

## Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional

### Social representations of the right to health on the trinational border

Carlos Guilherme Meister Arenhart (<https://orcid.org/0000-0003-1937-2050>)<sup>1</sup>

Maria Lucia Frizon Rizzotto (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362>)<sup>2</sup>

Maísa Melara (<https://orcid.org/0000-0003-0646-4386>)<sup>3</sup>

Alessandra Rosa Carrijo (<https://orcid.org/0000-0002-1691-4240>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This article describes a study based on a qualitative approach that aimed to analyze the social representations of opinion makers about the right and access to health in the cross-border territoriality of Foz do Iguaçu-Paraná. To achieve that goal, interviews were conducted with leaders of social movements, university professors, health workers and journalists. Moscovici's Social Representations Theory was used with a focus on the three-dimensional analysis to process data. Findings show a diversity of representations of the right to health in the territory. They range from a notion of restricted citizenship that is exclusively granted to nationals to a broader concept of health and to the understanding of health as a universal right. Regarding access to health services as an expression of that right, contradictory movements were observed that limit cross-border access by building a conceptual barrier that marginalizes and excludes what is not national. We conclude that financing, provision of services by the local health system and international cooperation achieved regionally are aspects that need to be part of the local debate on health policy, planning and management and should make up a praxis that meets the multiple specificities of cross-border citizenship.*

**Key words** *Collective Health, Organization and administration, Border Areas*

**Resumo** *Estudo de abordagem qualitativa com objetivo de analisar as representações sociais de formadores de opinião acerca do direito e do acesso à saúde em territorialidade transfronteiriça de Foz do Iguaçu-Paraná. Realizaram-se entrevistas com líderes de movimentos sociais, professores universitários, trabalhadores da saúde e jornalistas. Utilizou-se da Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, com enfoque na análise tridimensional para tratamento dos dados. Os resultados indicam uma diversidade de representações do direito à saúde no território, sustentadas, desde uma noção de cidadania restrita, garantida aos nacionais, passando por uma concepção ampliada de saúde até o entendimento da saúde como um direito universal. No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, como expressão do direito, observa-se movimentos contraditórios que limitam o acesso do transfronteiriço ao edificar uma concepção que marginaliza e exclui o que não é nacional. Conclui-se que o financiamento, a oferta de serviços pelo sistema local de saúde e a cooperação internacional costurada regionalmente são aspectos que precisam fazer parte do debate local da política, planejamento e gestão em saúde e compor uma práxis que atenda as múltiplas especificidades da cidadania transfronteiriça.*

**Palavras-chave** *Saúde Coletiva, Organização e administração, Áreas Fronteiriças*

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina. Rod. Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380, Campus Universitário. 86057-970 Londrina PR Brasil.

[carlosmeister@gmail.com](mailto:carlosmeister@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel PR Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

A fronteira trinacional entre Foz do Iguaçu - Brasil, Puerto Iguazú - Argentina e Ciudad del Este - Paraguai caracteriza-se por uma territorialidade viva e pela produção de um imaginário de consumo que contribui para a conformação de um dinâmico fluxo socio-histórico, turístico e comercial.

O existir em território tri-fronteiriço conforma um fenômeno complexo, na medida em que as relações não se limitam ao aspecto local, mas traduzem uma dinâmica global e interações entre o nacional e internacional, que podem tanto promover a integração como provocar conflitos, sobretudo quando se trata de direitos humanos, como o caso do direito à saúde.

Direito é compreendido como um sistema de normas que regula o comportamento e a conduta dos homens em sociedade. A palavra pode ser utilizada, ainda, como sinônimo de justiça ou em sentido subjetivo quando se reivindica o direito à saúde<sup>1</sup>. Em qualquer das situações, o conceito deve ser analisado em sua historicidade. Lyra-Filho, citado por Soares<sup>2</sup>, afirma que o direito em sua processualidade histórico-concreta, “é expressão, num ângulo particular e inconfundível, da dialética de dominação-libertação, que constitui a trama, o substrato e a mola do itinerário humano, através dos tempos”(p.343).

Assim, os direitos sociais, que emergiram na Europa na segunda metade do século XIX, como resultado das lutas em torno da denominada “questão social”, devem ser vistos e assentados nas condições reais de existência, em cada formação social específica. Naquele período, as desigualdades geradas pelo modo de produção capitalista, permitiram que a classe trabalhadora, por vias contraditórias, incorporasse o que se denomina de “consciência de classe” e se organizasse para reivindicar do Estado liberal condições mínimas de trabalho e políticas públicas que melhorassem a sua existência. Concorda-se com Yamamoto<sup>3</sup> que “a luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de desenvolvimento social”(p.1).

