migración internacional y el desarrollo en las Américas. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias N° 15. Simposio sobre Migración Internacional en las Américas San José, Costa Rica. 4 al 6 de septiembre de 2000.

DOBASHI, B. F.; JÚNIOR, N. B.; SILVA, S. F. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

DOMENACH, H. e PICOQUET, M. Las migraciones. Córdoba. Republica Argentina. Tradução de Eduardo Bologna. Ano 1996.

_____ El carácter de reversibilidad en el estudio de la migración. Nota de Población. Celade. Revista Latinoamericana de Demografía. Ano XVIII. Santiago do Chile. Abril de 1990. n. 49.

DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S174-S183, 2007.

FELIPE, J. S. Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira. In: A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Souza et al. (org). Florianópolis. Fundação Boiteux. p.123-148. 2008.

FERREIRA M. C. O Mapa das Cortes e o Tratado de Madrid a cartografia a serviço da diplomacia. VARIA HISTORIA, Belo Horizonte, vol. 23, n. 37: p.51-69, Jan/Jun 2007.

GADELHA, C. A. G. e COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S214-S226, 2007.

GAMBOA, A. Morales. Las migraciones transfronterizas en el escenario de las nuevas regionalizaciones sociopolíticas de Centroamérica. Costa Rica. 2007. Disertaciones. Cap. V. disponible en: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2007-0316-201809/c5.pdf>

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, 23 Sup. 2: S251-S266, 2007.

HAESBAERT, R.; SANTA BÁRBARA, M.J. Identidade e Migração em áreas transfronteiriças. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/.../53/51 Acesso em 02 de junho de 2012.

HANY, F. E. S. Corumbá, Pantanal de Mato Grosso do Sul: Periferia ou espaço central? Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. ENCE, 2005.

LAHORGUE, M. A. Dinâmica Espacial da Produção e da População e as Zonas de Fronteira – Reflexões sobre o MERCOSUL. In: Fronteira na América Latina: Espaços em Transformação. Porto Alegre. ed. Universidade/UFRGS-FEE, p.44-67. 1997.

LIMA, M. R. S. de B. O processo de migração de retorno no fluxo Pernambucano – São Paulo – Pernambuco. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 270 p. 2003.

LINS, H. N. Estado e embates socioterritoriais na Bolívia do século XXI. Revista de Economia Política, vol. 29, nº 2 (114), p.228-244, abril-junho/2009.

KRATOCHWILL, H. Migraciones, circulaciones de personas y políticas migratória en el MERCOSUR. In: Migrações internacionais: herança XX, agenda XXI. Campinas: FNUAP. São Paulo. Oficina Editorial, 1996. p.155-166.

MACHADO, L. O. Limites, Fronteiras e Redes. in T.M.Strohaecker e outros. Fronteiras e Espaço Global, Porto Alegre: AGB, p.41-49, 1998, Disponível em: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/publicacoes.htm>. Acesso em 02 de março de 2007.

_____. Limites e Fronteiras Internacionais na América do Sul. Limites e Fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. Grupo RETIS de Pesquisa. Disponível em <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pdf/liafront.pdf>. 2000. Acesso em 02 de março de 2007.

MÁRMORA, L. Livre Circulação de Trabalhadores no MERCOSUL? Migrações Internacionais-Contribuições para Políticas, Brasil. CNPD. Brasília. 2001. p.73-93.

MARQUES, A. M. Diferenciais de Fecundidade por Status Migratório em Mato Grosso do Sul. 1980-1991. Dissertação de Mestrado. CEDEPLAR/UFMG. 1997.

_____. Movimentos Migratórios Fronteiriços: Bolivianos e Paraguaioes em Mato Grosso do Sul. XXVII Congresso Anual da ILASSA. Austin, Texas. 1 a 3 de Fevereiro de 2007.

MARTINE, G.; HAKKERT, R. y GUZMÁN, J. M. Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares. Notas de Población Nº. 73. Santiago de Chile. p.163-194.

MAX, C. Z. Desenvolvimento das Economias Locais de Fronteira: As dissimetrias, as possibilidades de cooperação econômica e o papel das proximidades organizacionais. Revista OIDLES – vol. 2, Nº 5 (diciembre 2008). Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/oidles/05/czm.htm>. Acesso em 20 de abril de 2009.

MÉDICI, A. C. A saúde nos países do MERCOSUL. in: Campinas. FNUAP, v.2, 1996. p. 217-226.

MÉLO, J. L. B. de. Reflexões Conceituais sobre Fronteiras in Fronteira na América Latina: Espaços em Transformação. Porto Alegre. ed. Universidade/UFRGS-FEE, p.68-74. 1997.

_____. Conflitualidade, integração regional e globalização. A problemática das relações fronteiriças. Revista Crítica de Ciências Sociais. n. 57,58. Jun/nov2000. p.187-205.

_____. Fronteiras: da linha imaginária ao campo de conflitos. DOSSIÊ. Sociologias, Porto Alegre, ano 6, nº 11, jan/jun 2004, p. 126-146.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262 jul/set, 1993.

MOURA, H. A. Migração interna: textos selecionados. Banco do Nordeste do Brasil. ETNE. Tomo 1. P19-88. Fortaleza, 1980.

MULLER, K. M; OLIVEIRA, T. C. M. de. Identificação de elementos da cultura e da identidade apresentados pela mídia impressa na região de fronteira. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – UERJ – 5 a 9 de setembro de 2005. Disponível em: <http://galaxy.intercom.org.br:8180/dspace/bitstream/1904/16866/1/R0727-1.pdf>. Acesso em 05 de agosto de 2007.

OSÓRIO, Helen. O Espaço Platino: Fronteira Colonial no século XVIII. In: Práticas de Integração nas Fronteiras. Temas para o MERCOSUL. Porto Alegre. Instituto Goethe/ICBA, ed. Universidade/UFRGS. p.110-114, 1995.

OTA, D. C. A informação jornalística em rádios de fronteira: a questão da binacionalidade em Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Corumbá-Puerto Quijarro. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo. 246 p. 2006.

OLIVEIRA, M. A. M. Tempo, Fronteira e Imigrante: Um lugar e suas “Inexistências” in Território sem Limites. Estudo sobre Fronteiras. Campo Grande, MS. UFMS, 349-358 p. 2005.

OLIVEIRA, T. C. M. (org.). Território sem Limites. Estudo sobre Fronteiras. Campo Grande, MS. UFMS, 648 p. 2005.

OLIVEIRA, V. W. Neto de. Estrada Móvel, Fronteiras Incertas: os trabalhadores do Rio Paraguai (1917-1926). Campo Grande, MS. UFMS, 2005.

PALAU, T. “Brasiguaios”. Migrações Internacionais-Contribuições para Políticas, Brasil. CNPD. Brasília. p.345-360. 2001.

PATARRA, N. L. Movimentos migratórios no Brasil: tempo e espaços. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Textos para discussão n.7. 50p. 2003.

PATARRA, N. L.; BAENINGER, R. *“Migrações Internacionais Recentes: o Caso do Brasil”*, *“Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo”*. vol. 1, Editora: Fnuap. p. 78-89. São Paulo, 1995.

