

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE – CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

VIRGINIA RUIZ DE MARTÍN ESTEBAN MARTÍNEZ

**O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no
Brasil**

**FOZ DO IGUAÇU
2020**

VIRGINIA RUIZ DE MARTÍN ESTEBAN MARTÍNEZ

O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Regiões de Fronteira, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira. Linha de pesquisa: Políticas de Saúde em Região de Fronteira.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Ana Maria de Almeida

CORIENTADOR: Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde

**FOZ DO IGUAÇU
2020**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Martinez, Virginia

O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil / Virginia Martinez; orientador(a), Ana Maria de Almeida; coorientador(a), Marcos Augusto Moraes Arcoverde, 2020. 154 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2020.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Saúde Pública nas Fronteiras. 3. Paciente Transfronteiriço. 4. Cooperação Transfronteiriça . I. de Almeida, Ana Maria . II. Moraes Arcoverde, Marcos Augusto. III. Título.

MARTINEZ, V.R.M.E. *O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil*. (154 f.). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2020. VIRGINIA RUIZ DE MARTÍN ESTEBAN MARTÍNEZ.

Aprovado em 04/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Maria de Almeida
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Profa. Dra. Luciana Aparecida Fabríz
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Profa. Dra. Gladys Amélia Velez Benito
Universidade Federal da Integração Latino Americana - UNILA

Dedico esta pesquisa a todos aqueles que contribuem na criação de pontes de acesso à saúde nas regiões de fronteira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me animaram para entrar no mestrado, em especial, pelo apoio, conversas e sugestões iniciais dos amigos e professores, Nara Oliveira, Alexandre Zaslavsky e Luciana Ribeiro.

Grata ao professor Oscar Kenji Nihei pelo acolhimento fraterno desde o início do mestrado, facilitando a minha experiência acadêmica.

Muito grata às professoras Luciana Aparecida Fabriz e Manoela de Carvalho e, meus colegas pela flexibilidade e disponibilidade na disciplina de Tópicos Avançados em Saúde Pública em Fronteiras Internacionais, *sine quan* finalização do mestrado.

Agradeço a todos os colegas do mestrado, em especial, à mestre Graça Sousa, pelo companheirismo e apoio ao longo desta caminhada.

Grata a todos os professores do programa, em especial, à professora Adriana Zilly, coordenadora atual do programa, pelo apoio eficaz nesta última fase do mestrado.

Agradeço à professora Gladys Amélia Vélez Benito, da UNILA, pela participação na qualificação e na banca, pelas valiosas contribuições na região de fronteira.

Agradeço muito aos meus orientadores, à professora Ana Maria de Almeida, pela paciência, dedicação e orientação veterana, ao professor Marcos Augusto Moraes Arcoverde, pelas considerações oportunas e, ao professor Reinaldo Antônio da Silva-Sobrinho coincidindo com esta época de pandemia tão inusitada.

Especial agradecimento à professora Luciana Aparecida Fabriz pela doação de tempo, dedicação e *expertise* nas revisões finais da dissertação.

Muita gratidão aos amigos Luciana Ribeiro pelo apoio na defesa da dissertação e a Sergio Fernandes pela disponibilidade nas traduções e revisões do português.

Agradeço a meus pais Miguel Ruiz de Martín Esteban Dominguez e Felisa Martínez Borge (*in memorian*) e meus irmãos, Ana, Miguel e Fernando, desde o Brasil e fora, na África, Filipinas e Espanha, em especial, a Miguel pelas conversas motivacionais.

O meu especial agradecimento aos paraguaios, residentes transfronteiriços, que abriram e compartilharam as experiências de vida deles e de seus familiares, transformadas na presente dissertação.

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram diretamente o indiretamente para finalizar a pesquisa, contribuindo com o meu *grão de areia* para a abertura do acesso à saúde nas fronteiras.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CMI	Centro Materno Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAS	Centros de Referência Especializada de Assistência Social
CRAM	Centros de Referência de Atendimento à Mulher
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISM	Instituto Social do MERCOSUL
GT	Grupo de Trabalho
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MIN	Ministério da Integração Regional
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PF	Polícia Federal
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
RMS	Reunião de Ministros de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PDFF	Programa de Promoção de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
RNE	Registro Nacional do Estrangeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Fronteiras
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Termo de Cooperação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa de localização da fronteira Brasil - Paraguai - Argentina, 2018.....	26
Figura 2. Mapa das cidades do Alto Paraná, Paraguai, 2015.....	27
Figura 3. Elementos para análise do acesso à saúde de Aday e Andersen, 1974.....	44
Figura 4. Mapa da Ponte da Amizade e a Casa do Migrante, Foz do Iguaçu, 2020.....	52
Quadro 1. Características dos usuários transfronteiriços, Foz do Iguaçu, 2019.....	53
Quadro 2. Apresentação de critérios para a elaboração das questões de pesquisa fundamentado no modelo de Aday e Andersen (1981), Foz do Iguaçu, 2019.....	56
Quadro 3. Categoria de análise, Foz do Iguaçu, 2019.....	61

MARTINEZ, V.R.M.E. **O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil.** 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O estudo do acesso aos serviços públicos de saúde brasileira dos usuários transfronteiriços é relevante para identificar barreiras e elementos que auxiliem na posterior melhoria do acesso e na redução de inequidades sociais e de saúde. O objetivo geral do estudo foi compreender como acontece o acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios, aos serviços públicos de saúde no Brasil. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, utilizando, para análise de dados, o referencial teórico do modelo de acesso à saúde de Aday e Andersen (1974) e, para organização de dados utilizou-se o software WebQDA. Para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática de Bardin (2011). Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, realizada entre julho a setembro de 2019. Os resultados apontam a procura contínua dos serviços de saúde com a predominância do uso de urgências frente a outros níveis de assistência. O tipo de utilização é curativa, de acordo com o conceito utilitarista. O motivo do acesso é a precariedade e insuficiente infraestrutura do sistema paraguaio e, a proximidade e a gratuidade dos serviços no Brasil. Os usuários percebem boa qualidade técnica dos serviços e bom trato no atendimento, porém tudo é condicionado à posse do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS). As barreiras de acesso identificadas são a documentação exigida a partir da alta burocracia, a falta de informação sobre o acesso, o desconhecimento do direito à saúde, a percepção de discriminação, o longo tempo de espera, a descontinuidade no atendimento pelas mudanças de governo e os critérios aleatórios para o acesso das equipes de saúde. A dificuldade de comunicação é atenuada pelo uso do *portunhol*. Quem não possui a documentação, utiliza outras vias ou subterfúgios. Percebe-se uma rede de solidariedade na fronteira formada por familiares, conhecidos e, o papel técnico da Casa do Migrante. Entre as considerações, destaca-se que o acesso à saúde do paraguaio transfronteiriço no município está restrito a situações de emergência ou urgência, sem a atuação da universalidade como instrumento de cidadania internacional. Os usuários e as equipes de saúde necessitam estar bem informados sobre os direitos à saúde, garantindo esse acesso. A oferta pelo sistema de informações precisas, acessíveis, disponíveis em espanhol sobre o funcionamento dos serviços e a qualificação das equipes de saúde sobre noções de interculturalidade são recomendações para superar as barreiras de acesso. A intersetorialidade é estratégia chave para diminuir as desigualdades em saúde e, necessita-se da compreensão supranacional para o desenvolvimento de ações orientadas à integração regional em saúde, a partir de acordos de cooperação entre as cidades gêmeas de Brasil e Paraguai, incluindo todos os atores fronteiriços, com abordagens transnacionais que complementem os sistemas de saúde local.

Palavras-chaves: Acesso aos serviços de saúde, Cooperação Transfronteiriça, Integração Regional, Paciente Transfronteiriço, Saúde nas Fronteiras.

MARTINEZ, V.R.M.E. **PARAGUAYAN CROSS-BORDER USERS' ACCESS TO PUBLIC HEALTH SERVICES IN BRAZIL.** 154 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: PhD. Ana Maria de Almeida. Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The study of access to Brazilian public health services by cross-border users is relevant to identify barriers and elements that help to further improve access and reduce social and health inequities. The general objective of the study was to understand how occurs the access of Paraguayan cross-border users to public health services in Brazil. It is a qualitative research, descriptive and exploratory, using, for data analysis, the theoretical framework of the model of access to health by Aday and Andersen (1974) and, for data organization, the WebQDA software was used. For the treatment of the material, the content analysis technique of thematic analysis by Bardin (2011). 13 semi-structured interviews were carried out between July and September 2019. The results point to the continuous demand for health services with the predominance of the use of urgencies compared to other levels of assistance. The type of use is curative, according to the utilitarian concept. The reason for access is the precarious and insufficient infrastructure of the system on the Paraguayan side and, the proximity and the free services in Brazil. Users perceive good technical quality of services and good treatment in attendance, however, they are all conditioned to the possession of the Sistema Único de Saúde (SUS) card. The access barriers identified are the documentation required from the high bureaucracy, the lack of information on access, the lack of knowledge of the right to health, the perception of discrimination, the excessive waiting time and the discontinuity in the attendance due to political changes and the random criteria of the health teams. The communication difficulty is mitigated by the use of *Portunhol*. Those who do not have the documentation use others ways or subterfuge. A solidarity network existing in the border region formed by family members, acquaintances and the technical role of Casa do Migrante is perceived. Among the conclusions, it stands out that the Paraguayan cross-border health access in the municipality is restricted to emergencies and urgencies' situations, without the university acting as an instrument of international citizenship. Users and health teams need to be well informed about health rights, guaranteeing the access. The offer by the system of accurate, accessible and available information, in Spanish on the functioning and organization of health services and the qualification of health teams on notions of interculturality are recommended to overcome access barriers. Intersectoriality is considered a key strategy to reduce health inequalities, and supranational understanding is needed for the development of regional integration health actions, based cooperation agreements between twin cities' municipalities, involving all borders' actors, with transnational approaches that complement traditional local health systems.

Keywords: Access to the Health Service, Cross-Border Cooperation, Regional Integration, Cross-Border Patient, Health at the Borders.

MARTINEZ, V.R.M.E. **EL ACCESO DE LOS USUARIOS TRANSFRONTERIZOS PARAGUAYOS A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN BRASIL.** 154 f. Disertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Dr^a Ana Maria de Almeida. Foz do Iguacu, 2020.

RESUMEN

El estudio del acceso a los servicios públicos de salud brasileña de usuarios transfronterizos es relevante para identificar barreras y elementos que ayuden a mejorar el acceso y reducir las inequidades sociales y de salud. El objetivo general del estudio fue comprender como ocurre el acceso usuarios transfronterizos paraguayos a los servicios de salud pública en Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, que utiliza, para el análisis de datos, el marco teórico del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974). Para el tratamiento del material se utilizó la técnica de análisis de contenido tipo análisis temático de Bardin (2011) y para la organización de datos, se utilizó el software WebQDA. Se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas entre julio y septiembre de 2019. Los resultados apuntan a la demanda continua de servicios de salud con predominio del uso de urgencias frente a otros niveles de atención. El tipo de uso es curativo, según el concepto utilitario. La razón del acceso es la precaria e insuficiente infraestructura del sistema del lado paraguayo y, la proximidad y la gratuidad de los servicios en Brasil. Los usuarios perciben una buena calidad técnica de los servicios y un buen trato en la asistencia, sin embargo, condicionado a la posesión de la tarjeta del Sistema Único de Salud (SUS). Las barreras de acceso identificadas son la documentación requerida debido a la alta burocracia, la falta de información sobre el acceso, el desconocimiento sobre el derecho a la salud, la percepción de discriminación, el tiempo de espera excesivo y, la discontinuidad en la asistencia por cambios de gobierno y los criterios aleatorios de los equipos de salud. La dificultad de comunicación se mitiga con el uso del *portunhol*. Quien no tiene la documentación, utiliza otras vías o subterfugios. Existe una red solidaria en la frontera formada por familiares, conocidos y el papel técnico de la Casa del Migrante. Entre las consideraciones, se destaca que el acceso a la salud del paraguayo transfronterizo en el municipio se restringe a situaciones de emergencia o urgencia, sin la actuación de la universalidad como instrumento de ciudadanía internacional. Los usuarios y equipos de salud deben estar bien informados sobre los derechos de salud, garantizando el acceso. La oferta del sistema de información precisa, accesible, disponible en español sobre el funcionamiento de los servicios de salud y la capacitación de los equipos de salud en nociones de interculturalidad son recomendaciones para la superación de las barreras de acceso. La intersectorialidad es una estrategia clave para reducir las desigualdades en salud y se requiere un entendimiento supranacional para el desarrollo de acciones orientadas a la integración regional en salud, basadas en acuerdos de cooperación entre las ciudades gemelas de Brasil y Paraguay, incluyendo a todos los actores fronterizos, con enfoques transnacionales que complementen los sistemas de salud locales.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud, Cooperación Transfronteriza, Integración Regional, Paciente Transfronterizo, Salud en las Fronteras.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVO.....	21
2.1. Objetivos Específicos.....	21
3. QUADRO TEÓRICO.....	22
3.1. A migração pendular do usuário transfronteiriço.....	22
3.2. Municípios de fronteira, o caso das cidades gêmeas entre Brasil e Paraguai.....	23
3.3. Cooperação Transfronteiriça em Saúde no Brasil.....	28
3.4. Políticas Públicas de Saúde no Brasil nas Fronteiras.....	33
3.5. Marcos teóricos de acesso à saúde.....	39
3.5.1. Modelo comportamental do uso dos serviços de saúde de Aday e Andersen.....	42
3.5.2. O acesso à saúde do usuário transfronteiriço paraguaio no Brasil.....	45
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
4.1. Tipo de Estudo.....	50
4.2. Local de Estudo.....	51
4.3. Participantes do estudo.....	53
4.4. Procedimentos de coleta de dados.....	54
4.5. Análise de dados.....	58
4.6. Aspectos éticos.....	60
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
5.1. Uso dos serviços de saúde.....	62
5.1.1. Uso dos serviços e demandas de atenção em saúde.....	62
5.2. Barreiras para o acesso e uso dos serviços de saúde.....	69
5.2.1. Desconhecimento sobre as possibilidades do acesso e os direitos à saúde.....	69
5.2.1.1. Desconhecimento do direito à saúde do usuário.....	77
5.2.2. Documentação exigida para o acesso à saúde: o cartão SUS.....	84
5.2.3. Discriminação percebida.....	95
5.2.4. Idioma de comunicação entre profissionais de saúde e usuários.....	99
5.2.5. Longo tempo de espera no atendimento.....	101

5.3. Potencialidades para o acesso e uso dos serviços de saúde	105
5.3.1. Qualidade técnica percebida dos serviços de saúde	105
5.3.2. Língua intermediária de fronteira	109
5.3.3. Papel da rede de apoio	112
5.3.4. Proximidade dos centros de saúde e o transporte efetivo	115
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	148
ANEXOS.....	151

APRESENTAÇÃO

A pesquisadora é de nacionalidade espanhola e residente na região trinacional: Foz do Iguaçu há mais de 13 anos, de forma que convive no cotidiano com a realidade fronteiriça em suas múltiplas formas.

É formada em Administração e Direção de Empresas pela Universidade Complutense de Madri (UCM) e em Psicologia (Angloamericano/UDC) em Foz do Iguaçu. A atuação profissional destaca-se pela participação em importantes organizações não governamentais (ONGs) com projetos de atuação nacional e de cooperação internacional na África e na América Latina, tendo interação com diferentes culturas.

A motivação pelo tema deu-se a partir da observação da complexa realidade cotidiana que os transfronteiriços vivenciam em relação ao acesso aos serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu, pois há fluxos intermitentes de usuários demandantes de saúde que traspassam a fronteira de Cidade do Leste para Foz do Iguaçu há décadas sem ainda uma solução definitiva de cooperação regional em saúde pública entre ambas as nações.

A saúde como bem público intangível do ser humano não deveria se restringir a uma nação, mas estar à disposição de todas as pessoas e regiões. Brasil é uma das nações líderes no desenvolvimento da integração regional em saúde para a diminuição das assimetrias em saúde na atuação junto com o MERCOSUL. A região trinacional estudada é um riquíssimo laboratório para compreender as demandas em saúde dos usuários transfronteiriços e os obstáculos enfrentados por estes sujeitos. O programa Saúde Pública em Região de Fronteira da UNIOESTE permitiu essa confluência para abordar a realidade enfrentada pelos usuários transfronteiriços nos serviços de saúde nesta região.

Ser imigrante faz com que a pesquisadora se sensibilize especialmente pelo contexto vivenciado pelos residentes transfronteiriços, compreendendo as dificuldades de acesso aos serviços de saúde em outro país diferente do próprio. A característica de não ser paraguaia nem brasileira favorece a eliminação de conflito de interesse e um olhar mais isento no estudo. Por outro lado, a condição de *hispanohablante* auxilia no *rapport* e empatia com o público alvo oriundo do Paraguai.

Meus melhores desejos para que o estudo contribua para dar voz ao usuário paraguaio transfronteiriço, garantindo o acesso à saúde de qualidade na região de fronteira, em todo momento, inclusive nestes momentos difíceis de pandemia.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da integração regional, a livre circulação de pessoas é fator chave dentre as chamadas políticas de dupla face, ou seja, aquelas políticas de gestão integrada entre dois países, como é o caso entre Brasil e Paraguai, com fluxos em mais de uma direção. O Brasil atua com acordos bilaterais e de livre circulação e, e com políticas em regiões de fronteiras, no referente aos fluxos migratórios, portanto, a circulação livre de pessoas no contexto da migração se converte em um problema político-social, susceptível de regulação (REIS, 2011; BAENINGER, 2016). Sendo assim, alguns elementos facilitam ou regulamentam o fluxo de pessoas, bens e serviços na região transfronteiriça. A seguir, são apresentados alguns destes elementos na área da saúde, importantes para a região de estudo – Foz do Iguaçu, fronteira do Brasil com Paraguai.

Entre as ações e acordos de cooperação de saúde entre os governos brasileiro e paraguaio, destaca-se o Projeto de Cooperação Técnica, junto com o apoio da Organização Pan-Americana e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) em 2005, importante iniciativa que visava fortalecer os sistemas de saúde, entretanto, as reformas discutidas para a alteração do sistema de saúde pública no Paraguai não avançaram em parte pelas mudanças de governo (OPAS, 2013). Já o Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde da Itaipu (GT – Itaipu Saúde), de caráter consultivo, desde 2003 até a atualidade, reúne profissionais na fronteira para a gestão e fortalecimento das políticas públicas da saúde e, integra representantes dos governos locais, regionais e nacionais do Brasil e do Paraguai (GIOVANELLA et al., 2007). Outro projeto em andamento é o Projeto de Decreto Legislativo de Acordos, tratados ou atos internacionais (PDL 765/2019) para o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, assinado em Brasília, iniciativa da representação brasileira no Parlamento do MERCOSUL, ainda em tramitação. Quando estiver em vigor, conferirá direitos sociais, laborais e de saúde aos fronteiriços de Brasil e Paraguai (BRASIL, 2019a).

No cenário brasileiro, como política unilateral, ressalta-se atuação relevante do governo federal em 2005, o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS FRONTEIRAS), com o objetivo de promover as ações e serviços de saúde de maneira

integrada na região de fronteiras e de organizar e fortalecer os sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros dos países membros do bloco. Entretanto, esse projeto não teve sucesso na sua implementação e financiamento e, desde 2010, deixou de ser uma política pública na área da saúde (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde (PNS) baseada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Federal Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), entre seus princípios, oferece a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a brasileiros e estrangeiros residentes no país. Além disso, conforme a Lei de Migração Nº 13.445, de 24 de maio de 2017, para o estrangeiro residente são garantidas as mesmas condições de igualdade que os brasileiros, em termos de saúde no território brasileiro (BRASIL, 2017a).

Contudo, o Brasil não possui regulamentação específica sobre o acesso à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) para os imigrantes não residentes, com exceção de acordos estabelecidos com os países vizinhos (GUERRA; VENTURA, 2017). Apesar dos esforços desses acordos e programas políticos anteriormente citados, nas fronteiras não há sistemas integrados de saúde e falta coesão social, dificultando o acesso a bens e serviços públicos (NOGUEIRA; SILVA, 2009; LIMA, 2012).

A realidade na região fronteira entre Brasil e Paraguai é que a população paraguaia pode acessar unicamente aos serviços de saúde do lado brasileiro em caso de urgência ou emergência e, só é atendida em outros níveis de atenção à saúde mediante autorização das prefeituras locais (JIMENEZ; NOGUEIRA, 2009; AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). Localmente, no município de Foz do Iguaçu, os estrangeiros não residentes no país serão atendidos de Urgência e Emergência, sem o direito a atendimentos eletivos (BRASIL, 2015a).

Segundo Oliveira (2010), os estrangeiros com visto de turista ou em trânsito ou os que residem em região de fronteira com o Brasil não têm direito à saúde, precisando da celebração de acordos internacionais bilaterais ou multilaterais para receber essa assistência, exceto em situações de emergência, que caracterizem risco de morte.

A denominação dada aos habitantes residentes na faixa de fronteira envolve certa complexidade, pois eles não são propriamente imigrantes, devido ao entrelaçamento de

culturas nessas regiões fronteiriças (PEREIRA, 2013). De forma que o mais apropriado seria o uso do termo sujeito transfronteiriço para o presente trabalho, caracterizando os residentes de um lado da linha de fronteira, mas que participam de ações cotidianas no outro lado (RUIZ, 1996). Este sujeito encontra-se inserido no fenômeno da migração temporária ou pendular, ou seja, o movimento cotidiano de indivíduos, entre diferentes espaços de residência, trabalho e/ou estudo (PORTUGAL, 2003).

Essa migração pendular do sujeito transfronteiriço pode ocorrer também para o acesso aos serviços de saúde e, especialmente em regiões de fronteira, onde o movimento se produz no cotidiano. A mobilidade ocorre geralmente devido à disparidade notável relacionada à área socioeconômica ou de serviços de saúde entre países, sendo essa procura espontânea pelos residentes dessas cidades e, muito comum a nível mundial incluindo tanto a iniciativa privada como a pública (GLINOS et al., 2010).

Embora o sistema de saúde paraguaio seja similar em alguns aspectos ao brasileiro, a gratuidade dos serviços ofertados no lado brasileiro faz com que os paraguaios procurem atenção primária no outro lado da fronteira (ISM, 2018a). Zaslavsky e Goulart (2017) observaram esse movimento pendular internacional na tríplice fronteira de Brasil, Paraguai e Argentina, com a finalidade da procura de atendimento em saúde, sendo o assunto ainda pouco explorado no planejamento de serviços e ações nessa área.

De acordo com a revisão feita por Guerra e Ventura (2017), há poucos trabalhos brasileiros sobre o tema do acesso aos serviços de saúde dos imigrantes e, o número de pesquisas é menor nas regiões de fronteira. Os estudos identificaram como principais barreiras de acesso à saúde: a obrigação de possuir o cartão SUS, a dificuldade de comunicação por falta de conhecimento do idioma, o comportamento de discriminação pelos profissionais de saúde e, a falta de preparo ou conhecimento quanto aos aspectos culturais (a crença na medicina natural), éticos, legais da população imigrante, não preservando os direitos desse coletivo. No entanto, estudos apontam que a falta do cartão do SUS é uma das principais barreiras de acesso (MARTES; FALEIROS, 2013; MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Nos municípios fronteiriços brasileiros, outras barreiras de acesso à saúde foram identificadas, destacando: as falhas no processamento de dados; a escassa vinculação entre

a gestão e o sistema de informação; a escassez de infraestrutura para a coleta e análise de dados que dificultam a tomada de decisões de gestão nestas regiões; a escassez de recursos humanos (especialistas) e equipamentos; a falta de vagas para consultas; o excessivo tempo de espera; os horários não coincidentes; a distância entre municípios e os centros de referência; e, a excessiva burocracia que desencadeia a desistência na procura dos serviços, aumentando a vulnerabilidade social desse coletivo (GADELHA; COSTA, 2007; NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007; LIMA, 2012).

Os estudos desenvolvidos nos municípios de fronteira apontam que a busca de atendimento por parte da população de outros países é uma realidade nos serviços de saúde nessa região (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015; MORAES; CARDOSO; ROSA, 2017; SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018). A ampla pesquisa no MERCOSUL desenvolvida por Giovanella et al. (2007) aponta a busca de atendimento por parte da população de outros países como realidade nos serviços de saúde na região de fronteira e, que o desenvolvimento de iniciativas de cooperação entre gestores locais de países de fronteira possibilitaria a melhora de acesso integral do atendimento à saúde, dessa forma, reconhecendo a complexidade da garantia do direito à saúde para além das fronteiras. No Estado do Paraná, especialmente no município de Foz do Iguaçu, as atuações de políticas públicas de saúde e imigração são reduzidas, sem acordos de cooperação internacional ou programas institucionalizados estáveis, precisando de políticas públicas de saúde que respondam às complexas necessidades desta região (MARCA, 2007; SOARES, 2017; AIKES; RIZZOTO, 2018).

Segundo Lima (2012), a falta desses acordos e programas de saúde voltados aos municípios brasileiros fronteiriços impossibilita a garantia e atenção integral e humanizada para o fortalecimento das políticas nacionais de saúde. Neste sentido, sem a existência de investimentos, recursos e estratégias para o planejamento conjunto na fronteira não se incentiva a cooperação e a solidariedade, bem como não se propicia fortalecer os entes locais na gestão do sistema de saúde.

Para Agustini e Nogueira (2010), o atendimento à população estrangeira não ocorre de maneira uniforme e a alta fragmentação do sistema de saúde brasileiro também impacta o usuário transfronteiriço. Ferreira, Mariani e Braticovic (2015) destacam também essa

continuidade dos usuários na procura dos serviços de saúde e a descontinuidade no atendimento pelos profissionais da saúde, sem critérios padronizados, assim mesmo, observam a necessidade de treinamentos para esses profissionais com o fim de ofertar um serviço mais humanizado e contínuo no município fronteiriço brasileiro de Corumbá.

A descontinuidade do acesso aos serviços de saúde deixa a população transfronteiriça num estado de incerteza, o que faz que o estrangeiro procure outras formas de obter esse acesso, em sua maioria, irregulares (BRANCO; TORRONTEGUY, 2013; GUERRA; VENTURA, 2017; MORAES; CARDOSO; ROSA, 2017).

Outro problema assinalado é o excedente populacional extraoficial do migrante pendular que, gera uma defasagem financeira para o município, onerando os gastos públicos com saúde com o prejuízo na gestão dos atores municipais, além de que os atendimentos a estrangeiros são realizados sem registro (MOCHIZUKE, 2017; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Para a compreensão teórica do acesso aos serviços de saúde, destaca-se o marco de Aday e Andersen (1974) como o mais utilizado na comunidade acadêmica para a descrição e avaliação do acesso. Por outro lado, não existe nenhum marco de acesso adaptado para imigrantes (BURÓN, 2012; BURÓN et al., 2015). O modelo conceitual teórico de Aday e Andersen (1974, 1995) considera que as políticas públicas são o ponto de partida do acesso, e que esse acesso e utilização dos serviços são determinados pelo contexto político, caracterizando os serviços de acesso de maneira mais política que operacional pelas características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Este modelo considera-se apropriado para a análise de acesso e, será aprofundado na parte conceitual.

Conforme as premissas mencionadas, a questão de pesquisa que se apresenta é: como acontece o acesso de usuários paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil.

2. OBJETIVO

O objetivo geral do estudo é compreender como acontece o acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios, aos serviços públicos de saúde no Brasil.

2.1. Objetivos Específicos

- Analisar os elementos que influenciam o acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil.
- Identificar as barreiras e facilitadores de acesso aos serviços de saúde públicos brasileiros dos usuários transfronteiriços, residentes no Paraguai.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. A migração pendular do usuário transfronteiriço

A migração está ligada à história da humanidade, assim, o deslocamento do ser humano é recurso de sobrevivência ou procura de melhores oportunidades de vida, sendo um dos principais elementos da mudança social (CASTLES, 2010). Segundo Mármora (2010), a livre circulação de pessoas se converte em um modelo de migrações circulares ou temporais, caracterizado pela demanda temporal de mão de obra, mas que inclui o direito dos imigrantes, regulares ou não, de acessar os serviços sociais, a igualdade ou ao multiculturalismo.

No caso da população entre regiões de fronteira, constituída por habitantes residentes na faixa de fronteira, é indicado usar o termo de sujeito transfronteiriço, isto é, habitantes residentes de um lado da linha de fronteira, mas que participam de ações cotidianas no outro lado (RUIZ, 1996), ou seja, residentes no Paraguai que se deslocam por diferentes motivos para o lado brasileiro ou vice-versa.

Para Terenciani (2013), os sujeitos transfronteiriços são os cidadãos de fronteira que cotidianamente convivem entre múltiplos territórios, num movimento caracterizado pelo trânsito entre territórios, territorialidades, culturas e identidades. A transfronteirização se define como o conjunto de processos para o aproveitamento da fronteira, de maneira que, esses sujeitos transcendem a fronteira, traspassando o território vizinho durante a interação cotidiana (CARNEIRO, 2016).

Alguns residentes transfronteiriços encontram-se inseridos no fenômeno da migração temporária ou pendular, ou seja, o movimento cotidiano de indivíduos, entre diferentes espaços de residência, com fins de trabalho ou estudo, entre outros (PORTUGAL, 2003). Mas interessa saber que também ocorre esse movimento pendular com a finalidade da procura de atendimento em saúde.

Glinos et al. (2010) citam a tipologia da mobilidade do paciente transfronteiriço que se desloca de um país a outro em busca de serviços de saúde, enumerando quatro tipos de motivações do paciente para procurar o atendimento médico no exterior (acessibilidade,

disponibilidade, familiaridade e qualidade percebida) e dois tipos de financiamento (com plano de saúde/sem plano), ao estudar especificamente a faixa de fronteira entre México e Estados Unidos. Entre países de fronteira com disparidade notável relacionada à área socioeconômica ou de serviços de saúde acontece essa mobilidade, sendo essa procura espontânea pelos residentes dessas cidades, e muito comum na iniciativa privada e pública.

O movimento pendular com a finalidade da procura de atendimento em saúde nos municípios de fronteira brasileiros é uma realidade, pois a Política Nacional de Saúde, entre seus princípios, oferece a universalidade de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (ISM, 2018a; GUERRA; VENTURA, 2017).

Do ponto de vista legal, a Lei de Migração Nº 13.445, de 24 de maio de 2017 define o residente fronteiriço como a pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço de país vizinho (BRASIL, 2017a).

Concretamente, entre Foz do Iguaçu e Cidade do Leste, esta migração pendular em busca de serviços de saúde é habitual, devido à assimetria em saúde entre Brasil e Paraguai. (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

O termo usado para o presente estudo é o usuário transfronteiriço, residente no Paraguai que transpassa a fronteira para acessar os serviços de saúde pública do lado brasileiro.

No entanto, como será discutido ao longo deste estudo, a migração pendular gera prejuízos para os diferentes atores, tanto para os gestores de saúde dos municípios fronteiriços, com foco aqui no município de Foz do Iguaçu, quanto para os residentes fronteiriços do ponto de vista da proteção legal, diplomática, financeira e operacional da saúde pública (AZEVEDO, 2015; MOCHIZUKE, 2017).

3.2. Municípios de fronteira, o caso das cidades gêmeas entre Brasil e Paraguai

A definição comum de fronteiras internacionais são linhas que demarcam uma nação de outra (SANTOS, 2015). Para De Certeau (1994), a fronteira é um espaço comum entre dois países, podendo se conformar como um terceiro espaço, um lugar de alteridade.

Os significados do limite e fronteira atuam como fator identitário. No processo de entendimento da fronteira é relevante diferenciar entre limite e fronteira, o limite é um fator de separação entre o teu e o meu, a fronteira pressupõe o intercâmbio, a conexão, a integração e o conflito entre diferentes grupos de interesse e projetos. De maneira que a fronteira se organiza como sistema plástico, num movimento de entrada e saída dos lugares, estruturando a vida dos sujeitos nesse contexto. A fronteira perpassa a geopolítica e a soberania, estabelecendo características identitárias que aproximam ou distanciam os sujeitos habitantes dessas regiões, ou seja, uma fronteira que une, mas que também separa (OLIVEIRA, 2008).

Oliveira (2012) aponta que a cidade de Foz do Iguaçu está formada por identidades híbridas e dinâmicas, sendo a fronteira como um lugar social, de negociação, da elasticidade dos sentidos, formado por redes que se conectam e se interceptam.

Nestes espaços convivem sistemas políticos, econômicos, sociais e culturais de países diferentes, desencadeando tensões entre o nível local, regional e nacional de cada nação. Constituem-se como áreas dinâmicas de troca espacial, sociocultural, epidemiológica, onde as identidades nacionais se diluem, e na saúde, se estabelecem ações de negociação e uso de recursos entre diferentes normativas e direitos, definindo esses locais de fronteira. Também, esses municípios dependem de serviços especializados e de referência para garantir a integralidade da atenção em saúde (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

Contudo, as regiões fronteiriças situadas à distância dos circuitos nacionais precisam desenvolver acordos ou pactos no nível de políticas entre os países (NOGUEIRA; SILVA, 2009), já que esses municípios constituem espaços heterogêneos privilegiados para a experimentação de políticas públicas de integração regional e cooperação transfronteiriça (BRASIL, 2015b).

A região da Faixa de Fronteira do Brasil caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 1,4 milhão de km² da fronteira terrestre brasileira, a qual abrange 588 municípios fronteiriços de 11 Unidades da Federação: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. Essa área corresponde a 16,6% do território brasileiro

e reúne uma população estimada em 10 milhões de habitantes (IBGE, 2020a). Do total da linha fronteira do MERCOSUL, formada por 69 municípios brasileiros, a fronteira com o Paraguai é a mais extensa (37%), com o predomínio de municípios de médio porte, onde reside parte significativa da população fronteiriça.

Ao estudar municípios fronteiriços se usa o conceito de cidades gêmeas, isto é, municípios lindeiros com conurbação ou semiconurbação com a cidade do país ao outro lado da fronteira. O antigo Ministério de Integração Nacional, mediante a Portaria Nº. 125, de 21 de março de 2014 estabeleceu o conceito de cidades-gêmeas nacionais, definindo como:

(...) municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania". (BRASIL, 2014, p. 45).

