



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART

**EXISTIR TRANSFRONTEIRIÇO: VIDA E DIREITOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE DA FRONTEIRA INTERNACIONAL  
ENTRE ARGENTINA, BRASIL E PARAGUAI**

---

Londrina  
2024

CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART

**EXISTIR TRANSFRONTEIRIÇO: VIDA E DIREITOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE DA FRONTEIRA INTERNACIONAL  
ENTRE ARGENTINA, BRASIL E PARAGUAI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González

Londrina  
2024

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração  
Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Arenhart, Carlos Guilherme Meister.

Existir transfronteiriço: vida e direitos na atenção à saúde da fronteira  
internacional entre Argentina, Brasil e Paraguai / Carlos Guilherme Meister  
Arenhart. - Londrina, 2024.

181 f. : il.

Orientador: Alberto Durán González.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina,  
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
2024.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Coletiva - Tese. 2. Áreas fronteiriças - Tese. 3. Políticas de Saúde -  
Tese. 4. Necessidades de Atenção à Saúde - Tese. I. González, Alberto Durán. II.  
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART

# **EXISTIR TRANSFRONTEIRIÇO: VIDA E DIREITOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FRONTEIRA INTERNACIONAL ENTRE ARGENTINA, BRASIL E PARAGUAI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

## **BANCA EXAMINADORA**

Professora Doutora Gladys Amélia Velez Benito  
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)  
Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza

---

Professora Doutora Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

---

Professora Doutora Marselle Nobre de Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina (UEL)  
Departamento de Saúde Coletiva

---

Professora Doutora Brígida Gimenez Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina (UEL)  
Departamento de Saúde Coletiva

---

Professor Doutor Alberto Durán González  
Universidade Estadual de Londrina (UEL)  
Departamento de Saúde Coletiva

Londrina, 12 de janeiro de 2024

*A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. [...]*

A doença como metáfora – Susan Sontag, 1984.

Tese dedicada aos que vivem, existem e se lançam nas fronteiras internacionais da América Latina e Caribe e, em especial, na fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai.

## **AGRADECIMENTOS**

Nesta caminhada de descobertas, desafios e oportunidades do doutoramento tive minha existência-pesquisador inquietada por afetos que me preencheram com paz, alegria e força. O mistério chamado vida e os jardins saúde coletivistas me oportunizaram relações humanas que me transformaram.

Meu sincero agradecimento ao Alberto Durán, orientador desta Tese e que me oportunizou liberdade e autonomia do pensar e agir na condução da pesquisa. O compartilhamento das humanidades do Beto me encorajou a enfrentar minhas fronteiras existenciais.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL pela força de amar a saúde coletiva e por todas as contribuições nas disciplinas, seminários e estágios.

A Gladys Benito, Maria Frizon, Brigida Carvalho, Marselle Nobre, Maira Bortoletto e Ludmila Xavier pelas contribuições substanciais na qualificação desta Tese. O olhar atento, cuidadoso e amoroso de vocês à esta minha produção intelectual trouxe potência inclusive para percursos futuros que trilharei.

Agradecimento pelas amizades saúde coletivistas entre os estudantes do PPGSC-UEL.

Aos docentes e estudantes da Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná na qual estive, no percurso doutoral, atuando como professor substituto. A emancipação reconheci com vocês.

Aos docentes e estudantes da Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana pelos diálogos e contribuições no pensar saúde na América Latina e Caribe.

Aos docentes amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Regiões de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná pela preparação ética no mestrado.

Ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Paraná por me oportunizar sonhar novamente com a práxis sanitária.

Aos amigos e amigas do núcleo Paraná do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) pelos espaços de construção e pensamento crítico em saúde.

Aos membros da Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (ALAMES) por despertarem em mim o desejo latino-americanista.

Agradeço as políticas de acesso afirmativo que tornaram possível minha existência chegar até aqui. O filho do metalúrgico e da dona de casa rompeu as barreiras sociais impostas com a ajuda das políticas de incentivo de acesso e permanência ao ensino superior público. Cota não é e nunca será esmola!

Ao grupo de Estudos Hannah Arendt do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Estadual de Londrina pelo intenso aprendizado no período que participei.

Um abraço afetuoso aos vinte e cinco gestores e gestoras municipais de saúde da 10ª Região de Saúde – Cascavel pelo trabalho coletivo e força na operacionalização da saúde coletiva que queremos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu – Brasil por oportunizar os espaços de coleta de dados na Unidade Básica de Saúde Jardim América e no Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

A Javier Marques e sua equipe. Javier é docente assistencial do Hospital Marta Schwarz de Puerto Iguazú – Argentina e possibilitou os trâmites para a minha entrada no campo na Argentina.

A Maria Soledad Vargas Escobar do Hospital Regional de Ciudad Del Est por todo apoio e gentileza nos trâmites documentais no lado Paraguaio. Gracias hermana por sua sensibilidade.

A Hugo Casartelli, chefe de docência médica e investigação do Hospital Regional de Ciudad Del Est – pela solidariedade e permissão na entrada do campo no Paraguai.

A Lucca Grzeczeczen Gonçalves, Arquiteto e Urbanista unileiro pelo auxílio e contribuição na construção dos mapas apresentados nesta Tese. Gracias!

A minha família pela compreensão das distâncias e das ausências. Ao meu pai Carlos Alberto pelo apoio aos meus estudos, as minhas irmãs Dada e Maísa e aos meus irmãos Marcelo e Gu. A minha madrastra Sandra pela firmeza nos conselhos de vida, desde pequeno. É também por vocês que me arrisco ao mundo do conhecimento científico

Meu carinho e agradecimento as amigas que preenchem minha existência com carinho: Aline Ramirez, Ercilia Monção, Priscilla Johann, Ellen Kayumi, Thaís Favoretto, Nadiane Schlosser, Joamara Oliveira, Juliana Canassa e Kátia Yumi.

Aos meus eternos pequenos Bryan Arenhart, Gustavo Arenhart e Heitor Arenhart que trouxeram alegrias e amor ao chegarem nesta existência. Que no futuro vocês entendam as minhas ausências. Les quiero mucho!

Ao Eduardo Dias Fonseca pelo amor, carinho e cuidado neste percurso e também pela paciência e discernimento em me ver e escutar.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa doutoral concedida.

ARENHART, Carlos Guilherme Meister. Existir transfronteiriço: vida e direitos na atenção à saúde da fronteira internacional entre Argentina, Brasil e Paraguai Londrina, Paraná. 2024. 181p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

## RESUMO

**Introdução:** A saúde coletiva na região transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina esteve condicionada historicamente pelo distanciamento da oferta de atenção à saúde que considere as dinâmicas próprias do lugar. A experiência do cidadão transfronteiriço nos sistemas públicos de saúde do lugar representa pistas fundamentais para costuras próprias de organização dos Estados para que se materialize uma oferta digna e resolutive. **Objetivo:** Analisar como o cidadão transfronteiriço entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experiencia a Atenção à Saúde. **Métodos:** Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa na qual foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas com cidadãos nos sistemas de saúde pública dos três lados da fronteira. As entrevistas ocorreram no período de setembro a outubro de 2023 e o tempo de cada entrevista variou de 25 a 40 minutos. Os critérios de seleção foram aleatórios e concretizados com a disponibilidade e interesse em participação no estudo. Para a organização dos achados utilizou-se a Análise de Discurso e as análises destes partiram da sustentação epistemológica advinda da filosofia da existência. **Resultados e Discussão:** A cidadania transfronteiriça firmou pelos discursos que a saúde coletiva no lugar possui importantes desafios a serem superados. Os mundos da permanência no lugar, do acesso à saúde, do direito à saúde e do colapso existencial dos sistemas de saúde foram explorados analiticamente. O cidadão transfronteiriço permanece no lugar motivado pela tríade labor, amizade e família. No acesso à saúde existem barreiras e facilitadores na ponte que materializa a atenção à saúde. As barreiras interditam o caminhar do cidadão transfronteiriço e produzem sofrimento. No âmbito do direito à saúde constaram-se movimentos tensionadores entre os cidadãos em seus olhares sobre o direito à saúde ao cidadão transfronteiriço e há um espaço-entre de conflito. Há um colapso existencial da saúde coletiva pública e este é representado pelas experiências cidadãs na atenção à saúde. **Considerações Provisórias:** Os mundos saúde coletivistas para o cidadão transfronteiriço, ao experienciar a atenção à saúde nos sistemas públicos de saúde demonstrou a necessidade de costuras urgentes, nacionais e internacionais, de políticas de saúde sensíveis às demandas de quem projeta suas vidas nesse lugar. O cidadão transfronteiriço ao lançar o *si-mesmo* nestes mundos compõe condições próprias que trazem pistas importantes para o futuro dos sistemas públicos de saúde da fronteira trinacional.

**Palavras-Chaves:** Necessidades de Atenção à Saúde; Saúde Coletiva; Áreas Fronteiriças; Políticas de Saúde; Gestão em Saúde.

ARENHART, Carlos Guilherme Meister. Cross-border existing: life and rights in health care on the international border between Argentina, Brazil and Paraguay. Londrina, Paraná. 2024. 181p. Thesis (Doctorate in Public Health) – State University of Londrina.

### ABSTRACT

**Introduction:** Public health in the cross-border region between Brazil, Paraguay and Argentina has specific dynamics that should be taken into account. Even though, it has historically been conditioned by the distance from the provision of health care not facing the specificity of the region. The experience of the cross-border citizen in the local public health systems are fundamental clues for the specific organization of States. Based on this fact, strategies can be elaborated so that a dignified and resolute offer can materialize. **Objective:** The goal of this research is to analyze how cross-border citizens between Foz do Iguacu – Brazil, Ciudad Del Este – Paraguay and Puerto Iguazú – Argentina experience Health Care. **Methods:** A qualitative research was developed where 16 semi-structured interviews were carried out, on three sides of the border, with citizens in public health care systems. The interviews took place from September to October 2023 and the time of each interview varied from 25 to 40 minutes. The selection criteria were random and based on availability and interest in participating in the study. Discourse Analysis was used to organize the findings and the epistemological support from the philosophy of existence was engaged as basis for the analysis. **Results and Discussion:** After analyzing the interviews the cross-border subjects confirmed that collective health in the region has important challenges to overcome. The cross-border interviewees remain motivated not to move from the region by the triad of work, friendship and family. Regarding to the health access, there are barriers and facilitators in the bridge that materializes health care. Barriers prevent citizens from moving across borders and produce suffering. When facing the health rights, there were different views among the interviewees, suggesting a possible conflict of interest. There is an existential collapse of collective public health and this is represented by citizens' experiences in health care access. **Provisional Considerations:** The collectivist health worlds for the cross-border citizen, when experiencing health care in public health systems, demonstrated the need for urgent national and international policies. The cross-border citizen, when launching himself into these worlds, creates his own conditions that bring important clues for the future of public health systems on the trinational border.

**Keywords:** Health Services and Demands; Public Health; Border Areas; Health policies; Health Management.

ARENHART, Carlos Guilherme Meister. Existir transfronterizo: vida y derechos en la atención a la salud en la frontera internacional entre Argentina, Brasil y Paraguay. Londrina, Paraná. 2024. 181p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) – Universidad Estadual de Londrina.

## RESUMÉN

**Introducción:** La salud pública en la región transfronteriza entre Brasil, Paraguay y Argentina ha estado históricamente condicionada por el distanciamiento de una prestación de atención en salud que tenga en cuenta las dinámicas propias del lugar. La experiencia del ciudadano transfronterizo en los sistemas públicos de salud locales representa pistas fundamentales para la organización específica de los Estados para que pueda materializarse una oferta digna y buena. **Objetivo:** Analizar cómo experiencia los ciudadanos transfronterizos entre Foz do Iguazú – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguay y Puerto Iguazú – Argentina en la Atención a la Salud. **Métodos:** Se desarrolló una investigación cualitativa donde se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas a ciudadanos transfronterizos dentro de los sistemas de atención y salud pública en los tres lados de la frontera. Las entrevistas se realizaron de septiembre a octubre de 2023 y el tiempo de cada entrevista varió de 25 a 40 minutos. Los criterios de selección fueron aleatorios y basados en disponibilidad e interés en participar en el estudio. Para organizar los resultados se utilizó el Análisis del Discurso y sus análisis se fundamentaron en el sustento epistemológico de la filosofía de la existencia. **Resultados y Discusión:** La ciudadanía transfronteriza confirmó a través de discursos que la salud colectiva en el lugar tiene importantes desafíos por superar. Se exploraron analíticamente los mundos de permanecer en el lugar, el acceso a la atención médica, el derecho a la atención médica y el colapso existencial de los sistemas de salud. El ciudadano transfronterizo sigue en el lugar por la tríada de trabajo, amistad y familia. En el acceso a la salud existen barreras y facilitadores en el puente que materializa la atención en salud. Las barreras impiden que los ciudadanos crucen el puente del acceso y producen sufrimiento. En el contexto del derecho a la salud, hubo movimientos de tensión entre los ciudadanos en sus opiniones sobre el derecho a la salud de los ciudadanos transfronterizos y hay un espacio-entre conflictivo. Hay un colapso existencial de la salud pública colectiva y esto está representado por las experiencias de los ciudadanos en el cuidado de la salud. **Consideraciones:** Los mundos colectivistas de la salud para el ciudadano transfronterizo, al vivir la atención en salud en los sistemas de salud públicos, demostraron la necesidad de urgentes costuras nacionales e internacionales de políticas de salud sensibles a las necesidades de quienes diseñan su vida en este lugar. El ciudadano transfronterizo, al lanzarse a estos mundos, crea sus propias condiciones que traen pistas importantes para el futuro de los sistemas de salud pública en la frontera trinacional.

**Palabras-Clave:** Necesidades de Atención a la Salud; Salud Colectiva; Zonas Fronterizas; Políticas de Salud; Gestión en Salud.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MAPA DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2021 .....	65
FIGURA 2 - MAPA DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.....	66
FIGURA 3 - MAPA DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (AB, MÉDIA COMPLEXIDADE E HOSPITAIS) GEOLOCALIZADOS EM FOZ DO IGUAÇU - BR, CIUDAD DEL EST - PY E PUERTO IGUAZU – AR.....	75
FIGURA 4 - MAPA DAS POPULAÇÕES NOS PAÍSES DA FRONTEIRA TRINACIONAL ENTRE ARGENTINA, BRASIL E PARAGUAI .....	77
FIGURA 5 - MAPA DOS ARCOS DE FRONTEIRAS INTERNACIONAIS DO BRASIL .....	81
FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO DO ELEMENTO EXPERIÊNCIA NA CONFORMAÇÃO DA VIDA TRANSFRONTEIRIÇA ENTRE BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA .....	95
FIGURA 7- REPRESENTAÇÃO DA CIDADANIA COMO EXPRESSÃO DO DIREITO À SAÚDE EM TERRITÓRIO TRANSFRONTEIRIÇO ENTRE BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA.....	102

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – RISCOS E VANTAGENS DE UMA POSSÍVEL REDE INTERNACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NA FRONTEIRA TRINACIONAL ENTRE ARGENTINA, BRASIL E PARAGUAI. ....	63
QUADRO 2 – ABORDAGENS DA APS NO MUNDO .....	70
QUADRO 3 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	71

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - GÊNERO E FAIXA ETÁRIA DOS INFORMANTES TRANSFRONTEIRIÇOS .....	119
TABELA 2 - FORMAÇÃO E NACIONALIDADE DE ORIGEM DOS INFORMANTES TRANSFRONTEIRIÇOS.....	120
TABELA 3 - CONDIÇÕES CRÔNICAS, VÍNCULO APS E PLANO PRIVADO DOS INFORMANTES TRANSFRONTEIRIÇOS .....	121

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease
DESC	Departamento de Saúde Coletiva
DS	Distritos Sanitários
EAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HMPI	Hospital Municipal de Puerto Iguazú (Marta Schwarz)
HRCDE	Hospital Regional de Ciudad del Este
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIS	Relações Internacionais
RS	Região de Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIS	Sistema Integrado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO .....	28
2.1	Amor e Política em Hannah Arendt: caminho para a saúde coletiva trinacional .....	29
2.2	Cidadania em território transfronteiriço: reflexos da globalização.....	44
2.3	Estado Federalista na Argentina e Brasil e Estado Unitário no Paraguai .....	50
2.4	Redes de Atenção, Atenção Básica e Integralidade: algumas considerações.....	61
2.5	Relações Internacionais e a Fronteira.....	80
3	PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS .....	91
3.1	A vida como categoria soberana: pistas em Hannah Arendt.....	93
3.2	Políticas de Saúde: pistas saúde coletivistas .....	98
3.3	Cidadania na existência: pistas em Milton Santos.....	100
3.4	A filosofia da existência.....	104
4	METODOLOGIA.....	107
4.1	Percursos: exploratório e descritivo .....	108
4.2	Campo da pesquisa, amostra e coleta de dados .....	109
4.3	Análise dos dados.....	111
4.4	Aspectos éticos da pesquisa.....	117
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	118
5.1	Caracterização dos cidadãos informantes transfronteiriços .....	118
5.2	Os mundos da permanência: o <i>si-mesmo</i> no lugar .....	122
5.3	Os mundos do acesso à saúde: o <i>si-mesmo</i> frente as barreiras e facilitadores .....	129
5.4	Os mundos do direito à saúde: <i>espaço-entre</i> transfronteiriço.....	138
5.5	Os mundos da Atenção à Saúde em colapso na fronteira trinacional.....	145
6	CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS.....	150
7	REFERÊNCIAS .....	155
8	APÊNDICES.....	164
9	ANEXOS .....	173

## APRESENTAÇÃO

Ser latino-americano e saúde coletivista nestes tempos é um grande desafio. O mundo tem se apresentado numa imensa confusão e que por vezes me faz ter vertigem ao analisá-lo somente com o olhar científico. Escrevo aqui um pouco de minha história e de como estou imbricado com o objeto desta Tese. Minha intenção é de partir de um lugar que supere a comumente falsa ideia de neutralidade na relação entre ciência, pesquisador e produto.

Nasci em Canoas, no Estado do Rio Grande do Sul em fevereiro do ano de 1994. Meu pai trabalhava como metalúrgico e minha mãe trabalhava como dona de casa. Vivíamos em uma casa simples, mas cheia de boniteza, no bairro Mathias Velho que, apesar de ser periferia da Região metropolitana, estava localizado com certo privilégio socioespacial por estar na distância de duas quadras da estação do Trensurb.

Na infância, experienciei a dualidade entre viver na cidade e viver no campo, fato este resultado da separação de meus pais e o falecimento precoce de minha mãe, no ano de 2002. Com a partida de minha mãe, a “Tia Lili” de todos/as vizinhos, fui morar com meu pai e minha madrasta em Nova Santa Rita, cidade com pouco mais de 20 mil habitantes e com características rurais. Por lá, a experimentação de vida foi incrível e meu caminhar no campo me fez perceber outros mundos possíveis. Entre as galinhas, patos, periquitos, açudes e sangas, vivia e via o mundo como uma fábula.

Cuidar, alimentar e proteger os animais da chácara era uma tarefa minha. E como eu adorava essa baita tarefa! Digo que foi minha primeira experiência com a responsabilidade. Era a minha felicidade diária à época na qual passava horas e horas. Minha escola do ensino fundamental permaneceu em Canoas, aproximadamente 20 quilômetros da chácara. Todos os dias ia esperar o ônibus intermunicipal que ligava NSR a Canoas às 06 horas da manhã para ir à escola. Foi assim que passei a maior parte do meu aprendizado fundamental e médio – indo e vindo entre cidade e campo e sempre pensando durante os quarenta minutos de viagem o que eu queria ser quando crescesse.

Durante o ensino médio em 2010 me preparei para me lançar no nível superior e, no final daquele ano, chegou o momento do vestibular. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul havia o curso de Medicina Veterinária. Porque não

misturar a paixão pelos animais com o trabalho? Entretanto, minha formação escolar possuía vazios importantes, pois as escolas públicas que estudei no fundamental e médio sofriam, à época, com falta de professores em disciplinas importantes (inglês, física, artes) e também ausências em atividades preparativas para a vida profissional, entre outros problemas. Mesmo assim me lancei no risco de fazer as provas do vestibular de 2010 e, aí, veio o primeiro tombo. Não havia conquistado a vaga pois por pouco não zerei a prova de física.

Então vieram momentos sensíveis na minha abertura ao mundo. A expectativa familiar por um lado, a grande pressão interna por outro. No final de 2011, por um concurso de redação, fui premiado com uma bolsa de estudos num conhecido cursinho pré-vestibular, lá em Canoas. Empolgado com esta nova abertura, início os estudos neste cursinho em 2011, me dividindo novamente entre a cidade e o campo. Por dentro, minha racionalidade perguntava: e se eu não passar novamente no vestibular? Segundo tombo. Não passei no vestibular novamente e por poucos pontos não tive acesso à vaga.

É neste momento que aparece na minha abertura ao mundo a Saúde Coletiva, como uma possibilidade para o meu existir. Através de pesquisas pelo computador, leio um pouco sobre o que era esse novo curso no Brasil e a tríade gestão, política e planejamento em saúde desperta uma baita curiosidade. Atento, busquei usar a nota do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) nas universidades do Brasil, pelo SISU e foi nesta busca que encontrei a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que tinha apenas dois anos de existência e ficava na cidade de Foz do Iguaçu- PR. Dentre os cursos de graduação ofertados, havia o curso de Saúde Coletiva.