_____. Mobilidade espacial da população no MERCOSUL: metrópoles e fronteiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v.21, n.60, p. 83-181. 2006.

PEITER, Paulo Cesar. *A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Geografia. UFRJ. Rio de Janeiro. 2005.

_____. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23. Sup. 2: S237-S250, 2007.

PEIXOTO, João. *As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas*. Nº 11/2004. SOCIUS – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa. Portugal, 2004.

PERES, R.; BAENINGER, R.; SOUCHAD, S. Mulheres na fronteira Brasil – Bolívia: primeiros resultados. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu- MG –Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em: www.abep.org.br. Acesso em 10 de janeiro de 2009.

PEREIRA, M. G. Mortalidade. In: *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Capítulo 6, p.126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

POUPART J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. Vozes. Petrópolis, 2008.

PREUSS, L. T. *O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2007.

QUEIROZ, Luisa Guimarães. *“Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e MERCOSUL”*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP. 2007.

RIBEIRO, Letícia P. *Interações espaciais na Fronteira Brasil-Paraguai: as cidades gêmeas Foz do Iguaçu e Ciudad del Este*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: PPGG/UFRJ, 2001.

REVISTA TEMPO PRESENTE <http://www.tempo.tempopresente.org/index.php>

ROCHA, R. C. B; SOARES, R. R. Impacto de Programas e Saúde a Nível Familiar e Comunitário: Evidências do Programa Saúde da Família. PUC. Disponível em: www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211610510-.pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2009.

RODRIGUES-JÚNIOR AL. *Geopidemiologia da AIDS e das doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira [tese de livre-docência]*. Ribeirão

Preto: Universidade de São Paulo; 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/17/tde-29112007-070303/>. Acesso em: 02 de novembro de 2009.

RODRIGUES-JÚNIOR AL, CASTILHO EA. A AIDS nas regiões de fronteira no Brasil de 1990 a 2003. Rev. Panam Salud Publica. 2009; 25(1): 31–38.

SALA, G. A. Características demográficas e sócio-ocupacionais dos migrantes nascidos nos países do Cone Sul residentes no Brasil. Tese de doutorado. Belo Horizonte: CEDEPLAR, UFMG, 2005.

SANDES, C. M. Entre a legalidade e a ilegalidade – as migrações bolivianas na fronteira com o Brasil. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do TEMPO, Ano 4, Nº04, Rio, 2009 [ISSN 1981-3384].

SCHAFFER, N. O. Globalização e fronteira. In: Práticas de integração nas fronteiras: temas para o MERCOSUL. Porto Alegre: Ed. UFRGS.1995.

STEIMAN, R.. Brasil e América do Sul: questões institucionais de fronteira. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: www.igeo.ufrj.br/fronteiras. Acesso em: 02 de setembro de 2009.

_____. A Geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

STEIMAN, R.; MACHADO L. O. Limites e Fronteiras Internacionais. Uma discussão Histórico-Geográfica. A questão da classificação das fronteiras. Disponível em: <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pdf/REBECALIADiscBibliog.pdf> Acesso em 02 de março de 2007.

SILVA, S. A.. Migrantes Laborais na América do Sul: caso dos bolivianos. In: Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo. PATARRA, N. L.(coord.). São Paulo. 2 ed. FNUAP, 1995.

_____. Costurando Sonhos – Trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. Paulinas, 1997.

_____. Faces da Latinidade: Hispano-Americanos em São Paulo. Textos NEPO – 55. 73 p. UNICAMP. Campinas. 2008.

SOUCHAUD, S. Algumas considerações sobre a migração internacional transfronteiriça a partir do caso da migração boliviana em Corumbá, Mato Grosso do Sul. UNICAMP. NEPO. Campinas. 2007:3.

SOUCHAUD, S.; BAENINGER R. Collas e Cambas do outro lado da fronteira: aspectos da distribuição diferenciada da imigração boliviana em Corumbá, Mato Grosso do Sul. Revista Brasileira de Estudos de População. 25 (2): 271-286, jul.-dez. 2008.

SOUCHAUD, S.; CARMO, R. L. Migração e mobilidade no MERCOSUL: A fronteira do Brasil com Bolívia e Paraguai. 2006. Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_702.pdf. Acesso em: 17 de maio de 2007.

SOUZA, M. F. de. Programa Saúde da Família no Brasil: 15 anos de sucesso. 2009. Disponível em <http://flacso.org.br>. Acesso em 14 de julho de 2010.

SOUZA, J. C. de. O caráter religioso e profano das festas populares: Corumbá, passagem do século XIX para o XX. Rev. Bras. Hist., São Paulo, v. 24, n. 48, 2004.

SOUZA JÚNIOR, A. Fronteiras Flutuantes - História de Mato Grosso nas lutas pela fixação da fronteira ocidental do Brasil. Rio de Janeiro. ed. Laemmert. 1954. p.11-260.

SOUZA, M. L.; FERREIRA, L. A. P.; REZENDE, V. M.; BRANCO M. L. (org.). A saúde e a inclusão social nas fronteiras. Florianópolis. Ed. Boiteux. 402 p. 2008.

SPRANDEL, M. A. Identidade e Mobilização: a luta pela terra e pelos direitos de cidadania na Fronteira Brasil-Paraguai. Dissertação de mestrado. Brasiguaios: Conflito e Identidade em fronteiras internacionais (PPGAS/Museu Nacional-UFRJ: julho de 1992). Reflexões apresentadas no Programa Regional de Desenvolvimento Cultural da Organização dos Estados Americanos (OEA), Grupo de Trabalho sobre Identidades na América Latina/CLACSO. Brasília, 1992.

SChr, G. Ki. Brasileiros fora da sua Pátria. Disponível em: <http://www.tchr.org/braz/socctba/br/Brasileiros>. Acesso em 17 de agosto de 2005.

TAMAKI, E. M. et al. Diagnóstico local do município de Corumbá. Mato Grosso do Sul. Projeto SIS/FRONTEIRAS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 158 p. 2007.

VARGAS, H. C. A fronteira, as cidades e a Linha. Prefácio In: TORRECILHA, Maria Lúcia. A fronteira, as cidades e a Linha. Campo Grande: UNIDERP. 2004.

WEINGÄRTNER, A. A. dos Santos. Movimento divisionista no Mato Grosso do Sul. ed. Est. 83 p. 1995.

WONG, L. L. R., BONIFÁCIO, G. M. Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI. Revista Latino-americana de Población. año 3, número 4-5. p.93-105. enero/diciembre de 2009. Disponível em: http://www.alapop.org/2009/Revista/Articulos/Relap4-5_art4.pdf. Acesso em abril de 2010.

ANEXOS

I. BASE LEGAL DO PROJETO SIS FRONTEIRAS

Portaria 1.122/05

ATO PORTARIA Nº 1.120/GM DE 6 DE JULHO DE 2005.

Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e.

Considerando a necessidade de consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito da área de fronteiras;

Considerando a necessidade de avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras;

Considerando a necessidade de desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação; e,

Considerando a necessidade de mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede,

R E S O L V E:

Art. 1º—Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteira, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:

I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;

II - verificar as demandas e a capacidade instalada;

III - identificar os fluxos de assistência;

IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;

V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e,

VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros.