Essa concepção é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas, considerando tanto simetrias ou assimetrias pelo diferente nível de desenvolvimento como dinâmicas e funções que exercem para os países respectivos.

Essas cidades-gêmeas são consideradas, no mínimo, binacionais, pois frequentemente essas regiões atraem imigrantes, criando um ambiente cosmopolita natural devido à multiculturalidade e diversidade de etnias. O convívio transfronteiriço é incentivado, reafirmando a heterogeneidade e, favorecendo as articulações transnacionais de diferentes redes, já que, os municípios podem se favorecer e negociar com as normas estabelecidas entre os países vizinhos (MACHADO, 2010).

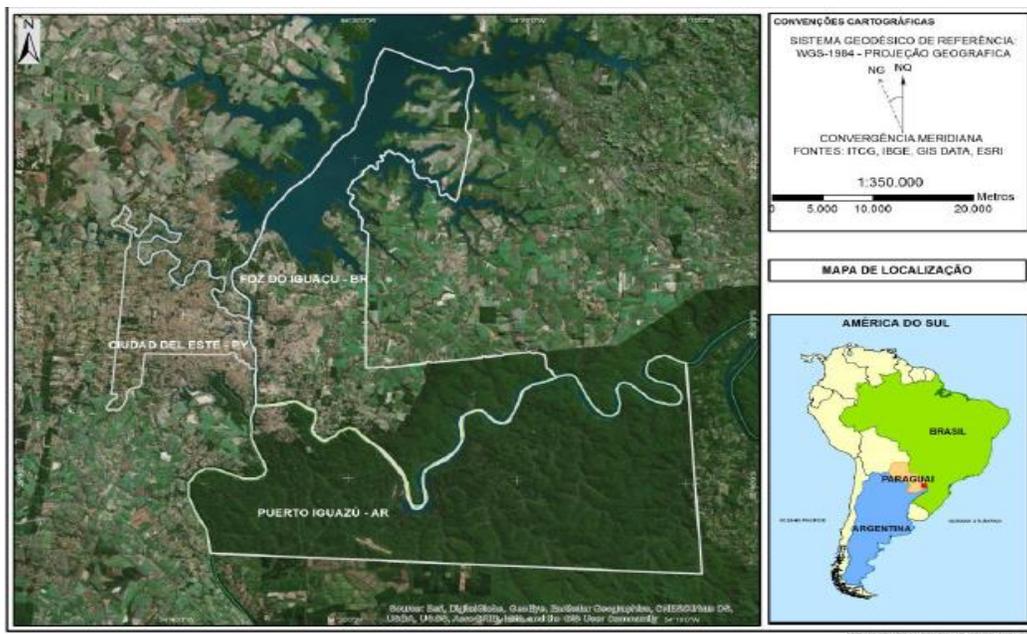
No Brasil, os municípios brasileiros classificados como cidades-gêmeas compõem o total de 33 (CNM, 2019). Entre as fronteiras do Brasil e Paraguai, localizam-se 7 cidades-gêmeas paraguaias e 8 brasileiras, já que uma das cidades-gêmeas de Paraguai faz fronteira com dois municípios fronteiriços, sendo expostas, a seguir:

- Puerto P. Chica (Paraguai) / Porto Murtinho (Brasil).
- Bella Vista (Paraguai) / Bela Vista (Brasil).

- Pedro Juan Caballero (Paraguai) / Ponta Porã (Brasil).
- Capitán Bado (Paraguai) / Coronel Sapucaia (Brasil).
- Ype-Jhú (Paraguai) / Paranhos (Brasil).
- Salto del Guayra (Paraguai) / Guaíra, PR e Mundo Novo, MGS (Brasil).
- Ciudad del Este (Paraguai) / Foz do Iguazu, PR (Brasil).

Conforme pode ser observado na figura 1, a cidade de Foz do Iguazu é o município de fronteira mais populoso do Brasil, representando aproximadamente um quinto da fronteira continental do país em relação ao MERCOSUL, localizada no extremo oeste do estado do Paraná entre os rios Paraná e Iguazu. É a região da tríplice fronteira Brasil – Argentina (Porto Iguazu) – Paraguai (Cidade do Leste), países membros do MERCOSUL, ligando o Brasil e a Argentina por meio da Ponte Internacional da Fraternidade, e o Brasil ao Paraguai por meio da Ponte Internacional da Amizade.

Figura 1. Mapa de localização de fronteira Brasil - Paraguai – Argentina, 2018.



Fonte: Geovane Calixto (2018).

Foz do Iguaçu se posiciona como o sétimo município mais populoso do Paraná num total de 399 municípios, com 256,088 habitantes, num espaço urbano de 165,50 km e uma extensão de 618,057 km², sendo o 101º. município do Paraná em termos de território (IBGE, 2020b), e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,751 (ISM, 2018b).

Do outro lado da fronteira brasileira, encontra-se Paraguai, especificamente o departamento do Alto Paraná, com 819.589 habitantes, representando 11,5% da população total do país. O Alto Paraná se divide em 22 distritos, sendo a capital Cidade do Leste, localizada na região trinacional (ALTO PARANÁ, 2019). A capital é membro do MERCOSUL, possui uma extensão de 104 km² e o IDH é de 0,744 (ISM, 2018b).

Conforme pode ser observado na figura 2, a capital Cidade do Leste é a mais populosa do Alto Paraná com o total de 312.652 habitantes, seguida por Hernandarias com 79.735 habitantes e, Presidente Franco com 68.242 habitantes, sendo as cidades com maiores índices habitacionais junto com Mingá Guazú (ALTO PARANÁ, 2020). As cidades de Cidade do Leste, Hernandarias e Presidente Franco são consideradas localidades fronteiriças junto com Foz do Iguaçu (BRASIL, 2018a).

Figura 2. Mapa das cidades do Alto Paraná, Paraguai, 2015.



Fonte: Alto Paraná DGEEC (2015), (adaptado pela autora).

Cabe destacar que os fluxos e trânsitos existentes entre as cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Cidade do Leste são muito intensos e com transporte público regular, facilitando a circulação de pessoas. Os fluxos são principalmente três: de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira (90%); de trabalhadores que moram de um lado e trabalham do outro (62%); e, do transporte de mercadoria (62%) (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005; GIOVANELLA et al., 2007).

A Usina hidrelétrica Itaipu Binacional (Brasil-Paraguai) propicia avanços nos municípios de ambos os países e permite a expansão das atividades econômicas. Os setores de serviços e turismo são significativos, formando um aglomerado urbano transfronteiriço, caracterizado pela mobilidade pendular entre os habitantes da fronteira. Este acordo binacional representa ações sociais, educacionais, ambientais e de saúde a partir de projetos, entre os mais relevantes, Cultivando Água Boa, Parque Tecnológico de Itaipu e Hospital Ministro Costa Cavalcanti (CONTE, 2013).

Por último, os municípios de fronteira brasileiros, em especial, os lindeiros ou cidades gêmeas tornam-se estudos de casos relevantes para entender tanto o processo de integração regional em saúde quanto as necessidades de atendimento em saúde e os elementos obstaculizadores e potencializadores nesses locais, tema que será abordado no próximo subcapítulo.

3.3. Cooperação Transfronteiriça em Saúde no Brasil

A saúde como bem público intangível do ser humano, não se restringe a uma nação, sendo as ações e distribuição de conhecimento na área da saúde a disposição de todas as pessoas e regiões, por isso, o investimento na integração em saúde pode favorecer a equidade em níveis mundiais (SANTOS-MELO et al., 2020).

As diferenças entre os países na faixa de fronteira contribuem tanto para a promoção de desenvolvimento econômico, cultural, social, quanto acarretam o compartilhamento de problemas. Assim, a cooperação transfronteiriça tem papel chave no enfrentamento dessas dificuldades regionais com o desenvolvimento de ações de integração e estabelecimento de medidas bilaterais para diminuir as assimetrias em saúde entre regiões de fronteira e

garantir o acesso aos serviços públicos para os transfronteiriços (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018).

As integrações internacionais de saúde surgem como força de financiamento social a partir dos bancos de desenvolvimento, na década de 1990, de maneira que a integração torna-se pilar essencial para a consecução dos objetivos de saúde a nível global. Essa integração em saúde entre fronteiras internacionais vem desenvolvendo-se através de acordos formais e informais, com fins de cooperação regional decorrente das disparidades no acesso à saúde das populações transfronteiriças e, com estratégias de gestão focadas na infraestrutura, políticas governamentais e a participação dos atores fronteiriços, adquirindo maior consistência na efetividade dos acordos de integração regional em saúde (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018).

Entende-se integração em saúde em regiões de fronteiras internacionais como o conjunto de procedimentos capazes de convergir, aproximar e harmonizar as políticas, regulamentações e ações, com a finalidade de favorecer o livre acesso às instituições comuns e, portanto, à utilização de serviços sociais entre os países (BONTEMPO; NOGUEIRA; GIMENEZ, 2013). Assim, a cooperação está formada por estratégias favorecedoras da integração em saúde nas diferentes áreas, procurando harmonizar os sistemas locais de saúde e gerando e compartilhando os conhecimentos em saúde (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

Para Glinos e Wismar (2013), a cooperação transfronteiriça pode ser definida como a diversidade de atividades colaborativas entre diferentes atores da saúde localizados em países diferentes com o objetivo de transferir ou trocar serviços, conhecimentos e ou informações relacionados à saúde. A mobilidade do usuário ou paciente transfronteiriço, em maior ou menor medida, será compatível com estratégias de promoção em saúde para migrantes se houver coordenação das políticas em áreas de fronteira (ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011).

Os atores envolvidos na cooperação entre fronteiras são observados em diferentes níveis entre o internacional, nacional e local. O nível local é onde muitas iniciativas são desenvolvidas, especialmente nas regiões fronteiriças, para responder a problemas ou necessidades particulares existentes, relacionados aos usuários, profissionais e serviços de

saúde transfronteiriços. Essas ações locais podem requerer o apoio de um nível superior para tornar essas iniciativas sustentáveis (GLINOS; WISMAR, 2013).

Diversos exemplos de cooperação transfronteiriça são encontrados entre as nações do mundo. Na União Europeia, entre Espanha e França, o pioneiro hospital integrado da Cerdanha; entre Alemanha e Dinamarca, o tratamento em radioterapia no hospital Malteser em Flensburg; entre Finlândia e Noruega, os pacientes acessando no Teno River Valley (GLINOS; WISMAR, 2013). Na América, entre México e EUA, a Comissão de Saúde Fronteiriça, organização binacional, é modelo de cooperação de esforços e alianças regionais para a melhora da saúde e qualidade de vida, visando uma fronteira saudável (GARZA-ALMANZA, 2015). Na América do Sul, a partir do Consórcio Intermunicipal da Fronteira, as cidades brasileiras de Dionísio Cerqueira, Barracão e Bom Jesus do Sul, e a argentina de Bernardo de Irigoyen, constituem modelo de governança transfronteiriço e, contam com hospital integrado (OLIVEIRA; SOUZA, 2020).

A integração regional e as migrações internacionais na América Latina se realizam principalmente através da agenda política pelo desenvolvimento regional, os mercados laborais e as confluências culturais (BAENINGER, 2016, 2018). A livre circulação de pessoas é fator chave dentre as chamadas políticas de dupla face, isto é, aquelas dirigidas para uma gestão conjunta migratória, com fluxos bidirecionais (REIS, 2011).

Na América do Sul, o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), a UNASUL (União das Nações Sul-Americana) e, o PROSUL (Foro para o Progresso da América do Sul) são organismos capazes de promover o desenvolvimento do processo de integração regional em diversos setores, incluído o setor saúde.

No âmbito do MERCOSUL, são criados diversos mecanismos para o desenvolvimento de estratégias de cooperação transfronteiriça em saúde. A harmonização das legislações, serviços e produtos e, os sistemas de saúde pública entre países são objetivos de integração para garantir o direito fundamental do cidadão membro do bloco, abordando ações focadas principalmente à harmonização das normativas de vigilância sanitária e epidemiológica. Com esse propósito de favorecer a integração dos diferentes bens e serviços da área da saúde foi aprovada a criação em 1996 do Subgrupo de trabalho (SGT) N°. 11 Saúde. Em 2016, foi criado o Subgrupo de Trabalho (SGT) N°. 18 Integração

Fronteira para a integração das comunidades fronteiriças em níveis de atuação diferenciados, contando com a articulação do SGT N° 11 Saúde e da Reunião de Ministros de Saúde (RMS) no setor saúde (MERCOSUL, 2020).

Como consequência dos arranjos do bloco, vale destacar a Rede Mercocidades, organização de cooperação internacional descentralizada, nascida em 1995, formada atualmente por governos locais de 359 municípios de 10 países de América do Sul, exemplo de integração regional. Embora a saúde não seja um dos eixos fundamentais, o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida nas cidades dos membros e, portanto, repercutindo na saúde da população (MERCOCIDADES, 2020).

Já a UNASUL, criada em 2008, a partir do Conselho de Saúde Sul-Americano, promove a garantia do direito à saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e objetiva o fortalecimento da identidade sul-americana e a redução das iniquidades regionais, tendo como ponto de partida a garantia do direito à saúde aos residentes nesses territórios (FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015). No entanto, em 2019, nasce o PROSUL, iniciativa que substitui o papel conferido à UNASUL para 8 países, assinada na Declaração de Santiago por Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai e Peru, com o objetivo de consolidar um espaço regional de coordenação e cooperação (BRASIL, 2019b).

No Brasil, o Ministério da Saúde atuou em projetos de cooperação e assistência técnica junto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e, o Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde para o desenvolvimento e integração regional de políticas públicas de saúde no bloco (LIMA, 2012). No âmbito do MERCOSUL, na reunião do SGT n° 11 – Saúde apresentou-se o projeto de Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras do MERCOSUL (SIS-MERCOSUL) em 2005 pelo Brasil para os membros do subgrupo de trabalho, que pretendia a integração dos serviços de saúde nos municípios fronteiriços do bloco. O projeto não teve repercussão no bloco e foi adaptado para tornar-se política nacional unilateral.

A política externa brasileira volta-se ao fortalecimento da cooperação Sul-Sul, a integração regional e o protagonismo do país no âmbito internacional, atuando principalmente com acordos de livre circulação e bilaterais, e com políticas em regiões de

fronteiras (BAENINGER, 2016, 2018). Os acordos de cooperação em saúde entre Brasil e Paraguai foram criados para fortalecer as regiões de fronteira e as atuações em saúde conjuntamente, sendo citados alguns desses acordos surgidos nas últimas duas décadas.

Em primeiro lugar, cita-se o Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde da Itaipu (GT–Itaipu Saúde), da empresa pública Itaipu Binacional, de caráter consultivo, ativo até a atualidade, reúne desde 2003 profissionais na fronteira para a gestão e fortalecimento das políticas públicas da saúde e, integra representantes dos governos locais, regionais e nacionais do Brasil, Paraguai e Argentina. A área de influência está demarcada pelo Lago de Itaipu com ações de saúde para 28 municípios brasileiros e 31 paraguaios, representando uma população de mais de um milhão e meio (GIOVANELLA et al., 2007). Os objetivos do GT-Itaipu Saúde são principalmente qualificar a força de trabalho, atuar em situações emergenciais, promover o fortalecimento das políticas de saúde pública e dar suporte a parcerias ou eventos na região trinacional. O GT realizou o diagnóstico dos principais problemas na fronteira, elaborando um plano de cooperação conjunto em diversas áreas como sistemas e serviços, vigilância, informação, educação e saúde indígena.

Em 2005, destaca-se o Programa de Cooperação Internacional em Saúde a partir do Projeto de Cooperação Técnica Brasil/Paraguai com o objetivo de fortalecer os sistemas de saúde de ambos os países, entre outros projetos de cooperação técnica. A triangulação junto com a OPAS/OMS através do Termo de Cooperação (TC 41) foi relevante para a viabilização de estratégias como o compartilhamento dos recursos, o intercâmbio de experiências, de conhecimentos e de tecnologias, favorecendo ações que melhor se adaptem às realidades destes países e as necessidades dos seus membros (OPAS, 2013). O programa, vigente até 2015, não obteve a reforma discutida para a mudança do sistema de saúde pública paraguaia devido às mudanças de governo.

Mais recentemente, ressalta-se o projeto em tramitação celebrado entre Brasil e Paraguai, o Projeto de Decreto Legislativo de Acordos, tratados ou atos internacionais (PDL 765/2019) sobre o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, assinado em novembro de 2017, foi divulgado no Diário Oficial da União Nº 497, de 11 de setembro de 2018, e no ano seguinte transformado em PDL e, ainda sem efetivação. Este acordo

conferiria aos sujeitos fronteiriços de Brasil e Paraguai, a partir da Carteira de Trânsito Vicinal Fronteira, direitos sociais, laborais e de saúde, sendo o atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade (BRASIL, 2019a).

Vale mencionar que existem outros Acordos sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas com outros países de América do Sul. Em 2002, criou-se o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas com Uruguai para habitantes de localidades geminadas, este acordo está mais avançado em termos de integração na área da saúde, porém não há liberação do acesso total ao sistema de saúde do outro lado da fronteira, devendo ser respeitadas as normas dos sistemas de saúde de cada país. Não há acesso integral dos fronteiriços ao sistema de saúde na outra parte e falta a cobertura dos atendimentos via SUS e SNIS (Sistema Nacional Integrado de Saúde). Em termos práticos, foram consolidados com sucesso a livre circulação de ambulâncias e a desburocratização para a emissão de registros de óbitos e nascimentos (BUHRING, 2016). Em relação à Argentina, o acordo de Localidades Fronteiriças Vinculadas, em Porto Iguazu de 2005, publicado pelo Decreto nº. 8.636, em vigor desde o dia 13 de janeiro de 2016, ainda não encontra-se regulamentado por parte dos demais ministérios envolvidos, segundo a pesquisa realizada em São Borja (DE ANDRADE, 2017).

3.4. Políticas Públicas de Saúde no Brasil nas Fronteiras

No Brasil, a Política Nacional de Saúde (PNS) está baseada na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde Lei 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), de financiamento público, tendo entre seus princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e igualitário às ações de promoção, proteção, dentro de uma rede regional e hierárquica, sob a responsabilidade do governo federal, estadual e municipal.

Conforme a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito garantido pelo Estado, mediante políticas que visem reduzir o risco de doença e outros agravos, e garantam o acesso universal e igualitário. A descentralização da Política Nacional do SUS configura-se através das três esferas do governo (ISM, 2018b):

O nível municipal é o principal responsável por prover as ações e serviços de saúde, principalmente ligados à atenção básica. O nível estadual é responsável pela articulação das redes regionais, participação no financiamento e serviços de média e alta complexidade. O setor federal é responsável por administrar, em âmbito nacional, o SUS, através do Ministério da Saúde (ISM, 2018b, p. 58).

De acordo com a Lei 9.790 de 1999, o SUS pode realizar parcerias com o setor privado através de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ou de contratos de gestão com Organizações Sociais (OS). Em relação ao pagamento de prestadores e serviços ao SUS, os estados e municípios são responsáveis pela realização desse pagamento (ISM, 2018b).

A promoção da equidade para a atenção das necessidades em saúde da população, ofertando serviços de qualidade, a promoção da saúde, com ações preventivas, o controle de doenças e propagação (Vigilância Epidemiológica), o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações (Vigilância Sanitária), são algumas das atribuições de responsabilidade do SUS (BRASIL, 1988).

O SUS permite que a população tenha acesso a consultas, exames, internações e todo tipo de tratamentos nas Unidades de Saúde, públicas ou privadas, vinculadas ao sistema público. O financiamento do SUS é realizado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, formando parte do total dos recursos do governo federal, estadual e municipal.

No Sistema Único de Saúde não há um marco que regule o direito do estrangeiro transfronteiriço para o acesso à saúde, no entanto, pelo princípio de universalização do SUS, os indivíduos em território brasileiro passam a ter direito à saúde, inclusive os estrangeiros (BRANCO, 2009).

Contudo, a Lei de Migração Nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que regula a entrada e saída dos estrangeiros estabelece as políticas públicas, garantindo aos migrantes as mesmas condições de igualdade no território brasileiro, no art. 4, VIII. “o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017a). Esta lei de Migração, que substituiu a antiga lei do Estatuto do Estrangeiro desde 1980, ampliou os direitos dos imigrantes.

Entretanto, a análise de Oliveira (2010), no parecer da Advocacia Geral da União em 2008, sobre a consulta do direito à assistência terapêutica de estrangeiro no âmbito do Sistema Único de Saúde para aqueles que residem em municípios fronteiriços, se manifesta da seguinte forma:

Sabe-se que em tais Municípios há uma grande circulação de pessoas, de lado a lado, inclusive com atendimento médico/assistência farmacêutica de estrangeiros que não residem no país. No entanto, não obstante tal situação ser um fato atual e se possa se justificá-la humanitariamente, não há como acatá-la tendo em vista a ordem constitucional brasileira, até porque os Municípios não são sujeitos de direito internacional aptos a estabelecer relações jurídicas com outros países o que deve ser, portanto, resolvido em tratativas entre Estados. Assim, para tornar tal situação fática em juridicamente consentânea com os preceitos da Constituição Federal deve-se celebrar acordos bilaterais /multilaterais com cláusulas precisas que assentem a assistência médica/farmacêutica ou tratamentos recíprocos, com o fito de que a população brasileira não fique descoberta (OLIVEIRA, 2010, p. 143).

O autor justifica a necessidade de celebração de acordos bilaterais para a assistência médica, a partir da teoria da reserva do possível, reconhecendo que os recursos sanitários não são infinitos, há escassez dos mesmos, o que determina priorizar a certas parcelas da população, no entanto, este parecer contradiz o princípio de universalização do SUS. Este tema será abordado no direito à saúde do transfronteiriço durante o presente estudo.

Em relação às políticas públicas brasileiras nas regiões fronteiriças, apresentam-se cronologicamente as políticas de saúde mais relevantes para o desenvolvimento dos municípios de fronteira na área da saúde das últimas duas décadas.

Em 2005, vai surgir o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS FRONTEIRAS), por meio da Portaria N^o. 1.120, de 06 de julho de 2005, para a promoção das ações de saúde nas regiões fronteiriças, com nova redação na Portaria N^o 1.188, de 05 de junho de 2006, que estabelece os objetivos definitivos e as fases do projeto.

Art. 1^o Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS com os objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Art. 2^o Estabelecer que a execução dos SIS FRONTEIRAS compreende as seguintes fases, a ser

realizada em cada município: I - Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional; II - Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (BRASIL, 2006).

Participaram 121 municípios fronteiriços, sendo a adesão realizada em duas etapas, a primeira com 69 municípios pertencentes à Região Sul e um município do Centro-Oeste, e na segunda etapa, 52 municípios da Região Norte e Centro-Oeste. Apesar dos avanços, deixou de ser política pública na área da saúde em 2010, como resultado da mudança da presidência e da necessidade de financiamento da integração em saúde.

O Pacto pela Saúde, Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, pela primeira vez vai incluir a integração de ações de saúde na fronteira por parte das gestões locais. O Pacto pela Saúde é um acordo entre os gestores do SUS que vai contemplar três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A inclusão das regiões fronteiriças tem como objetivo garantir o cumprimento dos fundamentos do SUS, favorecendo a ampliação da capacidade operacional dos municípios (BRASIL, 2006). Referente à consolidação do SUS, no Pacto de Gestão, há referência às regiões de fronteira e à articulação entre países, estabelecendo as ações e serviços sanitários entre municípios fronteiriços, incluindo mecanismos de gestão e planejamento para a organização das regiões de fronteira:

Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional (Anexo II, Pacto de Gestão, BRASIL, 2006).

Preuss (2011) vai considerar que a regionalização não tem sido concretizada, portanto, sem impacto no acesso à saúde dos brasileiros e estrangeiros. A burocracia em excesso e a morosidade foram dificuldades durante o processo de adesão ao Pacto, com centralização ainda da União, sem iniciativas significativas dos sistemas locais para a

efetivação do Pacto de Gestão. Os municípios ainda precisam aumentar a autonomia na definição de políticas e programas públicos na área de saúde.

Um marco nas políticas públicas no Brasil foi o Programa de Promoção de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), em 2009, vinculado ao Ministério da Integração Nacional (MIN), com a finalidade de fomentar os processos sub-regionais e de integração internacional. A Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira (CDIF) configurou-se como contribuição importante para a gestão de políticas públicas no desenvolvimento da faixa de fronteira. Por meio do programa, foi priorizado o desenvolvimento integrado das cidades gêmeas em 2014, com a implantação de infraestruturas nessas regiões (BRASIL, 2014), convergente com o SIS Fronteiras para a análise e comparação dos sistemas de saúde nas cidades gêmeas.

Em relação às políticas públicas de saúde diretamente vinculadas ao município de Foz do Iguaçu, citam-se principalmente a Instrução Normativa nº 003/2015 e o Decreto Nº. 25.072/2017, como legislações pertinentes ao usuário transfronteiriço na região trinacional.

De acordo com a Instrução Normativa Nº. 003/2015 – SMSA, Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, de 10 de julho de 2015, o usuário estrangeiro deve possuir o Cartão SUS, condição *sine qua non* o atendimento nas UBSs. Portanto, o imigrante é obrigado a solicitar o cartão SUS para receber atendimento no referido município. Tal instrução dispõe sobre as diretrizes para elaborar, recadastrar e atualizar o Cartão SUS, além de orientar sobre a documentação necessária para os atendimentos em saúde do município de Foz do Iguaçu, Paraná. No apêndice I da Instrução, lê-se: os estrangeiros não residentes no país (turista e registro nacional do estrangeiro (RNE) fronteiriço, por exemplo) receberão somente atendimentos de urgência e emergência, quando necessário, não tendo estes direito a atendimentos eletivos (BRASIL, 2015a). Esta normativa também cita o Acordo de Residência dos Nacionais do MERCOSUL, com base na Portaria Nº. 1.560, 29 de agosto de 2002, artigo 3, que regula o cartão nacional de Saúde. No caso do paraguaio, residente do MERCOSUL, é necessário a carteira temporária ou permanente de imigrante, além do comprovante de residência no município de Foz do Iguaçu, para solicitar o cartão SUS no posto de saúde, por documento (Vide Residência) emitido pelo consulado brasileiro em Cidade do Leste (BRASIL, 2002).

Já o Decreto Nº. 25.072, de 19 de janeiro de 2017, estabeleceu “Situação de Emergência” relativamente aos serviços de saúde básica, urgência e emergência, evitando o risco de desassistência. O decreto apreciou o atendimento à demanda de usuários de outros municípios e países, bem como de turistas, devido ao município de Foz do Iguaçu ser o segundo maior destino turístico brasileiro. Este Decreto foi revogado pelo Nº. 25.902, de 11 de outubro de 2017, com vigência até 31 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2017b).

Por último, um organismo com papel relevante para a região de fronteira de Foz do Iguaçu é a Casa do Migrante, criada a partir do Decreto Nº 18.699, 3 de fevereiro de 2009, casa de apoio ao migrante, subordinada à Secretaria Municipal de Assuntos Internacionais e, projeto do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) em parceria com a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, destinada a brasileiros residentes no Paraguai e imigrantes em região de fronteira (ROSTIAUX, 2018). Este centro esclarece sobre questões trabalhistas, aspectos de documentação legal, e o acesso aos serviços de educação e saúde, em parceria com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) (ISM, 2018a).

Conforme apresentado, o governo brasileiro desenvolveu relevantes programas e políticas públicas em diferentes setores além da saúde, porém descontinuadas e com baixa efetividade, pela falta de interação entre os órgãos de governo envolvidos na gestão da fronteira. O desafio para estas políticas ou programas institucionalizados é que continuem estáveis no tempo e, não sejam alterados a cada gestão do governo no poder. Ao longo do século XXI, em função da política do governo no poder, as fronteiras foram vistas bem com objetivos de desenvolvimento ou de defesa e segurança (MARCA, 2007; CARNEIRO FILHO; CAMARA 2019). A estabilidade dos acordos é condição necessária para que as fronteiras deixem de serem espaços marginalizados, com baixos indicadores de renda, emprego e educação (CARNEIRO FILHO; CAMARA 2019), refletindo no bem-estar e saúde da população fronteiriça.

As cidades fronteiriças brasileiras têm concretizado a articulação local com baixa autonomia e grau de dependência das instâncias nacionais preparatórias para os entendimentos multilaterais. Assim, os territórios de fronteira não possuem espaços com

autonomia em relação aos entes subnacionais, fato que repercute negativamente nas decisões e iniciativas tomadas, de baixo impacto em estas áreas, pois a maioria das competências corresponde aos Estados centrais (LIMA, 2012; GOMES, 2017). O estudo realizado nas cidades gêmeas do Paraná afirma que o processo de integração nas fronteiras ainda é limitado a ações de emergência de vigilância em saúde, os grupos de trabalho não têm impacto, sem ações institucionalizadas, e com baixo financiamento restringindo o acesso aos serviços de saúde (AIKES; RIZZOTO, 2018). De maneira que, o planejamento conjunto regional na fronteira precisa incentivar a cooperação e a solidariedade para o fortalecimento dos entes locais na gestão do sistema de saúde.

A paradiplomacia regional se apresenta como fator solução ao estudar um novo modelo de governança a partir dos atores regionais e locais e outras ações de cooperação, assinalando a importância de diferenciar os diversos níveis de governança com a finalidade dos governos regionais serem capazes de atuar no nível internacional de forma independente em função da sua competência, ao mesmo tempo em que suas atuações se harmonizem e não sejam contrárias às normativas estabelecidas na política externa nacional (KUZNETSOV, 2015).

Por último, vale destacar que o setor saúde deve considerar a intersetorialidade, processo técnico, administrativo e político que implica a negociação e distribuição de poder, recursos e capacidades (técnicas e institucionais) entre os diferentes setores, como estratégia chave para diminuir as desigualdades em saúde. Este enfoque precisa contar com o compromisso do setor público em um novo modelo de governança e a consequente participação social das partes envolvidas (SERRANO-GALLARDO, 2019). Por isso, as políticas públicas devem considerar a integração dos diferentes setores sociais e transnacionais no modelo de seguridade cidadã, contemplando todos os envolvidos, desde o governo até as empresas, organizações, sociedades, entre outros (KLEINSCHMITT, 2016).

3.5. Marcos teóricos de acesso à saúde

A saúde em um conceito ampliado engloba um conjunto de recursos e tecnologias, sendo que a saúde pública tem o papel de atuar nos processos e problemas coletivos. O

conceito de acesso varia no tempo conforme as necessidades das populações, sendo que na atualidade, o acesso à saúde é amplamente debatido em termos de justiça social e de equidade, contribuindo também para o desenvolvimento de planos e metas no setor saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Os sistemas de saúde são responsáveis por organizar o contato dos indivíduos e a satisfação da necessidade de atenção à saúde de maneira equitativa e de qualidade (SÁNCHEZ-TORRES, 2017). A OMS considera os sistemas de saúde e os programas de saúde pública como determinantes sociais da saúde (DSS), capazes de atuar na redução das iniquidades (OMS, 2011), sendo que o marco conceitual dos DSS estuda o conjunto de fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, avaliado as condições sociais em que a população vive e trabalha.

Para Fleury (2011), as iniquidades sociais representam carências determinadas socialmente que influenciam a vida das populações, sendo que a desigualdade no acesso ou não acesso de recursos ou bens impede a vida digna, o respeito aos direitos humanos básicos, imputável em três níveis: ação do Estado; pela organização político social e omissão da sociedade civil. As populações mais vulneráveis a nível social são aquelas que demandam maiores necessidades sociais e de saúde e, quando esses sujeitos não acessam a esses serviços básicos, repercute num efeito negativo na saúde, sendo determinante para vida e morte nesses grupos sociais (FRENK; MOON, 2013).

Segundo Fiorati, Arcêncio e Souza (2016), as instâncias intersetoriais são chaves para a solução das iniquidades em saúde, além do campo da saúde, isto é, a junção de setores para formular políticas públicas capazes de garantir os direitos à saúde.

O acesso aparece como categoria principal para a análise das relações existentes entre os usuários do serviço e os serviços de saúde. A partir dos conceitos de acesso Giovanella e Fleury (1996) elaboraram quatro modelos principais de contextualização, a seguir: o modelo economicista, o modelo sanitarista-planificador, o modelo sanitarista-politicista e o modelo de representação sociais.

O acesso à saúde perpassa o trabalho do técnico e o político ao concretizar políticas públicas sanitárias junto com o saber técnico (MERHY, 2005). A melhoria do acesso à

saúde será obtida com ações além dos sistemas de saúde, atuando em políticas intersetoriais, de educação, econômica, entre outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso à saúde apresenta múltiplas dimensões (TRASVASSOS; MARTINS, 2004), caracterizando-se por quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (MCINTYRE; MOONEY, 2007), susceptíveis na criação de indicadores que avaliem a equidade no acesso à saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Não há definição única sobre o marco de acesso aos serviços de saúde e existe uma frequente confusão entre acessibilidade, disponibilidade e procura de atendimento (PENCHASNKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985) devido principalmente a diferenças conceituais em função de contextos espaço-temporais e objetivos. De acordo com Burón (2012), outro dado relevante é que não foi identificado um marco específico para a população imigrante.

As revisões bibliográficas dos marcos teóricos apresentam diferentes formas de classificar o conceito de acesso. Frenk (1985) descreve o que considera os três domínios do conceito de acesso, o estreito, intermediário e amplo, dependendo de uma sucessão de eventos, necessidade de atendimento, desejo de atendimento, procura de atendimento, início e continuação do atendimento.

Arredondo e Meléndez (1991) ampliam o enfoque de Frenk (1985) agrupando quatro principais modelos explicativos de origem e procura dos serviços, epidemiológico, psicossocial, sociológico e econômico a seguir:

-O modelo epidemiológico estuda as necessidades de saúde como qualquer alteração na saúde ou no bem-estar da população, demandante de serviços para a atenção em saúde. A utilização dos serviços depende da exposição a fatores de riscos.