Leio a proposta de disciplinas do curso. Não compreendo muito bem, mas fico muito mais curioso e me inscrevo na plataforma. Talvez, no meu caso, seja a curiosidade uma ótima aliada aos momentos sensíveis. Em março de 2012 vejo meu nome na chamada pública e recebo um e-mail para a matrícula e o ingresso na UNILA. Junto meus trocados, mala e cuia e vou descobrir um novo mundo na fronteira trinacional, terra dos fluxos das águas. Chegando em Foz do Iguaçu, no curso de graduação em Saúde Coletiva da UNILA, me encontro novamente comigo e com nova fábula. O mais legal é que eu sentia que poderia ajudar a colocar os tijolos, como estudante, na construção que se iniciava.

A Saúde Coletiva e os professores me acolheram, me priorizaram, me educaram. Além do acesso ao ensino público, forte e de qualidade, conheço gentes de todo continente latino-americano e caribenho. As aulas formativas em espanhol e em português, nos corredores o famosoportunhol. Ainda a língua Guarani e Quéchua também eram sons comuns diários. Foi uma felicidade encontrar essas gentes, a identidade, a pluralidade e a amizade. À época não fazia ideia do que seria ser Sanitarista/Salubrista/Saúde Coletivista. Hoje, posso contar que tenho pistas vindas da experiência, e, a principal delas, é que estou no mundo para defender e construir uma existência digna às pessoas através do labor, pensamento e ação na saúde.

De 2012 a 2015 cursei a graduação em Saúde Coletiva com muita energia de construção de um processo que se iniciava. Compreender e reconhecer o “eu” na Saúde Coletiva foi e é um desafio prazeroso constante, mas não livre de angústia. Desde então, digo que minha paixão por este campo só aumenta. E é por isso que decidi estudar e me dedicar como pesquisador ao território onde estou hoje. A fronteira trinacional tem muitos desafios na saúde que, por vezes, me imobilizaram e ainda me imobilizam. Percebo com a maturidade que o objeto da Saúde Coletiva está ficando cada vez mais claro: a vida sendo seus os instrumentos de proteção as áreas das epidemiologias, da política/planejamento/gestão e das ciências humanas em saúde, atravessadas por identidades que se formam a depender dos lançamentos.

Após receber a “identidade” Sanitarista em 2015, trabalhei dois anos 2016-2018 vinculado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Sistema Único de Saúde em Foz do Iguaçu entre os espaços do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil, Fetal e Materna e da gestão da Atenção Básica do município. Foi um choque me deparar com a precariedade e, a fábula, que não era de areia, desmoronou.

Decidi me lançar na formação pós-graduada e cursei o mestrado em Saúde Pública em Regiões de Fronteira, onde me debrucei a entender como os formadores de opinião conformam a cidadania e saúde na fronteira trinacional. O percurso do mestrado ocorreu comigo vinculado ao sistema de saúde, onde tive a experiência de ser servidor municipal por um período e trabalhar por dois anos como prestador de serviços para a Organização Panamericana da Saúde/OMS na construção de uma Sala de Situação em Saúde vinculado ao CIEVS fronteira.

Ao adentrar no doutoramento, me desligo do trabalho no sistema de saúde, me dedicando integralmente a pesquisa. Neste percurso, entretanto, tive a possibilidade de experienciar a docência no curso de Saúde Coletiva da UFPR como substituto e, mais recentemente, como Apoiador Regional no COSEMS PR.

Minhas palpitações no coração e as inquietações na mente aumentam na medida em que venho me debruçando na pesquisa sobre a saúde coletiva da fronteira trinacional. Preciso registrar nesta apresentação que pela liberdade que me foi dada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva (DESC), pude ter a possibilidade existencial de me debruçar mais sobre este tema de pesquisa, me possibilitando, inclusive, novas identidades do ser sanitário, agora também pesquisador.

Nesta Tese busco sobretudo subjetivamente entender minhas fábulas saúde coletivistas com a curiosidade que me trouxe ao campo da Saúde Coletiva, campo este de práticas, experiências, saberes, mas também de sentimentos, que vem moldando minha identidade humana, atravessada pela pesquisa e pelo labor e principalmente pelas gentes que me ajudam a construir o meu *“si mesmo”*.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde coletiva é um campo essencialmente transdisciplinar e tem sua *physis* na América Latina e Caribe. Está em disputa constante pelo embate das políticas de saúde que se têm e nas que necessitamos ter para uma verdadeira proteção da existência humana, que seja digna, fraterna, resolutiva, integral e solidária em nosso continente.

A conceituação do campo saúde coletiva nas ciências historicamente foi plural. Neste sentido, esta pesquisa está interligada pela interconexão de sua dimensão tríade, estruturada como corrente de pensamento, movimento social e como prática teórica com pressupostos analíticos-existenciais (NUNES, 1994).

Ademais, os objetos do campo, para além do estado e necessidades de saúde da população, se edificam nas próprias construções dos projetos de vida e nos lançamentos ao mundo, nos quais tem-se buscado através das práxis do campo ampliar a concepção positiva do que, na existência humana, é ou não é saúde. Ainda, pelas contribuições da filosofia da existência, a saúde coletiva pode se edificar também por significações que emergem do encontro das subjetividades humanas na busca por suas liberdades, de compreender o ser e a sociedade no constructo da pluralidade (ARENDETT, 2020; MINAYO, 2001).

Não há mais como se posicionar, na ciência, sobre um meio ou parcial *ethos* saúde coletiva. Isto porque os objetos do campo não permitem posicionamentos desassociados da história, economia, ciência política, antropologia, relações internacionais e da singular compreensão da necessidade do fortalecimento da seguridade social em saúde através de sistemas universais que enfrentem o sofrimento experienciado pela população da região.

As práticas existentes no capitalismo periférico e a exploração das existências a um modelo de produção que marginaliza convocam a todos e todas que têm aderência ao campo da saúde coletiva a produzir alternativas de enfrentamento, seja pela ciência, sociedade ou política, desta grave situação. Esta necessidade perpassa tanto pela compreensão dos desafios como das potências a serem buscadas pelos Estados nacionais e subnacionais no que concerne a materialidade do bem-estar social, político e econômico. Na América Latina e Caribe, ainda permanecem tensões na segmentação da proteção social em saúde

pautados principalmente por conflitos na construção da seguridade social (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017).

Disto, portanto, decorre a necessidade de aliar o debate saúde coletivista aos componentes territoriais locais, nos quais as perversidades capitalistas se apresentam de maneira mais próxima e se materializam nas formas de organização social e coletiva. Por sua vez, a atenção à saúde como categoria se constitui na saúde coletiva por variados fatores que vão desde a assistência em si, mas também ao acesso, ao direito, a política e às instituições e organizações. Está relacionada ao conjunto das vigilâncias em saúde, das ciências humanas em saúde e da política, planejamento, avaliação e gestão dos sistemas de saúde.

Nos sistemas de saúde de territórios de fronteiras internacionais, como no caso de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad del Este – Paraguai e Puerto Iguazu – Argentina, a atenção à saúde se apresenta no cotidiano com intensas características de fragmentação do cuidado, não comunicação entre a gestão das densidades tecnológicas assistenciais e uma precarização da oferta. Essas características vêm resultando historicamente em sofrimento social, individual e por vezes coletivo, na proteção da existência salutar no que concerne a materialidade do direito à vida como direito humano.

Estudos que se debruçaram sobre a saúde entre fronteiras apontaram que as relações estabelecidas nestes lugares possuem condições próprias, com dinâmicas singulares, que extrapolam o pensamento e a ação nacionalizada. As condições de vida, o acesso e direito à saúde, o atendimento a cidadania transfronteiriça e outros aspectos são sinalizados na produção científica, principalmente nas últimas duas décadas (PEITER, 2005; PEITER, 2007; GIOVANELLA et al, 2007; AIKES e RIZZOTTO, 2018, ARENHART et al, 2022).

Peiter (2005; 2007) ao analisar com profundidade a geografia da saúde nas faixas de fronteira constatou que os limites territoriais não são obstáculos para a difusão de doenças e verificou que no Arco Sul existiam melhores estruturas institucionais e de força de trabalho em saúde em comparação com outros dois arcos. Já Giovanella et al (2007) constataram em suas análises a partir da visão de gestores municipais de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) que movimentos em proteção da cidadania global e a universalização do direito à saúde eram, à época, tarefas complexas e necessárias.

Aikes e Rizzotto (2018) ao analisarem a integração regional no âmbito da saúde em cidades gêmeas destacaram ainda que o gestor municipal de saúde nestas territorialidades é um sujeito político e que era preciso resgatar a ótica científica para estes como atores políticos internacionais para o enfrentamento de estratégias não institucionalizadas de integração regional. Já Arenhart et al (2022) a partir da percepção de formadores de opinião da fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai constataram representações sociais conflituosas no âmbito do direito à saúde, sustentadas por noções que excluem do acesso à atenção à saúde o cidadão transfronteiriço no edificar concepções sobre as singularidades do território.

Visando debater e refletir mecanismos que podem fortalecer a saúde coletiva deste lugar, me lanço em alguns conceitos da filosofia da existência (ARENDRT 1997; ARENDRT, 2020) e proponho fazer uma imersão analítica nas experiências do cidadão transfronteiriço na atenção à saúde dos três lados fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai. A proposta de identificar possíveis transformações para que se proteja a vida neste lugar se faz como um dos alicerces deste trabalho.

O conceito de cidadão transfronteiriço que adoto no percurso do estudo busca a centralidade da ideia de que as existências humanas estão vinculadas ao status de cidadão/ã junto aos Estados nacionais e subnacionais (SANTOS, 2014), e, sobretudo, também nas plataformas sócio-políticas externas destes Entes, como por exemplo, as práticas emergidas pelo estatuto da cidadania do MERCOSUL (MERCOSUL, 2022).

É de conhecimento que na fronteira entre os três países as pessoas circulam intensamente seja por motivos de aquisição de bens e produtos com os benefícios da situação de câmbio das moedas, labor, estudo, saúde, cultura, relações familiares e de amizade, entre outros.

Neste constructo sinalizo que a partida de conformação da pesquisa ocorreu através das evidências do lugar entre Argentina, Brasil e Paraguai que tensionam a globalização, o pensamento único e a própria prática teórica na saúde coletiva nos três sistemas de saúde. O movimento cético de negar os signos constituídos que estabelecem a distância entre “nós – eles”, presentes na grande maioria das instituições públicas de saúde do lugar, foi um outro eixo de sustentação que adotei como possibilidade para buscar compreender de forma mais profunda estes fenômenos.

Alguns condicionantes surgiram, especialmente relacionados ao terror produzido pela desproteção social em matéria de saúde na fronteira, concretizado por um dimensionamento simbólico do agir estatal local mínimo nos três lados fronteiriços e que impactam na produção de saúde das pessoas, nas suas buscas pela atenção à saúde e também em seus lançamentos nos mundos do acesso e do direito à saúde na fronteira.

Portanto, nesta tese busco alinhar a existência na fronteira internacional trinacional com teorias que ajudam a compreender como a cidadania se relaciona e experencia a saúde, o que se materializa através das narrativas emergidas da população por dentro dos sistemas de saúde, ou seja, pelo discurso das pessoas que utilizam a saúde coletiva pública em Foz do Iguaçu, Ciudad Del Este e Puerto Iguazú.

A intenção é de trazer subsídios para conformar o movimento de singularidade da saúde coletiva nesta região num movimento não linear de demonstração de que este lugar possui necessidade de costura e implementação de políticas públicas fortes, mas, também, de estratégias de cuidado próprias que façam a rupturas necessárias operacionais para garantir a qualidade da oferta da atenção e a existência-dignidade destas populações.

A partir destas considerações iniciais surgiram alguns interrogantes que balizaram a potencial relação entre objeto e pesquisador. Por exemplo, como verificar a maneira que o cidadão transfronteiriço pensa e sente as dimensões do cuidado, do acesso e do direito à atenção à saúde? Quais são os facilitadores e as barreiras encontradas pelo cidadão transfronteiriço na atenção à saúde? De que maneira enxergam suas existências interrelacionadas com os espaços dos sistemas de saúde coletiva da fronteira? Inicio desse modo com o pressuposto de que a atenção à saúde na fronteira trinacional apresenta formas e processos pouco comuns aos entes estatais, que devem ser observados para a construção de políticas de saúde robustas e resolutivas, que atendam de maneira qualificada as necessidades das populações que vivem no lugar.

O estudo está estruturado em três capítulos que antecedem as considerações provisórias. Antes do primeiro capítulo construí a introdução, na qual apresento os elementos contextuais teóricos e as perguntas de pesquisa; Em seguida, o objetivo geral e os objetivos específicos, onde delimito o recorte sobre o interesse da investigação.

O primeiro capítulo é o referencial teórico que aborda as concepções filosóficas que sustentam a pesquisa. A primeira seção é construída entre os conceitos de amor e política no pensamento de Hannah Arendt seguido de uma carta a um coração transfronteiriço. Na segunda seção busco trazer elementos teóricos advindos do pensamento de Milton Santos no que concerne à cidadania e os impactos da globalização, seguido de uma carta aos transfronteiriços. Já na terceira seção busco debater brevemente as conexões possíveis entre as redes de atenção, atenção básica e a integralidade da atenção à saúde, seguido de uma carta à resistência transfronteiriça. Na quarta seção me debruço em contextualizar as relações internacionais e a fronteira trinacional, seguido de uma carta aos agentes de mudança das práticas de saúde neste lugar.

Estas cartas entre as seções do referencial teórico são apresentadas ao leitor como interlúdios, compostos por junções de registros fotográficos, poesias e músicas. Tomo emprestado esta ideia do campo das artes a fim de trazer a dimensão da poética para elevar o espírito da prática científica. Estes interlúdios me atravessaram enquanto pesquisador durante o desenvolvimento da pesquisa.

O capítulo seguinte é estruturado pelos Pressupostos Teóricos-Metodológicos, que se estruturam principalmente em sustentações que deram a partida para as análises do material produzido no campo da pesquisa. Está dividida em três seções. A primeira é representada pelas pistas em Arendt e a condição humana com tangencial interlocução ao conceito de habitar de Heidegger. A segunda pelas pistas saúde coletivistas das políticas de saúde e, a última, pelas pistas do pensamento de Milton Santos no âmbito da cidadania na existência. Após, demonstro a metodologia operacional do campo de pesquisa e de como ocorreu o processo de coleta de dados, um breve relato sobre a filosofia da existência e os percursos exploratório e descritivo, a análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

Por fim, no terceiro capítulo, é apresentado ao leitor os resultados da pesquisa, que foram organizados em cinco seções: caracterização dos cidadãos transfronteiriços informantes; os mundos da permanência: o *si-mesmo* no lugar; os mundos do acesso à saúde: o *si-mesmo* frente às barreiras e facilitadores; os mundos do direito à saúde: *espaço-entre* transfronteiriço e a última seção dos resultados foi construída pelos mundos da atenção à saúde em colapso na fronteira

trinacional. Em seguida apresento as considerações provisórias e as referências que subsidiaram a construção da tese, seguido dos anexos e apêndices.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Analisar como o cidadão transfronteiriço de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experencia a Atenção à Saúde.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – Verificar os principais motivos que levam o cidadão transfronteiriço a permanecer na fronteira trinacional;

II – Identificar como o cidadão transfronteiriço experencia o acesso à atenção à saúde;

III – Caracterizar as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço através das percepções cidadãs;

IV – Compreender como o cidadão transfronteiriço enxerga o direito à saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Busco trazer neste momento alguns conceitos filosóficos e teóricos que subsidiaram a estrutura epistêmica para o alcance os objetivos do estudo. Materializa-se a premissa de que a ciência é apenas uma forma de caminho possível – sempre inacabado, incerto e não definitivo, pois o caminho da pesquisa social em saúde coletiva é repleto de contradições e desafios que complexificam a construção do referencial teórico. Seguindo estas ideias iniciais, busco ainda sistematizar alguns conceitos que podem facilitar o dimensionamento e a compreensão do fenômeno da saúde coletiva em territórios de fronteiras internacionais.

Sobre a construção específica do referencial teórico, é importante sinalizar que a origem da palavra “teoria” advém do verbo grego “*theorein*” que representa tanto a ação de observar como a ação de examinar (MINAYO, 2014). Daí resulta, portanto, que a teoria contribui substancialmente para a leitura das realidades dos fenômenos humanos e naturais.

Como expressão desta complexidade, Minayo (2014) ensina que não há teoria – por mais bem construída que seja e por mais rigor científico que possua – que consiga explicitar e descrever os fenômenos em sua totalidade. Diz que a realidade não é transparente, ou seja, é permeada por subjetividades e riquezas que nosso saber e ver não conseguem, por vezes, dimensionar.

Os conceitos teórico-filosóficos são formas possíveis de se aproximar de uma realidade possível de ser mensurada, contribuindo para dar luz aos objetivos de pesquisa, compreender os enlaces dos problemas e tentar focalizá-los. Também, são perspectivas para buscar a clareza durante o processo de investigação e, também, no contribuir para enriquecer a análise dos achados empíricos (MINAYO, 2014).

## 2.1 AMOR E POLÍTICA EM HANNAH ARENDT: CAMINHO PARA A SAÚDE COLETIVA TRINACIONAL

Nesta seção busco trazer subsídios filosóficos para o debate da saúde coletiva trinacional na intenção de apontar reflexões existenciais para articular os conceitos de amor e política no pensamento de Hannah Arendt (ARENDR, 1997; ARENDR, 2012) e que, de certo modo, se configuram também como sustentação epistemológica da pesquisa. Arendt (1997) dialoga espiritualmente com Santo Agostinho (354 d.C-430 d.C), filósofo e religioso que trouxe substanciais contribuições na dualidade da fé e da razão no pensar o mundo.

Esta obra é um de seus primeiros estudos científicos, quando ela se lançava em produzir suas pesquisas nos campos da filosofia e da teologia. Como espaço privilegiado de pensar o ser e a existência, este estudo de Arendt buscou ampliar e interligar conceitos e se dividem em três seções: o amor como desejo, o amor na relação entre o homem e o Deus criador e, por fim, o amor ao próximo. (ARENDR, 1997). Importante sinalizar que a pesquisa da autora ocorreu quando o autoritarismo dos governos e discursos inflamados nacionalistas estavam em rito acelerado na Alemanha.

Já a obra “A Promessa da Política” se baseia especialmente nos estudos realizados por Arendt (2012) durante a década de 1950 e trazem ao pensamento filosófico contemporâneo uma releitura histórica do conceito de política. Apoiada por filósofos como Sócrates (470 a.C.-399 a.C), Platão (428 a.C.-348 a.C), Montesquieu (1689-1755), Hegel (1770-1831) e Marx (1818-1883), faz um aprofundamento da tarefa da política como instrumento que é capaz de levar o mundo, através da pluralidade dos humanos e humanas, a uma convivência livre e justa.

Ao dar início no diálogo e reflexão com estas obras filosóficas firmo que é em seu ensaio de interpretação filosófica “O conceito de Amor em Santo Agostinho” que Arendt (1997) identifica originalmente o amor como desejo, e afirma que amar é desejar. Para ela “todo desejo está ligado a qualquer coisa determinada que se deseja” (ARENDR, 1997, p.17).

Arendt (1997) diz que é do objeto do desejo que faz nascer o desejo em si, na medida em que o desejo se dirige para um mundo conhecido. Nesta reflexão, alerta que a coisa conhecida é um bem, “pois a ela se aspira por ela própria” (ARENDR, 1997, p.17). O caráter específico do desejo, ao ser desejado, é o de não ser possuído.

Se possuído a coisa afim ou o objeto do desejo, o mesmo se acaba em si, exceto em situações nas quais existam a probabilidade de perder aquilo que foi possuído.

Neste último caso o desejo de possuir algo ou alguma coisa transforma-se em medo de perder. Ao discorrer sobre a perda do desejar, diz que isto ocorre devido a possibilidade do *ser* entrar em contato e posse do seu objeto ou coisa desejada. Uma reflexão importante aqui está conformada com o presente e a sua construção existencial. Posso indagar dessa forma se na conformação da saúde coletiva na fronteira trinacional, o amor real, justo e concreto pode transformar as realidades vividas pelo cidadão transfronteiriço nos âmbitos do cuidado, do direito e do acesso aos sistemas locais de saúde.

No instante em que o objeto ou coisa desejada é possuída pelo *ser*, o desejo automaticamente se transforma em medo. “Assim como o desejo deseja o bem, o medo receia o mal” (ARENDDT, 1997, p.18). Afirma que:

Enquanto o *ser* deseja as coisas temporais, expõe-se continuamente a esta ameaça, e ao desejo de possuir correspondente incessantemente o medo de perder. Os bens temporais nascem e morrem independentemente do homem que a eles está ligado pelo desejo (ARENDDT, 1997, p.18).

Reflete-se neste momento em uma problemática singular vivenciada na fronteira. Coexiste uma coisificação e posse do/a outro/a e há um intenso medo dos brasileiros natos de um possível *sequestro*<sup>1</sup> da saúde pública nacional pelos cidadãos transfronteiriços da fronteira. Mas, outra reflexão merece destaque e se pauta no que leva a este sentimento desejante e, de forma substancial, o desconhecimento do signo no sentido dado a isto na coexistência da cidadania na fronteira. Isto impacta sobretudo nas estratégias adotadas pelos Estados e a ausência de verificação deste signo nos direciona a barreiras para a execução de uma saúde coletiva que produza uma vida verdadeiramente feliz.