Art. 2º—Estabelecer o montante de R\$ 6.500.000,00 no ano de 2005 para a execução do disposto nesta Portaria, proveniente do Programa de Trabalho 10.122.1300.7666.0001 – Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde - QUALISUS – Nacional, com fontes consignadas no orçamento vigente.

Art. 3º-Estabelecer, para a execução, as seguintes fases:

I - Fase I - Diagnóstico e Plano Operacional;

II - Fase II - Implantação de Serviços para Áreas de Fronteiras; e,

III - Fase III - Qualificação de Gestão em Áreas Estratégicas.

Art. 4º-Aprovar a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações, para a integração dos Sistemas de Saúde nas regiões de fronteiras;

Art. 5º-Determinar que seja da competência da Secretaria-Executiva – SE e da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, adotar as providências necessárias à plena estruturação do SIS - Fronteira, ora instituído.

Art. 6º-Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS HUMBERTO COSTA

II. ATO PORTARIA Nº 1.122/GM DE 6 DE JULHO DE 2005.

Estabelece as etapas e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a Implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e regulamenta a adesão dos estados e dos municípios.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e,

Considerando o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras instituído pela Portaria nº-1.120/GM, de 6 de julho de 2005;

Considerando a necessidade de estabelecer uma integração das fronteiras brasileiras em busca da equidade; e,

Considerando a necessidade de incentivar a implementação de ações nas fronteiras brasileiras para a integração dos sistemas de atenção à saúde daquelas localidades,

R E S O L V E:

Art. 1º—Estabelecer as seguintes etapas para implantação do SIS - Fronteiras, conforme Portaria nº-1.120/GM, de 6 de julho de 2005:

I - Etapa 1 - até dezembro de 2005 - implementação da Fase I nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS;

II - Etapa 2 - de janeiro a dezembro de 2006 - implementação das Fases I e II nos municípios de fronteira da Região Norte e implantação das Fases II e III nos municípios de fronteira com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS; e

III - Etapa 3 - 2007 - consolidação da Fase III com implementação nos municípios de fronteira da Região Norte e desenvolvimento nos municípios de

fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá – MS.

Art. 2º—Estabelecer o montante de R\$ 6.500.000,00 no ano de 2005 para a execução do disposto nesta Portaria, proveniente do Programa de Trabalho 10.122.1300.7666.0001 – Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde – QUALISUS – Nacional, com fontes consignadas no orçamento vigente.

Parágrafo único. Definir que no primeiro ano de implantação os recursos financeiros sejam repassados, em parcela única no início de cada fase, conforme definido na Portaria nº1.120/GM, de 6 de julho de 2005, e que a partir de 2006, os recursos financeiros estabelecidos sejam repassados mensalmente no valor equivalente a 1/12 do total atribuído.

Art. 3º—Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde – FNS adote medidas necessárias à transferência regular e automática dos valores fixados para os fundos municipais.

Art. 4º—Estabelecer os seguintes critérios para as ações a serem realizadas na Fase I - Diagnóstico e Plano Operacional:

I - a descrição de sua clientela pela identificação de usuários, no prazo de 30 (trinta) dias;

II - realização de diagnóstico local de saúde da população a ser contemplada nos serviços de saúde e formação de Comissão Local de Saúde, no prazo de 6 (seis) meses; e,

III - apresentação de plano operacional, pactuado na Comissão Local de Saúde, prevendo as estratégias e ações para o atendimento da clientela, incluindo programação físico-financeira das ações e execução do Programa de Qualificação da Gestão, em até 60 (sessenta) dias após a realização do diagnóstico.

§ 1º—A comissão local de saúde mencionada acima deve funcionar de forma articulada e integrada ao Conselho Municipal de Saúde e ser composta pelos responsáveis pelos sistemas de saúde nos dois lados da fronteira, com a

finalidade de elaborar e pactuar o plano operacional de saúde contendo as ações e sua programação físico-financeira.

§ 2º—O plano operacional mencionado acima deve ser submetido à análise e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade da Federação e, em caso de aprovação, ser remetido ao Ministério da Saúde.

Art. 5º—Estabelecer, como obrigatório para implantação de serviços da Fase II, atendimento ambulatorial básico, incluindo primeiro atendimento às urgências para 100% da população adscrita.

Art. 6º—Estabelecer que, na Fase III, o gestor possa receber valor financeiro adicional e variável, em função da gestão dos novos serviços, da condição de gestão assumida e da quantidade de novos serviços ofertados, segundo critérios estabelecidos pela Comissão-Tripartite de Acompanhamento e Avaliação.

§ 1º—Nesta fase, o financiamento poderá ser dirigido não somente aos municípios como também aos estados e, no segundo ano de execução, os recursos incorporar-se-ão ao teto financeiro dos estados e dos municípios.

§ 2º—Estabelecer que após a realização do Diagnóstico, com a identificação de usuários e fluxos assistenciais existentes, a elaboração do Plano Operacional e a Implantação de Serviços, com a consequente integração, consolidação e qualificação das informações, a Comissão Tripartite de Acompanhamento e Avaliação encaminhará processo de avaliação para o estabelecimento de parâmetros e referências entre o SIS Fronteiras e os serviços especializados de saúde situados fora da linha de fronteira, com formulação de novas propostas para absorção do impacto financeiro que vier a ser observado.

Art. 7º—Aprovar, conforme o Anexo I desta Portaria, minuta do Termo de Adesão ao SIS Fronteiras, de forma a garantir o repasse de incentivos financeiros para integração e racionalização dos serviços e sistemas de saúde nos municípios fronteiriços do País; Art. 8º—Contemplar, com repasse de recursos, os municípios de linha de fronteira que assinarem o Termo de Adesão previsto no artigo 7º—desta Portaria.

Art. 9º-Estabelecer que eventuais conflitos entre estados e municípios na implementação das ações sigam o fluxo de pactuação estabelecido pela Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS HUMBERTO COSTA

ANEXO I TERMO DE ADESÃO AO SIS FRONTEIRAS	
1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
1.1. Nome	1.2 UF
2. PRAZOS A PARTIR DA ASSINATURA DO PRESENTE TERMO DE ADESÃO / APÓS A ADESÃO AO INCENTIVO PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES ENUMERADAS A SEGUIR:	
Até 30 dias	Adscrição da clientela e formação de comissão local de saúde
Até 60 dias	Apresentação e pactuação de plano operacional
Até seis meses	Diagnóstico local da população
3. ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA A ADESÃO ().... ().... ().... ().... () Outras estratégias Especificar:	
4. RESPONSÁVEL PELA ADESÃO AO SIS FRONTEIRAS DO MUNICÍPIO	
4.1. Nome:	4.2. Telefone
4.3. Cargo/função	4.4. E-mail
5. LOCAL E DATA:	
6. ASSINATURA DO GESTOR MUNICIPAL	
7. ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL	

Portaria GM/MS n.º 1.188, de 5 de junho de 2006. (Anexo II)
Dá nova redação à portaria GM/MS n.º 1.120, de 6 de julho de 2005, que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS.

Portaria GM/MS n.º 1.189, de 5 de junho de 2006. (Anexo III)
Aprova o termo de adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS.
Estabelece as etapas, os respectivos prazos e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implantação do SIS FRONTEIRAS e regulamenta a adesão dos estados e municípios. (Revoga a portaria GM/MS nº 1.122/05).