Desse processo histórico nascem os sistemas de proteção social, como resultado da produção econômica e da ordem política social<sup>4</sup>. No Brasil, o modelo de proteção social, adotado, na constituinte de 1988, é pautado na ideia de seguridade social, ou seja, a tensão gerada nas classes sociais pelo modelo econômico adotado deve ser amenizada pela oferta de políticas e programas sociais

que reduzam as desigualdades e as assimetrias provocadas no tecido social.

O direito à saúde, visto como um direito humano individual, idealmente privilegia a liberdade, dado que as pessoas são livres para escolher, por exemplo, o serviço de saúde a procurar e o tratamento a se submeter entre as alternativas existentes. Mas, do ponto de vista coletivo, privilegia a igualdade, na medida em que são impostas limitações ao comportamento humano para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade, no caso da saúde, a oferta de cuidados do mesmo nível para todos que deles necessitam<sup>1</sup>.

Dallari<sup>1</sup> afirma que enquanto direito coletivo, “a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. Apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo”(p.59). De fato, sistemas universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), necessitam de base material que lhes dê sustentação para poder garantir o direito à saúde à toda população.

Se é reconhecido que existe uma desigualdade no usufruto do direito à saúde no território nacional, dadas as diferenças socioeconômicas, políticas, sanitárias e de organização social, mais complexo se revela esse direito em regiões de fronteira internacional, onde se conforma uma territorialidade que ultrapassa os limites nacionais, instituindo um modo de vida caracterizado pela convivência cotidiana entre brasileiros e não nacionais.

A subcidadania edificada nestas espacializações se sustenta na premissa de que os direitos humanos fundamentais ainda são vistos pelos Estados nacionais como uma engrenagem que não contribui com o desenvolvimento econômico, dado que o fetiche pelo lucro adoece e mutila a própria atenção à saúde<sup>5,6</sup>. São inúmeras as contradições no âmbito da saúde coletiva que se fixam em territórios de fronteira, especialmente no tocante ao acesso à saúde nestas territorialidades. Estudos<sup>7</sup> revelam que municípios fronteiriços frequentemente exigem documento de identificação dos cidadãos e comprovante de residência como “passaporte” para o acesso aos serviços de saúde.

Embora haja, também, tentativas locorregionais de enfrentamento da questão, “a base jurídico-normativa é uma ferramenta poderosa para equalizar a cidadania social, mas insuficiente, na maioria das vezes, para a materialização dos pla-

nos, programas e projetos, sem os quais a situação não se altera”<sup>8</sup>(p.300).

O território de fronteira trinacional conformado pelo limite do Estado brasileiro, argentino e paraguaio possui paradoxos quanto à garantia da saúde aos cidadãos que circulam e vivem neste território. A antítese que emerge da desigualdade socioespacial, política e econômica presente na constituição desta região fronteira intensifica o questionamento de bases de edificação do “globalitarismo”. Santos<sup>9</sup> expressa analiticamente o que representa a realidade da globalização, evidenciando a perversidade do processo de colonização universal, a legitimação da distância entre ricos e pobres, metrópoles e colônias, povos civilizados e povos selvagens. A globalização como se apresenta na plataforma real, tem o intento de tornar o modo de viver das sociedades homogêneo numa lógica em que poucos possuem o poder, seja na cultura humana, economia, sociedade ou mesmo na disputa pelo próprio Estado moderno.

Mas, a fronteira também pode ser compreendida como um rico espaço de compartilhamento entre os fronteiriços, com diferentes culturas, criando representações e subjetividades próprias do lugar. A constituição destas representações se dá pelas experiências e relações que se estabelecem entre os sujeitos, podendo ser legitimadas ou modificadas por formadores de opinião.

Visando contribuir com este debate e ampliando o horizonte analítico, adotou-se como referencial a Teoria das Representações Sociais de Moscovici<sup>10</sup>. Para essa teoria, não importa apenas a forma unidirecional do modo social sobre os comportamentos individuais, mas sim suas participações na construção de realidades sociais em que estão inseridas, ou seja, as pessoas são consideradas pensadoras ativas que comunicam e agem conforme as representações sociais que lhe são próprias.