A conceituação de vida feliz, termo calcado por Arendt (1997), seria a verdadeira vida em que se pode compreender pelos indivíduos, ou seja, o prisma de entendimento é que a vida constantemente ameaçada pela morte não pode se tornar

---

<sup>1</sup> Como justificativa para esta expressão está materializado o discurso financeiro e contábil de grande impacto para as políticas de saúde do lado brasileiro da fronteira. Ressalta-se que apesar de estar presente nas narrativas, tal constatação não é dimensionada ou mensurada pelos sistemas de informação em saúde, ficando o cuidado para a população transfronteiriça no âmbito das informalidades, impactando o espaço decisório que é transferido ao cuidado.

uma *beata vita*. “A vida feliz encontra-se lá onde nosso ser não terá a morte” (ARENDR, 1997, p.19). Assim, pontua que o bem ao qual o amor aspira é a vida, e o mal que o medo distância é a morte. Relata que a vida terrena é uma morte vivente ou mesmo uma vida morredoura (ARENDR, 1997).

Assim, articulando o conceito de vida feliz com a saúde coletiva, indago neste momento se produção de uma vida feliz na fronteira trinacional não pode estar inclusive relacionada em como as cidadanias locais experenciam e produzem seus projetos de vida e como elas são cuidadas pelas proteções sociais de seus países e no lugar transfronteiriço. Um nó crítico que se apresenta, nesta dimensão, está tanto na fragmentação das políticas públicas de saúde locais como também na precariedade, ainda presente, de oferta da integralidade do cuidado em saúde. Assim, costura-se que as tensões produzidas pela morte e vida no território fronteiriço mais caminham para uma lógica da produção do medo do que para um coeficiente que direcione para uma vida feliz.

Neste âmbito e sob análise, pensar a saúde como meio e não como “um completo bem estar físico [...]” pode contribuir para desfazer a lógica de que ser e estar salutar é o objetivo final de um projeto, mas sim, o caminho para que este projeto ocorra (ARENHART *et al* 2022). Assim, amar o mundo para amar a vida e amar a vida para amar a felicidade, são duas equações que não se excluem quando se reflete sobre a potência do amor para a saúde coletiva nesta espacialidade territorial. Além disso, aqui cabe refletirmos se o desejo neste caso está mais relacionado a nossas aberturas para o mundo existente e não somente como categoria analítica de reflexão teórica.

Arendt (1997) nos conta que todo o bem ou mal é iminente. Para ela, o que está para concretizar-se, para o qual se encaminha constantemente a vida, é a morte, que todo o ter seria explicado pelo medo, e todo o não-ter pelo desejo (ARENDR, 1997). Concretiza a ideia de que o devir somente pode ser algo ameaçador se ocorrer na temporalidade presente, de modo que só um presente sem devir é que não é mutável. Portanto, é no presente dessa tipologia que vive a posse tranquila e esta posse é a própria vida, “este presente sem devir que já não conhece bens, sendo ele mesmo o bem absoluto, é a eternidade” (ARENDR, 1997, p.22).

O ato de amar o mundo é importante eixo de vida necessário para transformar a realidade experienciada nos serviços e sistemas locais de saúde. Arendt esclarece que o amor justo contém precisamente em seu objeto o justo. Em Santo Agostinho,

relata “o falso amor ao mundo é mundano, portanto, chamado de cobiça, e ao amor justo que aspira à eternidade e ao futuro absoluto, caridade” (ARENDT, 1997, p.24-25). Aqui é necessário compreender com profundidade que a caridade não está circunscrita apenas ao amor a um Deus, Deusa, Deuses ou Deusas. Também está, neste destaque, tipificado ao amor aos nossos, aos outros/outras e ao mundo. A existência permite que o ato de amar no plano concreto, é também uma necessidade e condição humana para poder transformar o sofrimento experienciado pela cidadania no sistema-mundo.

O amor é uma mediação entre o que ama e aquilo que se ama, e o que se ama nunca está isolado daquilo que ama, pois um pertence ao outro. Assim, Arendt afirma que:

O desejo daquilo que é da ordem do mundo é mundano, pertence ao mundo. [...] Se é verdade que todo homem particular vive isolado, ele tenta, no entanto, ultrapassar sempre este isolamento através do amor; mas também não é menos verdade que a cobiça faça dele um habitante do mundo ou que a caridade o obrigue a viver num futuro absoluto, mundo que ele habitará (ARENDT, 1997, p. 25).

Assim, comenta que o que é necessário para amar é, para tanto ao passado quanto ao futuro, a ausência de medo. Que é na procura de si mesmo que o humano descobrirá que é mortal, efêmero e mutável e não se pode ser concebido em si próprio isoladamente no mundo (ARENDT, 1997).

O medo de amar o mundo, sob análise, é um importante impeditivo da transformação que se busca com a saúde coletiva latino-americana e caribenha. Há um debate que não se esgota e que se evidencia em como realmente amar o mundo quando ele se apresenta em muitas situações com perversidade nas vidas transfronteiriças e, ademais, como pode-se exercer o amor em território que produz, por vezes, distanciamentos e que marginaliza o diverso e diferente (ARENHART et al, 2022).

A autora nos prepara para a afirmação de que o amor espera encontrar com a eternidade e sua própria realização “a caridade, tomada no *por-amor-de*, exprime-se no uso e na fruição justos [...] Por isso, a pertença do homem ao mundo é superada – o mundo não é mais do que um mundo utilizado que, subitamente, pode novamente existir, precisamente como mundo entregue ao uso” (ARENDT, 1997, p.37).

Neste aspecto, é necessário romper com o medo da transformação e de barreiras que, na fronteira trinacional e em matéria de saúde coletiva, apresenta-se como quase intransponíveis. A existência entre estes mundos permite o pensar que é possível articular uma movimentação em busca da vida feliz neste território. Neste âmbito de análise e reflexão, Arendt (1997) ao refletir sobre o amor ordenado, debate que o mundo é interpretado a partir da liberdade da qual se tem e que é efetivada na caridade. Para ela, esta relação do humano com o mundo é uma relação de uso livre, que não dependeria, portanto, do próprio mundo.

A liberdade como valor de estruturação dos serviços e sistemas de saúde na fronteira poderia vir a ser um elemento importante, considerando que comercialmente e pela lógica da acumulação capitalista o território não possui entraves. Estes aparecem, estranhamente, somente na construção de materialidades Estatais e de narrativas tanto sociais como institucionais que excluem ou marginalizam o que não é nacional. Não há a possibilidade de liberdade e amor, portanto, quando se edificam barreiras de atendimento, de um ou do outro lado da fronteira, para o acesso ao cuidado em saúde.

Desse modo, uma possibilidade estaria no que Arendt (1997) condiciona que o ser deve tomar a estrutura do *por-amor-de* como verdade. Assim, o mundo pode ser considerado na sua finalidade por aquilo que se deseja, ou seja, ao se abrir para a existência e colocar o outro e a outra ao nosso lado, pode-se iniciar a transformação desejada.

Nesta linha reflexiva a filósofa diz “O amor a si é doravante, depois do esquecimento na eternidade, tornado coisa secundária. Nada é decidido da relação do homem consigo próprio no amar, ou no odiar, mas o amor e ódio determinam-se através do olhar lançado ao mundo” (ARENDR, 1997, p. 41). Alega que o amor a si e ao próximo somente é direcionado por um objetivo e que o amor deseja uma coisa por amor a ela e por isso é dependente dela.

O amor ordenado não ordena arbitrariamente o mundo inteiro a partir do futuro absoluto e sim da relação do *si-mesmo*<sup>2</sup> com o outro (ARENDR, 1997). A dependência do fazer saúde coletiva está mais ligada ao amor a si e ao outro/outra do que na

---

<sup>2</sup> Por *si-mesmo* coaduna-se com a ideia da construção de subjetividade do “eu” no pensamento e na ação humana no encontro consigo mesmo e com os assuntos humanos. Será adotado ao longo da Tese, especialmente no capítulo dos resultados.

possibilidade de um desejo isolado. Afinal, é uma premissa básica que os que estamos e somos na saúde coletiva não o fazemos por interesses individuais, na maioria das vezes.

Porquanto, concordamos com Arendt (1997) que se deve sempre, em todos os âmbitos da produção de vida, colocar o outro/a outra no lugar ao lado do eu (ARENDR, 1997). Disto, resultaria, portanto, a equação de que eu devo ama-lo como eu mesmo me amo, e, neste âmbito do amor ao próximo, encontramos um amor que já não é somente desejo. É, por isso, amor ao mundo no âmbito público que rompe com a premissa das relações que se estabelecem no âmbito privado-família.

O mundo pode ser amado enquanto criado e está nessa passagem e entendimento que a realização de uma renúncia do *si-mesmo* ocorre. Busca compreender qual é a importância do outro no amor ao próximo e, para ela, “o amor ao próximo é a atitude face ao outro nascida da caridade. Remete a duas relações fundamentais: amar o outro como ama a Deus e depois como a si mesmo” (ARENDR, 1997, p.113).

O que concerne ao principal mandamento é amar-se mutuamente e é esse próprio princípio que vai regular esse mandamento/lei. Postula que o amor (*dilecto*) é o espírito de todas as leis, e o ser deve, por tanto, renunciar a si para poder amar o outro como a si mesmo. Desse modo, Arendt nos diz:

O amor renuncia ao outro para o provocar para avançar em direção ao seu ser verdadeiro, tal como tinha renunciado na procura por si próprio. [...] a renúncia a si, vive-se na experiência adequada da origem, ela é o que permite à sua própria existência compreender que seja originalmente entregue aos sentidos e que carregue o seu fardo [...] (ARENDR, 1997, p.116).

Ainda narra: “para o amor ao próximo, a morte não significa nada, uma vez que, retirando-o do mundo, a morte só faz o que todas as maneiras este amor ao próximo fez em virtude de seu amor pelo ser” (ARENDR, 1997, p.117). Assim, discorre que o amor ao próximo não é o próximo que é amado, e sim seria o próprio amor.

No espaço da política e sua importância para os cidadãos transfronteiriços, neste momento, busco compreender como Arendt (1997) percebeu a política no sistema-mundo, à época, e contextualizamos aqui seu pensamento com ideias prevalentes na história da humanidade, focando a filosofia política como eixo de análise para o entendimento de que a política é necessária para a materialidade da

saúde coletiva em território de fronteira internacional. Se o amor é condição, a política torna-se um meio.

Ao realizar um diálogo com o pensamento e ideias de Sócrates e Platão, Arendt (2012) discorre que a oposição entre verdade e opinião foi uma das principais conclusões que Platão obteve após o julgamento de Sócrates. Para ela, quando Sócrates não consegue convencer a pólis sobre a sua verdade, tal fato demonstra que a cidade não é mais um lugar seguro para a filosofia e os filósofos/filósofas. Debate que “se os cidadãos foram capazes de condenar Sócrates à morte, era também muito provável que o esquecessem depois de morto” (ARENDR, p.49, 2012).

O conflito entre filosofia e a cidade, neste ponto, havia chegado a um lugar crítico e foi nesse âmbito que a experiência socrática demonstrou que é somente no exercício do poder que poderia se garantir ao filósofo imortalidade terrena que a pólis/cidade deveria assegurar a toda a cidadania (ARENDR, 2012).

Cabe refletir, neste contexto, que a política que vemos até hoje na América Latina e Caribe esteve e está repleta de contradições, tensionamentos e interesses, e têm estado cada vez mais distante do debate entre a cidadania no Estado capitalista e suas obrigações, tanto nas relações que se estabelecem na plataforma interna destes Estados nacionais como também na transformação da sociedade que se busca.

Perde-se quando a verdade na política destoa o seu campo para a mentira, dissimulação e fetiche neoliberal (BELLO, 2009)<sup>3</sup>. Impactos ainda mais profundos se edificam no território de fronteira que pesquisamos, pois, com o avanço neoliberal, a exploração dos povos se agrava ainda mais, sendo a exploração transferida de um lado para o outro, quando convém.

Platão com sua filosofia do discurso esclareceu então que a verdade é contrária à opinião, assim como o discurso seria o contrário da persuasão. Nesse sentido, Arendt (2012) aprofunda a questão relacionada à distinção entre persuasão e dialética.

A primeira seria sempre direcionada à multidão ao passo que a dialética se torna possível na relação de diálogo que se estabelece entre duas pessoas. Para

---

<sup>3</sup> Apoia-se em Bello (2009) para partir da conceituação e compreendendo que representa a mutilação dos direitos sociais por ações economicistas, privatistas e de pretensão de um Estado mínimo, sem interlocuções de erradicar as desigualdades socioespaciais na saúde coletiva e na vida pública.

Arendt (2012), o erro de Sócrates foi ter se dirigido aos seus juízes na forma dialética, e seria este fato que tornou incapaz a arte da persuasão aos juízes. (ARENDR, 2012).

Esta reflexão que nos direciona para os dias atuais está conformada na equação do discurso e práxis que tem se estabelecido mais a nível opinativo do que da busca pela real verdade na sociedade, à medida em que algumas poucas representações sociais ainda permanecem como detentoras do saber e poder tanto institucionais como sociais e disseminam mentiras para o tecido social, conformando uma verdadeira guerra de informações que causam confusão no processo de discernir, inclusive na saúde coletiva.

Retomando, Arendt (2012) disserta que Sócrates insistiu no debate com os seus juízes como insistia debater sobre todo tipo de situações com seus concidadãos atenienses e com seus discípulos. Neste ponto, afirma que a persuasão não provém da verdade, ou seja, ela está mais ligada a opiniões do que à verdade em si. (ARENDR, 2012).

Refere que muito possivelmente Sócrates foi o primeiro a aplicar sistematicamente o *dialegesthai* (debater algo com outra pessoa), mas ele não viu isso como oposto. A suposição da autora, portanto, parte da ideia de que o mundo se revela de forma diferente aos homens e mulheres segundo a posição ocupada por cada um(a).

Para Arendt (2012) a opinião não seria apenas uma opinião em si, mas também algo relacionado à fama. Assim a filósofa discorre que a opinião está relacionada à esfera política, que é a esfera pública na qual todo mundo pode aparecer e mostrar quem é na vida cotidiana.

Já na relação entre política e amizade, afirma que a amizade consiste naquele gênero de conversa sobre algo que os amigos têm em comum. Conversar e dialogar sobre o que está entre os amigos torna o assunto ainda mais comum a eles. Afirma que Sócrates tentava fazer amizades a partir da cidadania ateniense, e que isto pode se considerar muito compreensível, pois na *polis* ateniense a vida competitiva entre os cidadãos consistia numa tensão entre os cidadãos. Relata que “o elemento político da amizade é que, no diálogo autêntico, cada um dos amigos pode entender a verdade inerente à opinião do outro” (ARENDR, p.59, 2012). Ver o mundo na percepção do outro é uma percepção política por excelência, onde Sócrates tentava vislumbrar a

função política do filósofo para criar um mundo em comum entre a cidadania e os concidadãos.

Nas expressões de Sócrates, “conhece-te a ti mesmo” e nas expressões de Platão “é melhor estar em desacordo com o mundo inteiro do que, sendo um, estar em desacordo comigo mesmo” reflete que a máxima virtude pode estar no processo de ensino e aprendizagem, ou seja, é exclusivamente por meio do saber que podemos compreender a verdade.

Ainda correlata à ideia de que para Sócrates seu principal critério para os/as homens/mulheres que se expressam autenticamente suas opiniões era de que eles e elas estivessem de acordo consigo ao fazê-la, ou seja, esta ideia se liga às passagens de Aristóteles, no qual o mesmo fundou a lógica ocidental. É nesse sentido que Sócrates sempre quis materializar a ideia de que a teoria da amizade, a convivência com outros, sempre começara com a convivência consigo mesmo (ARENDR, 2012).

Arendt (2012) afirma que esta passagem é primordial para entendermos a política e as suas esferas público-privada<sup>4</sup>, nas quais os homens/mulheres realizariam plenamente sua humanidade, não apenas porque são, mas porque também aparecem. A autora discorre sobre os momentos dedicados ao diálogo da solidão, onde nem desse modo se está separado da pluralidade que é a humanidade. Sob análise, os homens/mulheres não só existem no plural como também tem dentro de si a indicação da pluralidade. (ARENDR, 2012).

Estas afirmações anteriores demonstram que os pensamentos socráticos estavam em desacordo com a *pólis*, em certo ponto, pois não se pode conservar a consciência do homem/mulher que não possa sempre atualizar o diálogo consigo mesmo, ou seja, que careça da solidão requerida por todas os tipos e formas de pensamento (ARENDR, 2012).

Arendt (2012) ainda afirma que Sócrates também entrou em conflito com a *pólis* de outras maneiras, afirmando que:

a busca da verdade na doxa pode conduzir ao resultado catastrófico de que a doxa seja inteiramente destruída ou de que o que aparece se revele ilusório. A verdade pode conseqüentemente destruir a doxa; pode destruir a realidade política dos cidadãos (ARENDR, p.68, 2012).

---

<sup>4</sup> Por espaço público na política entende-se a separação dos interesses individuais aos interesses públicos e sociais, com finalidade de melhorar e dar qualidade de vida às nações, povos e sociedades.

Manifesta a filósofa que o conflito entre cidade e cidadania e entre filosofia e política, ocorreu porque Sócrates tentou tornar a filosofia tema fundamental e importante para todos e todas, e este conflito terminou com uma derrota para a filosofia, na qual somente por meio do desprezo e da apolítica, pode-se manter o filósofo seguro da tirania predominante na cidade. Para ela, é somente em Aristóteles que inicia a época em que o filósofo não mais se sente responsável pela *pólis*. Hannah ainda discorre que a política se tornou para o filósofo uma esfera elementar da vida humana (ARENDR, 2012).

Nesse ponto, afirma que política e governo, ou exercício de poder, foram confundidos e passaram a ser considerados como reflexo da corruptibilidade da natureza humana, ou seja, a filosofia política, assim como todos os seus caminhos, nunca poderá negar sua origem. Para se chegar a algum dia à verdadeira filosofia política, seria, portanto, necessário partir desta pluralidade da humanidade, da qual se emergirão dos assuntos humanos, seus interesses, objetivos e pensamentos, sejam eles potencias ou não potencias na busca de uma vida feliz.

Expõe Arendt (2012) na passagem “O Espírito das Leis”, que Montesquieu relatou três formas de governo: a tirania, a monarquia e a república. Diz que ele introduziu uma distinção entre estas diversas e diferentes maneiras de governar, que seria caracterizado pela natureza do governo, ou seja, seu princípio de agir na estrutura social e na organização política da vida de todos e todas.

Montesquieu explica que por natureza se refere à estrutura particular do governo, ao passo que o princípio é o que o anima. [...] Observa que essa estrutura considerada em si mesma seria totalmente incapaz de ação ou movimento. As ações concretas de cada governo e dos cidadãos que vivem sob várias formas de governo não podem ser explicadas em conformidade com os dois pilares conceituais das definições tradicionais do poder como distinção entre governar e ser governado e a lei como limitação desse poder” (ARENDR, 2012, p.111).

Arendt (2012) afirma que Montesquieu foi o primeiro a desvelar a natureza e essência dos governos, a partir dos sentidos dados a *physis* platônica, indicando uma permanência por definição. Esta permanência se intensificou quando Platão buscou racionalizar filosoficamente o melhor de todos os governos, tentando compreender o justo e o bem. Já para Montesquieu, a tirania seria a pior forma de governo existente no mundo, visto que ela só pode ser destruída por dentro de suas estruturas e

tentáculos, enquanto na república e monarquia isto ocorre, na maioria dos casos, por fatores externos ao modo de governar a própria política e os bens/interesses públicos (ARENDDT, 2012).

Conta que é na inovação da descoberta dos poderes legislativo, executivo e judiciário que Montesquieu desvelou que o poder não é indivisível, e, ainda, que ele é separado por essência de qualquer conotação de violência, seja esta existencialmente materializada pelos signos do agir dos Estados ou até mesmo pelo espaço público.

As limitações da legalidade, para Montesquieu, parte do pressuposto de que as leis de uma sociedade livre são aquelas que nunca nos dizem o que devemos fazer, mas sim o que não devemos. Menciona que para Montesquieu, por ter partido da legalidade dos governos, percebeu que direito e poder não seriam suficientes para denotar ações concretas e constantes dos cidadãos que vivem entre a lógica das leis quanto o desempenho do próprio corpo político (ARENDDT, 2012). Por fim, Montesquieu introduziu três princípios de ação: a virtude, a honra e o medo. Para Arendt, estes três princípios não devem “ser confundidos com motivações psicológicas [...] eles são critérios orientadores que inspiram as ações dos governantes e governados e pelos quais todas as ações na esfera pública são julgadas para além do padrão normativo da legalidade” (ARENDDT, 2012, p.112).

Nesse âmbito de análise relata que se deve atentar ao medo como princípio da ação de um governo, pois este se torna desespero quando a impotência de agir atinge o limite dentro dos quais uma ação é possível e que toda a vida humana, cedo ou tarde, experimenta esses limites. Para ela, o medo não é um princípio da ação, mas sim um princípio antipolítico dentro de um mundo comum a todos nós (ARENDDT, 2012).

Já ao discorrer filosoficamente entre Hegel e Marx, nos diz que existe uma diferença essencial entre os dois pautada principalmente pela projeção histórica-mundial ao passado em Hegel e pela ação profética ao futuro de Marx (ARENDDT, 2012). Assim nos convida a refletir sobre os métodos políticos utilizados pelos dois autores. Para ela:

A objeção de Marx a Hegel diz: a dialética do espírito do mundo não se move arditosamente por trás dos homens, usando atos da vontade que parecem provir os homens para seus próprios fins, mas é, ao contrário, o estilo e o método da própria ação humana. Enquanto o espírito do mundo foi “inconsciente”, isto é, enquanto as leis da dialética permaneceram ocultas, a ação se apresentou como evento no qual o “absoluto” se revelava. Uma vez

que abandonemos nosso preconceito de um “absoluto” se nos revela por trás de nós e que conheçamos as leis da dialética, podemos realizar o absoluto” (ARENDR, 2012, p.119).