Portaria GM/MS n.º 2.107, de 1º de novembro de 2005. (Anexo IV)
Institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao SIS FRONTEIRAS. (Revoga a portaria GM/MS n.º 1.121/05) - Em processo de revisão.

Portaria GM/MS n.º 535, de 23 de dezembro de 2005. (Anexo V)
Designa o Coordenador do Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao SIS FRONTEIRAS.

Portaria GM/MS n.º 2.568, de 27 de dezembro de 2005. (Anexo VI)
Designa os membros do Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações Relativas ao SIS FRONTEIRAS - Em processo de revisão.

Portaria GM/MS nº 3.083, de 01 de dezembro de 2006. (Anexo VII)
Prorroga os prazos de execução do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras–SIS FRONTEIRAS, estabelecidos na portaria nº 1.189/06.

Portaria GM/MS nº 3.301, de 22 de dezembro de 2006. (Anexo VIII)
Aprova o Aditivo ao Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS.

Disponível para download em
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?i dtxt=23980

III - ACORDO, POR TROCA DE NOTAS, SOBRE REGULARIZAÇÃO MIGRATÓRIA- BRASIL-BOLÍVIA. DAI - DIVISÃO DE ATOS INTERNACIONAIS.

12. Disposição Final

Para os fins previstos na alínea "f" do número "ii" do parágrafo 3 do presente Acordo, poderão servir para comprovação de entrada no território das Partes, até a data da assinatura do presente Acordo, os seguintes documentos:

- i. Carimbo de entrada apostado no passaporte; ou
- ii. Cartão de entrada/saída; ou.
- iii. Comprovante de pagamento de aluguel, luz, água, telefone, mensalidade ou matrícula escolar; ou
- iv. Nota fiscal ou documento equivalente de compra de qualquer bem móvel ou imóvel; ou
- v. Comprovante de atendimento por profissional da área de saúde ou atestado ou carteira de vacinação; ou
- vi. Qualquer outro documento que comprove a estada no território da Parte receptora.

Se o presente Acordo for aceitável para o Governo da Bolívia, esta Nota e a de Vossa Excelência onde conste a concordância constituirão um Acordo entre nossos Governos sobre o tema, o qual entrará em vigor 30 (trinta) dias após a presente data.

Aproveito a oportunidade para reiterar a expressão de minha mais alta consideração.

CELSO AMORIM Ministro de Estado das Relações Exteriores"

A respeito, aprez-me expressar a Vossa Excelência, a conformidade do Governo da República da Bolívia, para que o texto de sua Nota transcrita e a presente Nota de resposta constituam um Acordo entre nosso Governos, que entrará em vigor 30 (trinta) dias a contar da data da presente Nota.

Aproveito a oportunidade para renovar a Vossa Excelência os protestos de minha mais alta consideração.

ARMANDO LOAIZA MARIACA Ministro das Relações Exteriores e Culto da Bolívia.

Disponível em: http://www2.mre.gov.br/dai/b_boli_231_5571.htm acesso em 23set2009 15:58 hs

IV - LEI 6.815 – 19 DE AGOSTO DE 1980. TÍTULO X - DOS DIREITOS E DEVERES DO ESTRANGEIRO

Art. 95. O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 96. Sempre que lhe for exigido por qualquer autoridade ou seu agente, o estrangeiro deverá exhibir documento comprobatório de sua estada legal no território nacional. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Parágrafo único. Para os fins deste artigo e dos artigos 43, 45, 47 e 48, o documento deverá ser apresentado no original.

Art. 97. O exercício de atividade remunerada e a matrícula em estabelecimento de ensino são permitidos ao estrangeiro com as restrições estabelecidas nesta Lei e no seu Regulamento. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 98. Ao estrangeiro que se encontra no Brasil ao amparo de visto de turista, de trânsito ou temporário de que trata o artigo 13, item IV, bem como aos dependentes de titulares de quaisquer vistos temporários é vedado o exercício de atividade remunerada. Ao titular de visto temporário de que trata o artigo 13, item VI, é vedado o exercício de atividade remunerada por fonte brasileira. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 99. Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao que se encontre no Brasil na condição do artigo 21, § 1º, é vedado estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Parágrafo único. Aos estrangeiros portadores do visto de que trata o inciso V do art. 13 é permitida a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada. (Incluído pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 100. O estrangeiro admitido na condição de temporário, sob regime de contrato, só poderá exercer atividade junto à entidade pela qual foi contratado, na oportunidade da concessão do visto, salvo autorização expressa do Ministério da Justiça, ouvido o Ministério do Trabalho. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 101. O estrangeiro admitido na forma do artigo 18, ou do artigo 37, § 2º, para o desempenho de atividade profissional certa, e a fixação em região determinada, não poderá, dentro do prazo que lhe for fixado na oportunidade da concessão ou da transformação do visto, mudar de domicílio nem de atividade profissional, ou ouvido o Ministério do Trabalho, quando necessário. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 102. O estrangeiro registrado é obrigado a comunicar ao Ministério da Justiça a mudança do seu domicílio ou residência, devendo fazê-lo nos 30 (trinta) dias imediatamente seguintes à sua efetivação. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 103. O estrangeiro que adquirir nacionalidade diversa da constante do registro (art. 30), deverá, nos noventa dias seguintes, requerer a averbação da nova nacionalidade em seus assentamentos. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 104. O portador de visto de cortesia, oficial ou diplomático só poderá exercer atividade remunerada em favor do Estado estrangeiro, organização ou agência internacional de caráter intergovernamental a cujo serviço se encontre no País, ou do Governo ou de entidade brasileiros, mediante instrumento internacional firmado com outro Governo que encerre cláusula específica sobre o assunto. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

§ 1º O serviçal com visto de cortesia só poderá exercer atividade remunerada a serviço particular de titular de visto de cortesia, oficial ou diplomático.

§ 2º A missão, organização ou pessoa, a cujo serviço se encontra o serviçal, fica responsável pela sua saída do território nacional, no prazo de 30

(trinta) dias, a contar da data em que cessar o vínculo empregatício, sob pena de deportação do mesmo.

§ 3º Ao titular de quaisquer dos vistos referidos neste artigo não se aplica o disposto na legislação trabalhista brasileira.

Art. 105. Ao estrangeiro que tenha entrado no Brasil na condição de turista ou em trânsito é proibido o engajamento como tripulante em porto brasileiro, salvo em navio de bandeira de seu país, por viagem não redonda, a requerimento do transportador ou do seu agente, mediante autorização do Ministério da Justiça. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81) .