Nas representações sociais, o ponto de encontro se dá na interação entre os sujeitos dentro de um grupo social e são fluidas e dinâmicas, pois podem mudar ao longo do tempo e até mesmo em curtos períodos a depender da interação e interpretação que o grupo atribui ao fenômeno<sup>11</sup>.

Estudos sobre a análise tridimensional da Teoria das Representações Sociais<sup>11-13</sup> esclarecem que para cada universo de representação coexistem três dimensões: a informação (conceito), o campo da representação (imagem) e a atitude. A dimensão da informação se relaciona com o conhecimento que o grupo possui acerca de um objeto social. A dimensão do campo da

representação ou da imagem evidencia a ideia de um modelo social, ou seja, a organização dos elementos já estruturados na representação social. E a dimensão da atitude, por sua vez, exprime o entendimento positivo ou negativo do grupo, de modo geral, frente ao objeto representado.

Desse modo, o estudo das representações sociais sobre o direito à saúde pode evidenciar como os sujeitos representam suas experimentações acerca do objeto, identificando valores pelos quais as pessoas formulam sentido às suas experiências e, com base nesse sentido, elaboram uma realidade coletiva compartilhada<sup>14</sup>.

Assim, ter como objeto as concepções e práticas de formadores de opinião, como jornalistas, professores universitários, trabalhadores da saúde coletiva e líderes de movimentos sociais, é fundamental para a compreensão de uma narrativa constituída e para o debate sobre o direito à saúde em região de fronteira. O estudo teve por objetivo analisar as representações de formadores de opinião acerca do direito à saúde em territorialidade transfronteiriça de Foz do Iguaçu, Paraná.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, que teve como cenário o município de Foz do Iguaçu-PR, na região de fronteira trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2019, por meio de entrevistas em profundidade com 12 formadores de opinião (professores universitários, líderes de movimentos sociais, jornalistas e profissionais da vigilância em saúde, ouvidoria do Sistema Único de Saúde, regulação e controle do acesso à saúde). Duas perguntas orientaram o desenvolvimento das entrevistas: O que o direito a saúde em fronteira representa para você? O que você pensa sobre o acesso a saúde em território de fronteira? O encerramento da amostra ocorreu pelo princípio da saturação discursiva<sup>15</sup>.

As narrativas sobre o direito à saúde e o acesso ao sistema de saúde na fronteira foram agrupadas em três núcleos temáticos: a) O direito à saúde no território fronteira: múltiplas representações sociais; b) a dialética sobre políticas específicas e o acesso a saúde de cidadãos transfronteiriços; e c) A superação de obstáculos: possibilidades e contradições discursivas. O tratamento dos dados se pautou no pressuposto da análise tridimensional da Teoria das Representa-

ções Sociais: a informação (conceito), o campo de representação (imagem) e a atitude<sup>11-13</sup>.

O critério para selecionar as narrativas foi a análise da dimensão da informação, que relacionou as noções de cidadania do grupo entrevistado com a organização de seus conhecimentos acerca do direito à saúde na fronteira. A dimensão da imagem procurou identificar com qual modelo social de cidadania as narrativas foram representadas. E a dimensão atitude, por sua vez, se tais representações possuíam um entendimento mais progressista ou mais conservador por parte do grupo frente ao direito à saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Paraná-PR sob o registro CAAE de nº 02513318.3.0000.0107 e respeitou os princípios éticos conforme Resolução 466/2012. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, as falas dos entrevistados, foram codificadas pela letra “E” seguida de um número em arábico sequencial.

### Resultados e discussões

Os resultados indicam uma polissemia de representações sociais referentes ao direito à saúde em território transfronteiriço e uma disputa discursiva acerca da cidadania. Tais divergências demonstram tanto uma perda da dimensão cuidadora no processo saúde-doença nas políticas públicas de saúde no território, quanto uma resistência retórica em proteger o direito à saúde como um bem da humanidade e não apenas como um direito de cidadania nacional.