Expressa que Marx se distanciou de Hegel, invertendo e colocando seu método “de cabeça para baixo”. Afirma que a metodologia que Marx adotou de Hegel consiste no processo tríplice de tese, antítese e síntese. Nesse sentido, o pensamento podendo partir de um único processo e que no seu essencial não pode mais ser detido, é o que elabora e abre caminho para o verdadeiro pensamento ideológico (ARENDR, 2012). Declara, ainda, que a filosofia hegeliana apresenta o absoluto, ou seja, o espírito do mundo em seu movimento dialético. Já em Marx, há uma formalização da dialética do absoluto na história como um desenvolvimento.

Desenvolve que Marx, embora influenciado pela dialética de Hegel, não concorda com “a ideia de que a ação em e por si mesma, e na ausência da astúcia da providência, é incapaz de revelar a verdade ou mesmo de produzi-la [...] ele rompe com todas as avaliações tradicionais no marco da filosofia política” (ARENDR, 2012, p.125). Neste prisma relata que a tese de Feuerbach deixa claro que somente depois que os filósofos interpretaram o mundo é que pode chegar o momento de transformá-lo.

Defende que por trás da teoria de Marx, há o interesse de que a única satisfação legítima de um interesse reside no labor. Para Arendt, Marx foi o primeiro a definir o homem como um sujeito “*animal laborans*”, ou seja, uma criatura laboriosa. Este fato corresponderia como um importante acontecimento sociológico da história humana recente, que, “a partir da concessão de direitos civis iguais à classe laboriosa, passou a definir toda a atividade humana como labor e interpretá-la como produtividade” (ARENDR, 2012, p.129). Conclui que Marx resolveu a questão em favor do labor, assim conferindo-lhe uma produtividade que certamente ele não possui. A glorificação do labor em Marx não elimina nenhuma das razões levantadas pela tradição. Para Arendt, “nem a maquinaria nem Marx foram capazes de desfazer o fato de que o homem é obrigado a laborar para viver, de que o labor não é, portanto, uma atividade livre e produtiva” (ARENDR, 2012, p.130).

Arendt também faz o diálogo sobre sua forma de ver e interpretar a política afirmando que esta se baseia na pluralidade humana e existe em coexistência com a associação de homens e mulheres diferentes. Para ela, “os homens se organizam politicamente segundo certos atributos comuns essenciais existentes num absoluto

caos de diferença” (ARENDR, 2012, p, 145). Assim, desenvolve que a humanidade só existe ou se realiza na política, na forma de direitos iguais que os absolutamente diferentes garantem uns aos outros. Trata-se de uma profunda crítica ao formato histórico de construção da filosofia ocidental que formatou sua estrutura do pensar sempre no “único” e não do pensamento “diverso”.

A tarefa da política é tornar o mundo um lugar transparente no que concerne à verdade, ao ponto que a pluralidade humana das pessoas irá se materializar na diferença entre elas, que seria mais intensa que a diferença entre nações, povos e etnias. Assim, a política tem por princípio organizar os absolutamente diferentes, tendo em vista a sua relativa igualdade e suas relativas diferenças (ARENDR, 2012).

Ao se debruçar sobre o preconceito contra a política nos dias atuais, Hannah nos traz ao debate que qualquer narrativa ou discurso sobre a política deve partir pelos preconceitos que temos da política, principalmente em nossos casos de não profissionais da política. Para ela:

Por trás dos nossos preconceitos atuais contra a política estão a esperança e o medo: o medo de que a humanidade se autodestrua por meio da política e dos meios de força que tem hoje à sua disposição; e a esperança de que a humanidade recobre a razão e livre o mundo não de si própria, mas da política (ARENDR, 2012, p.148).

Para ela, o preconceito sobre a política remete a todos nós à uma época muito anterior à criação dos artefatos capazes de acabar com a vida orgânica no mundo e nos lançamentos do si mesmo. Discorre que no tocante à política interna, os preconceitos são tão antigos quanto a democracia partidária, já a política externa pode ser remontada a partir da criação dos Estados nacionais para estender o domínio europeu por todo o planeta (ARENDR, 2012).

Pensando sobre o real significado da política, Arendt (2012) pontua que sem dúvidas a sua verdadeira significação encontra-se na liberdade humana (ARENDR, 2012). Assim, afirma que:

A ideia da identidade de liberdade e começo ou, para usar mais uma vez o termo kantiano, de liberdade e espontaneidade parece-nos estranha, porque, de acordo com a nossa tradição de pensamento conceitual e suas respectivas categorias, liberdade é igual a livre-arbítrio, por sua vez entendido como uma escolha entre coisas dadas – entre o bem e o mal. [...] Só é possível quando o homem renuncia à ação e se retira do mundo para dentro de si próprio, evitando totalmente a política (ARENDR, 2012, p.167).

Enuncia ainda que a política é essencial a vida humana no mundo, não apenas em sociedades, mas no âmbito individual também. Discorre que o homem/mulher não é um ser independente, pelo contrário, depende de muitos outros/as para sua existência, e é por isso que são necessários instrumentos que organizem a vida de todos e todas.

Ao fazer uma costura conceitual, indago se o verdadeiro resgate do amor e da política é uma necessidade para o campo da saúde coletiva trinacional, visto que ela pode sempre impactar, de uma ou outra forma, na vida e no adoecimento da população brasileira, paraguaia, argentina e, portanto, transfronteiriça.

A ligação do amor justo e fraterno com uma política que busque a verdade na fronteira trinacional são caminhos possíveis para a transformação dos mundos que aqui se edificam na saúde coletiva, e que, por vezes, até podem encontrar travas e pedras, mas que merecem atenção filosófica para não adentrar em espaços que gerem imobilidades no pensar científico.

## Carta para um coração transfronteiriço

Tú no tienes la culpa, mi amor  
 Que el mundo sea tan feo  
 Tú no tienes la culpa, mi amor  
 De tanto tiroteo  
 Va por la calle llorando  
 Lágrimas de oro

Va por la calle brotando  
 Lágrimas de oro  
 En este mundo hay mucha **confusión**  
 Sueñan los tambores de la **rebelión**  
 Sueña mi pueblo, sueña la **razón**  
 Lágrimas de oro  
 Manu Chao – Lágrimas de Oro



Fonte: Arquivo pessoal

Barreiras de concreto instaladas pela Prefeitura Municipal<sup>5</sup> de Foz do Iguaçu em diversas ruas na região da Ponte Internacional da Amizade entre Brasil e Paraguai. Este registro ocorreu após a reabertura da ponte na pandemia de COVID-19 e foi justificado pela municipalidade do lado brasileiro como medida de controle para impedir que paraguaios e paraguaias fossem buscar cuidado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Ainda como medida adjunta, foram instaladas Blitz Sanitárias policiais que mediam a temperatura e verificavam sintomas respiratórios no cidadão transfronteiriço.

<sup>5</sup> Para acesso a informações oficiais desta ação consultar o site eletrônico da Prefeitura Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/noticia-47954> ou através dos decretos oficiais disponíveis no Diário Oficial do Município (DOM).

## 2.2 CIDADANIA EM TERRITÓRIO TRANSFRONTEIRIÇO: REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO

As identidades do cidadão transfronteiriço e de seu vínculo com seus Estados nacionais e subnacionais que conformam o lugar entre Argentina, Brasil e Paraguai possuem paradoxos que trazem por vezes tensões vivas nos atributos nacionais do próprio conceito de cidadania. Isto decorre porque o território da fronteira trinacional entre estes países não se materializa existencialmente separado pelas fronteiras físicas, simbólicas e institucionais.

Desse modo ainda são necessários fortes movimentos institucionais para a busca da formação de uma cidadania internacional neste lugar (ARENHART et al, 2022). Esta seção objetiva trazer um diálogo com o pensamento de Milton Santos, buscando alocar subsídios filosóficos nas reflexões emergentes para a fronteira trinacional no que concerne a expressão da cidadania nestes tempos em que a globalização se apresenta de forma selvagem sobre as existências humanas, mais ainda sobre territórios singulares como é o caso da presente pesquisa.

Ao indagar se há cidadãos no Brasil (SANTOS, 2014) e sob minha análise incluso Argentina, Paraguai e em toda América Latina e Caribe, Santos (2014) afirma que o status de cidadania é uma lei universal a partir da criação dos Estados nacionais. Em um rápido acesso aos signos históricos do conceito, demonstra que foi no século XIX, com a emergência do Estado-nação na Europa, que a cidadania concretizou o espaço relacional de materialidade das pessoas serem membro dos Estados-nação (SANTOS, 2014).

Por conseguinte, ao analisar os impactos das guinadas neoliberais nas macroestruturas sociais, traz ao debate reflexões sobre as crises econômicas que o mundo sofreu, alicerçando que o neoliberalismo e suas agendas economicistas nos países subdesenvolvidos prejudicaram a consolidação de uma cidadania plena. Afirma Santos (2014) que o que vêm se consolidando no mundo desde então e, em especial nos países periféricos, é a figura de um não-cidadão, principalmente direcionado por uma lógica de retirada dos direitos sociais e civis e pela não materialidade da clara distinção entre cidadania e consumo.

Indago sobre como a cidadania vêm ocorrendo na fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai. Empiricamente é notório que os cidadãos transfronteiriços estão dispersos em classes de cidadania, ocorrendo diariamente na fronteira discriminações e desqualificações do que não é cidadão do Estado

nacional em questão, como, por exemplo, no acesso às políticas sociais ofertadas no território brasileiro. Cabe também refletir se para o consumo de mercado – como o consumo da saúde – também ocorre essa divisão da cidadania, ao modo que se nega por discursos normalmente o acesso às políticas sociais (ARENHART et al 2022), mas não se questiona o trânsito transfronteiriço para o consumo de mercado da saúde.

Postula Santos (2014) sobre esta elaboração moderna do não-cidadão. Para ele, ao invés de cidadão, o Brasil e, sob minha análise, Argentina e Paraguai, tornaram seus habitantes em consumidores, “que aceitam ser chamados de usuários” das políticas públicas de saúde (SANTOS, 2014, p.24). A elaboração do não-cidadão ocorre desde a retirada de direitos básicos da população na medida em que os Estados nacionais e subnacionais na fronteira permitem, por vezes, abandonar cada pessoa à sua própria sorte (SANTOS, 2014).

Nesta fronteira trinacional também se nota uma perversidade na retirada de direitos. Exemplo disto, existencialmente, está na não oferta de espaços públicos de lazer suficientes, na ausência de memória das três cidades, na insuficiente cobertura, de forma robusta, da proteção social e também na escassa oferta de políticas públicas de saúde planejadas de acordo com as necessidades da população. Nesta negação de direitos, vislumbra-se também, a construção do território trinacional e as pressões do mercado na conformação da cidadania espelhada pelo território transfronteiriço.

Quando trabalha o conceito de espaço sem cidadãos, Santos (2014) aprofunda a ideia que o espaço vivido pelas pessoas é repleto de injustiças que consagram a existencialmente os espaços sem cidadania. Alerta que “a luta pela cidadania não se esgota na confecção de uma lei ou da Constituição porque a lei é apenas uma concreção, um momento finito de um debate filosófico sempre inacabado” (SANTOS, 2014, p.105).

Sobre cidadania e território, Santos (2014) disserta que é impossível imaginar uma cidadania verdadeira que esteja antes dos componentes territoriais. Para ele, os atributos valorativos do indivíduo dependem do lugar em que se está, ou seja, o status verdadeiro de cidadania depende dos acessos aos bens e serviços mínimos para a existência. Relata que “num território onde a localização dos serviços essenciais é deixada à mercê da lei do mercado, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem” (SANTOS, 2014, p.144).

Na obra “Pensando o Espaço do Homem”, o filósofo ainda brinda uma análise sobre o espaço tem duas lógicas operantes. Ele pode unir tanto quanto separar a cidadania e diz que com a mundialização da sociedade, o espaço vivido tornou-se possibilidade de uma utilização global e, entretanto, sua utilização ficou reservada àqueles cidadãos que dispõem de capital particular e que, com isso, a ideia de propriedade privada reforçou-se nas sociedades periféricas do mundo (SANTOS, 2012).

Já na obra “Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal”, Santos (2015) contextualiza a violência que o dinheiro em estado puro faz com as sociedades periféricas. Diz que as viagens internacionais do capital monetário agravam as desigualdades socioespaciais. Nesse sentido, narra que “[...] se o dinheiro em estado puro se tornou despótico, isso se deve também que tudo se torna um valor de troca [...] a monetarização da vida cotidiana ganhou enorme terreno nos últimos 25 anos [...]” (SANTOS, 2015, p.44).

Alia que a competitividade, o consumo, a confusão dos espíritos e a globalização têm as guerras como normas simbólicas e materiais, sobretudo porque liquida e extermina com formas outras de expressão da compaixão, solidariedade e amor entre as humanas e os humanos. Para ele, há uma ética da competitividade que se interliga, inclusive e de forma mais analítica, com o conceito de política em Arendt (2012), abordado na seção anterior:

Justifica os individualismos arrebatadores e possessivos: individualismo na vida econômica (maneira como as empresas batalham umas com as outras); individualismo na ordem política (a maneira como os partidos frequentemente abandona a ideia de política para se tornarem eleitores); individualismo na ordem do território (as cidades brigando umas com as outras, as regiões reclamando soluções particularistas) (SANTOS, 2015, p.47).

A competitividade na cidadania da fronteira trinacional se amplifica ao modo como as políticas sociais são ofertadas, e não é difícil ver movimentos de competição entre a oferta, demanda e o acesso à saúde em territorialidades locais, surgindo discursos de propriedade da política pública e da tributação dos impostos nacionais.

Santos (2015) faz uma análise de três dimensões do mundo globalizado. A primeira, aborda a globalização como fábula, ou seja, a falsa ideia de aldeia global

que consolida a distância entre ricos e pobres ao modo que há uma busca por uniformidade – a serviço dos atores econômicos globais – mas que na realidade acentua as desigualdades locais. Desse mesmo modo, demonstra que a ideia de fim do Estado é peculiar e o que se nota na práxis é o seu fortalecimento para atender os bancos e a indústria das finanças mundial.

Indago o meu pensar, novamente, de que não é difícil relacionar tal aspecto com a realidade da fronteira trinacional, onde a lógica da globalização mutila e acentua a desigualdade das classes sociais que vivem no lugar transfronteiriço. A globalização como fábula demonstra a fronteira trinacional como um espaço de forte turismo e com vastas riquezas naturais, mas oculta a realidade das desigualdades e dos bolsões de miséria e pobreza que temos no lugar, a exemplo de regiões das três cidades em que os Estados e as instituições esqueceram: Bairro Remansito, Bairro Cidade Nova, Ocupação do Bubas, etc.

A segunda dimensão da globalização está, segundo Santos (2015), costurada na perversidade. Para o autor, para a maior parte da humanidade é na perversidade que a globalização tem se apresentado. Para ele “a pobreza aumenta e as classes médias perdem qualidade de vida” (SANTOS, 2015, p.19). Ainda, pontua que alguns indicadores epidemiológicos que desvelam a qualidade de vida, como a mortalidade infantil, continuam a avassalar as localidades e lugares pobres. Também pontua a corrupção, egoísmos e cinismos como males que atormentam a vida humana nesse processo globalitário.

Retornando ao debate sobre a globalização, Santos (2015) demonstra o mundo como ele pode ser: *por uma outra globalização*. Para ele, devemos tornar a globalização mais humana, ao modo que é através dos movimentos humanos em coletivo que podemos trazer à tona uma *sociodiversidade*. Para Santos (2015, p.21) “é a possibilidade de produção de um novo discurso, de uma nova metanarrativa [...] pela primeira vez na história do homem, se pode constatar a existência de uma universalidade empírica [...]”

Na perversidade do processo de globalização, o filósofo afirma que se constata uma dupla tirania: a do dinheiro e a da informação, ambas estando estritamente relacionadas. Para Santos (2015), é necessário analisar a perversidade da globalização como resultado da forma como se oferece a informação às pessoas e como o dinheiro se postula como força motriz do mundo

e aponta que analisar essa ligação demonstra a perversidade dos novos totalitarismos, ou seja, da globalização perversa (SANTOS, 2015).

Nesse contexto precisamos também relacionar como essa dupla tirania influencia a vida no cotidiano transfronteiriço. Considerando que a região possui uma marca histórica da monetização internacional, comércio globalitário e fluxo de pessoas influenciado pelo dinheiro. Também, não é difícil notar que as informações sobre a cidade, os sistemas de saúde e os modos de viver não são televisionados de uma maneira salutar. Tampouco há um “encantamento” do mundo fronteiriço na fronteira, pois o que se noticia sempre nos telejornais locais são as tensões produzidas por uma desigualdade cidadão. Ao pontuar sobre a violência do dinheiro no mundo globalizado, o autor ainda afirma que a “internacionalização do capital financeiro amplia-se [...] o financeiro ganha uma espécie de autonomia [...] (SANTOS, 2015, p.43-44). Analisa que a situação atual no mundo é a práxis do dinheiro em estado puro, ou seja, o dinheiro recriando seu fetichismo pela ideologia.

O sistema financeiro internacional vem ganhando maneiras e fórmulas de inventar novos instrumentos (SANTOS, 2015). Se o dinheiro em estado puro se tornou autoritário e perverso para as vidas humanas, isso se deve ao fato de que no mundo atual tudo virou uma moeda ou valor de troca, onde se mercantiliza a vida, a própria saúde coletiva, a solidariedade e o amor, ameaçando a existência humana, especialmente quando o dinheiro está enraizado nas nossas formas de expressão de ser si mesmo no mundo.

Abordando a competitividade e a ausência de compaixão no mundo dito globalizado, Santos (2015, p. 47) traz ao debate importante reflexão teórica, que podemos relacionar com o território trinacional em Foz do Iguaçu:

Ora, é isso também que justifica os individualismos na vida econômica (a maneira como as empresas batalham umas com as outras); individualismo na ordem da política (a maneira como os partidos frequentemente abandona a ideia de política para se tornarem meramente eleitores), individualismo na ordem do território (**as cidades brigando umas com as outras**, as regiões reclamando soluções particularistas) (SANTOS, 2015, P.47, grifo nosso).

Assim, podemos compreender melhor e analisar comportamentos que legitimam a disputa cidadã na fronteira trinacional. Se por um lado há um empobrecimento teórico na produção de análise sobre a realidade local, por outro,

coexiste a possibilidade de termos novas concepções sobre a vida cotidiana nos limites do Estado-nacional.

Ao refletir no âmbito dos globalitarismos e totalitarismos, o autor discorre que as técnicas hegemônicas são frutos do processo científico e sua utilização se dá para as estruturas do mercado, portanto, torna-se uma fonte de poder do pensamento único. Afirma que:

Tudo que é feito pela mão dos vetores fundamentais da globalização parte de ideias científicas, indispensáveis à produção, de tal modo que as ações criadas se impõem como solução única [...] Na esfera da sociabilidade, levantam-se utilitarismos como regra de vida mediante a **exacerbação do consumo**, dos narcisismos, do imediatismo, do egoísmo, **do abandono da solidariedade**, com a implementação de uma ética pragmática individualista” (SANTOS, 2015, p.53-54, grifo nosso).

É necessário refletir como a violência estrutural e sua perversidade sistêmica vêm impactando as sociedades transfronteiriças, especialmente no que toca o acesso e, inclusive, a garantia de uma saúde coletiva equânime, pública, resolutiva e de qualidade para os cidadãos. Valores sociais e os signos de suas ausências pelo lugar podem, assim, evidenciar fissuras importantes na operacionalidade das ações que os Estados nacionais e subnacionais lançam sobre a fronteira trinacional.

Por conseguinte, uma das perguntas da Tese que trouxe no início da pesquisa ressurge, e o pensamento de Milton Santos contribuí para a sua pertinência. Como o cidadão transfronteiriço enxerga sua existência nas microestruturas dos sistemas de saúde coletiva da fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai?

Para amplificar as compreensões de como a cidadania se relaciona com o Estado no que toca à atenção à saúde, é importante entrar no espaço dos debates da estruturação dos sistemas de saúde e, para isso, é necessário identificar pistas da organização dos três Estados nacionais que conformam o lugar.

### 2.3 ESTADO FEDERALISTA NA ARGENTINA E BRASIL E ESTADO UNITÁRIO NO PARAGUAI

Ao adentrar nos principais debates sobre os Estados federalistas brasileiro e argentino e do Estado unitário paraguaio, indago que se faz necessário reafirmar que esta costura é sensível, importante e complexa para o apontamento de como a construção do Estado está presente em sua atuação na sociedade e, em especial, no próprio campo de estruturação dos sistemas públicos de saúde destas três nações. Neste debate ocorre forte relação com a categoria cidadania abordada na seção anterior, pois, é através da arquitetura adotada que se resultam os direitos de proteção à saúde coletiva, como expressão da cidadania.

A tentativa nesta seção é de trazer, brevemente, reflexões sobre estas estruturas, interrelacionando-as com os sistemas de saúde pública como produto das lógicas que sustentam estes três Estados nacionais. Para isso irei me apoiar na ampla estruturação teórica dentro do campo de estudos da relação do federalismo e saúde advindos do contexto brasileiro, entretanto, se faz importante e primordial, neste caso, a cautelosa observação das constituições cidadãs dos três países para que se possa visualizar as formas e perspectivas por dentro da saúde coletiva.

No contexto dos primórdios do federalismo brasileiro, o pensamento do cientista político e historiador José Murilo de Carvalho traz devido apoio filosófico para refletir sobre as principais características que atuaram na história da estrutura do Estado, sociedade e sistema político brasileiro.