Art. 106. É vedado ao estrangeiro: (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81)

I - ser proprietário, armador ou comandante de navio nacional, inclusive nos serviços de navegação fluvial e lacustre;

II - ser proprietário de empresa jornalística de qualquer espécie, e de empresas de televisão e de radiodifusão, sócio ou acionista de sociedade proprietária dessas empresas;

III - ser responsável, orientador intelectual ou administrativo das empresas mencionadas no item anterior;

IV - obter concessão ou autorização para a pesquisa, prospecção, exploração e aproveitamento das jazidas, minas e demais recursos minerais e dos potenciais de energia hidráulica;

V - ser proprietário ou explorador de aeronave brasileira, ressalvado o disposto na legislação específica;

VI - ser corretor de navios, de fundos públicos, leiloeiro e despachante aduaneiro;

VII - participar da administração ou representação de sindicato ou associação profissional, bem como de entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada;

VIII - ser prático de barras, portos, rios, lagos e canais;

IX - possuir, manter ou operar, mesmo como amador, aparelho de radiodifusão, de radiotelegrafia e similar, salvo reciprocidade de tratamento; e

X - prestar assistência religiosa às Forças Armadas e auxiliares, e também aos estabelecimentos de internação coletiva.

§ 1º O disposto no item I deste artigo não se aplica aos navios nacionais de pesca.

§ 2º Ao português, no gozo dos direitos e obrigações previstos no Estatuto da Igualdade, apenas lhe é defeso:

a) assumir a responsabilidade e a orientação intelectual e administrativa das empresas mencionadas no item II deste artigo;

b) ser proprietário, armador ou comandante de navio nacional, inclusive de navegação fluvial e lacustre, ressalvado o disposto no parágrafo anterior; e

c) prestar assistência religiosa às Forças Armadas e auxiliares.

Art. 107. O estrangeiro admitido no território nacional não pode exercer atividade de natureza política, nem se imiscuir, direta ou indiretamente, nos negócios públicos do Brasil, sendo-lhe especialmente vedado: (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81)

I - organizar, criar ou manter sociedade ou quaisquer entidades de caráter político, ainda que tenham por fim apenas a propaganda ou a difusão, exclusivamente entre compatriotas, de idéias, programas ou normas de ação de partidos políticos do país de origem;

II - exercer ação individual, junto a compatriotas ou não, no sentido de obter, mediante coação ou constrangimento de qualquer natureza, adesão a idéias, programas ou normas de ação de partidos ou facções políticas de qualquer país;

III - organizar desfiles, passeatas, comícios e reuniões de qualquer natureza, ou deles participar, com os fins a que se referem os itens I e II deste artigo.

Parágrafo único. O disposto no caput deste artigo não se aplica ao português beneficiário do Estatuto da Igualdade ao qual tiver sido reconhecido o gozo de direitos políticos.

Art. 108. É lícito aos estrangeiros associarem-se para fins culturais, religiosos, recreativos, beneficentes ou de assistência, filiarem-se a clubes sociais e desportivos, e a quaisquer outras entidades com iguais fins, bem como participarem de reunião comemorativa de datas nacionais ou acontecimentos de significação patriótica. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81)

Parágrafo único. As entidades mencionadas neste artigo, se constituídas de mais da metade de associados estrangeiros, somente poderão funcionar mediante autorização do Ministro da Justiça.

Art.109. A entidade que houver obtido registro mediante falsa declaração de seus fins ou que, depois de registrada, passar a exercer atividades proibidas ilícitas, terá sumariamente cassada a autorização a que se refere o parágrafo único do artigo anterior e o seu funcionamento será suspenso por ato do Ministro da Justiça, até final julgamento do processo de dissolução, a ser instaurado imediatamente. (Renumerado e alterado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

Art. 110. O Ministro da Justiça poderá, sempre que considerar conveniente aos interesses nacionais, impedir a realização, por estrangeiros, de conferências, congressos e exposições artísticas ou folclóricas. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).

V - REUNIÃO DE FORTALECIMENTO DO PROGRAMA DE VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA FRONTEIRA BRASIL / BOLÍVIA.

I Reunião de Fortalecimento do Programa de Vigilância, Prevenção e Controle da Raiva na Fronteira Brasil / Bolívia.

Corumbá-MS, Brasil, 17 e 18 de abril de 2007.

Conclusões e Recomendações

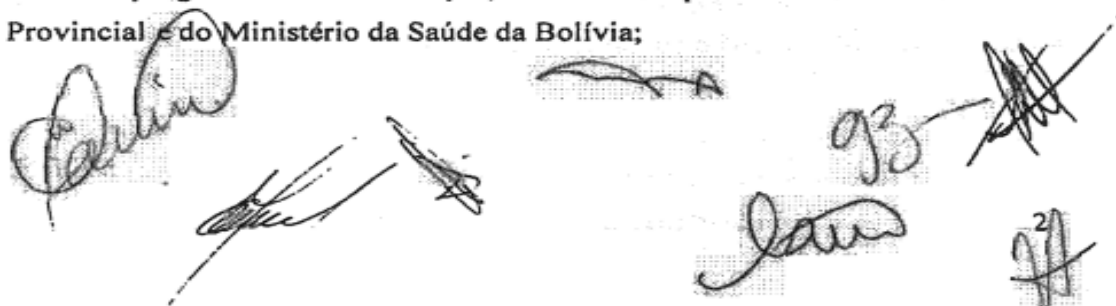
Com a Presidência da Dr^a Lúcia Montebello, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e Co-presidência do Dr. Freddy Lizon Ferrufino, do Ministério de Saúde e Deportes da Bolívia e representantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil; Departamento de Santa Cruz, Bolívia; e dos municípios de Corumbá e Ladário, Brasil e Puerto Quijarro, El Carmen Rivero Torres e Puerto Suarez, Bolívia, elaboraram e aprovaram as seguintes conclusões e recomendações:

1. Reconhecer como de especial interesse o fortalecimento dos processos de vigilância, prevenção e controle da raiva, envolvendo e sensibilizando os setores oficial e privado, a sociedade civil e a comunidade;
2. Os pacientes bolivianos que necessitarem de receber o esquema profilático anti-rábico humano no Brasil, deverão ser referenciados por uma Unidade de Saúde-US boliviana, sendo assegurado o seu tratamento profilático completo, conforme o Manual de Normas Técnicas do Brasil;
3. Para pacientes bolivianos, os animais agressores, cães ou gatos, quando passíveis de observação, esta deverá ser realizada por profissionais de saúde da Bolívia, e o desfecho, relatado de forma imediata, via fax, e-mail ou telefone, à Unidade de Saúde do Brasil de referência;
4. Caberá à Unidade de Saúde do Brasil, que recebeu o paciente referenciado pela Bolívia, informar à Unidade Saúde de encaminhamento, quando do encerramento do esquema profilático recomendado ou no caso de abandono de tratamento;
5. A busca ativa de pacientes faltosos residentes na Bolívia será da responsabilidade da Gerência Rede de Saúde da Bolívia;



6. Os pacientes bolivianos que buscarem atendimento profilático anti-rábico no Brasil, sem serem referenciados por alguma Unidade de Saúde da Bolívia, serão devidamente atendidos, porém mediante uma notificação imediata a Gerencia Rede de Saúde da Bolívia;
7. Por um período emergencial, o monitoramento da circulação do vírus rábico na área de fronteira do lado boliviano, assim como, os animais suspeitos de raiva, poderão ter suas amostras encaminhadas para exame nos laboratórios da rede de diagnóstico da raiva do Brasil, mediante fluxograma brasileiro e o acompanhamento obrigatório da "Ficha de Remisión de Muestras Sospechosas de Rabia Animal" do Instituto Nacional de Laboratórios de Saúde da Bolívia;
8. O laudo do exame das amostras de animais da Bolívia, emitido pelo laboratório da rede de diagnóstico da raiva do Brasil, será encaminhado para a vigilância epidemiológica do município solicitante do Brasil, que por sua vez encaminhará para a Gerência da Rede de Saúde da Bolívia, que terá a responsabilidade de repassar ao Ministério de Saúde da Bolívia;
9. O Ministério de Saúde da Bolívia reconhecerá os laudos emitidos pelos laboratórios da rede de diagnósticos da raiva do Brasil e os encaminhará para a Representação OPAS/Bolívia,