Do ponto de vista da integração regional duas instituições pautaram o debate sobre a cidadania e direitos na América Latina: o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), criado em 1991 e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), criada em 2008. Esta avançou mais na discussão sobre direitos, incluindo o direito à saúde aos transfronteiriços, no entanto, a derrota de governos progressistas na região e o golpe jurídico, midiático no Brasil, em 2016, interromperam as discussões e congelaram iniciativas no sentido de estabelecer uma integração cultural e social, que superasse a mera integração econômica<sup>16</sup>. Entre essas iniciativas cita-se o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras). Assumimos como pressuposto que as dimensões da integralidade da atenção e do cuidado em saúde, nas fronteiras, não deveriam estar circunscritas a

uma nação e ou outra e, sim, dispostas como um direito humano inalienável e de responsabilidade compartilhada dos Estados nacionais, da sociedade e das instituições.

### O direito à saúde no território fronteiriço: múltiplas representações sociais

Antes de abordar o direito à saúde é importante esclarecer o que se entende por direito e por saúde. Existem várias formas de definir direito e saúde. Freitas *et al.*<sup>17</sup> identificam três compreensões de direito em três clássicos da sociologia: Direito como afirmação de uma vontade de um grupo sobre uma coletividade (Weber), como emanção de desejos e necessidades de uma sociedade (Durkheim) ou como legitimador das desigualdades entre as classes sociais (Marx). Neste trabalho, com base em Lyra Filho, citado por Soares<sup>2</sup>, entende-se direito como ordenamentos jurídicos articulados na dialética social, “que tendem a estruturar-se em preceituações com peculiar intensidade coercitiva, polarizando-se, de um lado, com aspiração a estabelecer a ordem justa e eficaz e, de outro, como padrões que se reportam à Justiça Social” (p.343).

Por saúde adotamos a ideia de esta ser meio para a realização de projetos de vida. Diferente da concepção de saúde como ausência de doença ou de um completo bem-estar, que a concebe de forma teleológica e praticamente inatingível, a ideia da saúde como um meio a evidência como um dos elementos para o desenvolvimento humano e não o seu conjunto totalizante. Portanto, o conceito de saúde enquanto meio aponta para uma compreensão de saúde não como sinônimo de vida e sim como condição para a realização da vida. A partir da produção social do humano nas pessoas, entendemos que a saúde precisa ser analisada através dos graus de desenvolvimento das forças produtivas e das suas relações sociais estabelecidas<sup>18,19</sup>.

No Brasil, o direito à saúde é resultado de lutas históricas e do pacto social de cidadania, inscrito na Constituição Federal de 1988, embora não se operacionalize da mesma forma em todo o território nacional. Em contexto de fronteira, como de Foz do Iguaçu, campo da pesquisa, a representação do direito à saúde resulta de uma noção de cidadania, de Estado, de políticas sociais, da própria concepção de direito, mediada pela convivência cotidiana entre brasileiros e não nacionais, em uma territorialidade específica, com modo de vida único, diverso, não desprovido de conflitos face às marcas das experiências

históricas passadas e a própria representação do estrangeiro como “outro”.

Embora haja divergências acerca do papel das políticas sociais no capitalismo, é consenso que não se pode abrir mão do Estado como garantidor de direitos por meio de políticas públicas universais, como assinalado por E05: “[...] defendo um Estado forte de proteção social que garanta acesso como é em Cuba e outros países”.

Fleury<sup>4</sup> caracteriza os modelos de proteção social em três tipos, os quais surgiram em momentos históricos distintos e assumem especificidades nos diferentes países, sendo eles, a assistência social, o seguro social e a seguridade social. Esses modelos irão impactar, nos países, a construção do *status* de cidadão a partir da implementação de políticas sociais e de suas instituições. Para o tipo assistência social, a cidadania é invertida, uma vez que se funda no próprio fracasso do indivíduo ou de determinados grupos para os quais as políticas sociais se inclinam. No tipo seguro social, a cidadania é regulada por uma ideologia corporativa que associa a proteção social com o mercado de trabalho, desse modo, o *status* de cidadão se constitui em um privilégio. Já no tipo seguridade social, a cidadania é plena, sendo o Estado responsável por assegurar mínimo vital para todos os cidadãos, como saúde, educação, seguro-desemprego, entre outros, ou seja, o direito social é inerente à condição de cidadania, além de as políticas sociais terem o objetivo de diminuir as desigualdades geradas pelo mercado. Porém, como os tipos não são excludentes podem coexistir múltiplas representações sociais dos três *status* de cidadania<sup>4</sup>.