Situa que estas características deixaram profundas marcas de desigualdade na organização federativa brasileira e que interferiram na construção da cidadania no país. Para Carvalho (2004) estas características são a escravidão, violência, patriarcado, um cenário misto onde as instituições religiosas e o Estado se confundem, o patrimonialismo, o coronelismo e, por fim, os nossos conhecidos frágeis processos de democratização ao longo da história da nação (CARVALHO, 2004).

Já na Argentina, o historiador Ramírez Braschi (2011) ao se debruçar sobre a história e origem da construção do Estado federativo argentino, situa que estas não estiveram isentas de tensões advindas dos diversos territórios hispânicos e suas distribuições espaciais na América do Sul, bem como na relação entre periferia e o colonizador. Se concretizaram no decorrer do tempo com uma concepção de

organização que centralizou em Buenos Aires o poder político da nação, agregando jurisdição aos poucos sobre todo o território do Estado nacional (RAMÍREZ BRASCHI, 2011) e ainda sinaliza que, por fissuras no início das revoluções que construíram o federalismo neste país, os determinantes para mudar a tendência centralizadora na capital da nação não lograram êxito, mesmo com os esforços das províncias autônomas (RAMÍREZ BRASCHI, 2011).

Mais recentemente, em sua tese doutoral intitulada *Federalismo y soberanía en la institucionalización correntina decimonónica. Bases para la construcción del Estado argentino* Ramírez Braschi (2016) diz que, em nítida observação aos países do mundo “[...] podemos hablar de distintos tipos de estados federales. Mientras que en unos se ha respetado de forma más o menos fiel la esencia de lo que el concepto federalismo significa, en otros la idea se ha ido dispersando (RAMÍREZ BRASCHI, 2016, p.16). No caso argentino e seu formato organizativo cita que “La existencia de las provincias no emana de una creación legislativa originada en un órgano ajeno a ellas, sino que son realidades histórico-culturales de un proceso evolutivo político logrado a través de sus propias Instituciones” (RAMÍREZ BRASCHI, 2016, p. 77).

Interrelacionando estas duas nações e suas engenharias federalistas, buscando a aglutinação de poder nas estruturas estatais, Miguel Barrientos (2009) em sua dissertação de mestrado, ao comparar parâmetros do federalismo brasileiro e do argentino, informa que, na atualidade, existem mais semelhanças entre estas duas engenharias do que diferenças. Diz “tanto a Argentina como o Brasil se adéquam perfectamente ao modelo federal. Existen esferas de autoridad soberanas diferenciadas (governos estaduais/províncias e o governo federal), se observa um convênio aceito pelos cidadãos em ambos os países” (BARRIENTOS, 2009, p. 41)

No caso do Paraguai o Estado nacional é unitário (PARAGUAI, 1992) e na carta constitucional é determinado que o Estado é social de direito, descentralizado por determinação da constituição e das leis regulamentadoras. Algumas características desta forma de engenharia e suas diferenças com o federalismo foram analisadas em estudo recente de Arretche (2020), que buscou verificar se os Estados federativos e unitários na América Latina se constituem como *clusters*, ou seja, conjuntos que se comportam de forma assimétrica na distribuição do poder político (ARRETCHÉ, 2020).

Através de seus resultados e a partir de suas análises, relata que essa distinção entre as engenharias federativas e unitárias, no continente latino-americano, não essencialmente figuram representações distintas e traz a passagem que “A associação entre Estados federativos e regimes de dispersão de autoridade, de um lado, e Estados unitários e regimes de concentração de autoridade política, de outro, não é suficiente para interpretar o modo como operam as nações latino-americanas” (ARRETCHE, 2020, p.01).

Neste constructo de análise, me apoio pela leitura de Marques (1996) que se faz interessante nesta discussão. Ao construir notas críticas à literatura sobre o Estado, Políticas Estatais e atores políticos, afirmou que as décadas anteriores, recentes, representaram grandes transformações em diversas áreas da vida social e em mudanças no âmbito das ciências sociais e suas produções científicas. Destaca as seguintes situações: a) Sindicatos de trabalhadores perdem força; b) Indústria das finanças ficam em evidência; c) Estados nacionais tiveram seus poderes alterados; d) Houve um esgotamento dos modelos macroteóricos, e) Ocorre uma convergência de olhares, onde o Estado e seu papel na condução de políticas é alocado no prisma da análise teórica; f) Há limites postos pela globalização da economia e pelo ataque neoliberal às estruturas do *Welfare State*.

Ao me lançar numa breve análise da relação entre Estado federalista e unitário entre Argentina, Brasil e Paraguai me indago se a saúde coletiva como expressão da cidadania nestas três nações foi e é uma opção verdadeira dos sindicatos (obras sociais, sindicatos laborais) e, inclusive, de alguns movimentos sociais que conformam os jogos políticos por dentro destas nações.

Os ataques neoliberais vêm permeando as relações institucionais e movimentando a subjetividade das pessoas, e o que se nota nesta relação sócio-histórica recente são intensificações das estruturas da saúde como bem de consumo, privado e individualista, estimulada por ofertas das organizações, inclusive, através de planos privados como *signo* de um *status quo* e não de luta para a expansão da cidadania.

Neste prisma que o estudo de Marques (1996) ainda parte do pressuposto neomarxista de análise sobre estes atores políticos e nas suas capacidades de influenciar as políticas estatais. Assim, pontua que o Estado e os atores no olhar do marxismo pressupõem que o Estado tem um caráter de classe, onde há uma subordinação do Estado frente ao capital. O Estado que temos hoje, portanto, se

tornou um filtro eficaz e eficiente contra as políticas que enfraquecem e prejudicam a acumulação capitalista e, por isso, verificamos a saúde privada ser estimulada por alguns atores políticos nas suas organizações.

Dentre as análises do autor, o Estado moderno possui uma autonomia relativa porque ele representa os interesses de uma classe bem específica, existindo uma manobra para a realização de ações burguesas, evitando que elas não entrem em choque com os interesses dos capitalistas. Nesta acepção, a natureza do Estado está na conformação de uma luta de poder entre as classes sociais, sendo impossível, segundo Polantz apud Marques (1996), que as classes dominadas assumam o controle dos Estados nacionais ou que consigam conduzir a produção de políticas públicas estatais que tencionem o modelo de sociedade.

Arriscando-me a relacionar estas ideias com o pensamento de Abrucio (2003), no qual contextualizou analiticamente que a organização política territorial do poder é um dos aspectos mais importantes para o funcionamento das democracias contemporâneas, é na passagem “a expansão e complexificação do Estado moderno tornaram mais relevante ainda a questão da organização política-territorial do poder” (ABRUCIO, 2003, p.228) que, sob minha análise, são atravessadas as interrelações das engenharias Estatais na Argentina, Brasil e no Paraguai e, portanto, com reflexos fortes na cidadania internacional e no próprio território transfronteiriço.

Neste sentido, cita o autor que “a demanda pela autonomia dos governos subnacionais também cria espaços de atuação dessas unidades no plano político nacional, alterando assim o desenho geral do sistema político nacional” (ABRUCIO, 2003, p. 229). No caso brasileiro, Abrucio (2003) traz ao debate que são duas condições que conformam o cenário da situação federalista: a primeira é pautada pela existência de uma heterogeneidade que divide e cria conflitos próprios, numa nação, que podem variar de conflitos de cunho étnicos, linguísticos, socioeconômicos, culturais e políticos.

A segunda seria o discurso que defende a unidade nas diversidades, resguardando as autonomias locais e buscando formas de manter a integridade territorial. Para ele, é estrutura essencial e necessária para a viabilidade da construção e manutenção dos Estados federados a pluralidade viva destas duas condições, e elas devem coexistir na plataforma organizacional dos Estados (ABRUCIO, 2003).

Retornando as diferenças entre Estado federado e unitário, o autor Lijphart (2003) analisou o desempenho e padrão de governo em 36 países, pontuando a

divisão de poder e as dualidades entre Estado federal e unitário e modelo centralizado e descentralizado. Para este autor, o Federalismo vem ligado com a ideia de descentralização, onde ocorre a divisão de poder entre governo central e governos regionais, adotando-se o federalismo em sociedades plurais e territórios extensos (LIJPHART, 2003).

Ao focar a análise nas assimetrias do federalismo, como a cooperação versus a coordenação, a uniformidade versus a diversidade, a autonomia versus o compartilhamento de autoridade e a centralização versus a descentralização, Souza (2019) ressalta que estas são características que são conformadas dentro do federalismo nacional brasileiro e pontua que é necessário estudos que rompam com o senso comum sobre a federação brasileira, que não segue características de outras federações a nível mundial (SOUZA, 2019).

Já o argumento central do trabalho de Marta Arretche (2009) parte do pressuposto de que os formuladores da constituição, no caso brasileiro, “criaram um modelo de Estado federativo que combina ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais” (ARRETCHE, 2009, p. 380).

Através das análises deste estudo, é possível discorrer que os constituintes não formularam um cenário institucional que congelasse a distribuição original de autoridade, pois não se estabeleceu, de certo modo, regras que exigiriam, futuramente, a mobilização de supermaiorias para alterar a carta magna original do Estado brasileiro (ARRETCHE, 2009). Para a autora, “as regras que regem as interações entre as elites do governo federal e dos governos subnacionais favorecem as elites políticas do centro, ou seja, do governo federal, e limitam de certo modo as oportunidades de veto das elites instaladas nos governos subnacionais” (ARRETCHE, 2009, p.380).

Souza (2013) estudou como ocorrem as mudanças institucionais através das reformas da constituição federal no caso brasileiro, na qual me indago, pelas similaridades postas entre os três Estados sob análise, se não é possível realizar uma extensão para Argentina e Paraguai. Ao abordar que a carta brasileira passou por intensos processos de reforma, especialmente no tocante às políticas públicas, direciona o pensar para afirmar que estas mudanças ocasionaram em transformações nos papéis do Estado nacional e dos próprios entes subnacionais, na implementação e financiamento de políticas públicas (SOUZA, 2013). Refletindo sobre o impacto das

mudanças institucionais implementadas pós constituição para a distribuição do poder no Brasil, anoro-me em Arretche (2009) que discorre que os idealizadores da constituinte fizeram um alicerce de uma ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais.

Em outra temática e analisando o conteúdo político das relações intergovernamentais e da descentralização, Celina Souza (2002) discorre que:

A descentralização promove novos conflitos entre diferentes grupos sociais e afeta a distribuição de poder político e de bens a diferentes grupos da sociedade local e entre diferentes níveis de governo. Dessa forma, análises baseadas em evidências empíricas sobre o desenvolvimento político e tributário da esfera local nas duas últimas décadas podem contribuir para o desenvolvimento de questões mais precisas sobre as consequências da descentralização (SOUZA, 2002, p. 435).

Nas constituições da Argentina, Brasil e Paraguai, a descentralização está presente no indicativo dos direitos e garantias. Com cuidado, se faz necessário estudos aprofundados sobre quais são as características destas descentralizações e como elas geraram ou não geraram impacto nos sistemas de saúde coletiva e na própria configuração do cuidado por dentro dos Estados federativos brasileiro e paraguaio e no Estado unitário paraguaio. Entretanto, me arrisco através de estudo de Souza (2002) que analisa o caso brasileiro “O fato da decisão de descentralizar ter sido tomada pelos constituintes durante os debates sobre o novo desenho político, institucional social do país, fortalece a visão da descentralização como um processo político e não apenas administrativo” (SOUZA, 2002, p.436).

É desta maneira que ainda relata que o papel dos governos locais na distribuição e oferta de serviços sociais, ocorre um constrangimento devido às diferenças *inter* e intrarregionais, o que invalida a premissa que um ciclo virtuoso devido ao estabelecimento de políticas descentralizadoras (SOUZA, 2002). Farah (2001) chamou a atenção dos espaços de produção científica ao refletir que a descentralização de políticas sociais para a esfera local de governo não é um processo livre de problemas. Para ela, a descentralização não ocorreu de forma homogênea pelos territórios, ainda mais quando se analisa as diferenças de cada lugar (FARAH, 2001). Para esta autora, a descentralização relacionada com o setor saúde remete a um importante exemplo de articulação entre governo federal e governos locais, e pontua que:

O caso da saúde constitui um exemplo importante da articulação de diretrizes emanadas do governo federal com uma dinâmica local de formulação e implantação de programas sociais. O Programa Médico de Família se insere na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando substituir o modelo de saúde de caráter assistencial vigente no país (FARAH, 2001, p. 134).

Neste âmbito, defende a autora que a inserção de novos atores na formulação e controle de políticas públicas no âmbito municipal aponta uma mudança ao padrão de ação do Estado. Para ela e à época, “[...] está havendo uma ruptura com o padrão não democrático de articulação entre Estado e sociedade, caracterizado pelo clientelismo, pelo corporativismo e pelo insulamento burocrático (FARAH, 2001, p.141).

Na estruturação dos sistemas públicos de saúde na Argentina, Brasil e Paraguai, me arrisco a partir do lugar que conforma a conjuntura brasileira. Neste sentido os mecanismos de coordenação federativa na saúde coletiva deste lado da fronteira, me apoio em Lima (2013) que discorreu:

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, esta não é uma tarefa simples para os legisladores e formuladores de políticas, pois, dada a concepção de saúde na Constituição e a abrangência do próprio SUS, as determinações relativas à atuação do Estado na saúde envolvem um escopo de ações e serviços também bastante amplos” (LIMA, 2013, p. 94).

Desse modo afirma que se analisarmos as funções delegadas à União, Estados e municípios na política de saúde no Brasil, será notório perceber que há uma ausência de responsabilidades bem nítidas e definidas em diversas áreas das políticas públicas de saúde (LIMA, 2013).

Na perspectiva argentina e no espaço da saúde como expressão de um produto do estado federativo, apoio-me no médico sanitário Mario Rovere (2004) que faz uma leitura histórica dos conflitos e consensos de estruturação da saúde coletiva no país. Mesmo após tantos anos de conflito nas lógicas operantes e nas correlações de forças mais progressistas ou mais conservadoras, o resultado foi por vezes injusto, e relata Rovere (2004) que é preciso pensar e agir na reestruturação do sistema de saúde de caráter misto que foi estruturado. Diz este autor que é necessário que se tenha um protagonismo do setor público na regulação democrática das obras sociais

e pré-pagas<sup>6</sup>. Informa que é fundamental “más nación en el sector público, más provincia en la seguridad social, más municipio en la atención primaria, un sistema de financiamiento justo y sobre todo hacer converger los mecanismos para garantizar una ciudadanía igualitaria” (ROVERE, 2004, p. 15).

Sob estas pistas da organização da saúde argentina e, em estudo mais recente, Rovere (2016) ao analisar os últimos quinze anos da saúde coletiva da nação, demonstra e traz ao debate do campo da saúde coletiva variadas intenções de ação e, até mesmo, não ação do Estado federado no âmbito da reconfiguração necessária ao sistema de saúde, que se pautou em benefícios a alguns setores estruturantes. Concluiu o autor que o setor público é e sempre será o melhor aliado para a proteção da saúde como direito de cidadania (ROVERE, 2016).

Ainda neste estudo, o autor trabalha variadas categorias do sistema de saúde argentino e em sua conclusão analítica, informa:

En apretada síntesis puede verse que el sistema de salud para los habitantes de nuestro país continúa siendo objeto de operaciones de agentes y operadores internos y externos al país pero que su destino permanece muy alejado de los debates públicos que permitan a los ciudadanos y ciudadanas, y a los trabajadores profesionales, técnicos y auxiliares, a opinar, discutir, decidir qué sistema de salud representa el sentir, el respaldo, la garantía del derecho a la salud (ROVERE, 2016. p.40)

Neste contexto me indago em como trazer o debate sobre o pacto federativo e o desafio da regionalização de políticas públicas de saúde na Argentina e Brasil, considerando suas trajetórias singulares e, nas quais, estas engenharias se operam como dificultadoras das relações locais entre as duas nações. Mais complexo se torna esta reflexão quando no cenário temos o Estado unitário paraguaio pois, de que maneira se poderia buscar a harmonia das proteções sociais sem um amplo movimento neste espaço do sul global. Me apoio em que Brandão (2013) que afirmou “se o Estado já obteve alguns importantes resultados na política de proteção e seguridade sociais, tem sido pouco capaz em colocar em sua agenda a promoção do combate às desigualdades regionais” (BRANDÃO, 2013, p.163).

É neste espaço que se encontram os sistemas de saúde na fronteira trinacional hoje, território e lugar com profundas marcas de desigualdade no acesso, direito e

---

<sup>6</sup> As Obras Sociais na Argentina são organizações que prestam atenção à saúde, de adesão obrigatória, a trabalhadores, sejam eles vinculados a empresas privadas ou aos entes públicos. São reguladas pela Lei 2360/1989 e pela Lei 23661/1989 e geridas pelos sindicatos e Estado. Já as pré-pagas são de adesão voluntária, geridas por empresas privadas e equivalem ao planos privados de saúde do Brasil.

cidadania como expressão da engenharia dos três Estados nacionais e seus entes subnacionais. Brandão (2013) concluiu neste estudo que há um mal-estar no país, e sob minha análise na fronteira trinacional, caracterizado pela ausência de protagonismo e força política para que se rompa com o impasse da efetivação de políticas públicas regionais de desenvolvimento que enriquecessem o pacto federativo (BRANDÃO, 2013).

Ainda sob este prisma de análise, Viana e Iozzi (2019) analisam as desigualdades na saúde e os impasses do processo de regionalização no lado brasileiro, afirmando que:

As políticas regionais podem conformar um impulso positivo capaz de substanciar políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas ante às várias desigualdades. Todavia, precisam superar os impasses e os dilemas do seu papel diante das recentes reconfigurações espaciais decorrentes do atual estágio da globalização e suas inerentes particularidades em cada lugar. Tais ações teriam reflexos também nas políticas de saúde ao alterarem as escalas (de provisão) e os fluxos da assistência à saúde (VIANA E IOZZI, 2019, p.02).

Assim, falam as autoras, e em sintonia com pensamento de Milton Santos abordado na seção anterior, que o processo perverso de globalização interfere sobremaneira na organização, na ação, na intervenção, na gestão e no financiamento das políticas públicas regionais. Dizem que os esforços recentes dos Estados não conseguiram garantir uma articulação ampla, impedindo a consolidação de políticas regionais efetivas que buscassem a igualdade socioespacial (VIANA E IOZZI, 2019).

No caso do Estado unitário paraguaio e seus reflexos na saúde coletiva, me apoio nos resultados de pesquisa realizada por Alum e Bejarano (2011) que trouxeram uma análise de conjuntura do sistema de saúde, políticas de saúde e financiamento no mix entre a saúde pública e privada do país.

Para estas autoras e à época, “El Sistema de Salud del Paraguay (Ley 1032/96), mantiene un modelo fragmentado y segmentado, por sus características desde su origen [...] ha sido reorientado desde la década de los noventa hacia un modelo más funcional” (ALUM e BEJARANO, 2011, p. 14). Elas ainda nos situam que os desafios da operacionalidade da saúde coletiva no país decorrem desde a ampliação da cobertura da atenção à saúde “sólo 20% de la población está asegurada y alrededor de 35% de la población no tiene acceso regular a servicios básicos de salud (ALUM e BEJARANO, 2011, p.24).

Situam os desafios macroestruturais e alertam que o Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social deve se organizar em estratégias que reforcem seu papel de regulador, seja na formação e gestão do trabalho em saúde, no controle dos preços dos medicamentos e insumos, e também na regulação da atenção à saúde. (ALUM e BEJARANO, 2011).

Estas indicações são reforçadas por estudo desenvolvido por Giménez-Cabellero et al (2016) que mergulharam nos espaços de decisão da descentralização da saúde coletiva no país. Tomam nota que no caso do Estado unitário paraguaio e na organização das políticas de saúde, os cenários estruturantes da engenharia do Estado são mais centralizadores e decorrem do longo período autoritário que concentrou o poder político, mas também que a concentração da população em um ou outro território reforçou a concentração da coordenação do sistema de saúde (CABALLERO et al, 2016, p.50).

Além destes aspectos, Cabellero et al (2016) nos contam que existem paradigmas importantes nestas relações e que precisam ser enfrentadas, ainda. Segundo eles, o paradigma hospitalocêntrico, o paradigma do modelo de atenção à saúde pautado na prevenção e os balanços centralizadores/descentralizadores das políticas de saúde regionalizadas no país exigirá uma articulação forte neste constructo das correlações de forças sociais e políticas.

Os contextos abordados dos Estados federativos brasileiro e argentino e Estado unitário paraguaio se constituem como um lócus privilegiado para que se pense os desdobramentos na saúde coletiva trinacional e no território transfronteiriço. São sensíveis arquiteturas que podem fortalecer ou fragilizar os direitos sociais como o direito à saúde. Associando a uma das perguntas norteadoras desta pesquisa, reflito que a conformação do Estado nacional e subnacional podem se tornar também facilitadores ou barreiras na atenção à saúde do cidadão transfronteiriço.

## Carta aos transfronteiriços

“O teu Deus é judeu, a tua música é negra, o teu carro é japonês, a tua pizza é italiana, o teu gás é argelino, a tua democracia é grega, os teus números são árabes, as tuas letras são latinas.