-O modelo psicossocial de Irwon M. Rosenstock é conceituado no comportamento em saúde (“health behaviour”).

-O modelo social baseado na procura de atendimento, explica a utilização dos serviços em saúde em função dos aspectos socioculturais e ambientais.

-O modelo econômico e no capital humano, baseado na análise da oferta e demanda de serviços, estuda as elasticidades e ganhos em saúde como capital humano.

Duas tendências são observadas: a primeira, definindo o acesso como ajuste entre características dos serviços e da população (PENCHASNKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985; RICKETTS, 2005) e uma segunda visão, na qual os autores equiparam com a utilização dos serviços (ADAY; ANDERSEN, 1974, ANDERSEN, 1995). Uma terceira visão estudada é o comportamento frente à doença e as crenças em saúde como determinantes do acesso.

Burón (2012) classifica os teóricos conforme as tendências apresentadas acima: entre os marcos que estudam as crenças em saúde e o comportamento frente a doença, citam-se o modelo de crenças em saúde Rosentock e Becker e, o modelo do comportamento frente à doença de Mechanic.

Os marcos de acesso como ajuste de características dos serviços e da população são representados pelo marco conceitual proposto por Donabedian, no qual a OMS se baseia; o modelo de Penchansky e Thomas; e o modelo de Frenk. Por último, entre os marcos que definem o acesso como utilização dos serviços, mencionam-se o modelo de Aday e Andersen e o modelo proposto pelo U.S. Instituto de Medicina norteamericano.

Entre os marcos conceituais do acesso à saúde expostos, o modelo de Aday e Andersen (1974) é o mais utilizado e aceito pela comunidade científica para a descrição e avaliação do acesso. Este modelo será utilizado como referência para o presente estudo de análise do acesso à saúde do paraguaio decorrente do fato de este modelo considerar a noção de equidade, tendo convergência com o foco de estudo, apesar de não ser adaptado para a população imigrante.

3.5.1. Modelo comportamental do uso dos serviços de saúde de Aday e Andersen

Este modelo comportamental foi desenvolvido na década dos 60 por Ronald Andersen, contribuindo para o entendimento do acesso e a equidade nos serviços de saúde, de enfoque cultural (SÁNCHEZ-TORRES, 2017). No modelo inicial desenvolvido por Andersen e Newman (1973) são definidas duas variáveis no sistema de saúde: os recursos (volume e distribuição) e a organização (acesso e estrutura). Portanto, o acesso inserido na organização inclui as etapas de entrada do indivíduo nos serviços de saúde. Este modelo

mais tarde evolui a partir de três fatores principais: predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outras modificações são especificadas no modelo caracterizado principalmente na análise, avaliação e os resultados desse acesso, a diferença entre acesso potencial e real, a consideração dos cinco elementos de acesso e as necessidades de saúde da população tanto percebida como avaliada (ADAY; ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995).

Aday e Andersen (1974) diferenciam cinco elementos principais para a análise do acesso à saúde, a seguir: as políticas de saúde; o acesso potencial relacionado às características da oferta; o acesso potencial relacionado às características da população; a utilização dos serviços de saúde e; a satisfação do consumidor.

- As políticas de saúde compõem um dos determinantes para o acesso e a utilização dos serviços. São influenciadas pelo contexto político, caracterizando os serviços e o acesso de maneira mais política que operacional pelas características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. As políticas de saúde incidem na disponibilidade de recursos, organização dos serviços, financiamento, educação ou informação sobre os serviços.

- O acesso potencial é a probabilidade e o determinante da utilização dos serviços de saúde, dependendo das características da população e das características dos serviços. Entre os elementos que predisõem, geralmente incluem as características da população e os que capacitam, geralmente as características do sistema. Em relação às características dos serviços (da oferta) consideram a disponibilidade dos recursos e a organização dos mesmos.

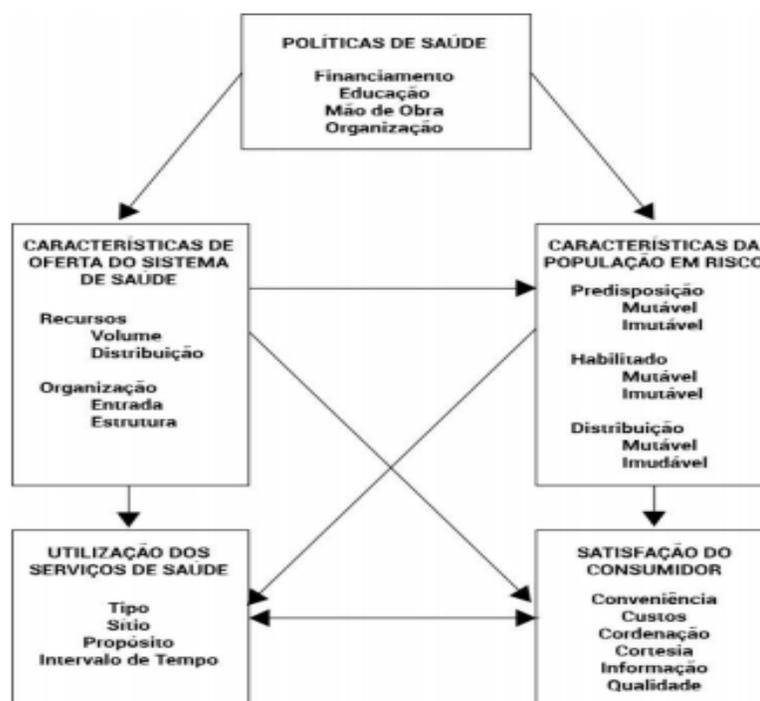
- O acesso potencial relacionado às características da população se divide em fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde. Os fatores predisponentes são aqueles fatores anteriores ao surgimento da doença ou patologia e que afetam a predisposição dos usuários para o uso dos serviços de saúde como a idade, o gênero, entre outros. Por exemplo, o gênero é um fator predisponente, pois a tendência é que as mulheres tenham maior predisposição para o uso dos serviços do que os homens. Os fatores capacitantes são os meios ou recursos que os usuários dispõem para obter os cuidados de saúde. E as necessidades de saúde são as percepções dos usuários em relação ao estado de saúde ou o diagnóstico realizado por equipes de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

- O acesso real ou a utilização dos serviços é formado pelo tipo, local, propósito e intervalo de tempo. O tipo de utilização se divide em preventiva, curativa ou de reabilitação; o local é o espaço físico onde é realizado o atendimento (hospital, UBS); o propósito é a razão da procura ou utilização do sistema; o intervalo de tempo explicita o ingresso, a quantidade de contatos e de cuidados durante um período de tempo.

- A satisfação do consumidor ou paciente faz referência à avaliação do sistema e dos provedores pelo paciente. O cuidado, os custos, a educação dos profissionais são elementos que repercutem na satisfação do paciente.

Conforme exposto na figura 3, cada um destes elementos é analisado em função de determinadas variáveis, existindo uma inter-relação entre todos os componentes, interagindo constantemente. Por exemplo, as políticas de saúde por meio de programas podem ser dirigidas a indivíduos e a coletivos de risco ou vulnerabilidade social.

Figura 3. Elementos para análise do acesso à saúde de Aday e Andersen, 1974



Fonte: Aday e Andersen (1974).

Andersen (1995) explicita o modelo emergente de acesso em saúde, no qual incorpora o acesso efetivo, eficiente, os resultados e feedbacks dos *status* de saúde e as crenças, atitudes e valores do paciente no processo de saúde/doença.

O modelo de Andersen e Aday considera o conceito de equidade sendo que o acesso equitativo se produz quando variáveis demográficas e de necessidades são responsáveis pela variabilidade da utilização. O acesso não equitativo inclui crenças, estrutura social, valores e recursos bem como barreiras determinantes para o acesso, sendo que nem todos os modelos teóricos incluem o conceito de equidade (ARRIVILLAGA; BORRERO, 2016).

3.5.2. O acesso à saúde do usuário transfronteiriço paraguaio no Brasil

O fluxo de usuários de saúde transfronteiriços do Paraguai ao Brasil é dinâmico, já que, este último conta com melhores recursos, infraestrutura e serviços mais modernos de saúde. No outro lado da fronteira, encontram-se recursos de menor porte e capacidade para os diversos procedimentos médicos.

A busca de atendimento por parte da população paraguaia é uma realidade nos serviços de saúde nos municípios de fronteira (NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015; MORAES; CARDOSO; ROSA, 2017; SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018). Estudos assinalam o movimento constante de usuários fronteiriços na procura dos serviços e a descontinuidade no atendimento pelos profissionais da saúde, sem critérios padronizados (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AZEVEDO, 2015).

Giovanella et al. (2007) apontam os motivos de busca por atendimento no SUS por estrangeiros paraguaios no Paraná, segundo os secretários de saúde, por ordem de prioridade, a seguir: a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de fronteira (100%); urgência ou gravidade do caso (87,5%); proximidade geográfica com o município (75%); facilidade de ser atendido pelo SUS (75%); por estar longe de outros centros (75%); a qualidade de atenção à saúde (62,5%); facilidade de transporte (50%); não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos no país de origem (50%). As dificuldades principais detectadas pelo atendimento do estrangeiro são o total financiamento de ações em saúde e a falta de continuidade do tratamento no país de origem.

O estudo de Fabriz (2019) assinala que as demandas mais comuns entre os usuários paraguaios flutuantes em regiões de fronteira do Paraná são doenças crônicas como câncer, diabetes e as doenças cardiovasculares, o uso de urgências e emergências e a obstetrícia. E ainda, afirma existir uma preocupação por doenças transmissíveis por motivo do fluxo de trânsito fronteiriço. Albuquerque (2012) assinala também a obstetrícia como demanda de deslocamento de paraguaias grávidas, devido ao atendimento de qualidade nos hospitais brasileiros, os procedimentos e recursos cirúrgicos não serem pagos, as vacinas gratuitas, os benefícios advindos da nacionalidade brasileira, e, por último o desenvolvimento do Brasil em relação ao Paraguai.

Os principais obstáculos identificados no acesso à saúde do usuário estrangeiro são: a obrigação de possuir o cartão SUS, a dificuldade de comunicação por falta de conhecimento do idioma, o comportamento de discriminação pelos profissionais de saúde e, a falta de preparo ou conhecimento quanto os aspetos culturais (a crença na medicina natural), éticos, legais da população imigrante, não preservando os direitos desse coletivo (GUERRA; VENTURA, 2017). Entretanto, a falta do cartão do SUS é considerada como uma das principais barreiras de acesso (MARTES; FALEIROS, 2013; MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015), como o estudo desenvolvido com bolivianos, trabalhadores da produção têxtil, em São Paulo sendo as redes familiares fundamentais para a promoção desse acesso e, incluem também o suporte dos proprietários das fábricas de roupas e os agentes comunitários de saúde para conseguirem o acesso aos serviços de saúde (MARTES; FALEIRO, 2013).

Vale destacar as barreiras culturais identificadas entre os profissionais dos serviços e a população, isto é, o idioma espanhol, o guarani, a cosmovisão da doença, o modo de ver a morte, os costumes, a medicina natural, a linguagem ou as normas se constituem como barreiras limitadoras no acesso (COMES et al., 2007; GUERA; VENTURA, 2017). Por isso, a falta de treinamento dos profissionais é uma barreira cultural a superar, visando ofertar um serviço mais humanizado e contínuo no município (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AZEVEDO, 2015).

Foram identificadas outras barreiras de acesso relativas às características de oferta do sistema de saúde, vinculadas à organização e os recursos do sistema, como a falta de

infraestrutura, de equipamentos, de recursos humanos, de vagas e de sistema de cadastro e informações, aspectos limitantes ao acesso à saúde (GADELHA; COSTA, 2007; NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007; LIMA, 2012).

Os estudos demonstram que os estrangeiros se deslocam ao país vizinho, mas desconhece-se as estatísticas sobre o número de paraguaios fronteiriços atendidos, assim, Ferreira, Mariani, Braticevic (2015) discutem a inexistência de um sistema para a quantificação dos sujeitos transfronteiriços atendidos, embora sejam solicitados os documentos para fins de cadastro e prontuário. Como consequência da falta de controle e contabilização de atendimentos, a tomada de decisões para a criação de políticas públicas vê-se prejudicada.

No Estado do Paraná, nota-se a falta de registro dos atendimentos prestados aos estrangeiros constatada em mais da metade (69%) dos municípios fronteiriços brasileiros e, o restante dos municípios elabora unicamente estimativas mensais (GIOVANELLA et al., 2007). Localmente, no município de Foz do Iguaçu, Strada (2018) identifica a impossibilidade de quantificar, com precisão, nem qualificar o atendimento de estrangeiros nas UBS, apesar de os gerentes das unidades confirmarem que há ocorrências dessa natureza, revelando que menos de 1% dos atendimentos registrados nos serviços de saúde nas UBS eram de usuários procedentes do Paraguai e Argentina. Destaca-se a UBS do Distrito Oeste 2, centro de referência de atendimento ao estrangeiro, que registrou um total de 5,7% destes atendimentos no período de 2010-2016, quando foram atendidos o total de 35.525 usuários, sendo 2.047 paraguaios e 11 argentinos. Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) também foi identificado menos de 1% dos registros de atendimentos procedentes de usuários do Paraguai, num total de 8.373 atendimentos de 2010 a 2016. Outro aspecto relevante é a falta de fluxos e protocolos de atendimentos de usuários na fronteira, o único fluxo conhecido pelos gestores locais foi sobre o cartão SUS e que, em casos de urgência e emergência são encaminhados para as UPAs (STRADA, 2018).

A população transfronteiriça paraguaia é atendida nos serviços de saúde do lado brasileiro em caso de urgência ou emergência, sendo restringido o acesso para a atenção em outros níveis (JIMENEZ; NOGUEIRA, 2009; AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010). De acordo com Branco e Torronteguy (2013), a proibição do acesso à saúde ao fronteiriço pelos

municípios brasileiros, faz que esse paciente busque outras formas de obter acesso ao sistema de saúde brasileiro, em sua maioria, de forma irregular.

De Certeau (1994) chama de tática fronteira a essa busca de formas de acesso, ou seja, astúcias dos indivíduos que subvertem os sistemas estabelecidos. Este fenômeno de acesso subverte as diferentes formas de poder e saber em espaços de competição ou embate, corrompendo as configurações do poder e do saber. São ações pensadas que substituem as estratégias estatais, por exemplo, o fronteiro indocumentado espera a situação se agravar como tática, sabendo que o país vizinho não pode negar o auxílio por ordenamento jurídico e pelas estratégias estatais de organização do atendimento.

Segundo Albuquerque (2012, 2015), os municípios fronteiriços são usados pelos sujeitos como recursos sociais e políticos para contornar as legislações nacionais, construindo essa tática de cidadania, sendo as mais frequentes o uso de documentos pessoais como cartão SUS e cadastro de pessoa física (CPF) dos parentes ou comprovantes de endereços de familiares ou falsos, como as negociações com agenciadores de endereços.

Martes e Faleiros (2013) e Souza (2013) afirmam que os migrantes paraguaios, afetados pelas barreiras fronteiriças, também procuram redes de solidariedade transfronteiriças, atendendo as necessidades de saúde na melhor opção de localização no espaço. A família tem um papel importante de intermediação, já que favorece o acesso às redes de informações, de cuidados ou financia para cobrir os custos do tratamento.

Um dos motivos pelos quais os direitos à saúde do fronteiro são restringidos é porque o atendimento ao usuário transfronteiro entra em conflito com o orçamento de saúde e a defesa do atendimento daqueles residentes do município. Assim, os serviços de saúde são negados aos estrangeiros com a alegação de que esses atendimentos oneram em excesso o município e prejudicam os residentes, por motivo da falta de inclusão dessa população itinerante no orçamento do município (ALBUQUERQUE, 2010; CAZOLA et al., 2011; BAUERMAN; CURY, 2015).

Mochizuke (2017) considera que esses fluxos migratórios oneram em excesso os gastos públicos com saúde com o prejuízo na gestão dos atores municipais. Isto ocorre porque os recursos federais do Ministério da Saúde recebidos pelo município para o financiamento de suas ações de Atenção Básica são calculados com base em um valor *per*

capita, usando o sistema de identificação domiciliar nacional, não incluindo recursos para populações itinerantes, mesmo em municípios fronteiriços ou de forte tendência de turismo.

Assim, os municípios fronteiriços não possuem orçamento para atender a demanda da população fronteiriça estrangeira explicado, em parte, pela falta de registro do atendimento dos sujeitos transfronteiriços (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013), mas também considerando as legislações que restringem esse acesso a saúde de estrangeiros àqueles que residem no país.

Por último, o acesso à saúde como tecnologia das relações demarca estratégias tanto para os usuários quanto para os profissionais da saúde e gestores (MERHY, 2005; COELHO; JORGE, 2009), sendo a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a busca do vínculo entre o profissional e usuário fundamentais para a garantia do acesso e a humanização nos serviços (RAMOS; LIMA, 2003). O cuidado é abordado quando se conhecem as necessidades do usuário (MARTES; FALEIROS, 2013), de maneira que fica evidente a relevância da procura do entendimento melhor das necessidades dos usuários paraguaios transfronteiriços.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Estudo

O estudo é de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, com referencial teórico fundamentado no modelo de acesso à saúde de Aday e Andersen (1974), para a análise de acesso à saúde do município de Foz do Iguaçu.

Para Flick (2009), a pesquisa qualitativa interpreta o fenômeno de maneira subjetiva e, a partir de um determinado acontecimento se analisa o contexto sociocultural das experiências dos sujeitos de pesquisa. Este tipo de pesquisa leva em consideração as diferentes práticas dos indivíduos no campo estudado em função das múltiplas perspectivas e contextos sociais existentes.

A pesquisa qualitativa é uma realidade dificilmente quantificável porque estabelece contato com um universo de significados, motivações, valores, crenças que não são repetíveis (MINAYO, 2015). Além disso, retrata a especificidade dos indivíduos do recorte temporal da pesquisa, priorizando a compreensão do grupo social e, não o critério numérico.

A pesquisa descritiva descreve os fenômenos de determinada realidade, objetivando a observação, registro e equiparação desses fenômenos, levando em consideração as relações que acontecem em diferentes âmbitos como o social, o econômico, o político e, outros aspectos do comportamento humano a nível individual e, inserido em grupo (CRESWELL, 2007).

Utiliza-se a experiência descrita pelo participante da pesquisa para construir a descrição do fenômeno, aprofundando no que sente, pensa, descreve, opina e lembra sobre esse fenômeno; sem preconceitos em relação ao fenômeno e ao sujeito de pesquisa (WOJNAR; SWANSON, 2007). Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa, pois segundo Hirmas Aday et al. (2013), a referida abordagem possui maior potencial para apontar barreiras e facilitadores de acesso aos serviços de saúde.

4.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de Foz do Iguaçu, Paraná, região de fronteira fluvial, entre o Brasil e o Paraguai através do Rio Paraná, conectado pela Ponte da Amizade e, entre Argentina e Brasil através do Rio Iguaçu, conectado pela Ponte de Tancredo Neves. A cidade de grande porte de Foz do Iguaçu conta com uma extensão de 618,057 Km², uma população total de 256.088 habitantes (IBGE, 2020b). Foz do Iguaçu pertence a 9º Regional de Saúde da macrorregional oeste do Paraná junto com os municípios de Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020).

O sistema de saúde público do município de Foz do Iguaçu é composto por equipes de atenção da saúde da família, hospitais, atendimento de urgência emergência nas UPAs, hospitais e serviços (de alta complexidade via tratamento fora de domicílio; assistência especializada de média complexidade; urgência e emergência; atenção primária) (ISM, 2018a).

Administrativamente, a Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu está organizada em cinco regiões denominadas de Distritos Sanitários: a região Norte compreende a região da Vila C, Porto Belo e AKLP; a Nordeste abrange a região Três Lagos, Sol de Maio e Três Bandeiras; a Oeste está composta pela região central da cidade e região de fronteira com o Paraguai; a Leste abrange o Morumbi, Jardim São Paulo e Campos do Iguaçu; e, a região Sul compreende a região do Profilurb, Carimã e região de fronteira com a Argentina (FOZ DO IGUAÇU, 2011).

Os dados fornecidos pela Secretaria de Atenção à Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram 334 unidades prestadoras de serviços, destacando 32 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, 3 Hospitais Gerais e 2 Prontos Atendimentos. A atenção de Urgência e Emergência compreende o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Pronto Atendimento Municipal, Morumbi I, Unidade Pronto Atendimento (UPA) João Samek, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A atenção

Hospitalar compreende o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Municipal e Hospital Cataratas (CNESNet, 2020).

Dentre as 32 unidades básicas de saúde cadastradas, a UBS de Jardim América se destaca como modelo de cooperação transfronteiriça, com atendimento à população de 20 bairros da região oeste de Foz do Iguaçu, também a paraguaios e, especialmente à comunidade brasiguiaia procedente de cidades distantes, como Santa Rosa del Monday (71km), Santa Rita (78km) e Naranjal (105km) (SOARES, 2017). Tanto as unidades básicas de saúde do Jardim América como a reforma de Vila Yolanda e o Centro Materno Infantil, destinado a gestantes brasiguiaias oriundas do Paraguai, foram financiados com recursos prioritários do SIS Fronteiras.

O município de Foz do Iguaçu conta com a Casa do Migrante, inserida na rede sócio assistencial do município, atende à população imigrante na área de Educação, Saúde e Assistência Social que busca residência em Foz do Iguaçu. Conforme observado na figura 4, a Casa do Migrante localiza-se a 900 metros da Ponte da Amizade no Bairro de Vila Portes, caracterizado por ser região de compras onde paraguaios e brasileiros convivem diariamente (ISM, 2018b).

Figura 4. Ponte da Amizade e Casa do Migrante, Foz do Iguaçu, 2020



Fonte: Google Earth (2020).

4.3. Participantes do estudo

Participaram do estudo 13 paraguaios, usuários dos serviços de saúde em Foz de Iguaçu, procedentes das localidades vinculadas fronteiriças Foz do Iguaçu-Cidade do Leste, Presidente Franco e Hernandarias. Conforme o Acordo entre Brasil e Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, Cidade do Leste, Hernandarias e Presidente Franco são cidades de localidades fronteiriças com Foz do Iguaçu (BRASIL, 2018a).

Como critério de inclusão considerou-se a idade igual ou superior a 18 anos, usuários dos serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços de Urgência e Emergência e serviços de Pronto Atendimento (UPA) no município de Foz do Iguaçu no ano 2019.

No quadro 1 abaixo há uma descrição das características dos paraguaios usuários dos serviços de saúde de Foz de Iguaçu que compuseram o estudo.

Quadro 1. Características dos usuários transfronteiriços, Foz do Iguaçu, 2019.

U	N.	Sexo	Idade	Estado civil	Cidade	Filhos	Escolaridade	Profissão	Nível renda
U	1	Feminino	21	Solteira	CDE	0	Fundamental	Vendedora	Media
U	2	Feminino	58	Solteira	CDE	11	Sem estudos	Cozinheira	Baixa
U	3	Feminino	20	Solteira	H	0	Superior Incompleto	Estudante	Baixa
U	4	Masculino	35	Divorciado	CDE	2	Superior Incompleto	Frentista	Baixa
U	5	Feminino	38	Separada	CDE	2	Ensino Médio	Faxineira	Baixa/media
U	6	Feminino	39	Solteira	CDE	1	Fundamental	Desempregada	Baixa/media
U	7	Masculino	31	Solteiro	CDE	0	Superior Incompleto	Estudante	Baixa
U	8	Feminino	40	Casada	CDE	7	Fundamental Incompleto	Dona de casa	Baixa
U	9	Feminino	21	Solteira	CDE	0	Superior Incompleto	Estudante	Baixa
U	10	Feminino	23	Solteira	CDE	0	Superior Incompleto	Estudante	Baixa/media
U	11	Masculino	24	Solteiro	PF	0	Superior Completo	Desempregado	Baixa/media
U	12	Feminino	50	Casado	CDE	2	Médio Incompleto	Dona de casa	Baixa/media

U	13	Masculino	50	Casado	CDE	2	Médio Incompleto	Empregado construção	Baixa/media
---	----	-----------	----	--------	-----	---	------------------	----------------------	-------------

Legenda: Usuário (U); CDE (Cidade do Este); H (Hernandarias) e PF (Presidente Franco).

Fonte: a autora.

Entre os entrevistados, uma alta proporção é formada de migrantes pendulares, ou seja, 9 usuários, 5 trabalham e 4 estudam no município mas residem no Paraguai.

4.4. Procedimentos de coleta de dados

Este estudo usou fontes primárias como técnica de coleta de dados, isto é, a entrevista semiestruturada tendo por base o referencial teórico de acesso à saúde de Aday e Andersen (1974), que auxiliou na formulação da entrevista aos participantes do estudo. O levantamento bibliográfico contribuiu para a compreensão e explicação do fenômeno investigado (MINAYO, 2015).

A pergunta norteadora da pesquisa é considerada ponto central de referência para a avaliação da apropriabilidade das decisões adotadas pelo pesquisador, devido à necessidade de procura de instrumentos de coleta de dados coerentes a esses objetivos para o alcance efetivo dos elementos prioritários do trabalho de pesquisa. Assim mesmo, a conceptualização da interpretação torna-se relevante na decisão dos métodos para a coleta de dados (GONZALEZ REY, 2005; FLICK, 2009).

Segundo González Rey (2005), a expressão do outro como um processo deve ser priorizado nos instrumentos de coleta de dados para a produção de uma variedade de informações, pois são formas que envolvem e facilitam essa expressão dos sentidos subjetivos. Durante a comunicação, o outro emerge em suas reflexões e emoções sobre os assuntos que vão surgindo, sendo o papel do pesquisador aquela figura que vai acompanhar ao participante com o mesmo interesse no envolvimento e conteúdos aparecidos.

A entrevista, como técnica vinculada ao estudo e pesquisa das representações e de crenças conscientes do sujeito, permite que o sujeito elabore respostas mediadas tanto pela

intencionalidade quanto pelas crenças centrais e representações sociais no contexto social pesquisado (GONZÁLEZ REY, 2005).

Segundo Oliveira (2002), a técnica da entrevista semiestruturada, muito utilizada na pesquisa qualitativa, obtém informações a partir da fala dos atores sociais, considerando a linguagem e o significado do conteúdo da fala. De maneira que são recopilados dados de natureza objetiva e subjetiva, contribuindo com o entendimento dos valores e das opiniões desses atores tendo como base as experiências e vivências.

Este método de pesquisa permite ao pesquisador integrar-se em uma conversação ativa, natural e autêntica, com os sujeitos participantes, obtendo um conteúdo informativo valioso (GONZÁLEZ REY, 2005).

Conforme Creswell (2007), as entrevistas semiestruturadas combinam um conjunto de perguntas abertas e fechadas previamente definidas, auxiliando ao pesquisador na sequência de ditas perguntas em um contexto similar a uma conversação de caráter informal e, se for necessário, desenvolvendo a questão proposta. O pesquisador desenvolve um roteiro com as perguntas principais, tendo a possibilidade de complementação com outras perguntas relacionadas às especificidades do sujeito entrevistado durante o momento da entrevista. Este procedimento se caracteriza pela expressão de informações de maneira mais aberta e livre, sem necessidade de padronização das respostas.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, prévia autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (Anexo I), da Casa do Migrante (Anexo II) e a Secretária de Saúde (Anexo III). Foram entrevistados 13 paraguaios, de ambos os sexos, residentes em Cidade do Leste, Presidente Franco ou Hernandarias.

Os primeiros contatos foram escolhidos na Casa do Migrante, onde foram disponibilizadas salas que possibilitaram um ambiente com privacidade. Após a entrevista com os primeiros participantes, foi utilizada a técnica da bola de neve, ou seja, paraguaios que conheciam a outros paraguaios que tinham passado pela experiência de acesso ou de utilização dos serviços, respeitando os critérios de inclusão, portanto, transfronteiriços residentes no Paraguai. Seis das entrevistas foram realizadas na Casa do Migrante e as restantes, em lanchonetes, próximo à Vila Portes ou a conveniência com o entrevistado.

Os horários das entrevistas ocorreram no período da manhã, principalmente, nas segundas e quartas-feiras, quando o fluxo de usuários é maior. O idioma de todas as entrevistas foi o espanhol, e tiveram duração média de 30 minutos.

Os usuários transfronteiriços paraguaios, que concordaram em participar do estudo, após explicação dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

Num primeiro momento, foram solicitados os dados gerais do entrevistado (local de nascimento/residência, tempo de residência nesse local, profissão, idade, nível de renda) e, na sequência, os participantes responderam questões relacionadas ao acesso à saúde conforme roteiro para a coleta de dados (Apêndice II).

O referencial teórico de acesso à saúde de Aday e Andersen auxiliou na formulação da entrevista aos participantes do estudo. No quadro 2, apresenta-se o demonstrativo dos critérios para a elaboração das questões de pesquisa, relacionando os elementos e subelementos de análise do acesso à saúde do referencial teórico com as questões da entrevista semiestruturada.

Quadro 2. Apresentação de critérios para a elaboração das questões de pesquisa fundamentado no Aday e Andersen (1981), Foz do Iguaçu, 2019.

Elementos de análise do acesso à saúde	Sub-elementos de análise	Questões da entrevista semiestruturada
Políticas de Saúde	Organização	Nível de informação que o usuário possui em relação à legislação, documentação e o direito à saúde do paraguaio.
Características da População em risco	Capacitantes	Incompatibilidade de horários, o meio de transporte.
	Distribuição	Distância da residência.
	Habilitado	Idioma.
	Necessidades	Condições de saúde, percebido ou diagnosticado.
Características de	Organização	Conhecimento sobre os serviços existentes.

oferta do sistema de saúde	Recursos	Tempo de espera.
Utilização dos serviços de saúde	Tipo, local, intervalo de tempo, propósito	O uso dos serviços de saúde: de acesso e alternativos.
Satisfação do consumidor	Informação	Nível de informação que o usuário possui em relação aos serviços brasileiros.
	Qualidade	Percepção do sistema de saúde brasileiro: percepção sobre as unidades básicas de saúde, hospitais e médicos.
	Qualidade	Fator cultural (ex. percepção da existência ou não da discriminação).

Fonte: elaborado pela autora.

A entrevista foi gravada com dispositivo digital, de maneira individual, guiada pela coleta de dados pessoais e por questionário semiestruturado. Os participantes tiveram seu anonimato preservado, sendo identificados no estudo como: U (Usuário), seguindo o número de suas respectivas entrevistas, U1, U2, U3... U13.

Dado o caráter exploratório, as entrevistas foram encerradas quando os relatos se mostraram convergentes, com vistas à compreensão da vivência dos sujeitos (MINAYO, 2015). Dessa maneira, as entrevistas foram interrompidas após alcançar o décimo terceiro entrevistado.

Para González Rey (2005), o número de entrevistados se mede pela qualidade informacional e não pela quantidade mínima, sendo que as exigências de informação vão caracterizar a pesquisa. Por isso, as generalizações não são objeto da pesquisa qualitativa, trazendo a percepção dos indivíduos pesquisados em relação ao acesso fronteira entre as cidades gêmeas.

4.5. Análise de dados

Para análise dos dados obtidos nas entrevistas foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo (AC), definida por Bardin (1979) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42).

A análise de conteúdo é um processo indutivo-dedutivo, em primeiro lugar, indutivo, pois a entrevista, elaborada a partir de uma teoria de referência, vai direcionando os conteúdos que apareceram nas entrevistas, auxiliando na organização dos dados de acordo com o objetivo da pesquisa, ao mesmo tempo em que limita a análise do corpus. E num segundo momento, a validade da indução facilita uma dedução adequada dos dados, baixo o marco referencial teórico estabelecido (BENDASSOLLI, 2014).

O tratamento do *corpus* das entrevistas seguiu as etapas previstas por Bardin (2011) que prevê três principais: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise, o material objeto de análise é organizado visando operacionalizar as informações e sistematizar as ideias iniciais. Esta organização de dados para o estabelecimento do esquema de trabalho para a formulação de hipóteses e objetivos compreende quatro passos: realizar a leitura flutuante do material; escolher os documentos; preparar formalmente o material; referenciar os índices ou temas e elaborar os indicadores, a partir de recortes do texto.

Nesta etapa, as entrevistas foram transcritas na íntegra no idioma espanhol. Após a transcrição, o pesquisador faz a imersão nos dados para apreender a amplitude e profundidade dos mesmos e para isso foram necessárias leituras e releituras exaustivas das entrevistas, identificando as ideias principais que podem emergir do material.

Na segunda etapa de exploração dos dados, as operações de codificação, decomposição ou enumeração são realizadas, em função de decisões anteriormente

formuladas. Definem-se as unidades de registro e de contextos, os sistemas de categorias e codificação e, classificam-se e agregam-se as informações em categorias simbólicas ou temáticas. Esta etapa consistiu na leitura cuidadosa e detalhada de cada relato para captar o sentido global da experiência vivida pelos participantes, visando a identificação dos temas relevantes.

Na terceira etapa denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos de todo o material foram tratados visando serem válidos e significativos (BARDIN, 2011).

Nesta última etapa, foram agrupados os aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias de análise da informação emergente nas entrevistas. Nesta etapa foi possível colocar os dados em evidência, fundamentando sua interpretação no modelo de acesso à saúde de Aday e Andersen (1974) que vincula a oferta dos serviços às necessidades e satisfação da população demandante do acesso e considera que o acesso e a utilização dos serviços são determinados pelo contexto político, caracterizando os serviços de maneira mais política que operacional, pelas características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde.

O material das entrevistas foi analisado no idioma nativo da entrevista para aumentar a fidelidade do conteúdo das palavras durante a análise. Porém, as falas incluídas na pesquisa, na seção de discussão dos resultados, foram traduzidas pela autora, nativa do idioma espanhol, contudo, mantendo os dois idiomas, espanhol e português.

A partir do significado das falas dos participantes do estudo foi possível organizar o material empírico em três categorias e cada uma delas foi organizada a partir de subcategorias conforme descritas no quadro 3, na seção de discussão e resultados.