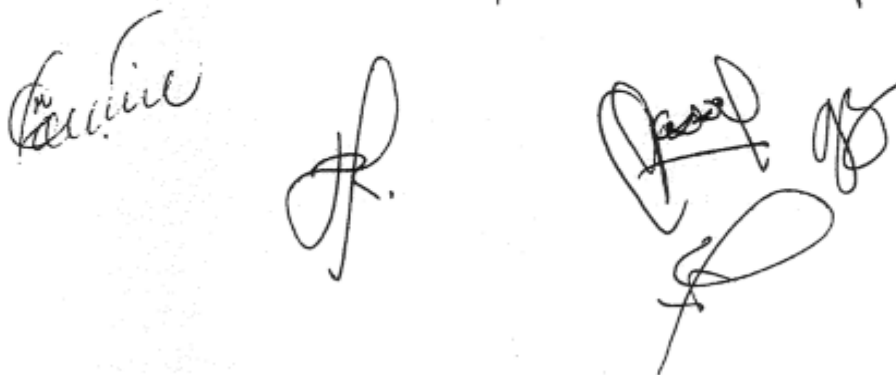
10. Os municípios de fronteira Brasil – Bolívia realizarão de forma simultânea, a partir de setembro de 2007, duas campanhas de vacinação canina contra a raiva, por ano, conforme necessidade epidemiológica, sendo o período de realização de ambas campanhas acordado entre os municípios envolvidos;
11. Caberá ao Ministério da Saúde do Brasil a doação de aproximadamente 60.000 (sessenta mil) doses de vacina anti-rábica para uso animal, por campanha, que serão repassadas para os municípios bolivianos da fronteira, por meio da rede estadual e municipal do Brasil. Os demais insumos e os recursos necessários para a execução das campanhas, assim como a conservação dos imunobiológicos dentro das normas e padrões dos programas de imunização, serão de responsabilidade da Rede de Saúde Provincial e do Ministério da Saúde da Bolívia;



Dr. Mauro Roes Elchouy
Representante OPAS Brasil



Dr. Fidel Villegas
Representante OPAS Bolívia



VI - II ENCONTRO SOBRE VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZONÓSES E EMERGENCIAS ZOOSANITARIAS EM ÁREAS TRANSFRONTEIRIÇAS

II ENCONTRO SOBRE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZONÓSES E EMERGENCIAS ZOOSANITARIAS EM ÁREAS TRANSFRONTEIRIÇAS

Corumbá, Mato Grosso do Sul, Brasil - 23 a 26 de março de 2009.

RAIVA – Recomendações e Conclusões

Comitê:

1. Reconhecer como de especial interesse o fortalecimento dos processos de vigilância, prevenção e controle da raiva, envolvendo e sensibilizando os setores oficial e privado, a sociedade civil e comunidade;
2. Que o Comitê Técnico Binacional (constituídos por representantes dos governos estaduais e municipais de fronteira), ficará responsável pela divulgação recomendação e seguimento do presente documento aos demais Estados/Departamentos e Municípios/Províncias da fronteira Brasil/Bolívia;
3. Reforçar que os Estados/Departamentos juntamente com os municípios fronteiriços que ainda não formaram o comitê, que o constituam em prazo imediato, os quais serão responsáveis pela adoção, condução e avaliação das recomendações aqui descritas.

Profilaxia antirrábica humana:

1. Em situações especiais, os pacientes bolivianos que necessitarem de receber o esquema profilático anti-rábico humano no Brasil, deverão ser referenciados por uma Unidade de Saúde-US boliviana, sendo assegurado o seu tratamento profilático completo, conforme o Manual de Normas Técnicas do Brasil;
2. Caberá à Unidade de Saúde do Brasil, que recebeu o paciente referenciado pela Bolívia, informar à Unidade Saúde de encaminhamento, quando do encerramento do esquema profilático recomendado ou no caso de abandono de tratamento;
3. Os municípios e sedes da Bolívia que fazem fronteira com o Brasil devem implementar a vigilância e a observação de animais agressores, cães ou gato, por meio de contratação de recursos humanos a serem capacitados e aquisição de equipamentos. A avaliação final do animal agressor deverá ser relatada de forma imediata, via fax, e-mail ou telefone, à Unidade de Saúde do Brasil de referência;
4. Quando houver capacitações referente a profilaxia antirrábica deve-se assegurar que os municípios que fazem fronteira com o Brasil sejam convidados;
5. A busca ativa de pacientes faltosos residentes na Bolívia será da responsabilidade da Gerência Rede de Saúde da Bolívia;
6. Os pacientes bolivianos que buscarem atendimento profilático anti-rábico no Brasil, sem serem referenciados por alguma Unidade de Saúde da Bolívia, serão devidamente

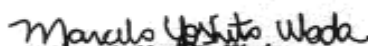
atendidos, porém mediante uma notificação imediata a Gerencia Rede de Saúde da Bolívia;

Campanhas de Vacinação Animal:

1. Por um período emergencial, o monitoramento da circulação do vírus rábico na área de fronteira do lado boliviano, assim como, os animais suspeitos de raiva, poderão ter suas amostras encaminhadas para exame nos laboratórios da rede de diagnóstico da raiva do Brasil, mediante fluxograma brasileiro e o acompanhamento obrigatório da "Ficha de Remisión de Muestras Sospechosas de Rabia Animal" do Instituto Nacional de Laboratórios de Saúde da Bolívia;
2. Reiterar que os resultados oficiais dos exames das amostras de animais da Bolívia, emitido pelo laboratório da rede de diagnóstico da raiva do Brasil, serão encaminhados para a vigilância epidemiológica do município solicitante do Brasil, que por sua vez encaminhará para os municípios da Bolívia. Esses resultados deverão ser informados ao Ministério da Saúde do Brasil, que por meio da representação da OPAS no Brasil informará a OPAS Bolívia e esta ao Ministerio da Saúde da Bolívia;
3. O Ministério de Saúde da Bolívia reconhecerá os laudos emitidos pelos laboratórios da rede de diagnósticos da raiva do Brasil;
 4. Os municípios de fronteira Brasil - Bolívia realizarão de forma simultânea, duas campanhas de vacinação canina contra a raiva, por ano, conforme necessidade epidemiológica, sendo o período de realização de ambas campanhas acordado entre os municípios envolvidos;
 5. Envolver outras instituições, militares, policiais e universidades da Bolívia para colaboração na realização das campanhas de vacinação, com objetivo de realizar a campanha em menor tempo possível.
 6. Caberá ao Ministério da Saúde do Brasil a doação de aproximadamente 60.000 (sessenta mil) doses de vacina anti-rábica para uso animal, para campanha de intensificação, que serão repassadas para os municípios bolivianos da fronteira, por meio da rede estadual e municipal do Brasil. Os demais insumos e os recursos necessários para a execução das campanhas, assim como a conservação dos imunobiológicos dentro das normas e padrões dos programas de imunização, serão de responsabilidade da Rede de Saúde Provincial e do Ministério da Saúde da Bolívia;
 7. Reforçar a necessidade da estimativa populacional canina e felina dos municípios de fronteira da Bolívia, serem encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil, com antecedência de 90 (noventa) dias da data prevista para as campanhas para liberação de vacinas antirábica canina aos municípios de fronteira com o Brasil;
 8. A Organização Panamericana da Saúde, mediante cooperação técnica, terá o compromisso de acompanhar e avaliar a realização das campanhas de vacinação animal contra a raiva, na faixa de fronteira Brasil - Bolívia, assim como os resultados e relatórios com alcance de metas;