Eu sou teu vizinho. E ainda me chamas **estrangeiro?**”

Eduardo Galeano

---

Os homens vão se rebelar

Dessa farsa descomunal

Vai voltar tudo ao seu lugar

Afinal

Cada grande cidade o mato vai cobrir, ô, ô

Das ruínas um novo povo vai surgir

E vai cantar afinal

As pragas e as ervas daninhas

As armas e os homens de mal

Vão desaparecer nas cinzas de um carnaval

As forças da Natureza – Clara Nunes



Fonte: Arquivo pessoal

Registro da Ponte Internacional da Fraternidade entre Argentina e Brasil realizado durante uma visita ao *Secret Falls* em Foz do Iguaçu. Esta ponte teve sua construção iniciada em 1982 e possui uma altura de aproximadamente 72 metros de altura e 489 metros de extensão. Liga a cidade de Foz do Iguaçu a cidade de Puerto Iguazú, constituindo a dinâmica transfronteiriça e materializando o trânsito diário do cidadão transfronteiriço entre Argentina e Brasil.

## 2.4 REDES DE ATENÇÃO, ATENÇÃO BÁSICA E INTEGRALIDADE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Nesta seção irei abordar brevemente conceitos que são produtos do processo de arquitetura dos sistemas de saúde. Para este diálogo me apoio em autores advindos do espaço brasileiro de produção científica e justifico devido a produção intelectual destes terem grande relevância na práxis científica da saúde coletiva, inclusive, para outros países, sejam eles periféricos ou centrais no mundo.

Partindo da consideração anterior afirmo que são variadas e múltiplas as estratégias que se vem adotando para garantir o acesso à saúde coletiva na América Latina e Caribe, mesmo existindo lutas internas nos Estados nacionais para a arquitetura de seus sistemas de saúde, sejam eles universais ou fragmentados. Os Estados nacionais incidem sobre seus sistemas de saúde no mundo e o que se apresenta são variadas tipologias de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Se não buscassem as suas organizações em RAS, os sistemas de saúde teriam grandes dificuldades, principalmente em cenários locais, de ofertar ao cidadão uma assistência integral.

Por assistência integral arrisco a me ancorar no conceito de integralidade definido por Pinheiro (2007) que situa o conceito como um dispositivo legal e institucional, recheado e também atravessado por núcleos de sentido de valores éticos e políticos. Para ela é também no ato do cuidado que se expressam suas intenções, seus movimentos (PINHEIRO, 2007).

Mas a integralidade também pode possuir conjuntos específicos na sua conceituação, como aqueles sinalizados por Mattos (2009, p.65) “o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”. Frente a esta complexidade, situo que a intenção desta seção não é de mergulhar no mar do conceito de integralidade, seus debates históricos e suas perspectivas futuras para a saúde coletiva, mas, sim, pedir emprestado este conceito e seus signos na existência da saúde coletiva trinacional no necessário debate da RAS e da Atenção Básica (AB) que se conforma, ou não, no lugar transfronteiriço.

Para que a integralidade nas organizações e práticas de saúde seja existente, viva e de ato no cuidado entre fronteiras, indago se os sistemas de saúde e os atores que os operam dos três lados fronteiraços possuem compreensão da complexidade

institucional e internacional que demanda essa incursão. Entre as microestruturas e as macroestruturas dos sistemas de saúde da Argentina, Brasil e Paraguai é viável, desse modo, partimos do conjunto da integralidade conceituado por Mattos (2009), daquela integralidade que deve estar nas respostas dos Estados nacionais e subnacionais aos problemas de saúde das pessoas (MATTOS, 2009). Engatilho este conjunto aos problemas e necessidades de saúde do cidadão transfronteiriço, nos quais empiricamente verifico nestes treze anos de vivência na fronteira que não são mensurados ou conhecidos.

As relações saúde coletivistas que se edificam entre RAS, AB e integralidade podem também se sustentar no pensar de Santos e Andrade (2013), que partem da ideia de que é a partir da organização da saúde que os Estados federativos e, sob minha análise, incluso o Estado unitário (Paraguai), devem agir através de uma série de atos administrativos que firmem consistência à RAS, na qual deve ser operada por entes autônomos entre si, mas interdependentes nas aberturas institucionais de espaços para que o cuidado ocorra em ato (SANTOS e ANDRADE, 2013).

Me indago se a tríade (RAS, AB e integralidade) na saúde coletiva trinacional ainda carece de roteiros robustos na proposição de serem examinados previamente para a partida ao entendimento dos comportamentos dos sistemas logísticos, comunicacionais, de apoio e de gestão dos três sistemas de saúde e isto se relaciona com outra pergunta da Tese indicada anteriormente, agora com uma complexificação dos planos desta arquitetura institucional singular, nos quais os discursos do cidadão transfronteiriço referente às barreiras e os facilitadores na oferta de atenção à saúde podem vir iluminar o verdadeiro sentido do debate público na política.

Na lógica da RAS é que Santos e Andrade (2013) firmam que é a partir da integração dos sistemas de saúde dos entes públicos que poderá ser possível assegurar a integralidade da atenção à saúde (SANTOS e ANDRADE, 2013). Definem redes através do olhar material que um sistema de rede de organizações tem como elemento decisivo a utilização de tecnologias e a junção destas permite uma constituição de relações (SANTOS e ANDRADE, 2013). Para eles, “na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviços como uma forma de garantir a efetividade de políticas públicas, uma vez que já se demonstrou a exaustão do modelo burocrático” (SANTOS e ANDRADE, 2013, p. 30).

As RAS, portanto, têm como objetivo principal promover a coordenação da atenção à saúde integral entre os diversos trabalhadores e organizações envolvidos

no ato do cuidado. Estas redes permitem que os sistemas de saúde sejam organizados de forma mais potente pois possibilitam a integração de cada densidade tecnológica do cuidado, permitindo que o cidadão seja atendido de forma contínua.

Santos e Andrade (2013) nos brindam com um quadro de vantagens e riscos da construção e operacionalização de redes na arena pública, na qual se faz importante análise para o caminho teórico que pretendo fazer nesta seção. Adapte, assim, os riscos e vantagens apontados pelos autores com uma ligação da ideia de uma possível Rede Internacional de Atenção à saúde constituída entre Argentina, Brasil e Paraguai para o cuidado integral ao cidadão transfronteiriço.

**Quadro 1** – Riscos e Vantagens de uma possível Rede Internacional de Atenção à Saúde na fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai.

<b>RISCOS</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>IMPACTO NA SAÚDE COLETIVA TRANSFRONTEIRIÇA*</b>
Descentralização concentrada	Democratização do conhecimento	Entes subnacionais integrados, ativos na construção de políticas de saúde próprias para o cuidado ao cidadão transfronteiriço.
Fragmentação da autoridade	Cooperação	Instituições de saúde articulando solidariamente a tomada de decisão na condução das estratégias de melhoria das condições de saúde.
Perda de controle de processos	Planejamento integrado	Planejamento Integrado Internacional Regional, através dos perfis epidemiológicos, da análise de situação de saúde nos três lados da fronteira.
Individualismo e personalismo	Otimização dos recursos	Harmonização e horizontalidade a longo prazo das correlações de forças institucionais, gerando novas lideranças para a saúde coletiva trinacional.
Conflitos permanentes	Negociação/Consenso	Liderança da RAS cooperada, pautada em negociação permanente entre os atores políticos e técnicos da gestão dos sistemas de saúde coletiva da região trinacional. Instituição de uma Câmara Técnica Trinacional.
Desequilíbrio de poder	Conhecimento das múltiplas realidades	Abertura de espaços para um poder local internacional, preparado éticamente para representar os interesses de saúde do cidadão transfronteiriço.

Negociação infindável	Solidariedade e compartilhamento	Aproximação das instituições de saúde, trabalhadores da saúde e gestores dos três lados da fronteira, exercitando a co-vizinhança e a troca de experiências gestoras.
-----------------------	----------------------------------	---

Fonte: \*Criação do autor através da elaboração de Santos e Andrade (2013).

Para continuar este dialogo me amparo no decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a principal lei orgânica da saúde coletiva brasileira, a lei 8.080/90, e traz ao cenário diversas normativas que devem ser seguidas na organização do sistema de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa da política pública de saúde do país. É no seu artigo 7º que há a configuração das RAS na saúde pública do lado brasileiro (BRASIL, 2011). É neste decreto que há a previsão – e uma abertura possível – de que os entes federativos definirão os elementos da RAS, como, por exemplo, seus limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011).

Para Silva e Júnior (2013) há três argumentos que são fundamentais para se entender a construção de RAS no lado brasileiro. São eles: aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos e custos crescentes no tratamento de doenças (SILVA e JUNIOR, 2013). Para estes dois autores, as RAS podem ser definidas como algo que “representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-a sistematicamente para que diferentes densidades tecnológicas estejam articulados para o atendimento integral” (SILVA E JÚNIOR, 2013, p. 85).

Neste sentido, é na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que há o marco legal no estabelecimento de diretrizes para a operacionalização da RAS no lado brasileiro. Segundo esta portaria, são fundamentos da RAS uma Economia de Escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010).

A Economia de Escala é quando os custos médios de longo prazo dos equipamentos e serviços de saúde diminuem. É dizer que a concentração de serviços em determinado local pode ajudar a racionalizar os custos e otimizar resultados razoáveis, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010).

A qualidade, segundo esta portaria, é um dos objetivos fundamentais do sistema de saúde. Ela diz que a qualidade da atenção à saúde deve ser analisada pelos graus de potência e excelência do cuidado, nas dimensões da segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade” (BRASIL, 2010).

Por fim, a suficiência é definida pela portaria como conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010). A disponibilidade de recursos, por sua vez, exige que recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados (BRASIL, 2010).

Adentrando na organização da RAS do lado brasileiro, a seguir, demonstra-se onde o município de Foz do Iguaçu – Brasil está localizado na sua RAS no Estado do Paraná (PR).

Figura 1 - Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2021



Fonte e elaboração: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná SESA/PR

Figura 2 - Mapa da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná



Fonte e elaboração: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná SESA/PR.

Em um documento de orientação sobre a regionalização e a construção de RAS no SUS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2019 afirma que a RAS pode ser definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (CONASEMS, 2019, p.53). Ainda, tal documento direciona para a construção de que a AB deve estar no centro da RAS, sendo a coordenadora do cuidado ofertado e prestado ao cidadão. Dessa forma, a RAS pode ser vista aqui como uma estratégia de consolidação da organização e gestão do SUS no país, podendo ser mensurada através do impacto na atenção prestada aos usuários e também na qualidade da atenção à saúde ofertada. Me ancoro nesta conformação para pensar teoricamente, novamente, se é possível uma Rede Internacional no território transfronteiriço.

Em perspectiva, Campos (2014) em entrevista para a *Região e Redes* traz ao debate da RAS a hipótese de que o modelo de gestão do sistema de saúde do lado brasileiro se esgotou, sendo o seu principal problema na atualidade a fragmentação

da gestão em saúde coletiva. Defende, por isso, que o SUS, no caso brasileiro, deveria ser uma autarquia de gestão tripartite, onde o planejamento partiria das regiões de saúde e não mais dos municípios (CAMPOS, 2014). Por esta abertura de futuro possível sinalizada pelo sanitarista Gastão, e considerando que a fronteira trinacional possui necessidades próprias na RAS locais de um ou outro lado da fronteira, é que se torna mais forte a sustentação teórica da RAS internacional.

Por outro lado, autores como Landim, Guimarães e Pereira (2020), ao analisarem a integração sistêmica da RAS na perspectiva da macrogestão, afirmam em seus resultados que “o processo de negociação e articulação entre os distintos atores é a síntese do propósito de integração sistêmica das RAS, a qual se materializa na ação centrada em âmbito da macro e micro gestão do sistema de saúde” (LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019, p. 171). Defendem que através de seu estudo pode-se perceber que a integração dos serviços de saúde analisados ainda ocorre de maneira precária “com pouca e/ou esparsa articulação entre si” (LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019, p. 171).

Viana et al (2018) ao refletirem e analisarem as regiões e RAS no lado brasileiro, encontraram problemas na ordem da confecção da construção das RAS no país e afirmam que:

Duas ordens de problemas sobressaem nesse processo de criar regiões e redes: a primeira, refere-se à necessidade de uma liderança institucional, no caso a ser exercida pelos estados da federação; segundo a necessidade de engajar profissionais de saúde (e, em específico, os médicos) como agentes de mudança, ao lado do incentivo à maior participação dos usuários nas decisões políticas” (Viana et al, 2018, p.1797).

Ainda sob outro prisma Mendes (2010) evidencia que no mundo os sistemas de proteção social à saúde vêm falhando ao não compreenderem e se articularem para enfrentar as condições aguda e crônicas ao mesmo tempo. Para este autor há diversos sistemas fragmentados de atenção, justificados por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e que não se comunicam entre si, ao modo que isto impossibilita uma prestação de cuidados continuados, integrais e resolutivos à população (MENDES, 2010). Sobre este estudo, o autor traz ao debate os elementos constitutivos de uma RAS e diferencia cada um deles. São elementos cruciais de uma RAS, para Mendes (2010): a população, estrutura operacional e o modelo de atenção (MENDES, 2010). Para ele, o primeiro elemento de uma RAS está na organização

desta pela existência de uma população, onde as equipes e equipamentos de saúde coletiva devem assumir a responsabilidade sanitária.

O segundo elemento da constituição de uma RAS é sua estrutura operacional, constituída pelas ligações materiais e imateriais que comunicam os diferentes pontos de atenção. Por fim, o terceiro componente da RAS, é definido por Mendes (2010) como “sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos” (MENDES, 2010, p.2302).

Corroborando com Campos (2014), Lima et al (2012) se debruçam sobre a regionalização no país e discorrem que desde 1990 a proposta de regionalização e criação de RAS vem adquirindo novas formas. Para estas autoras, há aproximadamente 14 atributos essenciais para a construção de uma RAS, da qual destaco os seguintes: a) existência de mecanismos de coordenação assistencial; b) sistema de governança único para toda a rede; c) gestão integrada dos sistemas de apoio logístico, clínico e administrativo; d) gestão baseada em resultados e e) financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas das RAS (LIMA et al, 2012).

Não é possível realizar uma sustentação da RAS sem trazer a perspectiva da AB e da integralidade. No lado brasileiro, a portaria número 2.436 de 2017, instituiu uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil. Também estabelece novas diretrizes de organização, prestação de serviços e regulação da Atenção Básica (AB) do país, afirmando que a AB é “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017).

Para esta prestação de serviços por meio da AB, a nova PNAB pontua que o desenvolvimento dessas práticas de cuidado deve ser realizado por equipe multiprofissional, sempre dirigida à um território adscrito e sobre o qual as equipes de AB devem assumir a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a nova política reforça que a AB será considerada porta de entrada e centro de comunicação da RAS, devendo coordenar a prestação de cuidados e ordenar todas as ações disponíveis na RAS (BRASIL, 2017).

Ainda, há a prerrogativa de equidade no acesso a AB, onde fica expressamente proibido exclusões baseadas em critérios de idade, raça, gênero, nacionalidade, identidade de gênero, escolaridade e condição socioeconômica (BRASIL, 2017). Alguns autores pontuam que essa nova política trouxe alguns retrocessos na configuração do modelo de atenção à saúde no Brasil. Por exemplo, estudo de Giovanella, Franco e Patty Fidelis (2020) constata que a nova PNAB de 2017 e seu arranjo organizativo “permitiu estabelecer equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e equipes AP (eAP) sem nenhum ACS. A possibilidade de ausência do ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu componente comunitário e de promoção da saúde” (GIOVANELLA, FRANCO E PATTY FEDELIS, 2020, p. 1477).

Corroborando com o estudo anterior, para o sanitarista brasileiro Jairnilson Paim (2012), a ESF foi formulada desde sua origem como um programa vinculado ao modelo de atenção sanitaria, e vem sendo no Brasil utilizado para a reorientação de modelos de atenção hegemônicos. Este autor discorre que no Estado do Rio de Janeiro, e, sob minha análise também em município de fronteira trinacional, como Foz do Iguaçu, enfrentam-se problemas da ordem da inexistência de caminhos articulados de contrarreferência entre as densidades tecnológicas com a ESF e AB, a oferta de consultas e exames ainda é precária, ocorre baixa utilização de protocolos clínicos e há importantes ausências nos sistemas de informação e comunicação (PAIM, 2012).

Paim (2012), ressalta-se as principais características dos modelos de atenção à saúde, ao modo que os que caracterizam a ESF no Brasil. Para ele, a ESF no país é costurada por:

Apoio do planejamento, da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais; uso de combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde e acolhimento; desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes, reorientação da atenção básica (articulação das vigilâncias, assistência e grupos prioritários e reorganização da demanda espontânea)” (PAIM, 2012, p. 483).

Paim (2012) diz que o modelo de atenção sanitaria traz em seu bojo propostas alternativas, como por exemplo as ações programáticas em saúde, vigilância da saúde, ESF, distritalização e promoção da saúde.

Ao abordar a AB, Giovanella e Mendonça (2012) pontuam que a mesma se refere a um conjunto de práticas integrais de saúde, direcionadas sempre a atender as necessidades dos usuários do SUS, e é vista internacionalmente como uma estratégia para consolidar um novo modelo assistencial de saúde.

Ancora-se neste sentido a ligação do conceito de integralidade na saúde coletiva como pressuposto inerente as ações dos Estados nacionais e subnacionais. Percebo pela minha vivência neste território que as respostas destes para a organização da AB de um ou outro lado da fronteira trinacional, historicamente, se deu em processos lentos e complexos, por vezes inacabados.

Nesta abertura também cabe trazer Arendt (2020) que, ao abordar fenomenologicamente a ação humana, nos aproxima da categoria cuidado. Ancorado em Pinheiro (2007, p.23) “A expressão *cuidado com o mundo* cunhada pela filósofa Hanna Arendt a partir de leituras sobre a concepção de Heidegger sobre cuidado, de alguma forma nos auxilia na busca pela conciliação entre a filosofia e a política”.

Dessa forma, o debate sobre a AB com a integralidade deve partir do espaço do cuidado na assistência, mas também na gestão, política e planejamento que compreenda, voluntariamente e por suas faculdades de julgar próprias, a necessidade da AB ser o centro da RAS na fronteira trinacional, seja em movimento coletivo das três nações ou seja por processos isolados, a depender de qual ideia de cuidado se tem para com o cidadão transfronteiriço (PINHEIRO, 2007; ARENDT, 2020; ARENDT, 2012).

Giovanella e Mendonça (2012) relatam que há diversas abordagens da AB no mundo e esquematizam em um quadro as propostas vigentes:

**Quadro 2 – Abordagens da APS no mundo**

<b>Abordagem</b>	<b>Conceito de APS</b>	<b>Ênfase</b>
APS seletiva (Selective primary care)	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas a grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre
Primeiro nível de atenção (Primary Care)	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato. Trata-se da concepção mais comum em países da europa com sistemas universais.	Um dos níveis de atenção do sistema de saúde

APS abrangente ou integral de Alma-Ata	A declaração de Alma-Ata (1978) define APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade da participação social. Princípios fundamentais são: necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade, participação comunitária, ação intersetorial e uso eficiente dos recursos	Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde para a sociedade promover saúde
Abordagem de saúde e de direitos humanos	Enfatiza a compreensão de saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata.	Uma filosofia que permeia setores sociais e de saúde

Fonte: Giovanella e Mendonça, 2012

Giovanella e Mendonça (2012) ainda desvelam que a conferência de Alma-Ata foi um importante marco histórico mundial, visto que se questionou os modelos verticais de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) e também questionou o modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Entretanto, no caso da América, o debate sobre AB, segundo estas autoras, se esvaziou e o que prevaleceu no pós Alma-Ata foi a implementação de uma AB seletiva e, por isso, não coordenadora dos cuidados. Para Giovanella e Mendonça (2012), recentemente se observa um movimento de renovação da APS impulsionado pelas agências internacionais de saúde, como a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como desejo de buscar os Objetivos do Milênio firmados nas Nações Unidas (Giovanella e Mendonça, 2012).

Sabe-se que para efetivar uma coordenação de cuidados e uma AB integral, há de se considerar os atributos da APS e suas definições. Assim, as autoras nos brindam com um quadro importante que descreve os atributos da AB segundo Starfield (2002) e Almeida e Macinko (2006).

### Quadro 3 – Atributos da Atenção Primária em Saúde

Atributos da APS	Definição
Primeiro Contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde; Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados
Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença.
Integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde
Coordenação	Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Orientação para a comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que se vive; Participação da comunidade nas decisões de saúde.
Centralidade na Família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro; Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.
Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações do processo saúde-enfermidade.

Fonte: Giovanella e Mendonça, 2012

Já Mendes (2009) em uma produção para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), afirma que a AB, a época e sob minha análise até aos dias atuais, não possui a prioridade que deveria ter. Para contextualizar este problema, afirma que há diversas razões pela qual a AB não foi priorizada

A sua codificação como programa para regiões e para populações pobres, constituída por tecnologias simples e baratas; A sua baixa valorização, tanto material quanto simbólica, que deriva de uma expressão ideológica de uma atenção simplificada; O conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica; A sua menor valorização pelos profissionais de saúde pelo modelo flexneriano prevalecente e a desconfiança de que a atenção primária à saúde não resulta resultados em termos econômicos e sanitários” (MENDES, 2009, p.50).

Ao abordar o direito e o acesso à AB, Viegas et al (2021) trazem ao debate os problemas e desafios que a saúde coletiva brasileira enfrentou e enfrenta para se concretizar. Para elas, “ao longo de mais de três décadas, o SUS vem sofrendo com a diminuição do orçamento federal, que se dá pela desvinculação da Receita da União e congelamento das despesas para os próximos 20 anos na Emenda Constitucional 95/2016” (VIEGAS *et al*, 2021, p.05). Ainda se debruçam sobre as ameaças externas ao SUS e a AB, como por exemplo a participação direta ou indireta e controle do capital estrangeiro na saúde estabelecida na Lei nº 13.097/2015 (Viegas *et al*, 2021).