A utilização do *software* para as análises qualitativas auxilia na definição e organização das categorias que serão analisadas (GONZÁLES REY, 2005). Em este estudo, foi usado o suporte do *software* WebQDA para a organização tanto das falas individuais como da agrupação das falas por categorias e subcategorias e, na obtenção das palavras mais repetidas durante as entrevistas realizadas.

4.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), de acordo com a CNS 466/2012 e CNS 510/15 (para ciências humanas), vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), conforme o CAAE 14101519.6.0000.0107, número de parecer 3.392.988 e, número de comprovante 057956/2019 (Anexo I).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção aborda a experiência de acesso à saúde dos paraguaios nos serviços de saúde públicos do município de Foz de Iguaçu, tanto as estratégias usadas pelos usuários e seus familiares na procura de atendimento em saúde pública, quanto às respostas e procedimentos utilizados nos centros de saúde do município fronteiriço. Os resultados e discussão apresentam-se estruturados em três categorias principais resultantes da análise qualitativa: “Uso dos serviços de saúde”, “Barreiras para o acesso e uso dos serviços de saúde” e “Potencialidades para o acesso e o uso dos serviços de saúde”. No quadro 3 abaixo, são descritas as 3 categorias e as consequentes 10 subcategorias.

Quadro 3. Categorias de análise, Foz do Iguaçu, 2019.

Categorias	Subcategorias
Uso dos serviços de saúde	Uso dos serviços e demandas de atenção em saúde
Barreiras para o acesso e uso dos serviços de saúde	Desconhecimento sobre possibilidades do acesso e os direitos à saúde
	Documentação exigida para o acesso à saúde: o cartão SUS
	Discriminação percebida
	Idioma de comunicação entre profissionais de saúde e usuários
	Longo tempo de espera
Potencialidades para o acesso e o uso dos serviços de saúde	Qualidade técnica percebida dos serviços de saúde
	Língua intermediária de fronteira
	Papel da rede de apoio
	Proximidade dos centros de saúde e o transporte efetivo

Fonte: a autora.

5.1. Uso dos serviços de saúde

5.1.1. Uso dos serviços e demandas de atenção em saúde

A primeira subcategoria descreve o uso dos serviços de saúde pelo usuário, ou seja, o acesso real aos serviços, chamado de utilização dos serviços e, composto pelos seguintes fatores: o local (espaço físico onde é realizado o atendimento); o intervalo de tempo (explicita o ingresso, ou seja, a quantidade de contatos e de cuidados durante um período de tempo); o tipo de utilização (preventiva, curativa ou de reabilitação); e, o propósito (a razão da utilização do sistema) (ADAY; ANDERSEN, 1981).

Em relação à experiência de acesso, o **local de uso de serviços** é diversificado, acessam aos serviços de urgências e emergências (UPA) de João Samek e Walter Cavalcanti, o hospital municipal Padre Germano Lauck, o hospital Ministro Costa Cavalcanti e as unidades básicas de saúde (UBS).

[...] la verdad que nunca utilice el servicio atención secundaria pero sí la UPA y el de la unidad de salud familiar acá. (U07)

[a verdade é que eu nunca usei o serviço de atendimento secundário, mas sim a UPA e a unidade de saúde familiar daqui. (U07)].

Fui a la UPA, que es el servicio de urgencias porque me había golpeado en la mano, el dolor era muy fuerte, tuve una pequeña fisura en la mano y entonces por eso fui a urgencias. (U09)

[Fui para a UPA, que é o serviço de urgências, porque eu tinha batido na minha mão, a dor era muito forte, estava com uma fissura pequena na mão e por isso, eu fui para urgências. (U09)].

Cuando tenemos urgencias, vamos directamente a Foz. Al primero que encuentre, sea Costa Cavalcanti sea UPA, ahí estamos. (U12)

[Quando temos urgências, vamos diretamente a Foz. Vou ao primeiro que eu veja, já seja Costa Cavalcanti, seja UPA, aí nós vamos. (U12)].

Os entrevistados ou familiares acessaram, ainda com dificuldade, a todos os níveis de atenção, incluindo a atenção básica, secundária ou especialidades com ou sem necessidade de internações de baixa densidade e, em alguns casos, o acesso foi no nível terciário, incluindo os hospitais onde os procedimentos de alta complexidade são realizados.

Em relação às unidades básicas de saúde acessadas, os entrevistados citaram diferentes unidades em distritos como Vila A, Vila Yolanda, Jardim América, entre outros, porém não houve destaque da UBS Jardim América para estes usuários paraguaios, embora alguns estudos apontem como centro de referência para o uso dos transfronteiriços (SOARES, 2017; STRADA, 2018).

A principal via de acesso dos usuários entrevistados foi os serviços de urgência e emergência. Um dos motivos principais do maior uso de urgência deve-se a que esse acesso à saúde é liberado em caráter excepcional com a apresentação do registro de identidade paraguaio. Conforme normativa N^o. 03/2015, os estrangeiros em região de fronteira são atendidos em situação de urgência e emergência em Foz do Iguaçu (BRASIL, 2015).

Como assinalado em alguns estudos nacionais e internacionais sobre o acesso de estrangeiros, os limites no direito do acesso justificariam o maior uso dos serviços de urgências e/ou emergências, sendo a via de acesso permitida em detrimento da atenção primária (BAS-SARMIENTO et al., 2015; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

Essas restrições de acesso têm reflexo no reduzido **intervalo de tempo** oferecido nos serviços de saúde para os estrangeiros, ou seja, a falta de continuidade no tratamento é problema comum entre os usuários atendidos em caráter emergencial, assim, os relatos afirmam que os exames foram negados ou não foi possível o retorno no atendimento nem a atenção num segundo nível, sendo um dos motivos mais comuns a falta do cartão SUS.

[...] yo agradezco fue atendido, los exámenes no liberan por lo SUS, [...] (los médicos) buscaron mucha forma de ayudarlo a él, pero infelizmente sin documentos ellos no pudieron hacer, ellos de acá de Foz y de San Miguel [...] y necesita tomografía y, no puede liberar, porque no tiene documento perfecto y en Paraguay es un poco caro ese examen y no tengo condición y por eso vengo como mama desesperada, quería defender a mi hijo. (U06)

[[...] fico grata que ele foi atendido, os exames não liberam por causa do SUS, [...] (os médicos) procuraram muitas formas de ajudar ele, mas infelizmente sem documentos não conseguiram, eles daqui de Foz e de São Miguel [...] e ele precisa de tomografia e não pode liberar, porque ele não tem documento perfeito e no Paraguai esse exame é um pouco caro e eu não tenho condição e que é por isso que vim como uma mamãe desesperada, queria defender meu filho. (U06)].

Os usuários portadores de doenças graves ou crônicas são os mais afetados porque eles precisam de tratamento de maneira continuada e acompanhamento médico especializado. Uma das usuárias portadora de cardiopatia congênita faz uso da UPA, hospital municipal e o Costa Cavalcanti, de maneira habitual, garantindo o acesso à saúde, mas sem tratamento continuado e sem o uso de um mesmo centro de saúde.

En medio de nuestra desesperación, porque no teníamos recursos acá en nuestro país, a través de un conocido nos habló de que había un hospital que nos podría ayudar con la salud a nuestra hija y fuimos ahí. Ella nació con problemas de cardiología, cardiopatía congénita triple, actualmente ya va por el segundo marcapaso, ya pasó por 5 cirugías de corazón abierto... En Foz, sí fuimos en los hospitales ambulatorios verdad que serían UPA, Cavalcanti, también fuimos atendidos ahí en formas de urgencias.[...] también ya llegamos hacer uso del hospital municipal y siempre estamos pidiendo ayuda en el lado brasilero. (U12)

[No meio do nosso desespero, por não termos recursos aqui no nosso país, através de um conhecido nos disse que havia um hospital que poderia nos ajudar com a saúde da nossa filha e fomos para lá. Ela nasceu com problemas de cardiologia, cardiopatia congênita tripla, está fazendo o segundo marcapasso, já fez 5 cirurgias de coração aberto ... Em Foz, a gente ia para os hospitais ambulatoriais, era verdade que seria UPA, Cavalcanti, a gente também é atendido lá como emergência. [...] Também já utilizamos o hospital municipal e estamos sempre pedindo ajuda do lado brasileiro. (U12)].

Estudios relatam a frequente descontinuidade no atendimento aos usuários estrangeiros por parte dos serviços de saúde; quando o acesso é negado, esses usuários terminam optando pelo uso de urgências em detrimento da atenção básica (LLOP-GIRONÉS, 2014; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

Benedetti e Salizzi (2014) afirmam que nas fronteiras acontece um fenômeno de continuidade e descontinuidade, ou seja, há descontinuidade no atendimento por parte dos serviços de saúde e das ações do governo no poder e, ao mesmo tempo, continuidade dos transfronteiriços na busca de serviços de saúde nos municípios de fronteira.

Em relação **ao tipo de utilização do serviço** (preventiva, curativa ou de reabilitação) é observado que os usuários paraguaios no município de Foz do Iguaçu aguardam que sua condição de saúde interfira nas atividades cotidianas para procurar esse atendimento em saúde, portanto, é de natureza não preventiva. A procura de atendimento curativo é justificada pelo fato de que o cuidado em saúde é condição exclusiva para as

classes mais favorecidas, apontando que os paraguaios transfronteiriços, com baixa renda, não priorizam as atividades preventivas decorrente da falta de meios socioeconômicos.

[...] En mi país hay una cultura muy fuerte en que si no estás muriendo no vas a consultar. [...] Yo creo que es algo que mi mamá repetía mucho y note el último año, que soy estudiante de Antropología y me parece algo cultural que se repita en las familias que el pobre no tiene derecho a enfermarse. [...] Un chequeo general es impensable para personas de clase media baja, no lo hacemos, o sea, puede ser que tengamos cáncer hace 10 años y si seguimos caminando podemos hablar y hacer nuestras actividades o seguimos bien, nunca nos vamos a dar cuenta porque no hacemos chequeos generales, son realmente las personas solamente con dinero, clases altas en las personas que hacían los chequeos generales porque tienen costos muy altos. (U09)

[[...] No meu país existe uma cultura muito forte na qual, se você não estiver morrendo, não consultará. (...) Acredito que seja algo que minha mãe repetia muito e percebi no ano passado que sou estudante de Antropologia e me parece algo cultural que se repete nas famílias que os pobres não têm direito de adoecer. (...) Um check-up geral é impensável para a classe média baixa, a gente não faz, ou seja, pode ter tido câncer há 10 anos e se continuar andando podemos conversar e fazer nossas atividades ou continuamos bem, nunca vamos nos dar conta porque não fazemos check-up geral, só mesmo as pessoas com dinheiro, classes altas nas pessoas que fizeram check-up geral porque têm custos muito altos. (U09)].

[...] nosotros acudimos al servicio de la parte de salud principalmente en Brasil es porque demasiado necesitamos, importante no es para lo necesario, para algo poca cosa, no es para macanada. (U10)

[[...] quando gente vai aos serviços do setor saúde principalmente no Brasil é porque a gente precisa muito, é importante, não é para o que é necessário, ou para alguma coisa pequena, não é frescura. (U10)].

Para Bas-Sarmiento et al. (2015), o conceito de saúde-doença é percebido de maneira diferente em função das características socioculturais. Por exemplo, o conceito utilitarista de saúde associa à saúde à capacidade de poder trabalhar. Assim, esse conceito utilitarista parece ser o que mais se assemelha aos usuários transfronteiriços paraguaios.

Entretanto, as restrições existentes no acesso aos serviços de saúde poderiam justificar que o usuário transfronteiriço acesse unicamente aos serviços públicos de saúde em casos graves, desistindo da procura de atendimento de caráter preventivo.

Estudo na fronteira de Corumbá identificou que o medo de não ser atendido poderia explicar a falta de atendimento preventivo pelo usuário boliviano, dificultando a

identificação de possíveis doenças em tempo hábil (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015). O atendimento, em geral, é procurado quando o problema é iminente para serem atendidos nos serviços de urgência (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AZEVEDO, 2015; TEIXEIRA et al., 2019).

No marco conceitual de acesso à saúde, Andersen (1995) incorpora as crenças, atitudes e valores do paciente no processo de saúde-doença para a análise do acesso à saúde. Desta forma, afirma-se a importância da cultura de origem sobre as crenças de saúde e doença como uma das características dos usuários que impactam no uso dos serviços.

Como costume cultural, os entrevistados citam com frequência o uso de remédios naturais ou *yuyo* como primeira opção, quando eles experimentam os primeiros sintomas da doença, posteriormente se a doença persiste, procuram o atendimento em saúde.

[...] La verdad que me estaba medicando en mi casa, yo estaba súper bien y me dio una fiebre de cuarenta grados de repente, mi mama, es de las señoras de antes, y me comenzó a hacer remedio naturales [...] Remedio yuyo, remedios naturales que las mamás conocen, y ella me hizo remedio, horchata, que es para una fiebre, que es muy bueno. Si o si, tenía que irme a consultar porque no bajaba la fiebre, y era porque tenía infección, gracias a Dios, me dieron un remedio por 7 días allá en el hospital. (U05)
[[...] A verdade é que eu estava tomando remédio em casa, estava super bem e fiquei com febre de quarenta graus de repente, minha mãe é uma das senhoras de antigamente, e ela começou a fazer remédios naturais pra mim (...) Remédio *yuyo*, remédio natural que as mães conhecem, e ela me fez remédio, *horchata*, que é pra febre, que é muito bom. Sim ou sim, eu tive que ir na consulta porque minha febre não baixou, e foi porque tive infecção, graças a Deus me deram remédio por 7 dias lá no hospital. (U05)].

Entonces a lo que nosotros en conocimientos ancestrales buscamos prevenir enfermedades con tés de remedios, a los cuales, nosotros llamamos yuyos que son los remedios naturales, que los utilizamos tanto en la bebida fría como caliente, la calientas el mate y la fría el tereré para prevenir esas cosas y cuando ya vas a prevenir enfermedades más complicadas y cuando sentimos dolor, es ahí estrategias o recetas caseras verdad que uno intenta para no llegar a cosas grandes. (U09)
[Então o que nós no saber ancestral buscamos prevenir doenças com chás remédios que chamamos de *yuyos* que são remédios naturais, então o que usamos tanto na bebida fria quanto na quente que aquece o mate e resfria o tereré para prevenir essas coisas e quando você vai prevenir doenças mais complicadas e quando sentimos dor, há estratégias ou receitas caseiras que você tenta para não chegar a coisas grandes. (U09)].

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde leva-os a utilizar recursos alternativos, próprios de sua cultura, para o tratamento da doença. Estudo com imigrantes bolivianos com barreiras de acesso aponta, como traço cultural, o uso de chás e outros remédios caseiros para o tratamento de doenças leves (MARTES; FALEIROS, 2013).

Sobre o **propósito da utilização do sistema**, as doenças pelas quais existe a necessidade do acesso à saúde variam sobremaneira entre os entrevistados e seus familiares, desde casos graves até os mais leves como: vacinas, traumas (fratura ou luxação de membros), câncer em estágio avançado, tumor de tronco cerebral, cardiopatia congênita, gravidez e, casos pontuais de urgências.

Os casos registrados coincidem com o relatado pelos gestores sobre as patologias e demandas mais comuns, doenças crônicas como câncer, diabetes e as doenças cardiovasculares, o uso de urgências e emergências e a obstetrícia, entre os usuários paraguaios flutuantes em regiões de fronteira no Estado do Paraná (FABRIZ, 2019).

Sobre o motivo da procura, os usuários afirmam que acessam os serviços de saúde do lado brasileiro em decorrência da falta de oferta no próprio país, a precariedade e a insuficiente infraestrutura nos serviços de saúde em Cidade do Leste, a menor distância dos centros de saúde, e a gratuidade no lado brasileiro.

Chama a atenção que todos os entrevistados mencionaram, em algum momento, as dificuldades de acesso no país de origem, reforçando que os tratamentos no Paraguai são de alto custo, o que impede que os paraguaios de baixa renda tenham acesso, pois o país só garante o atendimento aos cidadãos com carteira de trabalho assinada. As falas dos entrevistados apontam como motivos principais de procura dos serviços de saúde em Foz do Iguaçu a gratuidade e a precariedade do sistema de saúde pública no Paraguai.

[...] He usado el puesto de salud, hospital, primero puesto salud, después te enviaban al hospital, para poder atender mejor, me quebré brazo, antes me fui a Paraguay, me pidió mucho dinero, después vengo aquí (Brasil) (...) y mi brazo mejoró. (U02)

[...] Eu usei o posto de saúde, hospital, primeiro posto de saúde, depois mandavam você para o hospital, para poder atender melhor, quebrei o braço, antes fui ao Paraguai, me pediram muito dinheiro, aí eu venho aqui (Brasil) (...), e meu braço melhorou. (U02)].

[...] Nunca he ido ni nunca me quiero ir porque si te digo los motivos me faltaría horas [...] Es pésimo, [...] Y estoy hablando de mi país. (U04)

[...] Eu nunca fui e nunca quero ir porque se eu te contar os motivos, me faltariam horas (...) É péssimo (...). E estou falando sobre meu país. (U04)].

[...] ella recibió ya como te dije ya, ya va por el segundo marcapaso, gratis, cosa que aquí en mi país, nadie va a te dar gratis, si no tenés plata te morís [...] Ahí en el famoso trauma ese lugar, es insalubre, da tristeza, yo lloro, yo veo niños, yo no tengo ganas (...) cuando se trata de nuestros hijos, uno no puede poner límites, y conformarse, yo no consigo eso. (U12)

[...] Ela já está indo pro segundo marcapasso, grátis, que aqui no meu país ninguém vai te dar de graça, se você não tiver grana vai morrer [...] Lá no famoso trauma daquele lugar, é doentio, triste, eu choro, vejo criança, não tenho vontade (...) quando se trata de nossos filhos, não dá para estabelecer limites e se conformar, eu não consigo isso. (U12)].

A gratuidade do sistema público brasileiro tem sido apontada como um dos motivos principais para sua procura na região trinacional (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007). O sistema de saúde público paraguaio está organizado tendo por base o atendimento à população ativa ou economicamente integrada, já o sistema de saúde brasileiro universal e de atenção integral converte-se em alternativa de acesso à saúde para os transfronteiriços. A assimetria dos serviços de saúde das cidades gêmeas de fronteira provoca a procura e o uso dos serviços públicos e de gratuidade no lado brasileiro (ALUM; BERAJANO, 2011).

Uma característica significativa é que o nível de renda predominante dos paraguaios entrevistados é baixa, coerente com a profissão exercida e, coincidente com o perfil de procura de serviços de saúde do paciente transfronteiriço descrito por Glinos et al. (2010).

A frequência de utilização dos serviços de saúde de Foz de Iguaçu por cada um dos usuários paraguaios é reduzida, exceto nos casos de doença crônica. O estudo de Strada (2018) sobre a caracterização e análise da política do atendimento prestado pelas UBS aos usuários estrangeiros residentes ou não no município de Foz do Iguaçu-PR, entre 2010 e 2016, mostrou que menos de 1% dos atendimentos registrados mensalmente era referente a usuários paraguaios.

5.2. Barreiras para o acesso e uso dos serviços de saúde

Compuseram esta categoria relatos dos paraguaios que utilizavam os serviços de saúde na fronteira e que indicavam alguns fatores que dificultavam o acesso aos mesmos como o desconhecimento sobre as possibilidades de acesso e os direitos à saúde, não atender as exigências de documentos necessários para registro nos serviços de saúde e ao Cartão SUS, discriminação percebida por serem estrangeiros, idioma de comunicação entre profissionais de saúde e usuários, e longo tempo de espera para o atendimento.

5.2.1. Desconhecimento sobre as possibilidades do acesso e os direitos à saúde

Os usuários dos serviços de saúde de Foz de Iguaçu oriundos do Paraguai consideram que, em geral, os paraguaios desconhecem a dinâmica e a organização dos serviços de saúde do Brasil. Em suas falas, mostram certa indiferença em buscar informações, mas também receio de serem recusados ou discriminados nos serviços.

Los paraguayos no son de buscar información anticipadamente, no somos. (U07)

[Os paraguaios não são de buscar informações com antecedência, não somos. (U07)].

[...] muy pocos saben así con clareza y la mayoría yo creo que también es por desinterés, por el miedo a recibir un tipo de indiferencia o discriminación por los profesionales del sistema público aquí de Foz y los que saben tal vez, no todos necesitan o aparte del miedo de usar. (U03)

[...] poucos sabem disso com clareza e, a maioria eu acredito que seja também por desinteresse, por medo de receber uma espécie de indiferença ou discriminação por parte dos profissionais da rede pública aqui de Foz e de quem sabe, talvez, nem todos precisam ou além, o medo de usar. (U03)].

[...] nadie tiene claro cuáles son los requisitos y no hay algo específico, todos los portales estatales tanto de salud, seguridad, los que sean estatales de Brasil son pésimos. (U09)

[...] ninguém tem clareza sobre as exigências e não tem nada específico, todos os portais estaduais, tanto de saúde quanto de segurança, seja o que for estatal no Brasil são péssimos. (U09)].

O grau de conhecimento sobre o sistema de saúde do país influencia no acesso e, no caso em estudo, observa-se que os paraguaios afirmam desconhecer a organização dos serviços de saúde do Brasil. Estudos mostram que entre os insumos no acesso aos serviços de saúde destacam-se as informações como determinantes externos às barreiras vivenciadas por migrantes em serviços de saúde (AGUDELO-SUÁREZ et al., 2012; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

O conhecimento acerca da organização e gestão do sistema pelos fronteiriços é dificultado, segundo esses usuários, porque não há informação específica e adequada nos portais do sistema de saúde brasileiro e eles não se sentem seguros em buscar informações nos serviços de saúde por receio de serem tratados com indiferença ou discriminação.

[...] pero necesitan de más orientaciones por parte de los responsables tanto de los que están en las unidades básicas de salud como lo que están en las instituciones donde ellos acuden. Porque como te dije hace rato, por ejemplo, yo no sabía que los paraguayos que viven allá pueden solicitar el SUS en Jardín América y muchos paraguayos no saben que pueden tener el SUS también entonces me parece que es un caso de difundir mejor las informaciones. (U03)

[...] mas eles precisam de mais orientações dos responsáveis tanto pelas unidades básicas de saúde quanto das instituições que eles frequentam. Porque como te falei há pouco, por exemplo, não sabia que os paraguaios que moram lá podem se inscrever no SUS no Jardim América e muitos paraguaios não sabem que também podem ter o SUS, então me parece que é um caso de melhor divulgação de informações. (U03)].

[...] entonces no es muy claro el proceso de cómo acceder a un puesto cuando tiene demasiada burocracia (...) que existan mecanismos de políticas públicas en donde se nos entregue o nos expliquen de una manera más factible cómo funcionan los puestos de salud, cómo nos podemos integrar a ellos [...] (U09)

[...] então o processo de como acessar um posto não fica muito claro quando tem muita burocracia (...) que existam mecanismos de política pública onde seja entregue para a gente ou nos seja explicado da forma mais viável como funcionam os postos de saúde, como podemos nos integrar a eles [...] (U09)].

Informações adequadas e com linguagem compreensível determinam se um indivíduo escolhe usar, ou não, um determinado serviço de saúde e essa é uma condição inerente ao conceito de acesso e diz respeito às dimensões de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Informações capacitam as pessoas a escolhas no contexto da

assistência à saúde e devem ser bastante específicas para permitir a compreensão dos usuários dos serviços. A discriminação é outro aspecto relatado na fala dos participantes, que tem sido estudado como barreira de acesso à saúde, vulnerando os direitos dos estrangeiros (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Em relação ao conhecimento dos serviços de saúde, os participantes do estudo afirmam conhecer da existência dos serviços de urgências e de emergências, o hospital municipal Padre Germano Lauck, o hospital Costa Cavalcanti e os serviços de atenção básica, ofertados na cidade de Foz do Iguaçu. Um dos usuários afirma conhecer as UBS, mas não ter acessado e outro relata que conhece o hospital municipal, porém não sabe o funcionamento dele.

Conozco todo tipo de consultas, tratamientos especializados, estudios especializados, desde resonancias, tomografías, consulta odontológica, colocación del DIU también hacen, y las vacunas (U03).

[Conheço todos os tipos de consultas, tratamientos especializados, estudos especializados, desde ressonâncias, tomografias, consultas odontológicas, colocação de DIU também fazem, e vacinas (U03).].

Conozco el de emergencia pero nunca fui porque emergencia ya es última instancia, es 48 horas probabilidad de vida o algo así. Nunca fui al servicio básico que no accedí nunca. (U09)

[Eu conheço o de emergência, mas nunca fui porque emergência já é o último recurso, é 48 horas de probabilidade de vida ou coisa parecida. Eu nunca fui ao serviço básico o qual nunca acessei. (U09)].

Lo que conozco el servicio de atendimento primario en la unidad en los postijos de salud y el de la UPA para casos de emergencia y el hospital municipal que no tengo conocimiento de cómo funciona exactamente en esa parte. (U11)

[O que eu conheço é o serviço de atenção básica nas unidades dos postinhos de saúde, e o da UPA para urgências e, o hospital municipal, que eu não tenho conhecimento de como funciona exatamente naquela parte. (U11)].

Os migrantes pendulares entrevistados, que trabalham ou estudam no outro lado da fronteira, relatam estarem mais bem informados sobre os serviços de saúde no município. Por exemplo, os estudantes paraguaios recebem informações no primeiro ano do curso da instituição brasileira.

Yo conozco muy bien los servicios de salud de Brasil porque hace tiempo que estoy acá (trabajando) y por eso yo conozco acá (...). (U02)
[Conheço muito bem os serviços de saúde do Brasil porque eu estou aqui há muito tempo (trabalho) e é por isso eu que conheço aqui (...). (U02)].

Conocí los servicios de salud de Foz de Iguazú en el documento en la convocatoria de la UNILA mencionaba que todos los alumnos eran estarían cubiertos por el sistema único de salud de Brasil y posteriormente fui interiorizandome al respecto sobre los servicios, en qué consistía el servicio del SUS, ya que soy estudiante de la carrera de Salud Colectiva. (U07)

[Fiquei sabendo dos serviços de saúde de Foz de Iguaçu no documento da convocatória da UNILA que mencionava que todos os alunos seriam cobertos pelo sistema único de saúde do Brasil e depois fiquei sabendo dos serviços, do que era o serviço SUS, pois sou aluno da carreira de Saúde Coletiva. (U07)].

Entretanto, conhecer o funcionamento do sistema de saúde e dos serviços de saúde é fundamental para que esses usuários fronteiriços possam acessar a rede pública dos serviços de saúde do município brasileiro e realizar escolhas, principalmente, para aqueles que não atendem aos requisitos de documentação exigidos pelos serviços de saúde no Brasil. O desconhecimento sobre o funcionamento do sistema pode gerar nos usuários respostas tais como: a desistência da atenção; o atraso na procura de atenção; ou, o acesso de emergência. Em alguns relatos, observa-se que o desconhecimento e incertezas sobre o acesso à saúde influenciam os comportamentos dos usuários e limitam o acesso ao sistema de saúde, vulnerando o direito à saúde desses transfronteiriços.

[...] yo también erré porque no conocía nada aquí de Foz, la verdad me informaran que yo tenía que traerle al municipal, como é? Al hospital municipal, yo desesperada, agarré taxi, llevé donde conocía y ahora me informaron en el postío de San Miguel, que yo debería agarrar e irme ahí al otro hospital de Foz. (U06)

[[...] eu também errei porque eu não sabia de nada aqui de Foz, na verdade me informaram que eu tinha que trazer ele para o município, né? O hospital municipal, eu desesperada, peguei um táxi, peguei onde eu conhecia e agora me informaram no postinho de São Miguel, que eu deveria pegar e ir lá para o outro hospital de Foz. (U06)].

As dificuldades de linguagem e a falta de familiaridade com o sistema de saúde denotam que a trajetória para acessar os serviços de saúde no município brasileiro é dificultada e apontam que os usuários desconhecem a porta de entrada para o atendimento

em saúde do transfronteiriço, uma vez que a unidade de atenção básica, próxima da fronteira, é a referência para esses usuários. A situação jurídica também é um fator que contribui para uma maior vulnerabilidade, apesar do fato de que, no Brasil, a saúde é um direito universal. Isso sugere que os serviços de saúde devem se adaptar ao contexto social e econômico, oferecendo atenção à saúde de acordo com as necessidades particulares e aspectos culturais dos indivíduos (AGUDELO-SUÁREZ et al., 2012).

A falta de respaldo institucional para o atendimento ao estrangeiro causa desconforto e sofrimento, inclusive, entre profissionais de saúde que estão na ponta do sistema. Isso pode gerar descontinuidade no atendimento ao estrangeiro, migração em decorrência da gratuidade do serviço público brasileiro e acesso franqueado aos serviços de urgência e emergência. A universalidade e a integralidade legitimadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são apontadas como características determinantes para que ocorra esse deslocamento. A utilização dos serviços de saúde brasileiros por cidadãos dos países vizinhos tem se tornado uma preocupação das autoridades envolvidas, argumentando que a ampliação da demanda pode contribuir para uma sobrecarga do SUS nessas localidades (AIKES; RIZZOTTO, 2019, 2020).

Em relação à gratuidade do sistema público brasileiro, alguns entrevistados reconhecem estar informados dessa condição, em particular em tratamentos que demandam um custo elevado no país de origem.

[...] ella recibió ya como te dije ya, ya va por el segundo marcapaso, gratis, cosa que aquí en mi país, nadie va a te dar gratis [...] si mi hija llega a tener un documento y a tener documentos válidos, ella va a tener mucho más derecho porque allá una persona portadora de marcapaso con sólo el diagnóstico que ya tiene, tiene muchísimo derechos, pasaje gratis para viajar, las atenciones para ella se le van abrir muchas las puertas y aparte que más adelante ella va a poder sustentarse sola. (U12)].

[[...] Ela já recebeu como eu te falei, ela já está indo pro segundo marcapasso, grátis, que aqui no meu país ninguém vai te dar de graça [...] Se minha filha tiver documento e tiver documentos válidos, ela vai ter muito mais direito porque aí, uma pessoa com marcapasso só com o diagnóstico que ela já tem, tem muitos direitos, passagem livre para viajar, o atendimento, ela vai abrir muitas portas e, além disso, mais tarde ela será capaz de se sustentar sozinha. (U12)].

[...] Y el costo es justo por eso la gente viene a este lado, porque el costo es ponerle un 20% está aquí, allá sería el 100% más caro, por eso, que la

gente busca no solamente ventaja económica sino la atención en sí es mucho mejor. (U04)

[...] E o custo é justamente por isso que as pessoas vêm para este lado (brasileiro), porque o custo é colocar 20% disso aqui, ali seria 100% mais caro, então as pessoas buscam não só a vantagem econômica, mas o atendimento em si é muito melhor. (U04)].

Entretanto, a gratuidade dos serviços sanitários e a disponibilização de medicamentos nas unidades de saúde foram elementos comentados como fator de surpresa e ou desconhecimento por os usuários.

[...] me dieron toditos los remedios, cosa que en Paraguay no se consigue así tan fácilmente. (U05)

[...] me deram todinhos os remédios, coisa que no Paraguai não se consegue tão facilmente. (U05)].

[...] lo que me impresionó así fueron que me dieron los medicamentos que eran antibióticos, antiinflamatorios y me dieron los medicamentos y allá a uno le dan la receta los médicos y uno compra de las farmacias, es muy difícil que se encuentre medicamentos en puestos públicos. (U09)

[...] o que me impressionou foi que me deram os remédios que eram antibióticos, anti-inflamatórios e me deram os remédios e lá você pega a receita dos médicos e compra na farmácia, é muito difícil encontrar medicamentos em postos públicos. (U09)].

A estranheza dos usuários paraguaios em relação ao recebimento de insumos para as necessidades em saúde, a partir da atenção fornecida no Brasil é revelada nas suas falas e reforça os princípios do SUS, que entre esses fundamentos a universalidade pressupõe ações de ampliação da cobertura, incluindo a garantia de insumos, a provisão e a adequada formação de trabalhadores, o apoio cotidiano para o enfrentamento das dificuldades e a identificação de alternativas, bem como a composição e o fazer das equipes multiprofissionais (MENEZES et al., 2020).

A respeito da gratuidade da assistência, conquistada a partir da criação do Sistema Único de Saúde, como condição do princípio da universalidade, é de fato reconhecida pelos usuários estrangeiros, mas há de se considerar que o SUS também abriga os princípios doutrinários da equidade e da integralidade para o conjunto das ações em saúde que abrangem um ciclo completo e integrado entre a promoção, a proteção e a recuperação da

saúde, além de englobar o acolhimento e encaminhamento para serviços de referência (BARBOSA et al., 2016).

No entanto, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS vem comprometendo sua adequação às múltiplas realidades brasileiras, de forma que ainda se perpetuam problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso de ações e serviços, que no caso de regiões fronteiriças fica evidente quando estrangeiros buscam serviços de saúde no lado brasileiro (OLIVEIRA et al., 2019).

O desconhecimento dos profissionais sobre o marco jurídico, como regulações ou normativas, aplicadas ao imigrante supõe uma barreira de acesso pelo lado das características do sistema. A falta de informação sobre o acesso e o desconhecimento do direito à saúde é observada tanto nos gestores locais e profissionais de saúde quanto nos usuários (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007; PÉREZ-URDIALES et al., 2019; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

Uma usuária paraguaia com doença crônica grave, diagnosticada com tumor de tronco cerebral desde a infância, pretende o acesso de qualidade em Foz do Iguaçu, uma vez que não pode continuar o tratamento no hospital em Buenos Aires (Argentina), pois faz uns anos que já é maior de idade. De maneira que vai precisar acompanhamento médico especializado, ela está se informando sobre os serviços de saúde para que a UBS tenha os dados médicos e histórico médico dela para qualquer emergência. Além, ela quer conseguir um atestado de incapacidade, pois o atestado internacional dela não é válido no Brasil e diz não entender essas informações.