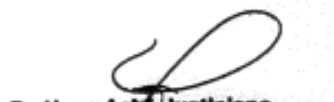
9. Quando solicitado oficialmente, os municípios brasileiros deverão apoiar tecnicamente os municípios bolivianos em atividades de controle de foco de raiva canina, como: vacinação de bloqueio, busca ativa de pessoas expostas e animais agredidos, vigilância epidemiológica, informação/mobilização comunitária, exceto na captura e remoção de cães não domiciliados, desde que haja uma legislação boliviana que permita essa ação;
10. O Ministério da Saúde do Brasil oferecerá, por meio dos estados e municípios de fronteira, capacitação para técnicos bolivianos em: Estruturação de Programa Municipal de Vigilância, Prevenção e Controle da Raiva, Vigilância Epidemiológica (exceto Esquema Profilático Anti-rábico Humano), Operações de Campo e atividades de Informação, Comunicação e Educação. Poderão ser oferecidas, ainda, capacitações sobre outras zoonoses, desde que, de interesse mútuo das instituições diretamente envolvidas.

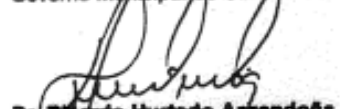
Corumbá/MS-Brasil, 25 de março, 2009.


Dr. Marcelo Yoshito Wada
Ministério da Saúde - Brasil

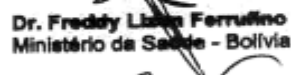

Dr. Gerson Carlos Brandão
Estado de Mato Grosso do Sul

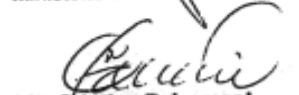

Dr. Viviane Campos Ametila
SMS Corumbá/MS


Dr. Hugo Acosta Justiniano
Governo Municipal de Santa Cruz

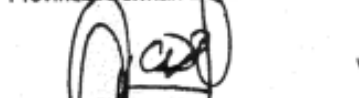

Dr. Blencio Hurtado Argandoña
Ministério da Saúde - Beni/Bolívia


Tec. Fabio Vargas Parada
Provincia German Busch


Dr. Freddy Lizaso Ferrufino
Ministério da Saúde - Bolívia


Lic. Cristina Pairumani
Departamento de Santa Cruz


Lic. Patricia Gonzalez
Provincia German Busch


Dr. Jhanny Velasco Munoz
Ministério da Saúde - Pando/Bolívia


Dra. Alba Aguilera
Coordenadora Geral de Sede Santa Cruz

VII - ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ BINACIONAL PARA FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA FRONTEIRA DO ESTADO DE MATO GROSSO (BR) E A PROVÍNCIA GERMÁN BUSCH (BO).

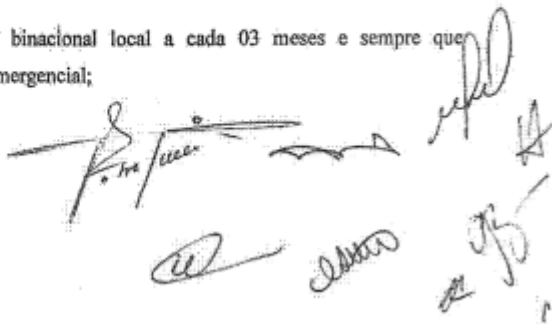
ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ BINACIONAL PARA FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA FRONTEIRA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL (CORUMBÁ E LADÁRIO)/BRASIL E PROVÍNCIA DE GERMÁN BUSCH (PUERTO QUIJARRO, PUERTO SUARES E EL CARMEN RIVERO TORRES)/BOLÍVIA

Corumbá-MS, Brasil, 23 e 24 de abril de 2008.

Conclusões e Recomendações

Com a participação de representantes do Ministério da Saúde/SVS do Brasil, Estado do Mato Grosso do Sul, dos municípios de Corumbá e Ladário, Brasil e Puerto Quijarro, El Carmen Rivero Torres e Puerto Suarez, Bolívia, e representação da Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil elaboraram e aprovaram as seguintes conclusões e recomendações pertinentes a situação epidemiológica atual:

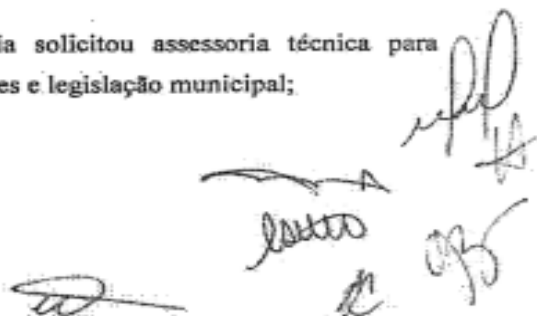
1. De acordo com a segunda ata da reunião para prevenção e controle da raiva entre a fronteira de Bolívia e Brasil em 25 de outubro de 2007 em Santa Cruz – Bolívia fica estabelecido a primeira reunião do comitê binacional local para fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e controle da raiva na fronteira do estado do Mato Grosso do Sul (Corumbá e Ladário)/Brasil e província de German Busch (Puerto Quijarro, Puerto Suarez e El Carmen Rivero Torres)/Bolívia na data de hoje.
2. Reconhece a gravidade da situação epidemiológica da raiva na fronteira com 5 amostras caninas positivas (100% de positividade) e um caso humano positivo na província de German Busch e 2 amostras caninas positivas (8.6% de positividade) no município de Corumbá;
3. Realizar reunião do comitê binacional local a cada 03 meses e sempre que necessário em caso de ação emergencial;



**ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ BINACIONAL PARA FORTALECIMENTO
DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA
FRONTEIRA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL (CORUMBÁ E
LADÁRIO)/BRASIL E PROVÍNCIA DE GERMAN BUSCH (PUERTO QUIJARRO,
PUERTO SUARES E EL CARMEN RIVERO TORRES)/BOLÍVIA**