Giovanella et al (2021) analisam a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país através das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) dos anos 2013 e 2019. Trazem a reflexão de que os resultados da PNS de 2019 reafirmam que a ESF teve continuidade como principal política de APS na saúde coletiva nacional, mas, em contrapartida, reafirmam que as mudanças da PNAB de 2017 podem impactar tais avanços pois enfraquecem os enfoques comunitários (GIOVANELLA et al, 2021).

Gleriano et al (2021) estudaram sobre a gestão do trabalho de equipes da ESF no país, e demonstram que no Brasil uma formação humana, acadêmica e social para

a AB ainda é insuficiente, o que demonstra fragilidades para a efetividade da AB. Destacam também que existe uma “precarização dos vínculos de trabalho, o que pode ocasionar rotatividade e descontinuidade de ações nas equipes” (GLERIANO et al, 2021, p. 06).

Opas (2008) no relatório sobre a importância da renovação da AB nas Américas fortalece a ideia que o principal objetivo de renovar a AB é “revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade” (OPAS, 2008). Noutro relatório, também de 2008, OPAS e OMS reforçam por que a AB se tornou tão importante no cenário atual e dizem ela é mais necessária do que nunca (OPAS, 2008). Segundo este relatório, é importante que a AB esteja centrada nas pessoas e não em suas enfermidades. OPAS (2008) afirma que:

En los últimos 30 años, numerosos datos científicos han demostrado que la centralidad de la persona no sólo es importante para aliviar la ansiedad del paciente o mejorar el grado de satisfacción laboral del proveedor. La respuesta a un problema de salud será en general más eficaz si el proveedor entiende sus distintas dimensiones. Para empezar, simplemente preguntando a los pacientes cómo sobrellevan la enfermedad, cómo afecta a sus vidas, sin limitarse sólo a la dolencia, se produce un aumento cuantificable de la confianza y la observancia que permite que paciente y proveedor hallen un terreno común para el tratamiento clínico y facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta terapéutica (OPAS, 2008, p. 49).

Este documento também reforça que a AB deve ter um papel importante de coordenação do cuidado em todos os âmbitos do sistema de saúde para que se garanta a saúde de comunidades locais. Sobre a questão da coordenação do cuidado em saúde, Starfield (2002) relata que sem ela, haverá prejuízos tanto na longitudinalidade do cuidado como também na integralidade da atenção ofertada a população adscrita. Nesse sentido, vislumbra que é papel “especial do profissional da AB moderar o atendimento clínico, dominar a tomada de decisão, evitar duplicação desnecessária de exames e procedimentos e minimizar o sofrimento do usuário.

Segundo painel de indicadores da SAPS, na 9º Regional de Saúde do Estado do Paraná, a qual pertence o município de Foz do Iguaçu, em abril de 2020 a região de saúde contava com 85 equipes de saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 19 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF

equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 3equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 335.781 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 270.665 pessoas (SAPS, 2021).

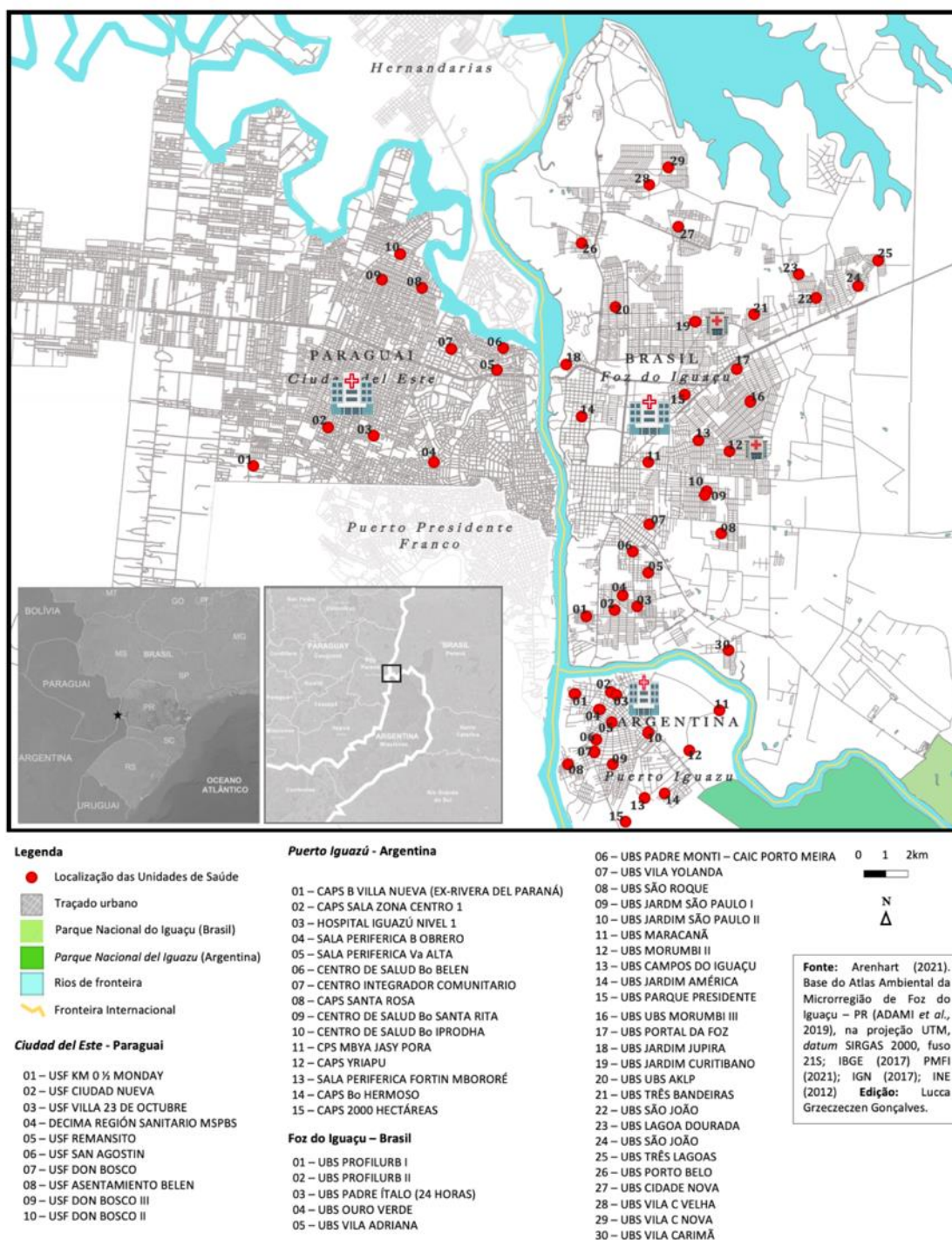
Em Foz do Iguaçu, segundo dados da SAPS, em abril de 2020 a cidade contava com 79% da população coberta pela AB e 58,72% coberta pela ESF (SAPS, 2021). Ainda em abril de 2020, o município contava com 44 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da ESF, 14 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 03equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 204.240 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 151.800 pessoas (SAPS, 2021). Ainda segundo dados da SAPS, em abril de 2020 a população coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era de 71,84%, e o município contava com 323 (ACS). A estimativa da população coberta pelos ACS era de 185.725 pessoas (SAPS, 2021).

A AB de Foz do Iguaçu, atualmente, possui 30 UBS de prestação de serviços ao cidadão. Estas UBS estão organizadas territorialmente em 05 Distritos Sanitários (DS), que servem como dispositivos de organização e administração da gestão em saúde local, facilitando a organização em RAS dos equipamentos e fortalecendo a capilaridade da APS na comunidade e no meio mais próximo onde as pessoas vivem.

Através da figura a seguir pode-se observar melhor a distribuição espacial de tais equipamentos e, inclusive, o lançar que foi preparado anteriormente sobre a RAS e a integralidade em território de fronteira trinacional, para visualização dos equipamentos públicos na zona transfronteiriça entre Argentina, Brasil e Paraguai.

Figura 3 - Mapa dos equipamentos de saúde (AB, média complexidade e Hospitais) geolocalizados em Foz do Iguaçu - BR, Ciudad del Este - PY e Puerto Iguazu – AR



Fonte e Elaboração: Grzeczeczen e Arenhart (Atualização em 2023)

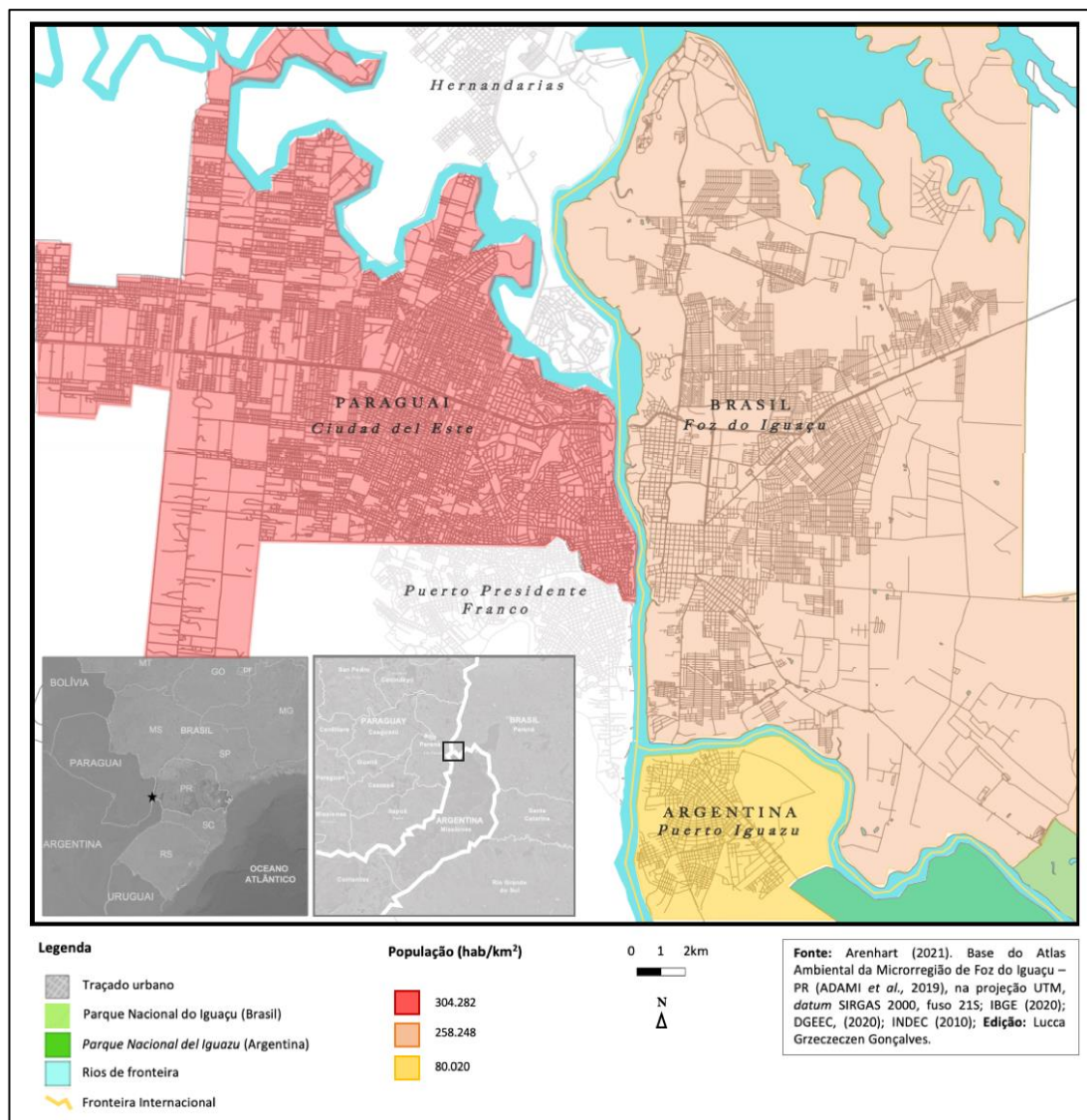
Pela preparação debatida na exploração do referencial teórico, me indago e me arrisco neste espaço teórico, referencial para a partida desta pesquisa, que os três territórios devem ser considerados apenas como uma Região de Saúde (RS), onde as unidades de saúde da AB estão distribuídas espacialmente pelos três territórios,

assim como os Hospitais Públicos e, no caso brasileiro, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Considero sensível, neste caso, refletir sobre como teoricamente é possível impulsionar estratégias, pesquisas e estudos que se debrucem sobre a comunicação em rede para verificar a potência da prestação de serviços ao cidadão transfronteiriço nesta RS.

A integração sistêmica da RAS internacional nesta territorialidade seria uma inovação no mundo, onde os três países, apesar de suas especificidades na arquitetura Estatal (federativo, unitário), complexidades institucionais, desafios próprios na organização dos sistemas e no enfrentamento das desigualdades locais, estariam solidariamente buscando a verdadeira integralidade das ações dos Estados em matéria de saúde coletiva.

Ainda na ilustração do território trinacional, a figura a seguir representa um mapa de calor da distribuição da população das três cidades da fronteira, onde destaco a observação de Cidade Del Este com maior população concentrada (304.282 hab.), Foz do Iguaçu com (258.248 hab.) e Puerto Iguazú com (80.020 hab.). Neste sentido, esta seção do referencial teórico é, de certa maneira, uma preparação e um diálogo com autores que trabalham a RAS, a AB e a integralidade e em meu lançamento próprio de ver o território trinacional como único, vivo e dinâmico.

Figura 4 - Mapa das populações nos países da fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai



Fonte e elaboração: Grzeczeczen e Arenhart (2021).

Ainda me ancorando no contexto da RAS, AB e integralidade, em 2017, houve a produção de um importante estudo realizado por Giovanella e Almeida na qual as autoras se debruçam sobre os sistemas de saúde na América do Sul e seus impactos na AB da região. Destaco uma breve passagem deste estudo a seguir.

Giovanella e Almeida (2017) apresentam o contexto da AB na região da América do Sul, trazendo fundamentais subsídios para o debate sobre a segmentação e a integralidade dos sistemas de saúde nestes territórios. Para isso, as autoras evidenciam a constituição da AB em doze países selecionados e partem da análise através dos componentes estratégicos, como as políticas públicas nacionais de

saúde, o financiamento, a gestão e organização e também a força de trabalho em saúde nos casos selecionados.

As autoras realizam uma análise comparada dos sistemas de saúde, destacando as diferenças e proximidades da AB desses países. Para tal, se debruçam sobre as reformas recentes da AB na região, debatendo e contextualizando as modificações trazidas pelos governos de centro-esquerda e esquerda nos governos nacionais.

Para as autoras “Não obstante, na maior parte dos países, a implementação dessas reformas enfrenta importantes desafios originados na herança de modelos de atenção primária à saúde focalizados com redução do papel prestador do Estado, seletividade nos serviços e na eleição de seus usuários” (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017, p.02). Aqui, podemos refletir sobre a própria história da América Latina e Caribe, na qual os Estados nacionais sempre tiveram marcas profundas na redução de suas atuações, principalmente quando analisamos a constituição, os atores políticos estatais e também a lógica neoliberal que impactou sobremaneira a região nas últimas três décadas.

A exclusão social é um fator crítico de sucesso para nossos sistemas de saúde e, dessa forma, é importante refletir e pensar sobre como esta categoria analítica impacta no viver do nosso cidadão, estendido ao cidadão transfronteiriço. Por isso, também se faz necessário resgatar elementos constitutivos do modelo de sociedade edificada na América Latina e Caribe, pautado exclusivamente pela submissão dos interesses sociais ao lucro, ao sistema financeiro e a lógica de fetiche neoliberal (BELLO, 2009; SANTOS, 2012).

Por fim, Giovanella e Almeida (2017) trazem ao debate que “os desafios para implementação de atenção primária à saúde integral na América do Sul se alinham com aqueles da construção de sistemas públicos universais em nossa região” (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017, p.17). A pergunta de Tese que se articulava em como o cidadão transfronteiriço nota sua existência nos sistemas de saúde fronteira é somada a uma complexidade do conceito de integralidade em lugar transfronteiriço. Para tal, é preciso buscar elementos teóricos nas Relações Internacionais (RIs) para marcar teoricamente o lugar que em âmbito externo aos três Estados nacionais se materializa.

## Carta à resistência transfronteriza

Aguantamos el capitalismo, el comunismo, el socialismo, el feudalismo

Aguantamos al culpable cuando se hace el inocente

Aguantamos Pinochet, aguantamos a Videla  
A Franco, Mao, Ríos, Mon, Mucabe, Hitler, Idi Amin  
Stalin, Bush, Truman, Ariel Sharon y Husein

Aguantamos que Monsanto infecte nuestra comida

Aguantamos el agente naranja y los pesticidas

**Cuando navegamos, aguantamos el mareo**  
**Aguantamos el salario mínimo y el desempleo**

Aguantamos las Malvinas y la invasión británica

Y dentro de la lógica de nuestra humanidad

Nos creemos la mentira y nadie aguanta la verdad

**Que aguanten la revancha, venimos al desquite**

Hoy nuestro hígado aguanta lo que la barra invite

**Nuestras ideas son libres y están despiertas**

Porque pensamos con las puertas abiertas

Lo que no se ve

Lo estamos viendo

Nacimos sin saber hablar

**Pero vamos a morir diciendo!**

El Aguante/Multi\_Viral – Calle Trece



Fonte: arquivo pessoal

Registro em Cidade Del Est – Paraguai na visita de solicitação de autorização para o campo de pesquisa no Hospital Regional de Ciudad Del Est (HRCDE).

## 2.5 RELAÇÕES INTERNACIONAIS E A FRONTEIRA

As regiões de fronteira na América Latina e Caribe estiveram sempre à margem de ações longitudinais e efetivas no tríade gestão-planejamento-cuidado e também na oferta de uma assistência integral, equânime e resolutiva em saúde, seja no âmbito das políticas públicas formuladas pelos Estados nacionais seja pelas próprias operacionalidades nos sistemas de saúde. Possuem organizações sociais e antropológicas complexas, e devem sempre serem analisadas através de lógicas transdisciplinares para sua compreensão. Além disso, as diferenças culturais e sociais também impactam a organização social dos sistemas de proteção social em saúde destas localidades.

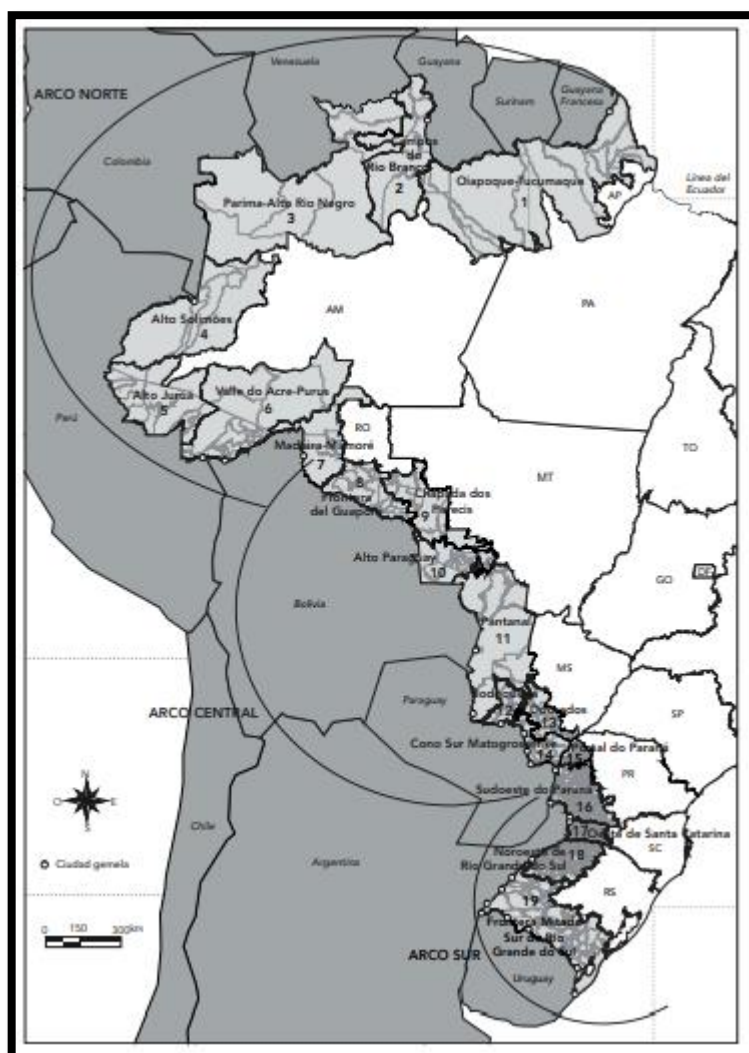
O lugar entre Argentina, Brasil e Paraguai também pode ser caracterizado por uma imensa diversidade e dinâmica de fluxo de pessoas, ao modo que esta região de fronteira compartilha não somente doenças e agravos em comum na sua população, mas também sistemas de saúde que não se comunicam (ou se comunicam mal) no âmbito da epidemiologia, política e RAS.

Há de se considerar, também, que a rede de cuidados na região de fronteira internacional é impactada por diferentes fatores externos, como, por exemplo, a própria constituição do espaço transfronteiriço, as assimetrias das políticas públicas de saúde, as diferenças sociais e econômicas das populações, os sentidos atribuídos pela população à saúde e à doença e as instituições públicas presentes nesses espaços.