[...] tenía desde que tenía un interés particular en acceder a los beneficios del SUS porque tengo un diagnóstico de tumor de tronco cerebral y actualmente sigo el tratamiento en Buenos Aires pero como es un hospital pediátrico no sé hasta cuándo me van a controlar en ese hospital (...) quería tener una opción acá de salud de un acceso a salud de calidad también por mi problema. Y hasta ahora mi experiencia es muy poca, tuve muy poco contacto con el SUS pero espero conseguir al menos el certificado de discapacidad que por cierto me dijeron que ese certificado, ese código es internacional por eso no entiendo por qué el certificado de discapacidad de Argentina no me sirve acá. Entonces, quisiera conseguir ese certificado de incapacidad, como el vale transporte y en esa unidad básica tengan mis datos médicos e historial médico para cualquier emergencia. (U03)

[...] eu tive desde sempre um interesse particular em ter acesso aos benefícios do SUS porque tenho diagnóstico de tumor de tronco encefálico e atualmente estou em tratamento em Buenos Aires, mas por ser um hospital pediátrico não sei quanto tempo eles vão me controlar naquele hospital, (...) eu queria ter uma opção de saúde aqui de acesso à saúde de qualidade também por causa do meu problema. E até agora a minha experiência é muito pequena, tive muito pouco contato com o SUS, mas espero conseguir pelo menos o atestado de invalidez, que, aliás, me falaram que esse atestado, aquele código é internacional, então não entendo porque o atestado de invalidez na Argentina não me serve aqui. Então, eu gostaria de conseguir aquele atestado de deficiência, tipo vale transporte e nessa unidade básica eles têm meus dados médicos e histórico médico para qualquer emergência. (U03)].

A falta de informação adaptada por parte dos serviços de saúde ou a informação incompleta, contraditória entre os centros, hospitais e UPAs gera a ignorância sobre os direitos de acesso à saúde e do funcionamento do SUS e contribui para o desconhecimento do usuário e probabilidade de desistência ao serviço, limitando o acesso (BURÓN, 2012).

Rufino e Amorin (2012) apontam a importância da elaboração de material informativo no idioma específico e divulgado devidamente nas unidades básicas de atenção que atendem os imigrantes como fator de melhora da comunicação e, portanto, repercutindo na qualificação das informações de acesso. Por outro lado, quando as informações oferecidas nos centros de saúde encontram-se unicamente dentro do circuito do sistema, exige-se do usuário prévio conhecimento do sistema, limitando esse acesso.

Para os usuários paraguaios, a linguagem precisa ser acessível e, de preferência, no idioma espanhol, já que, na tríplice fronteira do Paraná, os usuários afirmaram que entendem bem ou regular o português, mas a maioria fala o portunhol e, não leem português, a exceção dos estudantes entrevistados. A necessidade de aumentar o nível de alfabetização em saúde no nível funcional, proporcionando mais informações em relação a recursos, direitos e níveis de assistência, auxilia na superação dos obstáculos ao acesso (BAS-SARMIENTO et al., 2015).

5.2.1.1. Desconhecimento do direito à saúde do usuário

A subcategoria desconhecimento do direito à saúde do usuário transfronteiriço vai aprofundar os direitos de acesso à saúde na região de fronteira.

De acordo com Da Silva Ordacgy (2018), o acesso à saúde é direito fundamental de todos, vinculado ao direito à vida digna. No sistema constitucional brasileiro, o direito primordial garantido é a dignidade humana. A saúde considera-se um bem intangível do ser humano, com proteção estatal por ser indissociável do direito à vida.

Os entrevistados consideram o acesso à saúde como um direito à vida, ou seja, a dignidade humana conferida no fato de não negar assistência em saúde a nenhum ser humano, independentemente da posse dos documentos.

Es un derecho, yo le dije, yo no soy profesional, como (persona) normal, como humana, ellos están para defender vida, a la gente, no importa que haces, que herida que tienes, para auxiliar, para salvar vida, si fuese yo, yo tengo un corazón muy grande, no iba a discriminar a paraguayo, brasileiro, tiene documento no tiene documento, para mí, eso es una forma de salvar vida, no importa que sea, hasta los animales uno tiene derecho, no le deja morir, cuida de ellos, un ser humano tiene derecho a sobrevivir, ser atendido como podés. (U06)

[É um direito, falei pra ele, eu não sou profissional, como normal, como ser humano, eles estão aí pra defender a vida, pra gente, não importa o que você faça, que lesão você tenha, para ajudar, pra salvar a vida, se fosse eu, eu tenho um coração muito grande, não ia discriminar o paraguaio, o brasileiro, ele tem documento, ele não tem documento, pra mim isso é uma forma de salvar a vida, não importa o que aconteça, até os animais têm direito, não os deixam morrer, cuidam deles, o ser humano tem o direito de sobreviver, de ser cuidado da melhor maneira possível. (U06)].

Yo pienso que los paraguayos teníamos que tener el mismo derecho porque estamos en la frontera, (...), porque allá en Paraguay ellos no ponen excusas para atender a otras personas, atienden a todos. ¿Por qué no tenéis documento no te puedo atender? Eso no hay en Paraguay, el puesto de salud es libre para todos (...). (U08)

[Eu acho que os paraguaios tinham que ter o mesmo direito porque nós estamos na fronteira, (...), porque lá no Paraguai eles não dão desculpas para o atendimento a outras pessoas, eles atendem a todos. Por que você não tem um documento, não posso ajudá-lo? Isso não existe no Paraguai, posto de saúde é gratuito para todos. (U08)].

Entre os usuários paraguaios transfronteiriços entrevistados existem diferentes níveis de conhecimento dos direitos em saúde em função das experiências de uso e as demandas em saúde. Por exemplo, a Instrução Normativa 003/2015, do município de Foz do Iguaçu, é conferido ao estrangeiro o direito de acesso aos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2015a). Isto é sabido por alguns destes usuários, que conhecem que o atendimento em saúde não será negado em urgências.

[...] Me atienden prácticamente por obligación (...) y anda por ahí es un derecho que ella tiene. (...) Cuando reclaman mucho de que por qué no le pueden atender porque tiene no tiene documento, nos pusimos principalmente mi marido se puso más firme que yo yo a veces soy más miedosa, yo veo gente, si ya me retrocedo pero él no, él dice no, yo sé el derecho. (U12)

[...] Eles me atendem praticamente por obrigação (...) e andar por aí é um direito que ela tem. (...) Quando reclamam muito porque não podem atendê-la porque ela não tem documento, a gente, principalmente meu marido, fica mais firme que eu, às vezes eu fico com mais medo, se eu vier gente, eu já volto atrás, mas ele diz não, eu sei o direito (U12)].

Mas, nem todos os usuários conhecem que eles têm o direito de ser atendidos de urgência no Brasil e que esse direito à saúde está legislado. Uma das usuárias paraguaias não sabia dessa informação e o acompanhante dela, noivo brasileiro, também desconhecia o direito de atendimento em urgências.

Yo no tengo documento brasileiro, entonces, me llevaron allí (urgencias), el que me llevó, me dijo vamos a ver si te atienden acá, yo dije, ¿será que me van a atender? Porque yo soy paraguaya y tengo documento paraguay. (U05)

[Eu não tenho documento brasileiro, então eles me levaram lá (urgências), quem me levou, me falou, vamos ver se eles atendem você aqui, eu disse, eles vão me tratar? Porque sou paraguaio e tenho um documento paraguaio. (U05)].

Outros usuários paraguaios veem a necessidade de ampliar os direitos decorrentes das atuais políticas públicas em saúde, isto é, ir além dos serviços de emergência, sobretudo para aqueles que trabalham ou estudam no outro lado da fronteira. Um dos participantes comenta que o paraguaio que trabalha em Foz do Iguaçu não pode acessar nem ao SUS

brasileiro nem ao sistema de saúde paraguaio, que atende à população ativa ou economicamente integrada.

Creo que tanto los estudiantes paraguayos como las personas que trabajan en Foz pero viven allá me parece que tendrían que tener algún derecho a la salud básica como el SUS, por ejemplo, porque esas personas no tienen acceso, las que trabajan acá (Foz), al menos no tienen acceso a sistema Público de salud de Paraguay y me parece un derecho mínimo de esas personas que se desenvuelven acá la mayor parte del día. (U03)

[Eu acho que tanto os alunos paraguaios quanto as pessoas que trabalham em Foz. mas moram lá, me parece que eles deveriam ter algum direito à saúde básica como o SUS, por exemplo, porque essas pessoas não têm acesso, as que trabalham aqui (Foz), pelo menos eles não têm acesso ao sistema público de saúde no Paraguai e me parece um direito mínimo das pessoas que trabalham aqui a maior parte do dia. (U03)].

Entretanto, o direito à saúde parece não estar restrito unicamente a situações de emergência ou urgências. Segundo Lima (2017), a pressão da alta demanda sobre os serviços públicos de saúde no município de Foz do Iguaçu desencadeia restrições de acesso à saúde, com a imposição de exigências adicionais para o cadastro ao SUS ou medidas administrativas, por parte das gestões locais. Essas estratégias adotadas não só limitam o acesso à saúde dos fronteiriços, mas também entram em conflito com as normas e princípios que regem o SUS.

Estudos afirmam que os indivíduos em território brasileiro passam a ter direito à saúde, inclusive os estrangeiros, sem restrições de acesso, tendo por base o princípio de universalização do SUS (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013; LIMA, 2017). Assim, os estudos sobre acesso à saúde de estrangeiros realizados no Amazonas e São Paulo afirmam que o princípio de universalidade atua como instrumento de cidadania internacional. Já que, o comprovante de residência ou o registro de identidade não são solicitados para a tramitação do cartão SUS e posterior atendimento público em saúde (MARTES; FALEIROS, 2013; TEIXEIRA et al., 2019).

Conjuminado ao princípio de universalidade, Benvenuto (2016) menciona a necessidade de que as comunidades locais desenvolvam um projeto comum de integração regional na Tríplice Fronteira a partir da criação de diferentes vínculos políticos, culturais, econômicos e estruturais, aproximando o contexto local ao internacional, via MERCOSUL.

Os usuários paraguaios mencionam que esses esforços devem ser articulados para fortalecer a saúde da comunidade transfronteiriça, sem a sobrecarga para um único país.

Primeramente por ser región de frontera deberían aunar los esfuerzos y complementarse los servicios de salud para fortalecerlas la salud comunitaria de las tres regiones me parecería que esto sería una solución mucho más eficiente a modo de no sobrecargar a un solo país con toda la atención. (U07)

[Em primeiro lugar, por se tratar de uma região de fronteira, esta deveria unir esforços e os serviços de saúde deveriam ser complementares para fortalecer a saúde comunitária das três regiões, me parece que essa seria uma solução muito mais eficiente para não sobrecarregar um único país com todos os atendimentos. (U07)].

O caminho da cooperação vai proporcionar a fluidez necessária para ultrapassar as fronteiras e promover inter-relações harmônicas com os *vizinhos* do outro lado da fronteira. Esta relação assimétrica na fronteira pode ser considerada oportunidade paradiplomática em saúde para estabelecer a ponte reconciliatória entre ambas as nações, através da assistência em saúde e intercâmbio de saberes em relação à gestão em saúde.

Para Guerra e Ventura (2017), os acordos de cooperação entre países se tornam instrumentos necessários para o desenvolvimento de programas e políticas públicas que ampliem e garantam os direitos ao acesso dos transfronteiriços. Ainda com os acordos existentes, é preciso o estabelecimento de fluxos formalizados e estruturados entre os países na fronteira.

Para a garantia do direito ao acesso integral e universal aos serviços de saúde nestes locais, é recomendável a realização de acordos de cooperação e de atividades conjuntas que estabilizem as políticas e programas, e enfrentem, em conjunto, as dificuldades apresentadas diante da complexidade do processo de integração regional nos serviços de saúde. (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 5).

De acordo com Souza (2013), os programas de cooperação transfronteiriço buscam a melhora e integração, coesão ou conexão nos principais eixos da atividade como saúde, educação, transporte, segurança, comércio, indústria, saneamento, turismo e ambiente, de maneira que favoreça o desenvolvimento da fluidez e porosidade territorial na região.

Assim, o Projeto de Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas entre o Brasil e o Paraguai (PDL 765/2019), ainda sem efetivação, conferirá aos sujeitos fronteiriços de Brasil e Paraguai, a partir da Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço, direitos sociais, laborais e de saúde, sendo o atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade (BRASIL, 2019a).

Uma das entrevistadas enfatiza o papel de Cidade do Leste, que recebe muitos estudantes brasileiros que estudam o curso de Medicina e apela pela reciprocidade de serviços entre países, tanto para a saúde como para a educação e o trabalho. Ressaltam a importância de reciprocidade de *vizinhos* entre paraguaios e brasileiros na região de fronteira e a esperança na melhora do processo de integração.

[...] Yo pienso que es un derecho como frontera que nos corresponde también tener acceso a no sólo tener en la parte de la salud, educación y trabajo para todo, porque sería una ayuda recibir a los extranjeros, pero en realidad no somos extranjeros, que somos vecinos, verdad, muy vecinos y así como, muchos brasileiros también vienen a estudiar acá, viene a vivir acá, para mí sería muy, súper bueno que se apruebe el acceso a todo eso que te dije Salud, Educación, Trabajo para los paraguayos así como ellos aquí hacia acá. (U10)].

[[...] Eu acho que é um direito como fronteira que nos corresponde também ter acesso não só à saúde, educação e trabalho para tudo, porque seria uma ajuda receber aos estrangeiros, mas na realidade não somos estrangeiros, que são vizinhos, realmente, muito vizinhos e assim como muitos brasileiros também vêm estudar aqui, vêm morar aqui, para mim seria muito, super bom aprovar acesso a tudo que eu falei para você Saúde, Educação, Trabalho para os paraguaios e assim como eles para lá. (U10)].

O relatado pelos usuários coincide com a pesquisa realizada na tríplice fronteira por Benvenuto (2016), na qual, os paraguaios sonham e acreditam que o processo de integração na fronteira vai melhorar, apesar dos problemas existentes nela. Em relação à integração, alguns usuários expressaram o conflito entre direito à saúde como forma de preservar a dignidade humana dos paraguaios e o financiamento da saúde pública brasileira, discursando entre solidariedade regional e o custo econômico dessa integração. Um dos usuários argumenta que a responsabilidade moral final recai sobre o gestor do município que não atende a necessidade de atenção em saúde para o sujeito paraguaio que adocece.

[...] el paraguay utiliza mucho el servicio de salud en Brasil, sin estar recibiendo o ser residente oficial, sin estar aportando económicamente al país al Brasil en este caso. [...] Estoy usufructuando de un presupuesto, de un dinero que no estaba pensado para mí entonces creo que políticamente o económicamente no es correcto obviamente, pero cuando estamos hablando de un proceso de enfermedad, de una persona que está padeciendo algo, no tiene importancia, entonces creo que tampoco se podría juzgar desde un punto de vista moral, creo que sí se le podría jugar en punto en punto de vista moral o ético a los gobiernos de turno, al político de turno que no está prestándole la asistencia necesaria a la comunidad la cual se ve obligada a tener que acudir a otra persona para que le dé de comer entre comillas que le pueda asistir a su necesidad. (U07)

[...] O povo paraguaio usa muito o serviço de saúde no Brasil, sem ser recebedor ou residente oficial, sem contribuir economicamente com o país para o Brasil neste caso. [...] Estou aproveitando um orçamento, um dinheiro que não era pra mim, então eu acho que politicamente ou economicamente obviamente não é correto, mas quando falamos de um processo de doença, de uma pessoa que está sofrendo de alguma coisa, não importa, então eu acho que também não poderia ser julgado do ponto de vista moral, eu acho que poderia ser julgado do ponto de vista moral ou ético os governos no poder, para o político no poder que não está prestando a assistência necessária à comunidade a qual vê-se forçada a ir a outra pessoa para alimentá-la entre aspas, para que possa ajudá-la em sua necessidade. (U07)].

A integração transfronteiriça na área da saúde ainda é discussão delicada pela falta de interação entre o planejamento nacional e local no contexto de fronteira, pelas demandas de cidadãos carentes solicitando solidariedade regional e porque os custos econômicos envolvidos desse trabalho em conjunto precisam ser assumidos pelo país melhor posicionado economicamente, considerando as assimetrias entre ambos os países (BENVENUTO, 2016).

Os governos no poder buscam a defesa do território e, ao atender a agenda sobre temáticas sociais, outros aspectos políticos se priorizam à solidariedade, apontando que a soberania é obstáculo gerador de dificuldades para tornar efetiva a integração transfronteiriça (CARNEIRO FILHO, 2012).

Em relação ao financiamento, Lima (2017) menciona as normativas que regulam a sistematização dos serviços de saúde nas regiões fronteiriças: a Portaria 399/2006, a Portaria 940/2011 e o Decreto Presidencial 7.508/2011.

A suplementação de recursos financeiros destinados ao custeio dos serviços de atenção básica ofertados a brasileiros e estrangeiros não residentes no país é responsabilidade da União Federal, que deverá destinar recursos do Fundo Nacional de Saúde para essa finalidade, e depende do atendimento ao contido no artigo 23, parágrafo 2o, da Portaria 940/2011, do Ministério da Saúde, que regula o processo de cadastramento dessas pessoas no Sistema Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011a). Cadastrado o usuário como residente no exterior, possibilitará ao nível de gestão prestador do serviço a formalização do pedido de reembolso dos custos, segundo a tabela de remuneração do SUS, e a pactuação de metas para atendimento, nas regiões de fronteira. Também a Portaria Ministerial MS 399/2006 (cf. item 2.1) e o Decreto Presidencial 7508/2011 abordam o tema, ao regularem a constituição de regiões fronteiriças na sistemática de regionalização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011b). (LIMA, 2017, p. 73-74).

O financiamento público na área de saúde em região de fronteira é ainda tema em debate devido à falta de uso de um sistema de identificação domiciliar nacional que considere o repasse dos recursos gerados no atendimento do estrangeiro fronteiriço perante a inexistência de registro (MOCHIZUKE, 2017). A falta de previsão orçamentária no SUS para o atendimento aos transfronteiriços provoca que os usuários corram o risco de entrar no mesmo gargalo de demanda reprimida da realidade brasileira, ou seja, se o serviço do lado brasileiro tem qualquer dificuldade para atender a demanda brasileira, também terá dificuldade para atender essa demanda estrangeira.

Apesar dos esforços de programas e projetos desenvolvidos, as regiões de fronteira carecem de acordos ou pactos no nível de políticas entre os países e de sistemas integrados de saúde. Devido às iniquidades sociais e de saúde, a continuidade na procura de atendimento por parte da população transfronteiriça é uma realidade nos serviços de saúde em estas regiões ao mesmo tempo em que se observa uma descontinuidade dos projetos, que se veem impactados negativamente com a falta de interação entre os órgãos de governo envolvidos na gestão da fronteira (CARNEIRO FILHO; CAMARA 2019). A saúde na região de fronteira é tema muito sensível ao governo que detém o poder, por isso, trata-se de superar o nacional por cima da regionalidade, capaz de assumir essas atividades de integração transfronteiriça, independente do poder político.

A integração binacional das cidades gêmeas entre Brasil e Paraguai pode contribuir para o maior bem-estar dos cidadãos das regiões transfronteiriças, embora vá a demandar

uma resposta mais efetiva por parte de todos os atores envolvidos (VIEIRA, 2019). As instâncias intersetoriais pretendem ser a solução para enfrentar as iniquidades no acesso à saúde, além do campo da saúde, a partir da formulação entre os setores de políticas públicas que assegurem o acesso e a garantia dos direitos (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Para Serrano-Gallardo (2019), a intersetorialidade é uma estratégia chave para diminuir as desigualdades em saúde, porém este enfoque precisa contar com o compromisso do setor público num novo modelo de governança e a consequente participação social das partes envolvidas, isto é, os atores transfronteiriços.

Por último, a integração em saúde entre países do MERCOSUL garantindo o acesso dos usuários do bloco é algo complexo que vai acontecendo devagar, da mesma forma que o desenvolvimento do projeto de integração da União Europeia precisou a experiência de cinco décadas de processos de integração para alcançar o status atual e que continuamente passa por questionamentos e ajustes para manter o bloco.

5.2.2. Documentação exigida para o acesso à saúde: o cartão SUS

Este item discute sobre a documentação exigida para o acesso à saúde, o nível de conhecimento do usuário sobre a documentação necessária para o acesso aos serviços de saúde em Foz do Iguaçu, a própria experiência de tramitação do cartão SUS e as estratégias utilizadas pelo usuário para a obtenção da documentação.

O cartão SUS é um instrumento informatizado que cumpre a função de organizar a rede de atenção e a gestão do SUS, constituindo ação estratégica para a qualificação do trabalho dos gestores e profissionais da saúde e formulação de políticas públicas de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria N°. 940, de 28 de abril de 2011, criou o Cartão SUS, “[...] que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional” de maneira que permite um sistema de registro eletrônico efetivo para a identificação de os usuários e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No capítulo III, artigo 14, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional, o Cadastro Nacional de Usuários está composto pela Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por dados de identificação e de residência dos usuários (em alguns municípios é solicitada a apresentação de comprovação de residência). O artigo 13 assinala que o atendimento não poderá ser negado para aqueles sem o cartão SUS, a apresentação pode ser posterior (BRASIL, 2011).

Essa Portaria Nº. 940 explicita, que no caso de estrangeiros não residentes, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência (BRASIL, 2011). Desta forma, fica claro que para possuir o cartão SUS, o paraguaio transfronteiriço necessita autorização da residência por parte da Polícia Federal (PF) a partir dos acordos existentes.

O Acordo de Residência para Nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL, entre eles a nação do Paraguai, permite estabelecer residência temporária no Brasil, por meio de solicitação do Visto de Residência Temporária do MERCOSUL, por dois anos, sem necessidade de visto, pagamento de taxas, diretamente junto ao Ministério da Justiça, de acordo com o Decreto Presidencial 6.975, 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009). De acordo com a Portaria Nº. 3, de 28 de fevereiro de 2018, para a autorização permanente de residência é requerido comprovação de meios de subsistência (BRASIL, 2018b).

A Portaria Nº 9, 14 de março de 2018, dispõe sobre a concessão de autorização de residência ao imigrante que esteja em território brasileiro e seja nacional de país fronteiriço, onde não esteja em vigor o Acordo de Residência para Nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL. Ressalva que a carteira fronteiriça concedida pelo Ministério de Trabalho não libera a autorização da residência no Brasil, unicamente permite estudar ou exercer atividade remunerada em município fronteiriço ao seu país de origem, quando autorizada pela Polícia Federal (BRASIL, 2018c).

O atendimento à população estrangeira no município de Foz do Iguaçu-PR tem várias medidas e exigências legais e administrativas, a serem cumpridas para a liberação do acesso à saúde. A Instrução Normativa 003/2015 dispõe que o usuário estrangeiro deve possuir o Cartão SUS, condição *sine qua non* o atendimento nas UBSs (BRASIL, 2015a).

A partir dos relatos, afirma-se que a maioria dos usuários são conhecedores dos principais documentos para o acesso à saúde, isto é, citam a necessidade do comprovante de residência e a posse do cartão SUS.

Los documentos necesarios para acceder a los servicios de salud son el documento brasileiro, identidad, mi documento está atrasado, tengo que mandar renovar otra vez. Y comprobante, algo de agua o luz. (U02)
[[...] Os documentos necessários para acessar os serviços de saúde são o documento brasileiro, identidade, o meu documento está atrasado, tenho que renová-lo novamente. E o comprovante, algo de água ou luz. (U02)].

A procura de informação sobre a documentação é decorrente da tentativa falha de entrada no sistema e, por falta de documentos, os usuários são encaminhados com frequência das unidades básicas de saúde (UBS) para a Secretaria de Saúde, Casa do Migrante (subordinada à Secretaria Municipal de Assuntos Internacionais) e a Polícia Federal; também é comum o intercâmbio de informação entre os pares oriundos no cotidiano. Ou seja, a partir das experiências de acesso aos serviços por necessidades de saúde, adquirem informações sobre o acesso.

O organismo de referência para tramitação da documentação do visto transfronteiriço é a Polícia Federal, porém muitos sentem medo ou receio e, escolhem a Casa do Migrante, cumprindo o papel de mediação entre o paraguaio e o departamento migratório da PF. Um fator a destacar é que, sendo Foz do Iguaçu um município de médio porte, possui o departamento de estrangeiros, facilitando os trâmites para os fronteiriços da cidade gêmea de Cidade do Leste.

A grande maioria dos usuários entrevistados conhecia ou já tinha usado os serviços da Casa do Migrante, considerada como centro de referência na figura da irmã Terezinha Maria Mezallira, para informação sobre documentação necessária para o acesso à saúde.

[...] Estoy embarazada de 4 meses, estoy tratando de terminar la documentación, estoy en las etapas finales, ahora vengo a informarme del siguiente paso [...] y me están ayudando (en la Casa de Migrante) (U01)
[...] Estou com 4 meses de gravidez, estou tentando finalizar a documentação, estou na fase final, agora vim saber o próximo passo [...] e eles estão me ajudando (na Casa do Migrante) (U01)].

[...] los exámenes no liberan por lo SUS, yo entiendo perfecto eso, pero como me dijeron aquí, en la frontera, le podía ayudar la hermana Teresinha, vengo, tengo la esperanza, una ley que le ayuda a el para liberar un examen para se medicar. (U06)

[...] Os exames não se liberam pelo SUS, eu entendo perfeitamente, mas como me falaram aqui, na fronteira, a irmã Teresinha poderia ajudar ele, eu venho com a esperança, uma lei que ajuda ele a liberar exame para medicar. (U06)].

Os usuários sabem que, com a posse do cartão SUS, lhes é facultado o acesso à saúde e o uso dos serviços. No entanto, para o trâmite do cartão SUS, a documentação exigida é uma das barreiras principais para o acesso à saúde.

La mayoría de los paraguayos vienen y por lo que yo escucho, no reciben tanta atención (en salud) por el hecho de que no tienen tanta documentación de acá. (U04)

[A maioria dos paraguaios vem e pelo que ouvi, eles não recebem muita atenção (na saúde) pelo fato de não terem tanta documentação daqui. (U04)].

[...] fui al dispensario, al puesto de salud del barrio, me fui, no me atendieron porque no tenía documento. Pienso hacer el tratamiento aquí (Foz), al carecer de documentos no puedo, ahora quiero, estoy regularizando el documento para tener la tarjeta de salud. Están empezando, estoy haciendo aquí el documento (Casa do Migrante) y me tienen que llamar de la federal (policía federal). (U08)

[...] Eu fui ao dispensário, ao posto de saúde do bairro, eu saí, não me trataram porque eu não tinha documento. Pretendo fazer o tratamento aqui (Foz), porque não tenho documentos, eu não posso, agora eu quero, eu estou regularizando o documento para ter cartão de saúde. Eles estão começando, eu estou fazendo o documento aqui (Casa do Migrante) e eles têm que me chamar da federal (Polícia Federal). (U08)].

Os resultados das entrevistas coincidem com o estudo de Mello, Victora e Gonçalves (2015) sobre o entrave dos documentos, como o cartão SUS, encarecendo a procura dos serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu, especificamente no Centro Materno Infantil (CMI). Segundo Rufino e Amorin (2012), a falta de documentação ou desconhecimento da parte legal brasileira dos usuários imigrantes deriva em negação do recebimento de assistência, aumentando a vulnerabilidade social deste coletivo.

A principal barreira de acesso identificada é a documentação exigida, por motivo da alta burocracia e as medidas administrativas adotadas pelas unidades básicas de saúde. Os

resultados coincidem com outras pesquisas nacionais e internacionais, que assinalam o cartão SUS como elemento central para o acesso aos serviços de saúde do usuário estrangeiro (BAS-SARMIENTO et al., 2015; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; PÉREZ-URDIALES et al., 2019; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

Os paraguaios procuram se adaptar às leis e exigências de documentação para acessar ao sistema de saúde brasileiro, manifestando dificuldades burocráticas na hora do trâmite do cartão SUS.

[...] Buscar una información lleva mucho trabajo de simples requisitos, entonces le cuesta a la gente mucho, que no tiene la tarjeta aunque tenga el documento temporario no tiene tarjetas SUS, solamente lo hacemos porque sabemos que tarde o temprano vamos a pasar por algo complicado en la salud. (U9)

[...] Buscar informação leva muito trabalho para requerimentos simples, então custa muito pra gente, que não tem cartão mesmo tendo o documento provisório, não tem cartão do SUS, a gente só faz porque a gente sabe que mais cedo ou mais tarde vamos passar por algo complicado na saúde. (U9)].

[...] Yo pienso así, verdad, que la parte del extranjero (...) hace que sea más riguroso todo, todo más protocolo para hacer la documentación y para hacer el SUS. (...) Mucha, mucha burocracia, yo no sé si para los brasileiros pero para los extranjeros... Así como te dije, tardó muchísimo el tema del SUS, yo presente todos los documentos ahí, yo creo que era en el Ministerio de Salud, Secretaría (U10).

[...] Eu penso assim, verdade, que a parte do estrangeiro (...) torna tudo mais rigoroso, tudo mais protocolar para fazer a documentação e fazer o SUS. (...) Muita, muita burocracia, não sei se para os brasileiros, mas para os estrangeiros. Como eu falei pra você, a questão do SUS demorou muito, eu apresentei todos os documentos lá, eu acho que era no Ministério da Saúde, Secretaria (...). (U10)].

Paradoxalmente, unicamente uma das usuárias com baixo nível educativo afirmou não ter sido difícil realizar os trâmites. Isto poderia ser devido a que as medidas político-administrativas fossem menos restritivas na época que foi tramitado o cartão, pois a usuária manifestou ter o documento vencido.

[...] Yo me fui atrás, no es complicado, me fui en la federal, policía federal después me dio todos los requisitos, yo vine a pagar taxas (U02).

[...] Eu fui atrás, não é complicado, eu fui para federal, polícia federal, aí me deram todas as exigências, venho para pagar imposto (U02)].

Lima (2017) fez uma análise das restrições ao acesso à saúde dos estrangeiros mediante visitas às UBS do município de Foz do Iguaçu, verificando alto número de medidas político-administrativas e burocracia, limitando esse acesso. De acordo com Nogueira, Dal Prá e Fermiano (2007), a existência de burocracia brasileira é uma das barreiras de acesso que desencadeiam a desistência na procura dos serviços. Estudos internacionais como o de Burón (2012) afirmam também o excesso de burocracia para o acesso à saúde pública dos usuários imigrantes na Espanha.

Outros usuários apontaram que uma das barreiras da tramitação é o custo envolvido para a obtenção do documento. Um dos entrevistados explica a diferença de valor das taxas entre o RNE transfronteiriço e o visto do MERCOSUL para o sujeito na fronteira.

[...] el va a hacer el documento aquí en Brasil, un poco caro, el salario es poco, dividimos, guardamos para estar legal acá, primero yo, después el otro, y hacemos lo que podemos, no es que tenemos, todo es pago, verdad? Por eso, uno quita tiempo de hacerlo de una vez, solo el dinero que no tenemos. Mi hijo tiene documento perfecto, prefiero vivir aquí, tiene derecho como humano. (U06)

[...] Ele vai fazer o documento aqui no Brasil, um pouco caro, o salário é pouco, a gente divide, a gente economiza pra estar legal aqui, primeiro eu, depois o outro, e a gente faz o que dá, tudo é pago né? Portanto, demora-se para fazer de uma vez, só o dinheiro é que não temos. Meu filho tem um documento perfeito, prefiro morar aqui (Brasil), ele tem o direito como ser humano. (U06)].

[...] el RNE fronterizo que tienen la mayoría que viven en frontera es más barato que el otro tipo de documento y dura más tiempo, entonces tal vez eso sea otro impedimento por el que no sepan y no utilizamos el sistema único de salud. (U12)

[...] o RNE fronteiriço que a maioria dos que mora na fronteira tem é mais barato que o outro tipo de documento e dura mais, então talvez seja mais um impedimento que eles não conhecem e não usamos o sistema único de saúde. (U12)].

Conforme informações da Polícia Federal, o valor das taxas de autorização de residência e a emissão da Carteira de Registro Nacional Migratório tem custo significativo para quem reside e ou trabalha no Paraguai, ao mesmo tempo, que se limita a dois anos.

Para a renovação, é necessário comprovar os meios de subsistência, de acordo com o artigo 6 da Portaria N°. 3/2018 (BRASIL, 2018b), requisito ainda mais difícil de cumprir para aquele cidadão com baixa renda e que recebe em moeda guarani.

Se bem o cartão SUS é requisito para o acesso, na experiência de alguns usuários, os paraguaios são atendidos sem documentos no posto de saúde, sendo informados que é em caráter de exceção e, a critério dos profissionais do centro.

Sí, tienes documentos, tienes derechos, igual te atienden sin documentos. Yo ya vi, no hay problema, son buena gente, son los brasileiros, buena gente ellos. Porque la mayoría de estar acá, mi hijo que trabaja acá, le atienden bien, tiene todos los derechos. (U02)

[...] Se você tem os documentos, você tem direitos, eles ainda atendem você sem documentos. Já vi, sem problema, são gente boa, os brasileiros, são gente boa. Porque a maior parte está aqui, meu filho que trabalha aqui, eles cuidam muito bem dele, ele tem todos os direitos. (U02)].

La recepcionista me dijo que le comente a la enfermera y la enfermera me dijo que ya me la iba a poner en esta oportunidad, me iba a colocar la vacuna pero que en la próxima tenía que poner tenía que llevar mi documento porque ellos tienen que registrar a quienes se les destina esas cosas. (U03)

[...] A recepcionista me disse para avisar a enfermeira e a enfermeira me disse que dessa vez ia me passar, ia tomar a vacina, mas da próxima vez que eu tivesse que colocar, eu tinha que trazer meu documento porque eles têm que registrar a quem essas coisas se destinam. (U03)].

[...] le atendieron a mi tío, le puso en la fila de la consulta y me dijeron que era una excepción que estaban haciendo porque ellos no podían atender a personas indocumentadas, sin tener la carterinha del SUS, que eso era un delito para ellos, pero que iba a ser una excepción porque era algo muy urgente. (U10)

[...] Eles trataram meu tio, colocaram ele na fila da consulta e me falaram que era uma exceção que eles estavam fazendo porque não podiam atender indocumentados, sem ter a carteirinha do SUS, que isso era crime para eles, mas seria uma exceção porque era algo muito urgente. (U10)].