Entre os formadores de opinião, o direito à saúde representa uma conquista, resultado de lutas sociais e da correlação de forças existentes em cada momento histórico, portanto, sujeito a avanços e retrocessos:

*A saúde é um direito conquistado. [...] a classe trabalhadora se organizou para lutar e conquistar, mas está em risco o tempo inteiro. Todas as conquistas têm que ser mantidas dia-a-dia* (E12).

O direito à saúde implica no acesso a bens e serviços, que podem estar limitados quando este direito está circunscrito a uma noção de cidadania restrita aos nacionais e residentes legalizados, conforme prevê a atual legislação brasileira e manifestado por dois formadores de opinião:

*Se o estrangeiro está aqui ele tem que ser atendido na urgência e emergência [...] a não ser que ele esteja residindo e já naturalizado brasileiro* (E04).

*A pessoa que passou mal, ele é atendido sim na urgência. Depois ele vai pro território dele. [...]*

*O ideal não é atender em tudo, não, cada um fica no seu quadrado e no seu sistema de saúde* (E09).

Ao postular o sujeito nacional como pressuposto para o cuidado à vida, corrobora com o individualismo, onde as estratégias políticas no campo da saúde não se confrontam com uma potência de vida, mas sim com a possibilidade do poder sobre a vida. A perspectiva da saúde como direito universal, construída pelo Movimento de Reforma Sanitária, é substituída por uma de caráter privado e mercantilista<sup>20</sup>.

Por outro lado, a compreensão do direito à saúde como um direito humano universal e a cidadania como um princípio de justiça fortalece a premissa de uma consciência universalista de mundo<sup>21</sup>, expresso nas narrativas de E11 e E06:

*Direito à vida. Deveria ser universal* (E11).

*Eu acho que o direito é de todas as pessoas que estão precisando no momento. Se é estrangeiro ou não, naquele momento você está naquela cidade e naquele país você deve ser atendido conforme os outros moradores e outros habitantes de lá* (E06).

Há um movimento dialético entre as narrativas que elucida possíveis diferenças nas práticas sociais, compreensão de mundo e vida, nos impulsos na resolução de entraves assistenciais em região fronteira e no âmbito da consolidação do direito à saúde na municipalidade.

A materialização do direito à saúde em região de fronteira se revela complexa, uma vez que implica em protagonismo da gestão local do SUS; em políticas de financiamento que contemplem as especificidades da região e cooperação técnica entre os países a exemplo da paradiplomacia<sup>22</sup>. A paradiplomacia, ou seja, relações internacionais coordenadas por governos subnacionais pode ser uma estratégia interessante para garantir o direito à saúde ao transfronteiriço. Aikes e Rizzotto<sup>22</sup> identificaram que “há o receio do país em institucionalizar a paradiplomacia por medo de perder a soberania, mas a tolera, na medida em que a percebe como fenômeno inevitável” (p.7).

Estudo realizado por Fagundes<sup>8</sup> apontou que a base jurídico-normativa é uma ferramenta poderosa para equalizar a cidadania social, mas insuficiente, na maioria das vezes, para a materialização dos planos, programas e projetos, sem os quais a situação não se altera.

Pode-se acervar, neste sentido, que a complexidade que emerge do território transfronteiriço, como, por exemplo, a integração cultural, econômica, política e antropológica não deve ser argumento utilizado para negar o direito à saúde. Iniciativas políticas locais revelam espaços de negociação para a garantia do direito à saúde:

*Eu vejo de uma maneira positiva porque eu sinto nos gestores um esforço para estar promovendo esse direito aos estrangeiros. Sabendo mesmo do impacto financeiro que essas pessoas acabam gerando aqui, e a dificuldade que é custear os serviços (E10).*

O fluxo de atendimento tenciona o senso comum e a dimensão da informação e imagem estabelecida na cidade, promulgada pela representação social de que a procura por serviços de saúde ocorre no sentido “outro-nós” na fronteira trinacional. No entanto, a história mostra uma migração pendular, mesmo no caso da saúde, como o trabalho realizado pela médica argentina Marta Schwarz, pioneira em saúde coletiva na fronteira trinacional, que atendia os cidadãos brasileiros na cidade de Puerto Iguazu, conforme declarado por E10:

*[...] por muitos anos os brasileiros de Foz iam para a Argentina para se tratar porque lá que tinha hospital. Dona Marta foi até homenageada. As mulheres iam ter filhos lá em Puerto Iguazu. Esse direito a saúde está ligado ao ser humano e não a cidadania.*