4. Estruturar a Vigilância de Resposta Rápida para casos de cães suspeitos e/ou positivos no município de Corumbá (controle de foco) em até 72 horas;
5. Elaboração de um parecer técnico com diagnóstico epidemiológico do município de Corumbá em relação a Raiva. Recomenda-se que a Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá elabore um projeto para o fortalecimento do programa municipal do controle da Raiva e que o mesmo seja submetido a demais esferas do Sistema Único de Saúde - SUS;
6. Solicitação através da OPAS Brasil à OPS Bolívia de um parecer técnico da situação epidemiológica da área de fronteira, principalmente da Província de German Busch;
7. A Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá reconhece a necessidade de fortalecer ações práticas e locais para prevenção e controle da Raiva Urbana, principalmente com reforço imediato para a infra-estrutura (recursos humanos e apoio logístico) do programa municipal de profilaxia e controle da raiva;
8. Finalizar em curto espaço de tempo (em até 30 dias) a vacinação canina e felina casa a casa no município de Corumbá. A vacinação na Província de German Busch será concluída em até 60 dias;

9. Viabilizar o controle de foco, quando o aparecimento de suspeitos ou novos casos de raiva canina ou felina, em tempo apropriado (início até 72 horas), e raio de ações a ser determinado através de estudo da área geográfica;
10. Apoiar a Província de German Busch através de capacitação em atividade de controle de raiva canina de colaboradores da Bolívia pelos técnicos de Corumbá e Ladário;
11. Prefeito municipal de Puerto Suárez/Bolívia solicitou assessoria técnica para construção de Unidade de Controle de Zoonoses e legislação municipal;

A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located to the right of the list items. There are approximately six distinct marks, including a large signature at the top right and several smaller initials or signatures below it.

**ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ BINACIONAL PARA FORTALECIMENTO
DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA RAIVA NA
FRONTEIRA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL (CORUMBÁ E
LADÁRIO)/BRASIL E PROVÍNCIA DE GERMAN BUSCH (PUERTO QUIJARRO,
PUERTO SUARES E EL CARMEN RIVERO TORRES)/BOLÍVIA**

Corumbá/MS, 24 de abril de 2008.


Dr. Ronaldo Salvatierra
Puerto Quijarro

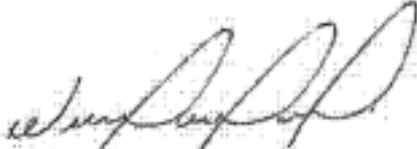

Dr. Ronaldo Fábio Vargas
Rede de Saúde Província German
Busch


Dr. Gislaine Coelho Brandão
Estado de Mato Grosso do Sul


Dr. Lúcia Montebello
MS/Brasil


Dr. Cleber Colleone
Secretário Executivo de Saúde
Pública - Corumbá


Dr. Viviane Ametlla
Gerente de Vigilância em Saúde -
Corumbá


Dr. Walkiria Arruda
Médica Veterinária do CCZ
Corumbá


Dr. Milton Morinigo
Diretor do CCZ Ladário


Dr. Mauro Rosa Elkhoury
OPAS-Brasil

VIII - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - CORUMBÁ-MS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BARTOLOMEU

Rua Pernambuco s/n - Bairro João de Deus

Fones: (67) 3233-3337 / 3233-1047 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENIO CUNHA

Alameda Tamengo s/n - Bairro Cervejaria

Fones: (67) 3907-5372 / 3231-4855 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POPULAR VELHA

Rua Teodomiro Serra s/n - Bairro Popular Velha

Fones: (67) 3907-5373 / 3231-1298 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FERNANDO MOUTINHO I

Rua Rio Grande do Sul s/n - Bairro Cristo Redentor

Fones: (67) 3232-8090 / 3231-6743 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VITORIA RÉGIA

Rua Rio Grande do Sul s/n - Bairro Cristo Redentor

Fones: (67) 3232-8090 / 3231-6743 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BRENO DE MEDEIROS I

Rua Ciríaco de Toledo s/n - Bairro Popular Nova

Fones: (67) 3907-5375 / 3233-5200 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BRENO DE MEDEIROS II

Rua Ciríaco de Toledo s/n - Bairro Popular Nova

Fones: (67) 3907-5375 / 3233-5200 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PAULO MAYSSATO

Rua Ciríaco de Toledo s/n - Bairro Nova Corumbá

Fone: (67) 3907-5381

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA KADWÉUS

Rua Ciríaco de Toledo s/n - Bairro Kadwéus

Fones: (67) 3907-5377 / 3233-4050

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEIRA RIO

Rua Delamare, 384 - Beira Rio

Fone: (67) 3907-5278

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA GASTÃO DE OLIVEIRA I

Rua N. S^a da Conceição s/n - Bairro Maria Leite

Fones: (67) 3907-5321 / 3231-6850 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA GASTÃO DE OLIVEIRA II
Rua N. S^a da Conceição s/n - Bairro Maria Leite
Fones: (67) 3907-5321 / 3231-6850 (Orelhão)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUÍS FRAGELLI
Rua Eugênio Cunha s/n - Centro
Fone: (67) 3907-5388

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO
Alameda das Laranjeiras, 170 - Bairro Dom Bosco
Fone: (67) 3907-5004

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AEROPORTO
Rua Alan Kardec, lote 09 - Bairro Aeroporto
Fone: (67) 3231-1812

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MATO GRANDE
Assentamento Mato Grande - Albuquerque
Fones: (67) 3231-4150 / 3275-1084

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TAQUARAL
Assentamento Taquaral

UNIDADE BASICA DE SAÚDE DR. PEDRO PAULO
Rua Dom Aquino, 547 - Centro
Fone: (67) 3907-5095

EACS FERNANDO MOUTINHO
Rua Rio Grande do Sul s/n - Bairro Cristo Redentor
Fones: (67) 3232-8090 / 3231-6743 (Orelhão)

PACS KADWÉUS
Rua Ciríaco de Toledo s/n - Bairro Kadwéus
Fones: (67) 3907-5377 / 3233-4050

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. HUMBERTO PEREIRA
Rua Luis Feitosa Rodrigues, 2.081 - Bairro N. S^a de Fátima
Fone: (67) 3907-5008

AMBULATÓRIO MUNICIPAL
Rua Colombo 749 - Centro
Fone: (67) 3907 - 5276

CENTRO DE SAÚDE DA MULHER
Rua XV de Novembro s/n - Centro
Fone: (67) 3232-4890.

CENTRO DE SAÚDE JOÃO DE BRITO
Rua Ciríaco de Toledo s/n - Centro
Fone: (67) 3907-5379

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL -CAPS JOSÉ FRAGELLI
Rua Sete de Setembro, 1.065 - Centro
Fone: (67) 3907-5275

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL -CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
Rua Cabral, 1.208 - Centro
Fone: (67) 3907-5427

HABILITAR
Rua Delamare, 272 - Centro
Fone: (67) 3232-4732

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - JOSÉ FRAGELLI
Rua Sete de Setembro, 1065
Fone: (67) 3907-5275

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - AD
Rua Cabral, 1208
Fone: (67) 3904-5427

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - CAPS I
Rua Sete de Setembro, 676 – Centro

CENTRO DE SAÚDE DA LADEIRA
Ladeira Cunha e Cruz s/n - Centro
Fone: (67) 3231-0178

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
Rua Tiradentes s/n - Terminal Rodoviário
Fone: (67) 3231-0017

CEO
Rua Colombo, 540 - Centro
Fone: (67) 3907-5378

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
Rua XV de Novembro, s/n - Centro
Fones: 3231-5642 / 3232-4215 (Orelhão)