Os resultados anteriores são similares aos obtidos em estudo internacional por Burón et al. (2015), sendo o atendimento ao usuário imigrante sem documento realizado a partir de uma avaliação dos profissionais dos serviços de saúde, ou seja, o critério de atendimento é estabelecido pelo médico, enfermeiro, gestor ou assistente social.

Existem relatos de entrevistados sobre a obtenção do cartão SUS nos quais as informações repassadas para os usuários pelos profissionais dos serviços de saúde são contrárias às oferecidas pelos órgãos públicos como a Polícia Federal, Consulados ou Casa do Migrante, criando confusão de informações e dificultado o acesso.

[...] Si tenemos el RNE fronterizo no podemos vivir en Foz y por ende no podemos acceder al SUS, la otra categoría del RNE a partir del Mercosur o el que es con visa, si no me equivoco, ya permiten vivir en Foz y podemos tener acceso a una dirección de Foz para poder tener acceso al SUS, eso al menos es lo que yo entendí hasta ayer que me enteré que lo que la gente que vive en Paraguay, paraguayos, pueden tener el SUS, sacando del jardín América, al menos eso fue lo que me comunicaron en la unidad básica de salud Curitibana, la recepcionista. (U03)

[[...]] Se tivermos o RNE de fronteira não podemos morar em Foz e portanto, não podemos ter acesso ao SUS, a outra categoria do RNE do Mercosul ou aquele com visto, se não me engano, já nos permitem morar em Foz e nós podemos ter acesso a um endereço em Foz para poder ter acesso ao SUS, isso pelo menos é o que entendi até ontem quando descobri que o que as pessoas que vivem no Paraguai, os paraguaios, podem ter o SUS, tirando no Jardim América, pelo menos foi o que a recepcionista me comunicou na unidade básica de saúde Curitibana. (U03)

Como mencionado anteriormente, o paraguaio transfronteiriço não residente não pode obter o SUS sem residir no município, portanto, o relato do entrevistado sobre as informações obtidas na unidade básica de saúde são incongruentes com as normativas estabelecidas, gerando conflito entre os usuários.

Por outro lado, os usuários paraguaios afirmam que, em anos anteriores, o cartão SUS foi concedido sem necessidade de comprovante de residência. Também, há usuários que afirmam ter documento de carteira fronteiriça e o cartão SUS, mas em tese, não se pode obter o SUS sem o comprovante de residência, que seria unicamente a partir do visto temporário do MERCOSUL.

[...] Particularmente tengo documento fronterizo de acá y no me pidieron nada solamente hacer el SUS y lo hice en el momento y con eso ya puedo utilizar los servicios que ofrecen. (U04)

[[...]] Em particular, eu tenho um documento de fronteira daqui e não me pediram nada, só para fazer o SUS e eu fiz na época e com isso agora posso usar os serviços que eles oferecem. (U04)].

[...] Y para conseguir el cartón SUS, es necesario tener documento de identidad brasileira pero antiguamente en 2012, yo conseguía porque había un ley, otra *Prefeitura*, entonces, yo conseguía solo por mí, declaración que yo vivo aquí en ese lugar, pero ahora se cambió la ley y no conseguí más. (U06)

[...] E para tirar a carteira do SUS é preciso ter documento de identidade brasileiro, mas em 2012 consegui porque tinha uma lei, outra *Prefeitura*. Então, eu só peguei pra mim mesma, uma declaração de que eu moro aqui naquele lugar, mas agora a lei mudou e eu não recebi mais. (U06)].

A aleatoriedade nos atendimentos em saúde em função de critérios variáveis adotados pelos profissionais ou a equipe de saúde é uma realidade nos serviços de saúde brasileiros, gerando confusão entre os usuários (GUERRA; VENTURA, 2017).

Salienta-se que um dos motivos pelos quais as decisões são tomadas pelos profissionais da saúde é a rigidez das normativas políticas municipais. Essas decisões, tomadas pelos profissionais da saúde ou gestores, supõem dilemas éticos-morais, entre os direitos ou a dignidade humana do paciente e as leis e normas ditadas pelo Estado (ALBUQUERQUE, 2012; MORAES; CARDOSO; ROSA, 2017).

Para Guerra e Ventura (2017), os profissionais apresentam carências de conhecimentos sobre os aspectos legais, éticos e socioculturais dos imigrantes, impactando no acesso à saúde de dito coletivo. Agustini e Nogueira (2010) assinalam a resistência ao atendimento a estrangeiros por parte dos profissionais e, especifica que o atendimento é negado em função de critérios financeiros ou bem critérios de princípios ou valores pessoais. Assim, os profissionais alegam a falta de orçamento para atender a demanda da população fronteiriça estrangeira (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013), demonstrando desconhecimento sobre o funcionamento do sistema legal.

Essa aleatoriedade de critérios para o atendimento acaba gerando incerteza nos usuários para o acesso. De modo que terminam fazendo uso de diversas estratégias para conseguir toda a documentação necessária, com vistas à obtenção dos documentos para a posse do cartão SUS (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; NASCIMENTO; DE ANDRADE, 2018).

A estratégia mais comum relatada pelos usuários paraguaios foi obter o comprovante de residência a partir do pedido de endereço *emprestado*. Nem todos os

usuários entrevistados possuíam cartão SUS, e, alguns tinham unicamente comprovante de residência, ainda não morando em Foz do Iguaçu.

El sistema único de salud lo recibí el año pasado a través de un amigo que me prestó su dirección en esa época, al cambiar mi documento como yo ya tenía el permiso de vivir en Foz, entonces presentaba ese documento junto con el comprobante de residencia de él, con la autorización de él diciendo que yo vivía con él para que yo pueda sacar el SUS pero recién utilice, un año después, por mi miedo a usar el SUS y qué tal vez ellos quieran investigar si yo realmente vivo en Foz. (U03)

[Recebi o sistema único de saúde ano passado através de um amigo que me emprestou seu endereço na época, quando mudei meu documento por já ter autorização de morar em Foz, aí apresentei aquele documento junto com o comprovante de residência dele, com a autorização dele dizendo que eu morava com ele para conseguir o SUS, mas só usei, um ano depois, por causa do meu medo de usar o SUS e que eles podem querer investigar se eu moro mesmo em Foz. (U03)].

[...] le alquilamos una kitinete, le presentamos todos los documentos a la hermana Teresinha, recuerdo que fuimos al consulado paraguayo, ahí hicimos, se le exoneró todos los gastos para la documentación porque en realidad no teníamos como para pagar [...] y ahí fue todo exonerado, todos los gastos, vimos todos, fuimos a la policía federal, consiguió su RNE, después, le hicimos el CPF y por último, el SUS que era lo que nosotros queríamos en realidad, esa era nuestra meta, tener el SUS, para empezar el tratamiento. (U10)

[...] Alugamos uma kitinete para ela, apresentamos todos os documentos para a irmã Teresinha, eu lembro que a gente ia ao consulado do Paraguai, íamos lá, todas as despesas com a documentação foram dispensadas porque na realidade não tínhamos dinheiro para pagar [...] e lá tudo foi exonerado, todas as despesas, a gente viu tudo, a gente foi na polícia federal, pegou o RNE dele, aí a gente fez o CPF e enfim o SUS, que era o que a gente queria mesmo, esse era o nosso objetivo, ter o SUS, para iniciar o tratamento (U10)].

Com o fim de acessar aos serviços de saúde, os sujeitos tranfronteiriços fazem uso de documentos de identificação pessoal, como cartão SUS e CPF, dos parentes, os comprovantes de endereços de familiares residentes no outro lado da fronteira, os comprovantes de endereços falsos e, as negociações com agenciadores de endereços, entre outros (ALBUQUERQUE, 2010; BRANCO; TORRONTEGUY, 2013; NASCIMENTO; DE ANDRADE, 2018).

Os comprovantes de residência são obtidos mediante pagamento aos cidadãos do município com vistas a transferir em seu nome as contas de água, telefone ou luz e, há falsificação na tradução de documentos ou são realizados falsos casamentos com a finalidade de acessar aos serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu (SILVA; RIQUELME, 2011).

De acordo com Soares (2017), o uso de endereços falsos é frequente nos fronteiriços que encontram meios de se contabilizar entre os residentes do outro lado da fronteira, tendo como consequência o falseamento das informações estatísticas. Já que, os registros oficiais por parte da administração pública do número de atendimentos de paraguaios demonstram parcialmente a realidade do acesso. Provavelmente, há maiores atendimentos a paraguaios fronteiriços dos registrados oficialmente, observando divergências nos dados oficiais quantitativos e as fontes qualitativas.

Segundo dados fornecidos pela Casa do Migrante de Foz do Iguaçu, entre 2009 e 2018, de 35.297 demandas registradas, 12% foram referentes ao cartão SUS, correspondendo a um total de 4.343 demandas. De 2009 a 2014, o número médio de pedidos de cartão SUS era de 610 por ano, mas a partir de 2015 a 2018, a demanda diminuiu em mais de 80% (informação pessoal)¹.

O motivo desse decréscimo foram as irregularidades detectadas em 2015, quando o Poder Executivo solicitou o pedido de fiscalização dos endereços de estrangeiros solicitantes do cartão SUS, ao verificar que o município tinha quase 300 mil habitantes, porém emitiu 800 mil Cartões SUS (G1 PR, 2015).

No entanto, essas irregularidades não eram unicamente dos estrangeiros, mas também decorrentes da falta de controle das Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu, que cadastraram inúmeros usuários duplicados com grafias diferentes utilizando o Sistema Único de Saúde e a falta de regularização dos pedidos dos brasiguaios para o acesso, desenvolvendo a Instrução Normativa 003/2015 para tal fim (STRADA, 2018).

Nas cidades gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã observam-se irregularidades para a obtenção do cartão SUS pelos usuários, porém estas práticas não

¹ Comunicação pessoal da Casa do Migrante, obtida em setembro de 2019.

apresentam problemas quanto à sua utilização, pois o estado de Mato Grosso do Sul não conta com meios suficientes para a fiscalização (NASCIMENTO; DE ANDRADE, 2018).

Em 2018, a Casa do Migrante registrou o total de 4.107 demandas, 2% se referem ao cartão SUS. A partir destes dados, assinala-se que a demanda de acesso por paraguaios na fronteira é relativamente baixa, supondo aproximadamente 8 demandas por mês(informação pessoal)².

Portanto, houve mudanças significativas do acesso à saúde na fronteira decorrentes das políticas públicas adotadas pela Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu em 2015, limitando dito acesso, pelas características da população, brasileiros, brasiguaios e paraguaios (argentinos são a minoria) e, a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde em região de fronteira.

5.2.3. Discriminação percebida

Um entrave importante no acesso desses usuários refere-se à discriminação percebida por eles, nos serviços de saúde. Alguns dos participantes afirmaram não ter percebido nenhuma atitude de discriminação, o que pode estar relacionado à convivência mais habitual por ser região de fronteira.

[...] Se le atiende igual que a los brasileiros. Como explicarte, te sentís súper bien, no te sentís menos, menos que los brasileiros, menos que nadie, te sentís igual que ellos, la atención es igual, todo es igual. (U10)
[[...] Ele é tratado igual aos brasileiros. Como te explicar, você se sente super bem, você não se sente menos, menos que os brasileiros, menos que qualquer outra pessoa, você se sente igual a eles, a atenção é a mesma, tudo é igual (U10)].

[...] Nunca tuve problemas desde que llegué. No percibí nada de discriminación. (U04)

[[...] Nunca tive um problema desde que cheguei. Não percebi nenhuma discriminação. (U04)].

² Comunicação pessoal da Casa do Migrante, obtida em setembro de 2019.

No entanto, outros identificaram que, no trato recebido pelos profissionais de saúde havia atitudes de discriminação, implícita ou não. Alguns têm dificuldade de explicar a percepção de discriminação, como o relatado na fala deste entrevistado.

[...] Yo creo que existe discriminación, es una cuestión principalmente que a la gente no le gustamos, los unileros, (...) que venimos a ocupar puestos de personas brasileñas. (U09)

[[...] Acredito que haja discriminação, é uma questão principalmente que as pessoas não gostam da gente, dos unileros, (...) que a gente passa a ocupar cargos para pessoas brasileiras. (U09)].

A discriminação tem sido estudada em relação à atenção à saúde de imigrantes e mostra que ela ocorre nos serviços públicos quando deixam de atender igualmente às necessidades de grupos em situações socioeconômicas menos favoráveis, caracterizando a iniquidade no atendimento às necessidades de saúde da população mais vulnerável (THIEDE; MCINTYRE, 2008; VELASCO; VINASCO; TRILLA, 2016; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

Na literatura brasileira é comum a citação de casos discriminatórios, sendo o comportamento dos profissionais nos serviços de saúde pontuado negativamente pelos usuários estrangeiros (GUERRA; VENTURA, 2017). Uma das usuárias faz menção a atitude discriminatória dos profissionais de saúde, durante a atenção ao usuário.

[...] Aquí en Foz sí percibo discriminación, están cansados de los paraguayos, se sienten invadidos, se sienten que vienen y le robamos sus atenciones médicas, sus medicamentos todo, yo me doy cuenta de eso acá en Foz, ellos no piensan que ellos son médicos y enfermeras y están ahí para eso, acá en Foz. (U12)

[[...] Aquí em Foz eu percebo discriminação sim, eles estão cansados dos paraguaios, se sentem invadidos, sentem que vêm a gente e rouba seus cuidados médicos, seus remédios, tudo, eu percebo que aqui em Foz eles não pensam que são médicos e enfermeiras e eles estão aí para isso, aqui em Foz. (U12)].

Coincidente com este estudo, Soares (2017) registrou a discriminação no acesso à saúde de usuários paraguaios na região trinacional, no município de Foz do Iguaçu, alegando que essas narrativas discriminativas estão presentes no cotidiano daqueles que

trabalham na área da saúde, sendo a tendência de recorrer ao discurso nacionalista e de representações preconcebidas sobre o estrangeiro.

Nas unidades básicas de saúde de São Paulo são descritos comportamentos de discriminação durante o cadastro e recepção de usuários, onde o acesso à saúde pode ser negado decorrente do fato de serem estrangeiros, especialmente, de origem étnica e indígena (MARTES; FALEIROS, 2013).

Como é o caso de um dos entrevistados que manifesta a discriminação latente durante a interação com a equipe de recepção quando solicitada a documentação. O usuário estava com o protocolo, expedido pela Polícia Federal, que é documento provisório antes da entrega do registro de identidade do estrangeiro.

[...] sólo que tenía un ánimo de atendimento diferente que yo pude percibir, siendo un poco sincero, no sé, un ánimo, o sea no sé si se enfadó porque estaba sin el documento original, solo con el protocolo o porque era extranjero ahí no sé definir bien o si es su carácter mismo, no sé bien. No tengo pruebas de que exista discriminación por ser paraguayo pero yo creo que sí que influye bastante el llegar y hablar con un sotaque de extranjero que llegar siendo brasileiro yo creo que por la forma que fui atendido la vez que fui creo que podría ser un factor. (U11)

[[...] Só que ele tinha um espírito de cuidado diferente que eu pude perceber, sendo um pouco sincero, sei lá, um humor, ou seja, não sei se ela ficou brava porque estava sem o documento original, só com o protocolo ou por ser estrangeiro lá, não sei definir bem ou se é o próprio caráter dela, não sei bem. Não tenho provas de que haja discriminação porque sou paraguaio, mas eu acho que tem muito a ver com chegar e falar com sotaque estrangeiro do que chegar como brasileiro, acho que pela forma como fui tratado na época que foi, acho que poderia ser um fator. (U11)].

Em regiões fronteiriças brasileiras, estudos citam casos de discriminação por parte dos profissionais da saúde durante o atendimento ao estrangeiro no SUS, com situações de preconceitos, hostilidade e intolerância no trato (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AZEVEDO, 2015).

Estudos internacionais sobre acesso à saúde do imigrante declaram casos de discriminação no trato recebido por este coletivo. Na cidade de Punta Arenas no Chile, encontram-se relatos de discriminação no trato e uma atenção despersonalizada. A possibilidade de sofrer discriminação se refletiu na comunicação menos efetiva com os

profissionais, tendo como consequência atrasos no atendimento e complicações de saúde (OJEDA; DOS SANTOS; DAMIANI, 2020).

Sobre o acesso de imigrantes na Argentina, destaca-se que o critério homogêneo no trato igualitário aos usuários de diferentes procedências ocasiona a falta de consideração às diferenças interculturais e, com isso, são subestimadas as singularidades particulares do contexto no qual vive cada um desses usuários. A falta de pensar em ações interculturais para incluir novas práticas e costumes às já existentes nos sistemas de saúde público é fator limitante desse acesso (AIZENBERG; RODRÍGUEZ; CARBONETTI, 2015).

O acesso à saúde de imigrantes em Massachusetts (EUA) relata situações de trato discriminatório e hostil pelos profissionais da saúde e a falta de compreensão e aceitação das diferenças culturais (LINDSAY et al., 2016).

Conforme relatado nos estudos nacionais e internacionais anteriores, o trato discriminatório parece ser uma das barreiras culturais que mais interferem na comunicação efetiva entre o paciente e a equipe de saúde para a garantia desse acesso.

Vale destacar que em alguns países existe a figura do mediador cultural, chamado de intérprete, que ao garantir a tradução da língua e da cultura e a interação entre os profissionais, facilita as vivências e afetos na língua materna. Ao mesmo tempo, cria-se uma comunicação efetiva entre o paciente e o profissional e, entre o paciente e o mediador cultural (MARTINS BORGES; POCREAU, 2009, 2012).

Os mediadores culturais nos centros sanitários facilitam a qualidade da comunicação e o trato entre o profissional e o usuário, sobretudo, quando o usuário desconhece o idioma local (BURÓN, 2012). A figura do mediador cultural não foi encontrada nos centros de saúde no município de Foz do Iguaçu, embora a cidade seja conhecida pela multiculturalidade e o turismo mundial a partir das Cataratas de Iguaçu.

Knobloch (2015) reforça a relevância da formação de trabalhadores no atendimento à saúde dos migrantes para a compreensão da representação da saúde-doença no contexto de origem e o respeito às singularidades desses sujeitos, evitando os comportamentos estereotipados e os preconceitos à condição de estrangeiro.

Assim, a qualificação dos profissionais da área da saúde em conjunto com a equipe multidisciplinar em noções de interculturalidade é uma iniciativa recomendada para a atenção em saúde de qualidade nos municípios de fronteiras brasileiros.

Por último, na discussão sobre este tema, não pode esquecer-se de contextualizar as relações entre os sujeitos das nações entre fronteiras. No caso dos paraguaios e brasileiros parecem ainda estar marcadas por resquícios de ressentimentos existentes na fronteira. Os brasileiros discriminam e desvalorizam aos paraguaios, comparando estes com tudo que é falso ou de má qualidade e, por outro lado, os paraguaios definem aos brasileiros como oportunistas, surgindo os resquícios de dívida histórica entre ambos os países (TERENCIANI, 2013). Portanto, o entendimento e a memória sobre a realidade histórica por parte dos profissionais da saúde pode favorecer comportamentos mais empáticos, capazes de romper as barreiras existentes.

5.2.4. Idioma de comunicação entre profissionais de saúde e usuários

O idioma de comunicação entre profissionais de saúde brasileiros e os usuários paraguaios é outra dificuldade relatada, tendo em vista que mesmo residindo na fronteira, poucos profissionais utilizam o espanhol no atendimento, fato que, muitas vezes, torna-se um impeditivo na compreensão no momento do atendimento.

[...] hasta ahora no me comuniqué directamente con un médico especialista pero con las recepcionistas y así no tengo ninguna dificultad ya pensé que podría tener en el caso de relatar algunos síntomas que sólo sea en español pero me comentaron que los médicos de acá algunos hablan español, los que no hablan también entienden en español, entonces, no creo que haya mucho problema. (U03)

[[...] Até agora não me comuniquei diretamente com um médico especialista, mas sim com as recepcionistas e por isso não tenho dificuldade, pensei que poderia ter no caso de relatar alguns sintomas que são apenas em espanhol, mas me disseram que alguns dos médicos aqui falam espanhol, quem não fala também entende em espanhol, então não acho que haja grande problema. (U03)].

Também, existem receios entre os entrevistados de não entender os termos médicos ou ter dificuldade de expressar sintomas no idioma português nos casos de doenças mais graves destes usuários.

Quando vós estas en otro país, vos tenéis que adecuar a ellos, y a nosotros, por más que el español es parecido al portugués, yo creo que la parte de ellos, parece que les cuesta más entender el español, nosotros entendemos y cuando ellos nos hablan, en sí, entendés todo, pero la parte de hablar es difícil (...) tenés que repetir o inventar... y ellos no te hablan en español, te hablan en portugués, ni intentan hablar en español. (U10)
[Quando você está em outro país, você tem que se adaptar a eles, e a nós, embora o espanhol seja parecido com o português, eu acho que a parte deles, parece que é mais difícil para eles entender o espanhol, a gente entende e quando eles falam com a gente, você entende tudo, mas a parte falada é difícil (...) você tem que repetir ou inventar ... e eles não falam com você em espanhol, eles falam com você em português, não tentam falar em espanhol. (U10)].

Martes e Faleiros (2013) detectaram dificuldades por parte dos usuários estrangeiros bolivianos nos serviços de saúde brasileiros para a expressão com exatidão de sintomas e sentimentos relacionados com a doença, apesar de reconhecer que as semelhanças entre ambos os idiomas facilitou essa interação.

Na literatura, o idioma é considerado uma barreira de acesso aos serviços de saúde que dificulta a comunicação entre o profissional e o usuário e, a comunicação pode ver-se agravada quando a doença é de natureza mais grave (GUERRA; VENTURA, 2017).

Ojeda, Santos e Damiani (2020) observaram que a barreira mais crítica durante o atendimento ao usuário estrangeiro é a falta de comunicação efetiva e culturalmente competente. Os imigrantes sentiram desconfiança durante o atendimento tanto pelo temor de ser recusado ou discriminado quanto pela barreira idiomática.

Estudos internacionais também identificam o idioma claramente como fator que prejudica ao coletivo estrangeiro acessar aos serviços de saúde (COMES et al., 2007; AGUDELO-SUAREZ, 2012; BURÓN, 2012; BAS SARMIENTO et al., 2015; OJEDA; SANTOS; DAMIANI, 2020).

Este estudo por ser em região de fronteira e com os idiomas semelhantes, o espanhol e o português, reconhece que a barreira linguística observa-se diminuída durante o acesso. Conforme é relatado na categoria de potencialidades no acesso e uso dos serviços, o

portunhol como língua intermediária, vai atenuar a dificuldade de comunicação entre a equipe de saúde e o usuário transfronteiriço.

Entretanto, enfatiza-se a necessidade de que os profissionais compreendam como o fator cultural influencia a comunicação entre o usuário e o profissional, sendo muito favorável que a equipe de saúde brasileira interaja no idioma espanhol, assim, a comunicação inter-relacional será mais eficiente.

5.2.5. Longo tempo de espera no atendimento

O longo tempo de espera aparece como barreira de acesso à saúde. Entre os entrevistados não há consenso, alguns admitem que o tempo de espera em urgências é grande e, outros relatam ter aguardado pouco tempo no posto de saúde. Os usuários optam por aguardar o atendimento sem queixas e com resignação, porém outros desistem do atendimento ou procuram outros meios alternativos.

[...] yo no sabía porque es un espacio bien grande a qué oficina ir, simplemente sabía que yo sería llamada, entonces esperé un montón pero una hora y media más o menos porque es como que yo no estaba sangrando o algo roto así muy obvio, mi caso no era de tanta prioridad. (U09)

[[...] não sabia porque é um espaço muito grande para onde ir, simplesmente sabia que seria chamada, então esperei muito mas uma hora e meia mais ou menos porque como eu não estava com sangramento ou alguma coisa quebrada, assim algo muito óbvio, meu caso não era tão prioritário [...]. (U09)].

El tiempo de espera allá en Foz ya es bastante larga la espera, pero la necesidad te obliga a aguantar las horas tampoco, no podés ir a exigir que se atiendan en prioridad, ella por el carnet de marcapaso, tiene derecho a tener prioridad pero muchas veces cuestionan por el hecho de que ella es paraguaya, todos son tropiezos, pero nosotros nos aguantamos, a veces amanecemos ahí... (U12).

[O tempo de espera lá em Foz já é bastante longo, mas a necessidade obriga você a aguentar também, você não pode ir exigir que sejam atendidos com prioridade, por causa do cartão do marcapasso, ela tem direito de ter prioridade, mas muitas vezes eles questionam o fato dela ser paraguaia, são todos contratemplos, mas a gente aguenta, às vezes a gente amanhece lá... (U12)].

De acordo com outros estudos realizados sobre o acesso à saúde de estrangeiros (NOGUEIRA; DEL PRÁ; FERMIANO 2007; HIRMAS ADAUY et al., 2013; BAS-SARMIENTO et al., 2015), entre as barreiras identificadas pelos usuários, uma das mais recorrentes foi o tempo de espera em excesso.

Outro aspecto registrado é o tempo de espera para atendimento em outros níveis de atenção, como o secundário ou especialidades. No discurso de alguns usuários aflora a preocupação de que a doença seja agravada e os problemas de saúde piorem durante o período de espera e, as consequências são a desistência ou a procura de auxílio no Paraguai.

[...] la consulta que se te da es de aquí a 6 meses, de aquí a un año, de repente un dolor de oído o notamos que tenemos algún desequilibrio hormonal esas cosas más específicas que requieren un especialista el plazo se extiende demasiado (...) uno termina desistiendo (U09).

[[...] a consulta que você tem é daqui a 6 meses, daqui a um ano, de repente uma dor de ouvido ou a gente percebe que tem algum desequilíbrio hormonal, aquelas coisas mais específicas que exigem especialista, o prazo estende muito (...) a gente acaba desistindo (U09)].

Fue a la UPA de Morumbí, en realidad fue así, fue colocado en la lista de espera de oncología, que era solo en Costa Cavalcanti, y mientras quedó en el número 69 y (...) no podíamos hacer nada, sólo era esperar a que llegue su turno, y mientras eso duró, 15 días realmente, (el) esperó hasta que se le atendió. (U10)

[[...] Ele foi para a UPA do Morumbí, aliás foi assim, ele foi colocado na lista de espera de oncologia, que era só na Costa Cavalcanti, e enquanto ele estava no número 69 e (...) não podíamos fazer nada, era só esperar a vez dele chegar, e enquanto isso durou, 15 dias realmente, ele esperou até ser atendido. (U10)].

[...] me espere dos horas para ser atendido cuando me llegó mi turno de ahí entre sí sólo estaba la enfermera y ahí la enfermera miro mi ombligo que tenía y me dijo que tenía que ser visto con un especialista y que lo que yo podía hacer era marcar para de aquí a dos semanas en ese entonces, de ahí [...] mis padres me llevaron a (un centro de salud) Paraguay (U11)].

[[...] eu esperei duas horas para ser atendido quando chegou a minha vez de lá, só a enfermeira estava lá, aí a enfermeira olhou para o meu umbigo e falou que eu tinha que ser atendida com especialista e o que eu podia fazer era pra marcar umas duas semanas naquela época, daí [...] meus pais me levaram para (um centro de saúde) no Paraguai (U11)].

Os relatos dos entrevistados coincidem com os resultados do estudo de Ojeda, Santos e Damiani (2020) que apontaram o longo tempo de espera e a falta de especialistas

na rede pública de saúde chilena entre as principais dificuldades de utilização dos serviços de saúde dos usuários imigrantes.

A demora no atendimento impacta negativamente à aqueles usuários que trabalham ou estudam, pois, a ausência do trabalho ou faculdade pode trazer consequências desfavoráveis. Alguns atribuem o tempo de espera ao número alto de usuários brasileiros presentes nos centros de saúde. Quando o tempo de espera é longo, a probabilidade da desistência é maior, além disso, a tendência é o acesso por outras vias, como os serviços de urgências ou emergências e, isto é relatado exatamente por alguns dos entrevistados.

[...] ya ir al puesto de salud entonces siempre hay muchas personas y tienen prioridad las personas mayores, los ancianos y los niños entonces de repente uno a veces opta por no ir más y buscar medios alternativos (...) Nunca fui al servicio básico, que no accedí porque es igual o quizás un poco mejor, pero igual sigue siendo malo, en cuestión de tiempo que uno tiene que invertir para ir a consultar en el servicio básico familiar, entonces nunca fui porque las clases no me lo permiten, si uno quiere ir se tiene que tomar el día libre al igual que en Paraguay, e ir súper temprano entonces no accedía (U09).

[...] Já ir para o posto de saúde, aí sempre tem muitas pessoas e tem prioridade os idosos, pessoas de idade e as crianças têm prioridade, então, de repente a gente às vezes opta por não ir mais e procurar meios alternativos (...) Eu nunca fui ao serviço básico que eu não acessei porque é igual ou talvez um pouco melhor, mas ainda é ruim em questão de tempo que tem que investir para ir consultar o serviço básico familiar, então, eu nunca fui porque as aulas não permitiam, se você quer ir tem que tirar folga igual no Paraguai, folga e ir super cedo então não concordei com isso, só conheço a UPA por motivo de emergência. (U09)

O longo tempo de espera é realidade nos serviços públicos de saúde dos municípios brasileiros. Buhning (2016) afirma que mais da metade (55%) da população brasileira identifica o tempo de demora no atendimento como o problema prioritário do SUS na própria cidade. A percepção do usuário paraguaio não é muito diferente do brasileiro, inclusive os entrevistados fizeram menção sobre que os tempos de espera no Paraguai eram similares aos do Brasil.

Em relação aos horários, há desconhecimento ou dificuldade em saber os horários de atendimento, quando não é de emergência ou urgências. Porém os usuários que usam o sistema de saúde com mais frequência, sobretudo as UBS, avaliam esses horários de

maneira positiva. E quando os horários do usuário não são compatíveis com a atividade profissional ou de estudos, desistem do atendimento, e o procuram no Paraguai.

[...] los horarios no manejo de ellos porque me fui un horario normal que diría, porque no fue tan de urgencia pero de transporte ya no tengo ni idea. (U04)

[...] eu não administro os horários porque eu fui num horário normal que eu diria, porque não era tão urgente, mas de transporte eu não tenho ideia. (U04)].

O horário que eu acho que tinha interesse em consultar o dentista aqui, mas o horário da unidade que me corresponde na Vila A era acho que eram duas ou três vezes por semana e não que não era compatível comigo então eu também fiz meu tratamento no Paraguai porque eu sei porque não estava de acordo com o meu horário de aula (U11).

[Los horarios que pienso que tenía interés de consultar con el odontólogo acá pero los horarios de la unidad que me corresponde de la Vila A era creo que eran dos o tres veces por semana y no eso no fue compatible conmigo entonces también hice mi tratamiento en Paraguay porque conozco porque chocaba con mi horario de clases (U11)].

Esta falta de conhecimento dos horários dos serviços de saúde é coerente com o relatado anteriormente na subcategoria de desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde pelos usuários transfronteiriços.

A segunda categoria barreiras para o acesso e o uso dos serviços assinala a falta de conhecimento da organização e funcionamento dos serviços de saúde e os direitos à saúde pelo usuário, decorrente em parte da falta de informações oferecidas dentro do sistema de saúde brasileiro. Outras barreiras para o acesso são a documentação exigida para o acesso, a demora no atendimento, as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários paraguaios e o trato discriminatório percebido. O cartão SUS é elemento central para o acesso aos serviços de saúde do paciente transfronteiriço e, a falta de documentação do cartão SUS limita o acesso, exceto no caso de urgências e emergências. Muitos dos paraguaios fronteiriços não possuem documentação necessária para o acesso ao sistema de saúde brasileiro, porém usam táticas fronteiriças para esse acesso.

5.3. Potencialidades para o acesso e uso dos serviços de saúde

A terceira categoria, potencialidades para o uso dos serviços de saúde, está subdividida em quatro subcategorias: a qualidade percebida dos serviços de saúde; a língua intermediária de fronteira; o papel da rede de apoio; e, a proximidade dos centros de saúde e transporte efetivo.

5.3.1. Qualidade técnica percebida dos serviços de saúde

A satisfação do consumidor ou usuário faz referência à avaliação do sistema e dos provedores do atendimento. O cuidado, os custos, a educação dos profissionais impactam na satisfação do paciente (ADAY; ANDERSEN, 1981).

Em geral, a qualidade dos serviços de saúde é percebida como boa ou muito boa, os paraguaios que foram atendidos sentem-se satisfeitos durante os atendimentos, ressaltando a qualidade da atenção, a infraestrutura e os profissionais. Uma das entrevistadas faz menção à qualidade da atenção na especialidade da Oncologia.

Para mí es bueno porque me fui solamente dos veces con él, fui atendido bastante bien, no me puedo quejar, es muy bueno. Todo fue perfecto por eso te digo, tuve una buena experiencia en el hospital. (U04)

[Para mim é bom porque só fui duas vezes, fui muito bem tratada, não posso reclamar, é muito bom. Foi tudo perfeito, é por isso que te digo, tive uma boa experiência no hospital. (U04)].

Me parecen de una calidad y un nivel de atención muy elevados, muy satisfactorio. (U07)

[Considero-os de altíssima qualidade e nível de atenção, muito satisfatórios. (U07)].

La atención es buenísima (...) Ahora que yo conozco cómo es la atención en Brasil, en primer lugar, la infraestructura del hospital, después el tema de los profesionales, el trato a los pacientes, y cómo es esa parte, la parte oncológica (U10).

[O atendimento é muito bom (...) Agora que eu sei como é o cuidado no Brasil, primeiro a infraestrutura do hospital, depois a questão dos profissionais, o tratamento dos pacientes e como é essa parte, a parte oncológica (U10)].

A ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de fronteira e a qualidade de atenção à saúde são dois dos motivos principais de busca por atendimento no SUS por estrangeiros paraguaios no Paraná (GIOVANELLA et al., 2007). Os centros brasileiros são escolhidos pelos usuários transfronteiriços devido ao atendimento de qualidade nos hospitais brasileiros (ALBUQUERQUE, 2012).