Uma representação social, anteriormente oculta, aponta que o nó crítico operacional do atendimento à saúde aos transfronteiriços está ligado ao impacto financeiro no sistema local de saúde e o fato de este ser bancado por tributos nacionalizados. Nesta perspectiva a “sua” cidadania estaria prejudicada:

*O acesso do estrangeiro prejudica nós que moramos aqui [...]. Eles têm atendimento da assistência social, da previdência e saúde aqui, mas o imposto deles é cobrado lá. Então a nossa cidadania ela vai quebrando, ela fica estilhaçada (E03).*

Pode-se afirmar que a representação do direito à saúde na fronteira é conformada por múltiplos aspectos que envolvem a própria ideia de direito à saúde como direito restrito aos cidadãos do país ou como um direito humano universal; a responsabilidade em garantir o direito à saúde como atribuição do Estado ou responsabilidade individual; as circunstâncias que se deve garantir o direito à saúde aos não nacionais; quais níveis de atenção deve acolher os não nacionais e quem deve arcar com os custos da assistência.

### **A dialética sobre o acesso a saúde de cidadãos transfronteiriços**

A rede de significados revela que os formadores de opinião, em sua maioria, desconhecem iniciativas de políticas de saúde para a fronteira, as quais visam garantir o acesso e a atenção à saúde de cidadãos transfronteiriços:

*Tem aquele [programa] saúde sem fronteira e não sei como funciona (E10).*

*Já teve o sis-fronteira, mas depois disso nunca mais (E04).*

A interrupção de políticas públicas específicas é representada como certo abandono do território fronteiriço, o que justificaria a restrição do acesso a determinados níveis de atenção à saúde e certo desamparo do estrangeiro que ocorre nos serviços de saúde. Além dos empecilhos que os cidadãos transfronteiriços e não nacionais possuem no acesso à saúde, também se edificam outras fragilidades. Estudo recente demonstrou que sob uma política de “não-entrada” cada vez mais restritiva, cruzar fronteiras implica, agravamento das condições de saúde e obstáculos ao acesso aos serviços<sup>8</sup>.

Percebe-se que não há consenso no campo das representações acerca do acesso aos serviços de saúde, quer seja o cidadão brasileiro ou não nacional. Determinadas exigências têm mais o objetivo de restringir do que propriamente garantir o acesso:

*Tem dificuldades aqui. A documentação, principalmente ter comprovante de residência. E isso não é só para o estrangeiro o brasileiro também sofre isso aqui. A exigência de um comprovante de residência no nome da pessoa que vai ser atendida, quando a gente sabe que na normatização legal a pessoa pode fazer uma declaração de próprio punho e isso não pode impedir o atendimento (E06).*

A exigência de comprovante de residência para o acesso aos serviços de saúde pode ser compreendida como uma medida que inverte a cidadania em região fronteiriça e mutila o cuidado em tempo oportuno. O modelo de seguro social firmado pelo Brasil na Constituição, os tratados internacionais de direitos humanos e a concepção em defesa da vida são elementos que podem contribuir para mudar a realidade vivida.

Apesar de uma representação hegemônica de que o transfronteiriço provoca impacto financeiro importante no sistema local de saúde, três coisas merecem destaque: a ausência de dados que evidenciem o real impacto no sistema; os resultados de pesquisas acadêmicas que mostram ser reduzido o número de estrangeiros atendidos nos serviços de saúde local e o fato de a migração nem sempre ter sido na direção “do outro para nós”.

Para alguns entrevistados, há uma dialética sobre até que nível de atenção se deve prestar o atendimento na localidade, permeando o que se pode considerar uma mutilação da cidadania:

*Acaba que tem que atender. Mas principalmente emergência e urgência não fecha as portas*

não. A alta complexidade eu acho que daí a pessoa tem que procurar fazer o cartão SUS. O estrangeiro acaba não sendo bem recebido na área de saúde de Foz do Iguaçu. Há uma certa resistência no atendimento (E04).