Estudo com usuários estrangeiros em São Paulo avaliam de maneira favorável os centros de saúde brasileiros, em especial, os hospitais públicos, devido ao maior número de recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento, os atendimentos especializados e de alta complexidade (MARTES; FALEIROS, 2013).

Outro estudo internacional assinala também que a avaliação da qualidade técnica sobre o acesso universal dos imigrantes residentes em Barcelona é positiva e melhor que a recebida no país de origem (VELASCO; VINASCO; TRILLA, 2016), devido às assimetrias em saúde.

Há necessidade no relato dos entrevistados de comparar os serviços de saúde do Paraguai com os do Brasil, manifestando de maneira reiterada a situação precária na qual se encontra o sistema de saúde paraguaio. A falta de higiene e salubridade dos serviços e o trato dos profissionais são recorrentes nos discursos dos entrevistados.

A mi tío se le atendió súper bien, genial, nada que ver con la atención de acá (Paraguay),...yo te digo que en Paraguay es horrible la atención en primer nivel, el hospital es otro, es otro ambiente allá, nada que ver. (U10)
[Meu tio foi atendido muito bem, nada a ver com o atendimento daqui (Paraguai),... eu te falo que no Paraguai é horrível o atendimento de primeiro nível, o hospital é outro, é outro ambiente lá, nada a ver. (U10)].

[...] La atención a la salud me pareció muy bien [...] el lado brasileiro está súper bien, te juro, a mí me sorprendió, no es nada parecido con lo de acá (Paraguay) Todo es diferente, la forma que te tratan, la higiene, yo si podría me quedaría en Foz. Yo me sentí muy bien en Foz. (U05)

[...] O cuidado com a saúde me pareceu muito bom [...] o lado brasileiro é super bom, eu juro, fiquei surpresa, não é nada parecido com aqui (Paraguai) Tudo é diferente, o jeito que te tratam, a higiene, se eu pudesse, eu ficaria em Foz. Senti-me muito bem em Foz. (U05)].

Aquí en Foz, la atención, el trato y la higiene son mejores, por eso recurrimos al extranjero. (U13)

[Aqui em Foz o atendimento, o tratamento e a higiene são melhores, por isso vamos para o exterior. (U13)].

A avaliação dos usuários entrevistados sobre os serviços de saúde em Foz do Iguaçu não coincide com a realidade do município e, de outras regiões de fronteira, constatado em: a falta de infraestrutura, a inexistência de equipamentos e, a escassez de recursos humanos para o atendimento à população estrangeira (GADELHA; COSTA, 2007; NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007; LIMA, 2012). Outro estudo coincide que durante as entrevistas houve referências a comparações sobre a situação da saúde entre os países de origem e de destino e, especificamente, foram mencionadas a assepsia e organização dos sistemas de saúde pública (MARTES; FALEIROS, 2013).

Bas-Sarmiento et al (2015) afirmam que as diferenças entre os sistemas de saúde de origem e de destino podem influenciar a percepção e satisfação dos participantes, ou seja, a falta de acesso, de recursos no país de origem gera a percepção de que os serviços no outro lado da fronteira são melhores.

A percepção dos paraguaios opõe-se à percepção da qualidade dos serviços pelos usuários brasileiros, pois, segundo a pesquisa do CNI-iBOP de 2012, 61% da população brasileira considera o serviço público de saúde do país como péssimo ou ruim e, 54% define o serviço público da sua cidade como péssimo ou ruim. O serviço de saúde ofertado pelo SUS, no Brasil, é considerado precário pelos próprios brasileiros, reservado para os pobres e miseráveis; como consequência, pode-se perspectivar a precariedade para aqueles fronteiriços, com menos direitos que os nativos (BUHRING, 2016).

Estudo brasileiro sobre barreiras à cobertura e universalização do acesso à saúde em áreas de extrema pobreza constataram precariedade na infraestrutura, tecnologia, equipamentos, recursos materiais e humanos (FRANCA; MODENA; CONFALONIERI, 2016). De acordo com o estudo sobre fronteiras brasileiras de Carneiro Filho e Camara (2019), os espaços de fronteira ainda são áreas marginalizadas com baixos indicadores de renda e emprego, portanto, a precariedade no acesso à saúde pública brasileira poderia ser vivenciada pelos brasileiros, os imigrantes e os transfronteiriços.

Em relação ao trato dos profissionais, a maioria dos usuários avalia como boa ou muito boa a forma de ser abordado pelos profissionais e afirma sentir-se bem atendido. Nos relatos, a ausência da dor é valorizada como bom trato para os usuários e muitos deles tendem a comparar o tratamento recebido no Brasil com o do país de origem.

[...] Vos le veis a los pacientes y parece que no están sintiendo dolor, porque son todos medicados, bien tratados. (U10)

[[...] Você vê os pacientes e parece que eles não estão sentindo dor, porque estão todos medicados, bem tratados. (U10)].

[...] me parecen muy profesionales, los profesionales valga la redundancia de los que prestan servicio tanto los médicos como enfermeras y técnicos que prestan asistencia. (U03)

[[...] eu acho que eles são muito profissionais, os profissionais vale a redundancia que prestam serviço tanto médicos quanto enfermeiros e técnicos que prestam assistência. (U03)].

Y el trato, el trato es pésimo (Paraguay), aquí (Brasil), vamos llevando, con cariño, con “jeitinho” como le dicen, vos le tratais bien y vamos llevando. (U12)

[E o trato, o tratamento é péssimo (Paraguai), aqui (Brasil), a gente vai levando, com carinho, com jeitinho como dizem, você trata bem ele e a gente vai levando. (U12)].

Uma das usuárias da entrevista critica de maneira negativa como os profissionais dos serviços de saúde os atenderam, assinalando que o atendimento inadequado também era estendido aos usuários brasileiros.

[...] pero me di cuenta de que el atendimento malo en general también iba para los brasileños porque había a mi lado una señora que está por desvanecerse y nadie la atendía, incluso escuché comentario de esta señora que exageraba, me parece una falta de empatía total (...) (U09).

[[...] mas eu percebi que os maus cuidados em geral também iam para os brasileiros porque tinha uma mulher perto de mim que estava quase desmaiando e ninguém estava atendendo ela, eu até ouvi um comentário dessa mulher que estava exagerando, parece-me falta de empatia total (...) (U09)].

De acordo com Nogueira, Del Prá, Fermiano (2007), certos elementos citados poderiam ser inerentes ao sistema afetando a todos os usuários, independentemente que sejam paraguaios ou brasileiros, como por exemplo, o trato por parte dos profissionais.

Este estudo assinala um adequado trato dos profissionais no atendimento, com poucas exceções. Chama a atenção que os mesmos entrevistados que avaliaram o trato de maneira positiva, sobretudo comparando com o país de origem, afirmaram a discriminação latente ou expressa em algum momento do atendimento. Esses resultados são similares com

o estudo de Barcelona sobre as percepções de um grupo de imigrantes sobre o Sistema Nacional de Saúde, no qual, 89% da população diz ter sido tratado com respeito durante o acesso à saúde, mas 59,4% afirmaram ter percebido discriminação no trato (VELASCO; VINASCO; TRILLA, 2016).

Por último, um problema detectado especificamente em municípios fronteiriços brasileiros é que, com frequência, a procedência ou origem dos profissionais de saúde atuantes nestas regiões é do interior e, muitos deles não compreendem a dinâmica fronteiriça, ainda faltando experiência ou capacitação. Assim, a necessidade de formação com noções de interculturalidade por parte dos profissionais da saúde para o trato ao usuário fronteiriço é importante para diminuir as barreiras de acesso (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; AZEVEDO, 2015).

5.3.2. Língua intermediária de fronteira

Em relação à fronteira, onde de um lado se fala espanhol e do outro português, os entrevistados não têm dificuldade para entender o português, porém há maior dificuldade em falar. Alguns usuários dominam o português na interação, sem nenhum problema de comunicação. Outros afirmam fazer o uso do “portunhol”, a junção de termos em espanhol e português, durante a comunicação com a equipe de saúde.

[...] Hablo en portugués, me entienden bien. (U02)

[...] Eu falo português, eles me entendem bem. (U02)

[...] No hablo mucho portugués, entiendo pero no hablo. (U08)

[...] Não falo muito português, entendo mas não falo. (U08)

[...] Me comunico en portugués, no es que hable super bien, pero trato, hay que procurar también. (U05)

[...] Eu me comunico em português, não é que fale super bem, mas eu tento, você tem que tentar também. (U05)

[...] mi marido habla correctamente en portugués, creció en la frontera también y yo voy llevando mi fuerte portuñol, como dicen ellos [...] hablamos nuestros brasilero atravesado. (U12)

[...] O meu marido fala bem português, ele cresceu na fronteira também, e estou levando forte meu portuñol, como dizem. [...] falamos nossa encruzilhada brasileira. (U12)

Para Limão (2017), o “portunhol” é a língua intermediária ou de comunicação imediata, própria dos fronteiriços, ou seja, uma língua de fronteira. Este fenômeno é produto de *code-mixing* no qual a língua de base poderia ser o português, onde os falantes bilíngues alternam de uma língua a outra durante a conversação, ocorrendo essa passagem no interior de uma mesma frase, de maneira que o falante demonstra competência comunicativa bilíngue e o receptor da fala possui bom entendimento do enunciado.

A mesma autora explica que na fronteira é desenvolvida uma complexa rede de relações sociais entre grupos e indivíduos, uma zona mista, onde acontece a integração de etnias e línguas diferentes e nasce o portunhol. Portanto, o falar fronteiriço é resultado de várias gerações de contato entre a cultura de duas nações e promovido pela interação regional desta área geográfica, representando um sistema linguístico independente.

Nas regiões de fronteira, por existir um grande fluxo de deslocamentos no cotidiano predomina o cruzamento de línguas. No caso da fronteira entre Paraguai e Brasil, o portunhol é o resultado de cruzamento desses dois idiomas, espanhol e português, descrevendo-o como “fenômeno secular que atravessa as experiências de vida das gerações que viveram e vivem nesses lugares de encontros e desencontros de povos e culturas” (ALBUQUERQUE, 2014, p. 90).

Durante as entrevistas, os usuários usaram palavras em portunhol, por exemplo, “postiños”, em português se diz postinhos e em espanhol, se usa *puestitos*, referindo aos postos (de saúde), misturando o português e o espanhol na fala. Outro exemplo, falar uma frase em espanhol com uma palavra em português, como na frase abaixo, que o entrevistado usa sotaque em português ao invés de *acento* em espanhol.

[...] yo creo que sí que influye bastante el llegar y hablar con un *sotaque* de extranjero que llegar siendo brasileiro yo creo que por la forma que fui atendido la vez que fui creo que podría ser un factor. (U11)

[...] eu acho que tem muito a ver com chegar e falar com sotaque estrangeiro do que chegar como brasileiro, acho que pela forma como fui tratado na época que foi, acho que poderia ser um fator. (U11)].

Portanto, esta região trinacional se caracteriza pela riqueza das línguas procedentes de culturas, onde os profissionais ou usuários podem desenvolver a capacidade de comunicar-se nos dois idiomas principalmente falados na fronteira, o espanhol e o português ou, comunicarem-se no meio do caminho entre os dois idiomas, isto é, falar portunhol. O guaraní é um idioma oficial falado no Paraguai, porém não usado normalmente entre brasileiros e paraguaios e, sim entre os próprios paraguaios no território brasileiro. Um entrevistado afirma na experiência pessoal que a comunicação não é um problema e que ele já teve a experiência de falar em guarani com um médico durante o atendimento.

Me defiendo en el portugués, no tengo ninguna dificultad, además, la mayoría, el 80% digamos entiende los 3 idiomas, Guaraní, español y portugués, aquí en la frontera, el cuarto sería con las señas, más o menos se interactúa todos los días. Sí aquí hay muchas personas, muchos brasileños que entienden perfectamente guaraní, hasta doctores que entienden guaraní. Me tocó a alguien que sabía guaraní. [...] (U04)
[Eu me defendo em português, não tenho dificuldade, além disso, a maioria, 80% vamos dizer, entendem os 3 idiomas, guarani, espanhol e português, aqui na fronteira, o quarto seria com as sinais, que mais ou menos se interatua todos os dias. Sim, tem muita gente aqui, muitos brasileiros que entendem guarani perfeitamente, até médicos que entendem guarani. Eu topei com alguém que conhecia o guarani. [...] (U04)].

Este estudo coincide com o desenvolvido por Martes e Faleiros (2013), no qual, afirma-se que as semelhanças entre os idiomas, português e o espanhol, abre um canal de comunicação entre a equipe de saúde e estrangeiros.

Na região de fronteira entre Brasil e Paraguai, com idiomas semelhantes e pelo uso do portunhol, o acesso é favorecido, porém com limitações conforme comentando na categoria de barreiras para o acesso, subcategoria comunicação técnica entre equipe de saúde brasileira e usuários paraguaios.

5.3.3. Papel da rede de apoio

A rede de apoio é considerada fonte de informação eficiente que facilita desde a documentação para a obtenção do cartão SUS como o acompanhamento do usuário ao local de referência. Este círculo social é formado por familiares, amigos, conhecidos que atuam como agentes de intermediação para facilitar o acesso, com a peculiaridade de ser estendido para o outro lado da fronteira.

Alguns dos usuários têm família no Brasil ou relação direta com brasileiros decorrente das relações de trabalho ou estudos e, essas relações facilitam a interface com os serviços de saúde. Desta maneira, aqueles que têm familiares usam o endereço familiar ou deslocam-se temporariamente para o dito acesso.

[...] Tengo hermanos, hijas, que tienen su casa acá. Y tengo tarjeta de SUS y tengo CPF. (U02)

[...] Eu tenho irmãos, filhas, que têm sua casa aqui. E eu tenho cartão SUS e CPF. (U02)].

[...] La señora donde estoy, ella es una amiga mía, ella siempre me ayudaba en todo, ella siempre estaba conmigo, ella antes vivía en Paraguay y yo estaba en Paraguay trabajando con ella, hace seis años que ella se mudó para acá, ella es brasileña, su marido es brasileño. (U8)

[...] A senhora onde eu estou, ela é minha amiga, ela sempre me ajudou em tudo, ela sempre esteve comigo, ela morava no Paraguai e eu estava no Paraguai trabalhando com ela, há seis anos ela se mudou para cá, ela é brasileira, o marido dela é brasileiro. (U8)].

Estudos com usuários estrangeiros reafirmam as redes familiares como promotoras do acesso, favorecendo o conhecimento, as informações sobre o sistema, os cuidados e o financiamento dos custos do tratamento (MARTES; FALEIROS, 2013; SOUZA, 2013; NASCIMENTO; DE ANDRADE, 2018). Alguns dos usuários descrevem como os familiares se uniam e ajudavam nos custos dos tratamentos.

[...] Cómo cubrimos esos gastos, haciendo comida, vendiendo pollada, como dicen hacemos pizzada, tallarinada, así vamos pidiéndole a los parientes, a veces, ya tenemos vergüenza de pedir ayuda a los parientes,

pidiendo aquí allá, los medicamentos de ella y así vamos llevando, el gasto es en pasaje, verdad? (U12)

[...] Como nós pagamos essas despesas, fazendo comida, vendendo frango, ou como dizem, a gente faz pizzada, macarrão, aí a gente vai pedindo aos parentes, às vezes, a gente já tá com vergonha de pedir ajuda aos parentes, pedindo aqui ali, os remédios dela e aí a gente vai, o custo é passagem, verdade? (U12)].

[...] no sé, teníamos que hacer una pollada para para juntar plata, porque mi tío es de escasos recursos, todos somos así humildes, y ahí fue todo exonerado, todos los gastos [...] (U10)

[...] não sei, a gente tinha que fazer um frango pra arrecadar dinheiro, porque meu tio tem poucos recursos, somos todos tão humildes, e aí foi tudo exonerado, todas as despesas [...] (U10)].

Esta rede parece cumprir papel importante especialmente em usuários com escassos recursos econômicos para o acesso, de maneira que os usuários são acompanhados por familiares e amigos ou ajudando, superando a barreira econômica.

Um dos usuários foi ajudado pela sobrinha, estudante de Medicina e, com capacidade para fazer frente a todos os trâmites para a obtenção do SUS para seu familiar, de profissão, pedreiro e de baixo nível educacional. Aqueles que não contam com rede de apoio acabam perguntando e recebendo ajuda a partir de pessoas que se dispõem a dar suporte para que eles tenham acesso aos serviços de saúde.

[...] se te abren las puertas en los hospitales, a través de amigos o personas pudientes o amistades. (U13)

[...] as portas estão abertas para você nos hospitais, por meio de amigos ou pessoas ricas ou amizades. (U13)].

Burón (2012) identifica o baixo nível de renda como fator que influencia o acesso aos serviços de saúde em imigrantes, contudo, as redes de apoio superam esta barreira favorecendo que o usuário acesse aos serviços de saúde.

Estudo em São Paulo identifica também uma rede de apoio formada por proprietários de oficinas e os agentes comunitários de saúde, que atuam como facilitadores de dito acesso, inclusive para a obtenção de documentação e outros tipos de ajuda humanitária (MARTES; FALEIROS, 2013).

No município de Foz do Iguaçu, alguns usuários percebem a Casa do Migrante como recurso de apoio, possivelmente, em decorrência de que a pessoa responsável atende

há mais de 12 anos a população, especialmente os paraguaios, que procuram ajuda e, encontram apoio para a resolução das questões relacionadas à fronteira.

[...] Vengo desesperadamente para pedirle ayuda acá la Casa de Migración para poder hacer alguna cosa a mi hijo que está accidentado y que no tiene documento acá en Brasil, y estoy buscando una ayuda, como derecho humano. (U06)

[...] Venho desesperadamente pedir ajuda aqui na Casa de Migração para poder fazer alguma coisa pelo meu filho que está ferido e não tem documento aqui no Brasil, e estou procurando ajuda, como um direito humano. (U06)

Lembra-se que a Casa do Migrante, situada em local estratégico, do lado da Ponte de Amizade, entre Brasil e Paraguai, cumpre esta função de apoio e intermediação entre os serviços de saúde e os migrantes para estes usuários (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

Durante a realização das entrevistas deste estudo, foi observada e registrada a importância da Casa do Migrante como recurso de apoio valioso para os usuários transfronteiriços, sobretudo, porque estes usuários encontram na figura da irmã Terezinha Maria Mezallira, bilíngue, um espaço de acolhimento e de abertura que facilita a expressão em espanhol dos medos e incertezas em relação aos problemas de saúde, sem sentir-se discriminados ou julgados durante a comunicação.

Alguns usuários destacam a importância do liame de convivência e reciprocidade de *irmãos e vizinhos* entre paraguaios e brasileiros na fronteira.

[...] la mayoría (de los paraguayos) accede preguntando, verdad, viendo o recibiendo una ayuda de un hermano brasileiro, así conocido, verdad? (...) tengo una conocida que me cede un espacio, una pieza (...) ella me acompaña (centro de salud) y dice, no, ella vive en mi casa. Y así vamos tirando, la situación no es fácil (U12).

[[...] a maioria (dos paraguaios) acessa perguntando, né, procurando ou recebendo ajuda de um irmão brasileiro, assim conhecido, certo? (...) tenho uma conhecida que me dá um espaço, um quarto (...) ela me acompanha (centro de saúde) e diz, não, ela mora na minha casa. E assim vamos puxando, a situação não é fácil (U12)].

A região transfronteiriça estudada diferencia-se pela mobilização de seus atores sociais em redes de solidariedade, predominando os vínculos duradouros e estruturalmente

organizados entre os habitantes de regiões de países diferentes, separados por curtas distâncias. De maneira que o espaço fronteiriço permite aos paraguaios criar redes de apoio por meio de permutas nas mais diversas áreas econômicas, comerciais, culturais, políticas e, de saúde também, buscando as ações para a melhor opção de localização no espaço (CARNEIRO FILHO, 2013; SOUZA, 2013).

Quando as redes de solidariedade vencem outros interesses existentes, o acesso ao SUS se promove de maneira praticamente universal, superando as barreiras impostas pela fronteira. De maneira que as estratégias de acesso à saúde, caracterizadas pelas redes de apoio que os usuários transfronteiriços paraguaios encontram na fronteira, conseguem superar os elementos dificultadores desse acesso aos serviços de saúde no lado brasileiro (SOUZA, 2013; AZEVEDO, 2015).

5.3.4. Proximidade dos centros de saúde e o transporte efetivo

A distância entre Foz do Iguaçu e Cidade do Leste é de 12 quilômetros, de Presidente Franco 10,5 quilômetros e, o mais longe é Hernandarias 18,5 quilômetros (PARAGUAI, 2015), distâncias muito curtas entre ambos os países.

Apointa-se como dado relevante que a busca dos serviços de saúde no Brasil é por motivos de ser o local geográfico mais próximo da residência do usuário, em média de 15 a 30 minutos em função da distância.

[...] quince minutos tardo de casa hasta el hospital y si no podemos cruzar con algún vehículo, le monto en una moto a ella y me monto y más rápido todavía. No hay un hospital de Cardiología (Paraguay). (U12)

[[...] eu levo quinze minutos de casa até o hospital e se a gente não consegue atravessar com veículo, coloco ela de moto e subo e ainda mais rápido. Não há hospital de cardiologia (Paraguai). (U12)].

Para os usuários, o traslado não é considerado um problema porque existe um serviço público de transporte, tanto ônibus quanto moto táxi, que traspasa a fronteira no

cotidiano. Além, alguns dos usuários são pendulares, desenvolvendo as atividades de trabalho ou estudo no Brasil o que facilita o acesso aos serviços de saúde pública.

No atendimento a nível secundário, a distância entre a residência do sujeito para o centro de saúde brasileiro mais próximo é de 12 quilômetros em media, ou seja, de 15 a 30 minutos, já se for atendido no país de origem, dependendo da especialidade exigida, a distância entre a residência do sujeito e o centro de saúde pode chegar a ser no mínimo de 320 km, ou seja, a 5 horas da residência do sujeito para o centro de saúde paraguaio mais próximo, por exemplo, da capital Assunção.

Outro aspecto comentado em algumas entrevistas é que o serviço de saúde demandado não é ofertado em nenhum centro de saúde ou hospital no Paraguai, isto é comum no nível terciário de atenção.

Cerca no, solo en Asunción, ahora mismo no sé porque ya no tengo tampoco el seguro de IPS, entonces, no sé donde me voy a ir en Paraguay al menos. Sería Foz, otra opción sería Posadas, a 5 horas. O en Puerto Iguazú, pero nunca consulté. (U03)

[Não perto, só em Assunção, agora eu não sei porque não tenho mais seguro IPS, então não sei para onde eu vou pelo menos no Paraguai. Seria Foz, outra opção seria Posadas, a 5 horas de distância. Ou em Porto Iguazu, mas eu nunca consultei (U03)].

[...] me pidieron tratamientos de quimioterapia, radioterapia que no hay en Ciudad del Este. En Asunción por ejemplo hay muchísima gente, te dan meses y meses de espera para salirte, solo hay una máquina, prolonga mucho y aquí la señora donde estoy viviendo me dijo que acá, en Costa Cavalcanti es el único lugar que hay, y es muy caro, si es que vas a hacer vía privado. (U08)

[[...] Me pediram quimioterapia, radioterapia que não tem em Cidade do Leste. Em Assunção, por exemplo, tem muita gente, te dão meses e meses de espera para sair, só tem uma máquina, demora muito e aqui a senhora onde eu moro, me disse que aqui em Costa Cavalcanti é o único lugar que existe, e é muito caro, se você for fazer isso em particular. (U08)].

Os resultados deste estudo coincidem com o estudo de Azevedo (2015) nos municípios fronteiriços margeados pelo Lago de Itaipu, no qual, afirma-se que um dos motivos da procura do SUS no lado brasileiro é que os usuários paraguaios residem em municípios afastados dos centros de saúde paraguaios, evidenciando a ausência e a insuficiência de serviços de saúde no país de origem.

Nos municípios paranaenses, a demanda de estrangeiros é também consequência da necessidade dos usuários se deslocarem para as cidades de grande porte ou a capital, Assunção, para o acesso à saúde nos serviços especializados e, portanto, termina sendo mais fácil atravessar a fronteira para a procura dos serviços em saúde no Brasil que o atendimento no próprio país (FABRIZ, 2019).

O paraguaio transfronteiriço, de baixa renda e sem oferta de serviços no país de origem, encontra como alternativa viável e, talvez a única, o acesso e uso dos serviços públicos de saúde no lado brasileiro, a escassos quilômetros de distância do local de residência.

A terceira categoria potencialidades de acesso e uso dos serviços de saúde registra que os paraguaios avaliam positivamente a qualidade técnica dos serviços porque são comparados com os sistemas de saúde de origem, influenciando na percepção e satisfação dos participantes. Um dos motivos da procura é a proximidade dos centros de saúde brasileiros em relação à residência do usuário no município limeiro no Paraguai. O português é usado como língua intermediária de fronteira, facilitando o acesso desses usuários. A Casa do Migrante atua como primeira via de acesso no sentido de informar ao usuário sobre a parte legal e de tramitação do cartão SUS, sendo citada como rede de apoio existente na região trinacional, além do papel solidário dos familiares, amigos ou conhecidos, brasileiros ou paraguaios, residentes no município de Foz do Iguaçu.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de acesso à saúde dos estrangeiros no Brasil tem sido abordada de maneira limitada, especificamente na região de fronteira, sendo pouco analisados tanto os fatores relacionados com a demanda desses usuários quanto os da oferta, e necessita-se a realização de mais pesquisas qualitativas na área.

O caso particular das cidades gêmeas, entre Foz do Iguaçu e Cidade do Leste, na fronteira entre o Brasil e Paraguai, foi objeto de estudo da pesquisa, destacando a importância da fluidez e coesão territorial para a mobilidade fronteiriça em vários setores, especialmente da saúde, do usuário tranfronteiriço.

O presente estudo se mostrou relevante ao procurar aproximar a realidade vivenciada pelos paraguaios no acesso à saúde, por meio da pesquisa de campo realizada, e, tendo por base conceitual o modelo de Aday e Andersen (1974), amplamente usado na comunidade científica para o estudo do acesso à saúde, que serviu de referência para explicar o acesso à saúde dos paraguaios na região de fronteira.

Os resultados da pesquisa sobre a experiência de acesso aos serviços públicos de saúde dos usuários tranfronteiriços paraguaios na região fronteiriça do município de Foz do Iguaçu contribuem para o entendimento tanto da experiência desses usuários quanto para o conhecimento dos elementos dos serviços de saúde que dificultam ou favorecem o acesso destes sujeitos aos serviços de saúde, da perspectiva dos usuários. Por outro lado, a identificação das demandas dos usuários favorece o fomento e o cuidado, preservando os direitos à saúde deste coletivo na região fronteiriça, entre ambos os países. Portanto, os discursos dos participantes paraguaios tranfronteiriços permitiram a identificação das experiências de acesso e o uso dos serviços de saúde em Foz de Iguaçu.

Os paraguaios da cidade gêmea de Foz do Iguaçu procuram habitualmente os serviços de saúde do outro lado da fronteira decorrente da falta de oferta no próprio país, sendo os motivos principais da procura dos serviços de saúde do lado brasileiro, a precariedade e insuficiente infraestrutura nos serviços de saúde na Cidade do Leste, a menor distância dos centros, e a gratuidade no lado brasileiro.

A principal via de acesso dos usuários entrevistados é os serviços de urgência e emergência, justificado pelos limites no direito do acesso. Portanto, esse acesso se encontra localizado com maior frequência nos serviços de emergência se comparado com o primeiro nível, ou segundo nível de assistência, pouco utilizados, e usam os serviços quando a doença não lhes permite continuar trabalhando, a partir do conceito utilitarista.

Os transfronteiriços se caracterizam por terem falta de conhecimento sobre a dinâmica e organização dos serviços públicos de saúde, desconhecem os direitos à saúde do usuário, encontram restrições pela burocrática documentação exigida para a obtenção do cartão SUS, identificam um trato discriminatório por serem estrangeiros, consideram os tempos de espera longos, avaliam positivamente a qualidade técnica dos serviços e o trato recebido pelos profissionais, usam o *portunhol* como língua intermediária com os profissionais que favorece a comunicação apesar da identificação de dificuldades para serem compreendidos pelos profissionais e, contam com uma rede de apoio para o acesso.

A percepção geral tida pelos paraguaios sobre o acesso e uso dos serviços de saúde em Foz do Iguaçu é de ser bom e viável, porém condicionado às possibilidades de obter o cartão do SUS, e à compreensão maior do funcionamento dos serviços de saúde. No discurso dos entrevistados, há necessidade de comparar a qualidade dos serviços entre ambos os países, enfatizando as dificuldades e o alto custo dos tratamentos no Paraguai para quem não está assegurado.

A principal barreira de acesso identificada no município de Foz do Iguaçu é o cartão SUS, a partir da documentação exigida por motivo da alta burocracia e as medidas administrativas adotadas pelas unidades básicas de saúde no município. A falta de documentação limita o acesso, exceto no caso de urgências e emergências.

O desconhecimento do direito à saúde é generalizado e observa-se tanto nos gestores locais e profissionais quanto nos usuários, sendo barreira de acesso que impacta na saúde e na vida destes usuários transfronteiriços que, às vezes, têm como única via de tratamento o município de Foz, pois não há serviços de saúde disponíveis no Paraguai para o tratamento ou o centro encontra-se localizado longe da residência do usuário.

Da análise dos relatos, observa-se a relação existente entre os elementos facilitadores e as barreiras tanto do lado da oferta dos serviços quanto dos usuários

transfronteiriços. Assim, a barreira da falta de conhecimento dos serviços de saúde se deve tanto à falta de informação proporcionada pelos serviços de saúde quanto ao baixo nível educativo de alguns dos usuários e à falta de busca ativa de informação por parte deles.

As mudanças de governo no poder geram a descontinuidade no acesso dos paraguaios transfronteiriços e observa-se uma linha quebrada na continuidade do atendimento nesta região trinacional, apontando que a cada gestão política se produzem mudanças político-sociais gradativas gerando o fluxo descontínuo dos serviços ofertados.

Os usuários pendulares buscam receber tratamento, diminuir a dor, sobreviver à doença de maneira digna, independentemente das políticas públicas em saúde vigentes, portanto, as demandas em saúde continuam em um fluxo contínuo de procura na região de fronteira de Foz do Iguaçu, como é comum em outras regiões de fronteira no Brasil. Esse fato vivenciado pelos gestores ou profissionais da saúde neste contexto geográfico peculiar obriga-os a tomar atitude frente ao que sucede na fronteira, ressaltando a utilização de critérios aleatórios para o acesso por parte dos profissionais ou do centro.

Por outro lado, os transfronteiriços se adaptam ao sistema com comportamentos em vários casos controversos, as táticas fronteiriças. Paradoxalmente, a burocracia existente na fronteira põe de manifesto as brechas existentes para o emprego dessas táticas, ajudados pela rede existente na região de fronteira, superando essas barreiras para o atendimento em saúde. Esses comportamentos fazem parte do modo de funcionar dos cidadãos na fronteira, porém essa situação precariza o sistema de saúde, e manifesta a necessidade de resolução do problema a nível supranacional, envolvendo vários atores de ambos os países.

Entretanto, esses fatores e outras carências por parte dos usuários, tais como a falta de conhecimento dos serviços de saúde, o insuficiente nível educativo ou o baixo nível de renda são atenuados pela rede de solidariedade existente na região de fronteira. Essa rede de apoio está formada por familiares ou amigos do outro lado da fronteira, os *vizinhos*, além do papel técnico efetivo de intermediação da Casa do Migrante de Foz do Iguaçu.

Os resultados obtidos comparados com outros estudos internacionais, com imigrantes ou transfronteiriços, revelam que as barreiras ou problemas que enfrentam os estrangeiros na hora do acesso à saúde não são muito diferentes aos enfrentados na região trinacional. As barreiras dos tempos de espera excessivos, o desconhecimento do direito à

saúde, a falta de informação adaptada para o usuário, a percepção de discriminação, a necessidade de qualificação das equipes de profissionais, a importância das redes de apoio, e o acesso predominante em urgências coincidem com outros estudos de acesso à saúde.

Este estudo manifesta que o acesso à saúde do paraguaio transfronteiriço no município de Foz do Iguaçu está restrito a situações de emergência ou urgência, sem a atuação da universalidade como instrumento de cidadania internacional. Os usuários e as equipes de saúde necessitam estar bem informados sobre os direitos à saúde, garantindo esse acesso universal e superando as barreiras existentes.

Em relação às recomendações, a oferta e difusão de informação sobre o funcionamento e organização dos serviços de saúde, em idioma espanhol, por parte do sistema de saúde brasileiro, é uma necessidade identificada durante o estudo tanto para o paciente transfronteiriço, garantindo o conhecimento dos direitos à saúde como usuários, quanto para as equipes de gestão local e profissionais, compreendendo as políticas de saúde aplicadas para os transfronteiriços, e criando protocolos e fluxos padronizados para o atendimento. A qualificação da equipe de saúde para a interação intercultural adequada e no idioma do transfronteiriço é uma das necessidades para a melhora da comunicação entre o usuário e o profissional.

Para que a transfronteirização seja um fato a partir das políticas públicas será indispensável uma compreensão supranacional, já que os fluxos e interações acontecem de um lado da fronteira para outro. A intersetorialidade é estratégia chave para diminuir as desigualdades em saúde e, necessita-se de um novo modelo de governança, envolvendo a todos os atores inter-regionais.

A integração entre fronteiras deve continuar avançando, adaptando o exemplo da União Europeia ao caso do MERCOSUL. É necessário prosseguir com o movimento de integração regional em saúde nas fronteiras, a nível local sem sobrecarregar ao estatal, assumindo a responsabilidade pelo contexto fronteiriço vivenciado, com o desenvolvimento de ações intersetoriais orientadas a essa integração, a partir do estabelecimento de acordos bilaterais entre as cidades gêmeas e programas de cooperação transfronteiriça em saúde, visando a formalização e estruturação dos fluxos, com maior autonomia do governo central.

Para que a integração regional em saúde entre os municípios fronteiriços de Brasil e Paraguai seja efetiva, será importante a articulação em conjunto com o MERCOSUL.

Estudar a dinâmica das fronteiras dos usuários transfronteiriços é um desafio devido à complexidade de múltiplos fatores paradiplomáticos, legais, identitários e financeiros, entre outros, relacionados a esse acesso. Entretanto, a solidariedade na fronteira pela rede social existente entre os fronteiriços, paraguaios e os brasileiros, continua sendo realidade vivenciada no cotidiano da região trinacional. Espera-se que a convergência de esforços entre todos os atores transfronteiriços, públicos e privados, possibilitem a integração regional na área da saúde, diminuindo as barreiras de acesso à saúde, para um viver mais digno e fraterno dos seus habitantes.

REFERÊNCIAS

ADAY LA., ANDERSEN R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv. Res.** 1974;9(3):202-20.

ADAY, LA. ANDERSEN R. Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview. **Medical Care** Vol. 19, No. 12, Supplement: Access to Medical Care: Progress, Problems and Prospects (Dec., 1981), pp. 4-27.

AGUDELO-SUÁREZ et al. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. **BMC Health Services Research** 2012, 12:461. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-461>>. Acesso em: 01 out. 2020

AGUSTINI, J., NOGUEIRA, V. M. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2010, n.102, pp.222-243. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200003>>. Acesso em: 01 out. 2020.

AIKES, Solange, RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde; **Cad. Saúde Pública.** 34 (8) 20 Ago 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00182117>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

AIKES, Solange, RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Acesso do Transfronteiriço aos Serviços de Saúde em Cidades Gêmeas do Paraná. **Cienc Cuid Saúde.** 2019 Out-Dez 18(4) e43582 Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43582/751375149001>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

AIKES, S., RIZZOTTO, M. L. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.2, e180196, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n2/e180196/>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

AIZENBERG, L., RODRÍGUEZ, M. L., CARBONETTI, A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. **Migr. Inter** vol. 8 n.º. 1 Tijuana ene./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062015000100003>. Acesso em: 01 dez. 2020.

ALBUQUERQUE, J.L.C. **A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai.** Editora Annablume. São Paulo, 2010.

ALBUQUERQUE, J.L.C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**. 2012, vol. 3, núm. 2, 185-205. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/38816065.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ALBUQUERQUE, J.L.C. As Fronteiras do Portunhol Selvagem. **Revista TB**, Rio de Janeiro, 196: 89/108, jan.-mar., 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7663108/As_travessias_do_portunhol_selvagem>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ALBUQUERQUE, J.L.C. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Tomo**. N. 26 Jan/Jun. 2015. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/viewFile/4404/3642>>. Acesso em: 04 de abr. 2019.

ALUM, Julia Noemi Mancuello; BEJARANO, Maria Stella Cabral de. Sistema de Salud de Paraguay. **Rev. Salud Pública Parag.** 2011; Vol. 1 (1): 13-25. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

ANDERSEN R, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc.** 1973; 51:95-124.

ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav.** 1995 Mar;36(1):1-10.

ARREDONDO A, MELÉNDEZ V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. **Salud Pública Mex.** 1991;34(1):36-48. Disponível em: <https://www.academia.edu/35046739/Modelos_explicativos_sobre_la_utilizaci%C3%B3n_de_servicios_de_salud_revisi%C3%B3n_y_an%C3%A1lisis>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ARRIVILLAGA; BORRERO. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(5):e00111415, mai, 2016 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ALTO PARANÁ. DGEEC Necesidades Básicas Insatisfechas – Paraguay. 2002. Disponível em: <<https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20NBI/10%20NBI%20Alto%20Parana.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2020.

ALTO PARANÁ. Proyección de la Población por Sexo y Edad, 2019. Disponível em: <https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Proyecciones%20por%20Departamento%202019/10_Alto%20Parana_2019.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.

ALTO PARANÁ. Gobierno Departamental. 2020. Disponível em: <<http://www.altoparana.gov.py/v0/index.php/ciudad-del-este>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

AZEVEDO, Suelen Terre de. **A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Oeste de Paraná. Marechal Cândido Rondon, 2015. Disponível em: <<http://tede.unioeste.br/handle/tede/1673>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BAENINGER, Rosana; FERNANDES, Adriana (Organizadores). **Migrações Sul-Sul**. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População-Elza Berquóll, Nepo/Unicamp, 2018 (2ª edição). 976 p. Disponível em: <http://nempsic.paginas.ufsc.br/files/2015/02/LIVRO_MIGRA%C3%87%C3%95ES-SUL-SUL.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BAENINGER, Rosana; MESQUITA, Romeu Bonk. Integração regional e fronteiras: desafios para a governança das migrações internacionais na América Latina. **Revista Transporte y Territorio** n. 15, Buenos Aires, AR. 2016. P.146-163.

BARBOSA ML, CELINO SDM, CARNEIRO AG, COSTA GMC. Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros. **Esc Anna Nery** 2016; 20(4):e20160092.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BAS-SARMIENTO, P., FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ M, ALBAR-MARÍN M. J.; GARCÍA-RAMÍREZ, M.. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. **Gac Sanit**. Vol. 29 n°. 4 Barcelona jul./ago. 2015 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BAUERMAN, C. L., CURY, M. J.; Políticas Públicas de Saúde: o Caso da fronteira entre Brasil/Paraguai. **XI Encontro Nacional da Anpege**. 2015. Disponível em: <<http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/12/375.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BENDASSOLLI, P. F. Reconsidering theoretical naïveté in psychological qualitative research. **Social Science Information**. 53(2), 2014, 163-179.

BENEDETTI, A, SALIZZI, E. Fronteras en la construcción del territorio argentino. Cuadernos de Geografía: **Revista Colombiana de Geografía**, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 121-138, 2014.

BENVENUTO, Jayme. **Integração Regional a partir da fronteira do Brasil, Argentina e Paraguai**. Curitiba: Juruá, 2016. 160p.

BONTEMPO CGC, NOGUEIRA V, GIMENEZ RP. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cad Ibero-Am Dir Sanit**. 2013;2(2):908-19. Disponível em: <<https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.131>>. Acesso em: 9 set. 2020.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na Fronteira e o Direito: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. Monografia. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_fronteira_direito.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

BRANCO M.L., TORRONTEGUY M.A.A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit**. Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/viewFile/133/175>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Portaria Nº 1.560, de 29 de agosto de 2002. **Ministério de Saúde**. DO 178, de 13/9/02, página 42, seção I.

BRASIL. Portaria Nº 1.120, de 06 de julho de 2005. **SIS FRONTEIRAS**.

BRASIL. Portaria Nº 1.188, de 05 de junho de 2006. **SIS FRONTEIRAS**.

BRASIL. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Decreto Nº 6.975, de 7 de outubro de 2009. Promulga o **Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul** – Mercosul, Bolívia e Chile, assinado por ocasião da XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum, realizada em Brasília nos dias 5 e 6 de dezembro de 2002. 2009.

BRASIL. Portaria Nº 125, de 21 de março de 2014. DOU. **Cidades Gêmeas**.

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2015 – SMSA. Dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas para elaboração, recadastramento e atualização do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), bem como as orientações de sobre todos os documentos que devem ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - PR. **Secretário Municipal da Saúde**. 2015a.

BRASIL. Ministério da Integração Regional (MIN). Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Regional. 2015b.

BRASIL. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de maio de 2017a.

BRASIL. Decreto Nº 25.902, de 11 de outubro de 2017. **Estabelece "Situação de Emergência" relativamente aos serviços de saúde básica, urgência e emergência no Município de Foz do Iguaçu, em virtude do iminente risco de desassistência.** Substituindo o Decreto Nº 25.072, 19 de Janeiro de 2017. 2017b.

BRASIL. MSC Nº 497, 11 de Setembro de 2018. Do Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas. Assinado em Brasília, em 23 de novembro de 2017. DOU. 2018b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=35A4E21D0C C23912794AB13D8E152770.proposicoesWebExterno2?codteor=1685370&filename=Avulso+-MSC+497/2018. Acesso em: 01 dez. 2020. 2018a.

BRASIL. Portaria Nº 3, de 28 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados em relação à tramitação dos requerimentos de autorização de residência, registro e emissão da Carteira de Registro Nacional Migratório, especifica a documentação necessária para instrução dos pedidos e define o procedimento de registro de autorizações de residência concedidas a refugiados, apátridas e asilados. **Diário Oficial da União**. Seção 1. 28 Fev, 2018b.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 9, de 14 de março de 2018. **Regulamenta a autorização de residência ao imigrante que esteja em território brasileiro e seja nacional de país fronteiriço, onde não esteja em vigor o Acordo de Residência para Nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL e países associados.** 2018c.

BRASIL. PDL 765/2019, 18 de Dezembro de 2019. **Projeto de Decreto Legislativo de Acordos, tratados ou atos internacionais.** 2019a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2235911>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. **Surgimento do PROSUL**. Ministério das Relações Exteriores. 2019b.

BUHRING, M. A. **Mobilidade, fronteiras & direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria Advogado Editora, 2016. 245p.

BURÓN, A., VAZQUEZ M.L., COTS F., CASTELLS X. **Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud**. Publicia, Catalunya, 2015.

BURÓN, ANDREA. **Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya**. Teses. Universitat Autònoma de Barcelona. 2012. Disponível em: <<https://www.tesisenred.net/handle/10803/96528>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

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

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

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

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira; CAMARA, Lisa Belmiro. Políticas públicas na faixa de fronteira do Brasil: PDFF, CDIF e as políticas de segurança e defesa. **Confins** 41 | 2019. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/confins/22262>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CASTLES, S. Entendendo a migração global: uma perspectiva desde a transformação social. **REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. Brasília, DF, v. 18, n. 35, p.11-43, 2010.

CAZOLA LHO, PÍCOLI RP, TAMAKI EM, PONTES ERJC, AJALLA ME. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2011;29(3):185–90. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n3/185-190/pt>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CNESNet. Secretária de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CNM. Criada comissão para estimular desenvolvimento de Municípios da faixa de fronteira. **Portal CNM**. 13 Ago. 2019. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/criada-comissao-para-estimular-desenvolvimento-de-municipios-da-faixa-de-fronteira>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S.. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva** (Supl 1), 2009.

CONTE, Claudia Heloiza. Comércio e Deslocamento Pendular: Posicionamentos Sobre A Rede Urbana de Foz Do Iguaçu. **Revista Georaguai**, v. 3, n. 2, 2013.

COMES, Y., SOLITARIO, R., GARBUS, P., MAURO, M, CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A., SOTELO, R., STOLKINER, A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. 2007, XIV. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE ANDRADE; Integração Fronteiriça: Análise da Implantação do Acordo Bilateral sobre Localidades Vinculadas em São Borja (RS); 9o. SIEPE, 21 a 23 de novembro de 2017; **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v.9, n.3 (2017); Universidade Federal do Pampa. Disponível em: <<http://publicase.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/30780/16294>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

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

FABRIZ, A. L. **Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná: um estudo avaliativo**. 2019. Tese de (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-22102019-201716>>. Acesso em: 31 out. 2020.

FARIA, Mariana; GIOVANELLA, Ligia; BERMUDEZ, Luana. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 920-934, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400920&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2020.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pasquotto; BRATICEVIC, Sergio Iván. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saude soc.** [online]. 2015, vol.24, n.4, pp.1137-1150. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>>. Acesso em: 04 out. 2020.

FLEURY S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. **Lancet**. 2011;377(9779):1724-5. Disponível em:

<https://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/brazil_health_care.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

FIORATI RC, ARCÊNCIO RA, SOUZA LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2683. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

FLICK, U. **Introdução a Pesquisa Qualitativa**. Métodos de Pesquisa. Editora Artmed, 3ª ed, 2009.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2011. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=13746>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FRANCA, V. H. de; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. Visión multiprofesional sobre las principales barreras en la cobertura y acceso universal a la salud en territorios de extrema pobreza: contribuciones de enfermería. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2016, vol.24, e2795. Epub 03-Mayo-2016. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1042.2688>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FRENK J, MOON S. Governance challenges in global health. **N Engl J Med**. 2013;368(10):936-42.

FRENK J. El concepto y la medición de la accesibilidad. **Salud Publica Mex** 1985;438-53. Disponível em: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GADELHA, C. A. G., COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, vol. 3, suppl. 2Rio de Janeiro,

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GARZA-ALMANZA, Victoriano. Modelo de integracion transfronteriza en salud y ambiente. **Cultura Científica y Tecnológica**, [S.l.], n. 28, may 2015. Disponible en: <<http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/376/356>>. Fecha de acceso: 25 nov. 2020.

GIOVANELLA L., GUIMARÃES L., NOGUEIRA V. M. R., LOBATO L. V. C., DAMANCENA G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad Saúde Publica**. 2007; 23(2 Supl):S251-S266. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In. Eibenschutz, Catalina. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996. p. 177-198. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GLINOS I. A., BAETEN R., HELBLE M., MAARSE H. A Typology of Cross-Broder Patient Mobility. **Health & Place**. 2010; 16(6):1145-1155. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829210001085?via%3Dihub>> Acesso em: 04 abr. 2019.

GLINOS, Irene; WISMAR, Matthias. **Hospitals and borders: Seven case studies on crossborder collaboration and health-system interactions**. Brussels. European Observatory on Health Systems and Policies. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/263671912_Hospitals_and_Borders_Seven_cas>

e_studies_on_cross-border_collaboration_and_health_system_interactions>. Acesso em: 27 dez. 2020.

GOMES, Joséli Fiorin. A contribuição da Rede Mercocidades para o desenvolvimento da integração fronteiriça junto ao Mercosul: o papel da paradiplomacia municipal sul-americana na concretização da integração regional em zonas de fronteiras. **Revista Intellecto**. CENEGRI. v. 13, n. 26, p. 05-19, 2017.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Trad. SILVA, M.A.F. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GUERRA, K.; VENTURA, M.; Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cad. Saúde Coletiva**. RJ, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2017000100123&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GUIMARÃES L, GIOVANELLA L. Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. **Saúde em Debate**; 29(71): 248-257, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256003.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

G1 PR. Estrangeiros que tem cartão SUS em Foz do Iguaçu são fiscalizados. **Globo.com**. Oeste e Sudoeste – PR. 03 Ago. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/08/estrangeiros-que-tem-cartao-sus-em-foz-do-iguacu-sao-fiscalizados.html>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

HIRMAS ADAUY M, POFFALD ANGULO L, JASMEN SEPÚLVEDA AM, AGUILERA SANHUEZA X, DELGADO BECERRAI, VEGA MORALES J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. **Rev**

Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/223-229/es>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

IBGE. **Municípios de fronteira.** 2020a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2020.

IBGE. **Foz do Iguaçu.** 2020b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2020.

ISM. INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL. **Cidadania Social no MERCOSUL - Acesso a serviços sociais em regiões de fronteira.** Parte 2 do Estudo. Cidadania em Zonas de Fronteira- O caso do MERCOSUL. Assunção. 2018a.

ISM. INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL. **Políticas Sociais no MERCOSUL - Estrutura dos organismos públicos de ofertas de serviços sociais.** Cidadania em Fronteira, parte 1. Assunção, 128p. 2018b.

JIMENEZ RP, NOGUEIRA VMR. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. **Rev Katál.** 2009; 12(1):50-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/07.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

KLEINSCHMITT, Sandra Cristiana. O que as políticas de controle para as fronteiras brasileiras e o projeto maquila do Paraguai têm em comum? Século XXI: **Revista de Relações Internacionais/ESPM**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p.111-130, 2016.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP.** Vol. 26 I núm. 2 I. 169-174. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

KUZNETSOV, Alexander. **Theory and Practice of Paradiplomacy. Subnational governments in international affairs.** London–New York: Routledge. 2015.

LIMA, M.G.L. **A condição social fronteiriça Brasil- Uruguai no Mercosul.** Editora UFpel. Pelotas – RS, 2012.

LIMA, Rodne de Oliveira. Direito à saúde e acesso aos serviços do SUS: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. **Revista Direito Sem Fronteiras** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu. Edição Especial. 2017; v. 1 (3): 61-77.

Limão, PCP. O “portunhol” da América Latina no ciberespaço: de interlíngua e língua de fronteira a língua de intercompreensão e língua literária sem fronteiras. **Attas do V SIMELP Simpósio 55** [Internet] 2017:[cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://simelp.fflch.usp.br/sites/simelp.fflch.usp.br/files/inline-files/LECCE.compressed-1988-2184.pdf>. Acesso em: 30 dez 2020.

LINDSAY, AC, OLIVEIRA, MG, WALLINTON, SF, GREANEY, ML, MACHADO, MM, PAGLIUCA, LMF, et al. Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. **BMC Health Serv Res** [Internet]. 2016;16(1):2-8. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001857?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 dez 2020.

LLOP-GIRONÉS, A., et al. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. **Revista Española de Salud Pública.** 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/resp/2014.v88n6/715-734/>>. Acesso em: 1 ago. 2020.

MACHADO, Lia Osório. **Cidades na Fronteira Internacional: Conceitos e Tipologia**. In: Dilemas e Diálogos Platinos. Fronteiras. Editora Gráfica Universitária. PREC-UFPeL. Editora UFGD. 2010.

MARCA, L.; **Atenção a Saúde Mental na Região da Fronteira do Brasil com o Paraguai**; Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90121>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MÁRMORA, L. Modelos de gobernabilidad migratoria: la perspectiva política en América del Sur. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana** xviii(35), 71-92. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4070/407042012004.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde soc.** vol.22 no.2 São Paulo abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MARTINS BORGES, L., POCREAU, J.-B. Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. **Psicologia em Revista**, 15 (1), 232-245. 2009.

MARTINS BORGES, L., POCREAU, J.-B. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. **Estudos de Psicologia I Campinas** I 29(4) I 577-585 I outubro - dezembro 2012. P. 578-585.

MCINTYRE D, MOONEY G, eds. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000702135&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MENEZES, Erica Lima Costa de et al . Modes of care production and universal access – an analysis of federal guidance on the work of Primary Healthcare teams in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1764, May 2020. Epub May 08, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000501751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MERCOCIDADES. Construindo Integração. 2020. Disponível em: <<https://mercociudades.org/>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MERCOSUR, Mercado Comum do Sul. 2020. Disponível em: <<http://www.mercosur.int>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MERHY EE. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. 2ª. Ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOCHIZUKE, K.C. Influência do atendimento em saúde à estratégia em uma cidade fronteiriça brasileira. **Journal Health NPEPS**. 2017. 2(1): 241-253. Disponível em: <<http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1824>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

MORAES GF; CARDOSO LS; ROSA LS; *et al*. Gestión de la salud en la frontera: revisión integradora de su impacto en la atención hospitalaria. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/sep; 9(3):867-874. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/publication/318358498_Gestao_em_saude_na_frenteira_rev isao_integrativa_da_imbricancia_para_a_assistencia_hospitalar_Health_management_in_fr ontier_integrative_review_on_its_impact_for_hospital_care](https://www.researchgate.net/publication/318358498_Gestao_em_saude_na_frenteira_rev_isao_integrativa_da_imbricancia_para_a_assistencia_hospitalar_Health_management_in_fr ontier_integrative_review_on_its_impact_for_hospital_care)>. Acesso em: 04 de abr. 2019.

NASCIMENTO VA, DE ANDRADE SMO. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 24, n. 50, p. 181-214, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ha/v24n50/1806-9983-ha-24-50-181.pdf>>. Acesso em: 01 Out 2020.

NOGUEIRA VMR, DAL PRÁ, FERMIANO S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cad. Saúde Publica**. 2007;23(2 Supl):227-236.

NOGUEIRA V.M.R., SILVA M.G. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em saúde. **Revista em Pauta**. Volume 6. Nº 24. P. 83 a 98. Dez, 2009.

NOGUEIRA VMR, FAGUNDES HS, AGUSTINI J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Avaliação**. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/rbma201509006>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OJEDA MAA, SANTOS EKA, DAMIANI PR. Experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en Punta Arenas, Chile. **Texto Contexto Enferm** [Internet] 2020; 29(Spe):e20190276:[cerca de 14 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0276>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OLIVEIRA AAS. Análise de consulta sobre o direito à assistência terapêutica de estrangeiro no âmbito do sistema único de saúde. In: **Escola da Advocacia Geral da União**. Publicações da Escola da AGU: temas de direito e saúde. Brasília: Advocacia-Geral

da União; 2010, p. 131-144. Disponível em: <<http://www.agu.gov.br/noticia/publicacoes-da-escola-da-agu>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OLIVEIRA, Márcio Gimenez de. **A fronteira Brasil-Paraguai: principais fatores de tensão do período colonial até a atualidade**. Brasília Dissertação. 2008. Mestrado em Geografia. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/2687>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OLIVEIRA, Nara. **Foz do Iguaçu intercultural: cotidiano e narrativas da alteridade**. Foz do Iguaçu: Epígrafe, 2012.

OLIVEIRA, D. C., GOMES, A. M. T., SPINDOLA, T., CECILIO, H. P. M., PASCHOAL, E. P., DOMINGUES, J. P. O acesso universal aos serviços de saúde como construção psicossocial dos usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 18(3). 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i3.47115>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OLIVEIRA, Suellen Maya de Oliveira; SOUZA, Josiane Ferreira de. A paradiplomacia das regiões transfronteiriças: O caso do consórcio intermunicipal de fronteiras (CIF). Colóquio Internacional Dinâmicas de Fronteiras. C719a **Anais [do] III Colóquio Internacional Dinâmicas de Fronteiras**. Organização de Eric Gustavo Cardin e Deise Baumgratz. Toledo, PR: LAFRONT, 2020. 484 p.. :il. 2020. Evento de Foz do Iguaçu.

OMS. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro, Brasil. 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OPAS - **Organização Pan-Americana da Saúde. Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai.** Brasília (DF). 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1497-cooperacao-tecnica-entre-brasil-e-paraguai-para-a-implantacao-do-programa-saude-da-familia-7&category_slug=programa-cooperacao-internacional-em-saude-110&Itemid=965#:~:text=Tendo%20em%20conta%20os%20processos,enfrentar%20os%20problemas%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 01 dez. 2020.

DA SILVA ORDACGY, A. O direito humano fundamental á saúde pública. **Revista da Defensoria Pública da União**, v. 1, n. 01, 10 dez. 2018. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/185>. Acesso em: 01 dez. 2020.

PENCHANSKY R, THOMAS W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. 1981; XIX(2):127-40.

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

PÉREZ-URDIALES I, GOICOLEA I, SEBASTIÁN MS, IRAZUSTA A, LINANDER I. S Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. **Int J Equity Health** [Internet]. 2019 Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>>. Acesso em: 1 set. 2019.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério das Obras Públicas, Transportes e Habitação, Auditoria Ambiental. **Movimentos Pendulares e Organização do Território Metropolitano: Área Metropolitana de Lisboa e Área Metropolitana do Porto**. 1991/2001. Lisboa: INE; 2003.

PREUSS, Lislei Teresinha. **O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do rio grande do sul com a Argentina e o Uruguai**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre, 2011.

RAMOS, Donatela Dourado, LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio** de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

REIS, Rosana R. A política do Brasil para as migrações internacionais. **Contexto Internacional**. Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 1, p. 47-69, 2011.

RICKETTS TC, GOLDSMITH LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. **Nursing Outlook** 2005; 53:274-80.

ROSTIAUX, Stéphane. **Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade**. Organização Internacional para as Migrações, Brasil. Gloact. 2018. Página 42. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/GLO-ACT/OIM_Protocolo_1.pdf>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

RUFINO, C., AMORIN, S.; Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP); **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; Águas de Lindóia/SP. 2012. Disponível em: <<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf>>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

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

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica.** 2012;31(3):260–8. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SÁNCHEZ-TORRES. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. **Rev. Med. Inst. Seg Soc.** 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SANTOS, José Carlos dos. Uma leitura micro da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. In: **XXVII Simpósio Nacional de História: lugares dos historiadores velhos e novos desafios.** Florianópolis. 2015. Disponível em: <http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1433683866_ARQUIVO_Textofinal2015.pdf>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

SANTOS-MELO GZ, ANDRADE SR, RUOFF AB. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** 2018; 31(1):102-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0102.pdf> >. Acesso em: 04 de abr. de 2019.

SANTOS-MELO, Giane Z. et al. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 54, 05, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102020000100203&script=sci_arttext&tln_g=pt>. Acesso em: 26 dez. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE. Governo do Paraná. 9ª. Regional de Saúde de Foz do Iguaçu. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

SERRANO-GALLARDO MP. Intersectorality, key to address Social Health Inequalities. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2019;27:e3124. Disponível em: DOI: <<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3124>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SILVA, Maria Geusina da. RIQUELME, Janini Maria. Brasiguaios: Dilemas e Perspectiva na busca de proteção a saúde na fronteira de Foz do Iguazu com o Paraguai. In: DIPROSUL, 2011, Pelotas, Rio Grande do Sul. **Anais Diprosul**, 2011, p.1-27.

SOARES, Jéssica Aparecida. **A Saúde Pública Na Tríplice Fronteira: Estrutura De Atendimento e Estratégias De Usuários Fronteiriços Para Acesso À Saúde.** Foz Do Iguazu — Pr. 2017. Dissertação Mestrado UNIOESTE.

SOUZA, E. Por uma Cooperação Transfronteiriça: Algumas Contribuições para as Dinâmicas Territoriais da Fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal** UFMS/AGB, Corumbá/MS, N. 15, 63-78, jul./dez.2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/275>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

STRADA, Cinthya de Fátima Oliveira. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina): uma análise da política.** Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas] UNILA. Foz do Iguazu-PR. 2018. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/123456789/4136>>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

TEIXEIRA CS; NEVES, MSM, BESSA, ERL, SCHWEICKARDT JC, LIMA, JTS. O SUS é para todos! Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Saúde em Redes.** 2019; 5(2): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39654>Acesso em 7/01/2021. Acesso em: 4 nov. de 2020.

TRASVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol 20 Sup 2:S190-S198, Rio de Janeiro, 2004.

TERENCIANI, **Identidades em Trânsito: Brasileiros e Paraguaiois na Fronteira entre Ponta Porã (Br) e Pedro Juan Caballero (PY)** em GONÇALVES, Karoline B.; FERNANDES, Roberto M. da S. (Organizadores); Fronteiras e Fronteiriços; Editado por la Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso para eumed.net; 2013. Disponível em: <<http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1282/1282.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

THIEDE, Michael; MCINTYRE, Di. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, May 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025&lng=en&nrm=iso>. Access on: 4 nov. 2020.

VELASCO, C, VINASCO, AM, TRILLA, A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. **Aten. Primaria** [Internet]. 2016;48(3):149-58. Available from:< <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

VIEIRA, Gustavo. **(Re)Definições das Fronteiras: Desafios para o século XXI**. Volume 3. Org. Ludwig, F. J.; Stremel Barros, L. Editora IDESF. 2019. 375 p.

WOJNAR D., SWANSON K.; Phenomenology: an exploration. **Jornal of Holistic Nursing**, vol. 25, number 3, 2007.

ZASLAVSKY, Ricardo, GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.12,

pp.3981-3986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017021203981&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 nov. 2020.

ZIMMERMAN C, KISS L, HOSSAIN M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. **PLoS Med.** 8(5): 1001034. 2011. <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001034>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO(A) PARTICIPANTE: _____

NOME DOS PESQUISADORES: Virginia Ruiz de Martin Esteban Martinez e Ana Maria de Almeida

Nós, Virginia Ruiz de Martin Esteban Martinez, Psicóloga, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira na Universidade Estadual do Oeste do Paraná e Ana Maria de Almeida, Enfermeira, Docente em Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto em São Paulo, convidamos você a participar do estudo intitulado: **O ACESSO À SAÚDE DE USUÁRIOS TRANSFRONTEIRIÇOS PARAGUAIOS NA CIDADE GÊMEA DE FOZ DO IGUAÇU**. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo compreender a experiência de acesso aos serviços de saúde pública dos usuários estrangeiros. Será desenvolvida no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, nas Unidades Básicas de Saúde. Para tanto, você responderá a algumas perguntas abertas que serão gravadas. Em momento algum, o seu nome será divulgado na pesquisa, nos artigos científicos ou em eventos, você poderá recusar-se a participar do estudo a qualquer momento e também não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo. Caso venha a ocorrer algum constrangimento, desconforto ou não se sinta bem de saúde, poderá interromper a entrevista tanto pelo entrevistador como pelo entrevistado. Espera-se que o presente estudo suscite, a partir da experiência de acesso nos serviços de saúde, a orientação de políticas públicas de intervenção específica para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais de saúde da população fronteiriça. No ensino e na pesquisa, espera-se que o estudo da região de fronteira possa contribuir para conhecer os obstáculos à integração, produzindo novas pesquisas sobre os contextos migratórios relacionados à aculturação e saúde, com abordagens interdisciplinares e transnacionais que complementem os tradicionais sistemas de saúde local. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra ficará arquivada com os pesquisadores. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (45) 9.9932.3902 ou (45) 9.9921.6663, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE – CEP UNIOESTE pelo telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do participante

Como pesquisadora, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Virginia Ruiz de Martin Esteban Martinez
Pesquisadora
Foz do Iguaçu PR, de

Ana Maria de Almeida
Professora
de 2019.

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

INSTRUMENTO PARA COLETA DOS RELATOS

Caracterización de los participantes:

Identificación: Entrevista/U1, U2, U3

Edad: _____

Sexo: () Masculino () Femenino

Estado civil: () Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Otro _____

Escolaridad

01. Fundamental Incompleto () - 02. Fundamental Completo () - 03. Médio Incompleto ()
04. Médio Completo () - 05. Superior Incompleto () - 06. Superior Completo ()

Profesión: _____

Nivel de renta: muy baja, baja, media, media-alta.

PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA LA ENTREVISTA

1. General: lugar de nacimiento. ¿En que ciudad vives? ¿Desde cuándo vive en el lugar de residencia?

2. Opinión del SUS brasileño (opinión sobre unidades básicas de salud, hospitales y médicos)

3. Conocimiento del servicio: ¿Quién y dónde, cuándo y por qué se informó sobre los servicios de salud brasileños, especialmente Foz do Iguaçu? ¿Cree que los paraguayos saben lo que tienen que hacer para acceder a los servicios de salud? Cuando busca atención

médica, ¿es necesario presentar documentos y comprobante de residencia? ¿Y quién no tiene un documento brasileño sobre cómo resolver este requisito?

4. Opinión sobre el acceso, ¿cree que es fácil o difícil ir al médico para los paraguayos? ¿Qué cosas lo hacen fácil o difícil?

5. Problemas de acceso: conocimiento de los servicios de salud, incompatibilidad de tiempo, distancia y medio de transporte, idioma, vergüenza, tiempo de espera, percepción de discriminación, miedo a ir al médico (situación irregular), factor cultural.

6. El uso del servicio: ¿qué servicio / lo usa cuando está enfermo? ¿Con qué frecuencia usted y su familia buscan atención médica en Brasil? ¿Qué otros servicios utiliza (alternativas, por ejemplo, farmacia, remedios naturales)?

7. Razones de búsqueda: ¿Cuáles fueron las razones para ir a un lugar u otro (UBS, emergencias ...)?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO À SAÚDE DE USUÁRIOS TRANSFRONTEIRIÇOS PARAGUAIOS NA CIDADE GÊMEAS DE FOZ DO IGUAÇU

Pesquisador: VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14101519.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.392.988

Apresentação do Projeto:

Despacho saneador de pendências

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas de acordo com solicitação do Colegiado do CEP - Unioeste

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1271791.pdf	12/06/2019 14:19:05		Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.392.988

Outros	Anexo3_autorizacao_prefeitura.pdf	12/06/2019 12:24:08	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Outros	apendice4_declaracaoiniciocoletados.pdf	12/06/2019 12:20:16	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Outros	Anexo11_19275.pdf	16/05/2019 11:21:16	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	15/05/2019 14:30:58	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QE_VR.pdf	14/05/2019 21:15:16	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Outros	anexo1.jpeg	14/05/2019 21:05:47	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice3_TCLE.pdf	14/05/2019 20:59:33	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Outros	apendice2_instrumentocoleta.pdf	14/05/2019 20:59:09	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito
Outros	apendice1_autorizaodepesquisa.jpeg	14/05/2019 20:58:11	VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 14 de Junho de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prgg@unioeste.br

ANEXO II

ANEXO I

 **unioeste**
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

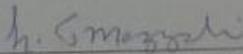
TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO.

Título do projeto: O ACESSO À SAÚDE DE USUÁRIOS TRANSFRONTEIRIÇOS PARAGUAIOS NA CIDADE GÊMEA DE FOZ DO IGUAÇU

Pesquisadores: Virginia Ruiz de Martin Esteban Martinez e Ana Maria de Almeida
Local da Pesquisa: Casa do Migrante em Foz do Iguaçu

Os pesquisadores do projeto acima identificados, estão autorizados a realizar a pesquisa e a coleta de dados no período de julho a outubro de 2019. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes, conforme as normas da Resolução 466/2012 da CONEP/CNS/MS e suas complementares.

Foz do Iguaçu PR, 06 de maio de 2019



Drª Terezinha Maria Mezzalira
Casa do Migrante

ANEXO III

 *Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu*

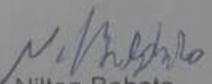
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal da Saúde

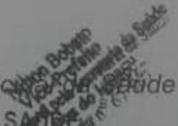
AUTORIZAÇÃO

O gestor do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Nilton Aparecido Bobato, **AUTORIZA** a acadêmica **VIRGINIA RUIZ DE MARTIN ESTEBAN MARTINEZ**, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a realizar pesquisa, em unidades básicas de saúde da Atenção Básica, e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto "O acesso à saúde de usuários transfronteiriços paraguaios na cidade gêmea de Foz do Iguaçu".

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que frequenta. Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa aos serviços de saúde onde foi desenvolvido o projeto. Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 11 de junho de 2019.


Nilton Bobato
Vice-Prefeito e
Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde


SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85854-000 - Foz do Iguaçu - Paraná
TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br