A rede de significação e a dimensão da atitude que se materializa no discurso do formador de opinião apontam que gestores locais estabelecem barreiras para o atendimento ao transfronteiriço:

*Eles dizem que não dá pra colocar no sistema. O secretário anterior mandou um memorando pra UBS não atender o estrangeiro (E02).*

Mas as fragilidades na oferta de serviços de saúde não se restringem aos estrangeiros:

*Primeira coisa: acessibilidade, nós não temos [...] como que o município de Foz do Iguaçu, desse tamanho, não tem uma clínica para fazer estudo anatomorfológico? (E02).*

O modelo hegemônico de atenção à saúde consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre os serviços que não dão conta das inúmeras queixas dos usuários<sup>23</sup>. Na perspectiva da integralidade é necessário que o Estado tenha a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros e quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos<sup>24</sup>.

Ademais, a perspectiva e a dimensão da atitude demonstram que há uma antítese no que se refere ao acesso integral, equânime e resolutivo da cidadania transfronteiriça nos sistemas e serviços locais de saúde na região de Foz do Iguaçu, coexistindo representações que apontam para uma seletividade de acesso a determinados níveis de cuidado e densidades tecnológicas da política pública de saúde.

### **A superação de obstáculos: possibilidades e contradições discursivas**

A saúde coletiva nos territórios fronteiriços demanda uma rede de atuação setorial, interseccional e paradiplomática que assegure o exercício do direito à saúde de todos que vivem na fronteira, incluindo o transfronteiriço, que transita cotidianamente de um lado a outro da fronteira, quer seja para trabalhar, estudar, usufruir de espaços de lazer ou resolver seus problemas e sofrimentos de saúde. O papel dos governos nacionais, apesar das dificuldades políticas, ganha destaque na proposta de E11:

*Tem que pactuar entre os três países, embora pareça estar distante do nosso horizonte no momento. Agora que vai haver uma mudança na Ar-*

*gentina, [...], mas Brasil e Paraguai são privatistas e a gente não consegue pactuar isso.*

A referência às mudanças de governos nos países da tríplice fronteira indica como a ação local é impactada pela orientação política dos governos nacionais. Em momentos em que houve um forte movimento de integração regional, sobretudo nos governos do Partido dos Trabalhadores no Brasil, a fronteira foi vista como espaço privilegiado para favorecer o movimento de integração sul-americana, como indicado anteriormente.

O apelo aos governos locais e às instituições revela uma preocupação e uma concepção de cidadania que se aproxima de uma visão universalista, em que o direito à saúde se constitua de fato em um direito humano universal, apesar da ideia de seguro ser divergente da proposta de sistemas de saúde públicos universais:

*Eu acho que deveria ter um aporte de todos os municípios da fronteira e os três países sabe, como é Mercosul. Fazerem um seguro para todas as pessoas (E01).*

Assim, em âmbito local, iniciativas de cadastramento para identificação dos não residentes, atendidos no sistema de saúde, pode contribuir para um melhor conhecimento do problema, subsidiando a formulação de políticas públicas e o planejamento de ações locais, bem como a cobrança de uma ação mais efetiva dos governos nacionais, sobretudo no financiamento:

*O município está fazendo um cadastramento de todos os moradores para entender quantos são os habitantes. [...] fazer a identificação de quem não é munícipe e a partir daí pensar em políticas públicas e de arrecadação de incentivo financeiro para poder custear o que a gente está excedendo do que é a nossa responsabilidade. Eu acho que tem que ser cobrado o compromisso que todos participem, Paraguai, Argentina e Brasil (E08).*

Entretanto, enquanto estas medidas não são efetivadas, seguem os mecanismos informais para obter acesso ao serviço de saúde:

*Até hoje eles mentem o endereço [o transfronteiriço]. Eles colocam de um amigo ou conhecido para poder ser atendido na atenção básica. É tudo informal (E07).*

A informalidade no acesso aos serviços, pode impactar, sobremaneira, o cuidado longitudinal e a própria resolução dos problemas de saúde, prolongando o sofrimento e aumentando os custos de complicações evitáveis. Não proteger o direito à saúde em leis e normas institucionais prejudica a mensuração da totalidade de usuários e usuárias e pode fortalecer a construção de discursos segregacionistas, xenofóbicos e de subcidadania:

*Tentar elaborar uma normativa dizendo quais os tipos de acessos que os estrangeiros podem ter [...] e ser divulgado para todas as instituições públicas e privadas (E04).*

Dadas as diferenças entre os sistemas de saúde do Brasil, Paraguai e Argentina e da pouca atenção que a fronteira tem recebido dos governos centrais, o desenvolvimento de estratégias em nível local se apresenta como possibilidade de garantia do acesso aos serviços de saúde e ao cuidado solidário ao transfronteiriço.

### **Considerações finais**

A dimensão da informação ou do conceito que relaciona os conhecimentos que o grupo possui acerca de um objeto social, mostra que existem diversas representações por parte dos formadores de opinião que residem em território de fronteira internacional sobre o direito à saúde.

Na dimensão da representação ou da imagem, emerge a ideia de um modelo social e da existência de tensões entre diferentes visões de mundo pautadas em óticas nacionalistas e universalistas, as quais provocam um distanciamento discursivo que acaba por consolidar a visão de que o direito à saúde foi e vem sendo apropriada

pelos forças mais conservadoras da sociedade, ao modo que se mutila o acesso às políticas sociais caso não faça parte do Estado nacional.

Assim, na dimensão da atitude, que exprime o entendimento positivo ou negativo do grupo frente ao objeto representado, percebe-se que o acesso à saúde utilizado de forma negativa na sociedade e nos sistemas de saúde coletiva nas fronteiras dos países latino-americanos pode ser considerada um fator crítico para o sucesso da efetivação do direito à saúde.

Conclui-se que há um debate não esgotado sobre como o direito à saúde deve ser efetivado na fronteira. Se observa representações que excluem e marginalizam o que não é nacional ou residente e outras que acolhem e se solidarizam com o transfronteiriço. Desse modo, entende-se necessária intensa mobilização local para que se reestabeleça a cultura da garantia dos direitos humanos universais, como a saúde, na região da fronteira trinacional. A formação de valores éticos na vida social nos sistemas de saúde em região de fronteira é uma tarefa urgente e necessária. A consolidação do direito à saúde nestas localidades parece estar distante do entendimento da saúde como direito à vida, conforme expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

### **Colaboradores**

Todos os autores contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

### **Agradecimentos**

À CAPES pelo financiamento inicial via bolsa de Demanda Social, aos formadores de opinião participantes da presente pesquisa e a todos e todas que se corresponsabilizam pelo cuidado, saúde coletiva e justiça social em territórios de fronteiras internacionais da América Latina e Caribe.

## Referências

1. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saude Publica* 1988; 22(1):57-63.
2. Soares MA. Os extratos de uma ontologia marxista do direito em Roberto Lyra Filho. *Rev Insurg* 2016; 2(1):322-353.
3. Iamamoto VM. O Serviço Social na cena contemporânea. In: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS; 2009.
4. Fleury S. *Estado Sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
5. Bello E. Cidadania, alienação e fetichismo constitucional. In: *Anais do XVIII do Congresso Nacional do CONPEDI*. São Paulo; 2009. p. 518-545.
6. Souza J. *A construção social da subcidadania: por uma sociologia política da modernidade periférica*. Belo Horizonte: UFMG; 2003.
7. Castiglione DP. Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas. *Cad Saude Publica* 2018; 34(4):e00006018.
8. Fagundes HS, Kreutz IT, Nogueira VMR, Castamann D. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. *Rev Katalysis* 2018; 21(2):293-304.
9. Santos M. *Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record; 2004.
10. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
11. Silva MAM, Ferreira E, Silva GA. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. *Physis* 2010; 20(4):1183-1207.
12. Villas-Boas LPS. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psic Ed* 2004; 19:143-166.
13. Almeida AMO. Abordagem societal das representações sociais. *Soc Estado* 2009; 24(3):713-737.
14. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 2000; 16(2):499-506.
15. Fontanella BJB, Magdaleno-Junior R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud* 2012; 17(1):63-71.
16. Aikes S, Rizzotto MLF. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saude Soc* 2020; 29(2):e180196.
17. Freitas ACV, Costa ES. O direito moderno sob a ótica dos clássicos da sociologia: análises e questionamentos. *Cad CRH* 2013; 26(69):639-653.
18. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saude Debate* 2009; 33(83):380-389.
19. Albuquerque GSC, SILVA, MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saude Debate* 2014; 38(103):953-965.
20. Bernardes AG, Guareschi NMF. Dever do Estado: metamorfoses da publicização da existência e produção de subjetividades. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):967-976.
21. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude Debate* 2019; 43(5):15-28.
22. Aikes S, Rizzotto MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00182117.
23. Machado MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):335-342.
24. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.

---

Artigo apresentado em 08/04/2022

Aprovado em 23/06/2022

Versão final apresentada em 25/06/2022

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