Peiter (2007) ao se debruçar sobre as condições de vida, situação de saúde e a disponibilidade de serviços de saúde nas fronteiras do país pronunciou que há diversas assimetrias colocadas no cotidiano do viver das populações fronteiriças, ao modo que se organizam de alguma forma para terem acesso aos sistemas de proteção social. “As populações das zonas de fronteira vivem essas assimetrias de modo particular, estabelecendo estratégias para superar os obstáculos postos pelo limite internacional” (PEITER, 2007, p. 238).

Peiter (2007) nos brinda com um mapa de distribuição das fronteiras do Brasil com a América Latina, estando estas subdivididas em três grandes arcos: o arco sul, o arco central e o arco norte. São extensos os territórios do país que fazem fronteira internacional com demais países na América Latina.

Figura 5 - Mapa dos arcos de fronteiras internacionais do Brasil



Fonte e elaboração: Paulo Cesar Peiter, 2007

Ao analisar o mapa acima, indago teoricamente que é possível considerar a fronteira de Foz do Iguaçu –BR com Cidade Del Est – PY e Puerto Iguazú – AR como território de transição entre três conjuntos sociais, políticos e culturais distintos. Esta transição fortalece a premissa de que há uma miscigenação étnica, social e econômica e política neste território, onde, por vezes, ocorre conformação do bilinguismo e trilinguismo (no caso de Cidade Del Este), caráter internacionalista e uma forma de viver e projetar a vida de forma relacional.

Ao analisar o arco sul, Peiter (2007) traz ao debate ao afirmar que a melhor situação de saúde e condições de vida se encontram neste arco, onde “a esperança de vida supera os 70 anos de idade em três das cinco sub-regiões e a mortalidade infantil é menor de 30 mortes por 1.000 nascidos vivos” (PEITER, 2007, p. 248).

Manifesta ainda o autor que no arco sul o maior desafio se encontra na crescente demanda dos cidadãos dos países do Mercosul, onde pode haver dificuldade de se garantir a qualidade da atenção à saúde (PEITER, 2007).

Em sua tese de doutoramento, Peiter (2005) analisa a geografia nas faixas de fronteira do país, lançando um profundo olhar para diversos aspectos que se colocam na conformação destas regiões. Afirma que “os problemas ligados à oferta de serviços e o atendimento de saúde das populações de municípios de fronteira dizem respeito à sobrecarga dos serviços locais de saúde” (PEITER, 2005, p.54). Narra que estes problemas ocorrem mais em territórios onde há assimetrias entre os sistemas sanitários, como é o caso da fronteira sob nossa análise.

Giovanella et al (2007) ao analisarem a saúde coletiva nas fronteiras, especialmente no acesso de cidadãos transfronteiriços e de brasileiros não residentes à política social de saúde local, afirmam que

Os processos de integração descortinam a exigência de se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Assim, o debate, hoje, sobre o tema dos direitos sociais e de saúde não se restringe aos limites dos Estados-nações, mas alarga-se para os blocos regionais, na esteira das exigências econômicas, conformando novos espaços de regulação” (GIOVANELLA *et al*, 2007, p. 252).

Alguns impedimentos podem ser citados para que se efetive o pleno direito à saúde nesta localidade internacional, e me arrisco a trazer, ancorando a teoria à minha experiência como trabalhador da saúde coletiva e pesquisador.

Por exemplo, são comuns dificuldades de comunicação entre equipes de saúde e cidadãos no tocante a linguística; há uma tradição institucional de impedimentos na ordem do acesso ao transfronteiriço, onde alguns dispositivos obrigam a apresentação do comprovante de residência para permitir o atendimento clínico; há escassa oferta de infraestrutura, trabalhadores de saúde e equipamentos de densidade tecnológica média e alta; são comuns também casos de xenofobia nos discursos e ações de trabalhadores, gestores e de cidadãos nacionais; há ainda uma fissura no espaço de cooperação internacional nas políticas públicas; fragilidades históricas de ausência de planejamento estratégico e prejuízos na compreensão da realidade socioepidemiológica, entre outros.

Giovanella et al (2007) nos colocam que não há registro e dados sobre os atendimentos do transfronteiriço nos sistemas locais de saúde. Para elas, “ainda que

na percepção dos gestores locais a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada (GIOVANELLA et al, 2007, p.257).

Na consolidação do que se propõe o Mercosul, ainda falta avançar na prestação de serviços públicos e universais de saúde; na questão das vigilâncias em saúde para a prevenção da disseminação de doenças e agravos nas fronteiras; assimetrias dos sistemas de regulamentação técnica e medidas sanitárias entre os países membros (MERCOSUL, 2003).

No sentido de superar as barreiras, são inúmeros os motivos que levam o cidadão transfronteiriço entre Foz do Iguaçu, Cidade do Leste e Puerto Iguazú a transitarem para ter acesso a uma saúde. Posso citar, por exemplo, a oferta de medicamentos gratuitos, melhor assistência, melhor qualidade de serviços, uma atenção mais qualificada e humanizada, etc. Isto ocorre de um ou de outro lado da fronteira e não somente no fluxo eles-nós.

Pelas dificuldades de se organizar e ofertar saúde de qualidade neste cenário internacionalizado, Aikes e Rizzotto (2018) analisaram a integração regional na saúde em cidades gêmeas do Estado do Paraná. Trazem ao debate que “a falta de autonomia e empoderamento municipal para propor mudanças políticas, e principalmente as assimetrias legislativas, especialmente no âmbito da proteção social em saúde, se tornam barreiras para uma organização regional (AIKES e RIZZOTTO, 2018, p.09).

Essas dificuldades se agravam na ausência de normativas locais de acesso à saúde. Fica a decisão dos trabalhadores de saúde “legitimar” ou não o sofrimento do cidadão transfronteiriço e “aceitar” ou não a entrada do mesmo no sistema de saúde. Além disso, outro problema que se evidencia é o sistema de referência e contrarreferência entre sistemas de saúde dos três países. Salvo em casos de urgências e emergências e sob articulação de gestores, é falha a comunicabilidade das densidades tecnológicas. Também existem dificuldades em dispor de acesso a cirurgias e exames de alto custo nas densidades tecnológicas de segundo e terceiro nível para a cidadania nacionalizada e transfronteiriça.

Aikes e Rizzotto (2020) analisaram documentos oficiais da UNASUL e do MERCOSUL, e dissertam que “a legitimação dos processos de transfronteirização existentes nesse território demanda regras especiais de funcionamento, respaldadas por acordos bi ou multilaterais, já que transcendem a escala local e envolvem sistemas

políticos e sociais distintos que requerem intervenção do nível nacional de governo” (AIKES e RIZZOTTO, 2020, p.03).

Considero que para haver uma direcionalidade de superação dos obstáculos desses territórios do tocante a saúde coletiva, é preciso que se estabeleça uma rede de comunicação em saúde entre os sistemas de saúde das cidades fronteiriças; que haja treinamento permanente e continuado dos trabalhadores de saúde quanto a temática de direitos humanos universais e das especificidades do território de fronteira; haja comunicação efetiva e não apenas emergencial entre as vigilâncias em saúde dos três territórios; financiamento adequado para as políticas públicas de saúde; registro adequado nos sistemas de informação sobre o local de residência e nacionalidade dos usuários dos sistemas, entre outros.

Pelos contextos abordados até este momento, pontuo que é necessário reafirmar que a área científica denominada como Relações Internacionais (RIs) se constitui pelas interações entre os indivíduos, atores políticos e instituições na esfera externa dos Estados Nacionais, sendo um campo de conhecimento e de compreensão que tem por objeto os fenômenos internacionais, com incidência prática e transformação real nas sociedades.

Me apoiando em Castro (2012), é importante partir da sinalização de que existem diversas escolas nas RIs que buscam interpretar os fenômenos no cenário internacional. Tem-se a escola realista clássica, onde ressalta-se o poder, a dominação populacional e força como subsídios de sobrevivência em meio a uma não isonomia entre os Estados (CASTRO, 2012).

Também existe a escola do liberalismo clássico, onde defende-se o pacifismo cooperativo, estabelecendo um altruísmo ético por meio da noção progressista e otimista sobre a natureza humana. Já na escola da economia política, a lógica central das RIs deixa de ser centrada nos problemas de segurança nacional e no constante dever de defender os Estados nacionais e passa a se centrar na relação entre Estados, novos atores e o mercado global (CASTRO, 2012).

Ainda no estudo das escolas das RIs, Castro (2012) contextualiza a escola crítica, conhecida como teoria radical, que compreende múltiplos métodos aplicados a fim de esclarecer as RIs e têm como fundamento o marxismo e o neomarxismo, onde faz-se críticas nas verdades consideradas válidas historicamente, a qual só reproduziam a lógica de poder hegemônico da ordem mundial em vigor (CASTRO, 2012).

Já para a escola inglesa o conceito de sociedade internacional baseia-se no conglomerado de três grandes matrizes de ferramentas epistêmicas (o método e a matriz histórica, a técnica científico-jurídica e o sistema filosófico), gerando uma única percepção analítica diante da assimetria dos Estados, seus regimes e ordem moral (CASTRO, 2012).

Nesta relação das RIs com o debate teórico sobre o poder global, estabilidade hegemônica e a ideia de uma governança global, Fiori (2005) alertou que:

Trata-se de um sistema movido por duas forças político-econômicas contraditórias. Por um lado, atua a tendência na direção de um império ou Estado universal, que não tem nada a ver com o sonho federativo e cosmopolita de Kant: seria sempre um império imposto por um Estado aos demais Estados nacionais. E nesse caso o projeto da “governança coletiva” teria de enfrentar o problema de que os impérios não têm interesse em operar dentro de um sistema internacional; eles aspiram a ser o próprio sistema internacional” (FIORI, 2005, p.69).

É necessário considerar as críticas a este debate da estabilidade hegemônica, onde Padula (2021) ressalta que “a globalização econômica não é um fenômeno natural inevitável causado pela expansão do mercado e pelas novas tecnologias de comunicação e transporte, mas um projeto de construção política liderada pelos EUA e depois por seus aliados” (PADULA, 2021, p.12)

Outra contradição desse contexto internacional evidenciada por Padula (2021) sugere que o fato histórico dos EUA terem propagado no sistema mundo um “discurso em defesa ao liberalismo e democracia”, mas, ao mesmo tempo, “apoiaram ditaduras (Arábia Saudita) e promoveram golpes de Estado na democracia de Brasil e Chile”. (PADULA, 2021, p.10).

É necessário, portanto, refletir sobre o imperialismo norte-americano na defesa de seus interesses próprios, pautado principalmente pela sua política externa marcada por interesses de expansão de sua economia. Também é importante considerar que algumas premissas teóricas das RIs sustentam a ideia de que é possível que exista uma governança global no sistema-mundo, pautada especialmente pela existência de um Estado nacional soberano e estabilizador no cenário internacional. Entretanto, sob minha concepção, há o forte risco deste Estado colocar em prioridade no cenário internacional seus interesses econômicos, políticos, culturais e sociais sobre as demais nações.

Irei debater conceitualmente e também contextualizar inquietações sobre a comparação de Políticas e Sistemas de Saúde, na qual se estruturam principalmente pela análise da práxis dos sistemas de saúde da região de fronteira internacional entre Argentina, Brasil e Paraguai. Nesse aspecto, parto do lugar me apoiando na pesquisa de Esping-Andersen (1991) que se debruçou sobre a análise de vertentes que compreendem três diferentes maneiras de se interpretar os Estados de Bem-Estar Social no sistema mundo.

Esping-Andersen (1991) é um sociólogo sueco que analisou com maestria pressupostos dos economistas políticos clássicos na abordagem liberal, conservadora e marxista. Baseado em autores desse campo do conhecimento, conta que estes pensadores estavam implicados com a importante tarefa de entender o relacionamento entre sistema econômico e o bem-estar das populações (ESPING-ANDERSEN, 1991). Afirma que o neoliberalismo na década de 1990 foi uma releitura da escola de economia política liberal clássica, ao modo que se direcionou o debate para uma mínima intervenção estatal nos mercados para, com essa premissa, garantir a igualdade e liberdade dos povos.

Esping-Andersen (1991) demonstra em sua pesquisa as contradições que puderam ser verificadas nas disputas entre a economia política conservadora e o marxismo no âmbito da compreensão dos Estados, famílias e mercados. Conclui na primeira sessão de seu estudo que “o modelo social-democrata é de uma das principais hipóteses do debate contemporâneo sobre o *Welfare State*: a mobilização de classe no sistema parlamentar é um meio para a realização dos ideais socialistas” (Esping-Andersen, 1991, p.91).

Na segunda vertente, o autor ilumina a compreensão sobre a Economia política dos Estados de Bem-Estar social e afirma que estudos comparativos são importantes para a análise desta dimensão. Situa o leitor sobre as premissas superadas pela história da ciência política, como a relação entre Estado e economia, capitalismo e socialismo e cidadania e classe social.

Na interpretação de Esping-Andersen (1991), há duas formas gerais de explicações sobre o surgimento e manutenção dos Estados de Bem-estar social, uma pautada por uma abordagem estruturalista e outra por uma abordagem institucional.

A primeira abordagem pode ser sintetizada com elementos que variam de uma compreensão da utilidade da burocracia para a racionalização organizacional dos

Estados, passando pelo entendimento de entender a industrialização como processo eficaz para o crescimento dos Estados.

A dominação, neste caso, estaria pautada na hegemonia material, ou seja, “uma subordinação voluntária ao sistema capitalista” (Esping-Andersen, 1991, p.92). Já a abordagem institucional é pautada, segundo o autor, na lógica de colocar o debate sobre a democracia na centralidade da compreensão da práxis. Discorre que a cidadania plena, baseado em autores anteriores, deve também prever a manutenção e o fortalecimento de direitos sociais.

Por fim, outra vertente de análise que estuda o fenômeno dos Estados de Bem-Estar social está naquela postulada pela corrente teórica que conceitualiza as classes sociais enquanto agentes políticos. Esta vertente se difere das anteriores pois traz ao debate a premissa de que os Estados de Bem-estar social fazem mais do que atenuar as desigualdades humanas, fortalecendo o movimento da classe trabalhadora para fazer o capitalismo retroceder (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Pontua que esta vertente tem muitos problemas na base de sua proposta de análise, visto que há restrições de atuação de forças de esquerda por forças conservadoras nos Estados nacionais e subnacionais e há fatores culturais, religiosos e étnicos que dificultam entender a organização da classe trabalhadora e suas ideologias. Por fim, situa o debate com a afirmação de que “a resposta é que os assalariados estão inerentemente atomizados e estratificados no mercado - obrigados a competir, inseguros e dependentes de decisões e forças fora de seu controle (Esping-Andersen, 1991, p.94).

Como conclusão, diz que seu estudo traz uma alternativa mais robusta de análise dos Estados de Bem-Estar social. Fala que foi necessário partir de uma visão e abordagem teórica linear para um contexto interativo, o que complexifica o entendimento do surgimento, atuação e conformação destes Estados. Alerta que os estudiosos desta área, devem sempre compreender que o bem-estar oferecido para a cidadania pelos Estados está passível de avançar como também de recuar, considerando os momentos históricos, as políticas de governo, a economia, etc.

Ao fazer o *link* com a fronteira trinacional, análise se prejudica, pois, ainda ocorre a inexistência de cooperação multilateral entre os Estados nacionais na matéria de saúde pública existe uma intensa fragmentação da oferta dos sistemas de saúde locais e raras ou inexistentes comunicabilidade entre as gestões públicas de saúde.

Além destas características, percebo ao viver neste lugar que a fronteira trinacional é marcada por uma profunda desigualdade social e econômica, edificando muitas vezes desigualdades entre os cidadãos que aqui constroem seus projetos de vida. Portanto, necessário se faz realizar uma reflexão crítica sobre a emergência da construção da integração internacional entre os sistemas de saúde ao modo que esta possa se conformar em bases universalistas, resolutivas e humanas em suas ofertas de cuidado, na perspectiva dos direitos humanos.

Na saúde e os processos loco regionais que conformam a conjuntura da fronteira, sinalizo ainda que é importante resgatar alguns movimentos teóricos no âmbito das Relações Internacionais (RIs). Padula (2021, p.31) relata que “apesar de todos os avanços registrados na institucionalização regional, constata-se atualmente um processo de paralisia e posterior retrocesso, a partir de mudanças políticas no Brasil e de governos em alguns países da região”.

Neste caso, é necessário atenção para a agenda intencional de enfraquecimento sistemático da UNASUL, o empobrecimento do debate sobre a Saúde Coletiva no MERCOSUL e a extinção de estratégias direcionadas para as áreas de fronteira, como foi o caso da implementação do SIS-Fronteiras, que foi um programa que conformava as fronteiras do Brasil com a América Latina como lógica central para a superação dos problemas estruturantes dos Sistemas de Saúde coletiva destes territórios.

Concordo com as premissas de Padula (2021) que as transformações geopolíticas e de governo na América Latina e Caribe na última década trouxeram prejuízos viscerais para a garantia do direito à saúde como direito humano universal e também que “as mudanças de governo nos países da região acabaram levando a mudanças em suas políticas externas e de segurança, reforçando a nuance de que nos países da região prevalece uma política de governo, e não de Estado (PADULA, 2021, p.32).

O multilateralismo e suas representações conceituais, portanto, são necessários para que se conforme uma cooperação entre os três países na arena internacional para a garantir tanto nas RIs como nacionalmente a saúde ao cidadão transfronteiriço. Além de princípios como a solidariedade, reciprocidade e indivisibilidade, sendo esta última com a significação que todos os atores contribuiriam nos custos e no compartilhamento dos benefícios. Para Ruggie (1992, p.571) apud Bouchard e Peterson (2013) “três ou mais Estados se engajam em cooperação

multilateral quando as relações entre eles se baseiam em princípios que identificam conduta apropriada para uma série de ações, sem relação com os interesses particulares das partes”.

Uma questão aqui apresenta-se como problema lógico, e está na situação que quando considero para a reflexão que os sistemas de proteção social e de saúde dos três países analisados, os três possuem bases distintas e concepções diferentes (*mix* entre seguro, assistência e seguridade social).

No debate sobre as necessidades e características locais de saúde da fronteira trinacional ainda é preciso conceitualmente partir do lugar de que a rede de cuidados na região de fronteira internacional é impactada por diferentes fatores, como, por exemplo, a constituição do espaço transfronteiriço, as assimetrias dos sistemas públicos de saúde, as diferenças sociais e econômicas entre os cidadãos transfronteiriços e nos sentidos atribuídos pela população à saúde e à doença.

Desse modo, ressalto que o limite internacional colocado pelos Estados nacionais, neste caso, não são barreiras intransponíveis quando o tema é saúde. Defendo também de que o território neste lugar não se estanca pelos rios Paraná e Iguaçu e, tampouco, se conforma apenas como uma paisagem (SANTOS, 2012). O território trinacional é vivo, dinâmico, complexo e possui singularidades na ordem das desigualdades socioespaciais. As assimetrias dos sistemas de saúde de um ou outro lado da fronteira impactam sobremaneira o viver do cidadão transfronteiriço.

Coesão nos diálogos regionais sobre a fronteira, compreensão ampla das singularidades locais e a própria tensão dentro da busca pela consolidação dos direitos sociais de saúde devem buscar atravessar os coeficientes de paz, segurança e estabilidade na das Ris que consolidem a integração para que, assim, se consiga sustentar a integralidade, a universalidade e a qualidade da atenção à saúde ao cidadão transfronteiriço.

## Carta aos agentes de mudança

Quando a fera fere e mata alguém  
 Só porque difere de gênero, têm  
 Algo enrustido, algo enrustido  
 Quando discrimina a pele de alguém  
 E não preza a mina de onde 'cê vem  
 Faz um ebó pra ele, um ebó pra ele  
**Ninguém solta a mão de ninguém**  
 Olho no olho, gente por gente  
 Cuidar de cada um dentro de nós  
 Ninguém solta a mão de ninguém  
 Olho no olho, gente por gente  
 Cuidar de cada um dentro de nós  
 Quando acelera, atropela alguém  
 Envenena o ar e expõe seu desdém  
 Pega a bicicleta, pega a bicicleta  
 Se derruba a mata e atira em alguém  
 Que cuida da floresta como mais ninguém

Faz um rapé pra ele, um rapé pra ele  
 Ninguém solta a mão de ninguém  
 Olho no olho, gente por gente  
 Cuidar de cada um dentro de nós  
 Ninguém solta a mão de ninguém  
**Olho no olho, gente por gente**  
 Cuidar de cada um dentro de nós  
 Se criminaliza o direito de alguém  
 De ter moradia e uma terra também  
 Movimenta ele, movimenta ele  
*Esse alguém sem nome sou eu e você*  
*Se juntar não some, faz aparecer*  
*Nome e sobrenome, nome e sobrenome*  
 Ninguém solta a mão de ninguém  
 Olho no olho, gente por gente  
**Cuidar de cada um dentro de nós**  
 Ninguém Solta a mão de ninguém –  
 Lucas Santtana *feat* Jaloo, Juçara Marçal e  
 Linn da Quebrada

### 3 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Construído o seguimento do percurso que apresentou conceitos teóricos-filosóficos de sustentação da presente pesquisa, como o mergulho nos conceitos amor, política, atenção à saúde, relações internacionais, cidadão transfronteiriço, globalização, federalismo e políticas de saúde, entre outros, busco trazer neste capítulo alguns achados crítico-reflexivos que emergem do pensamento de autores e autoras que guiarão a análise dos achados de campo. Como esta pesquisa pretende analisar como o cidadão transfronteiriço se relaciona com a atenção à saúde nos três Estados nacionais, se faz importante resgatar algumas premissas de sustentação epistemológica e metodológica para a prática da análise dos discursos.

Minayo (2014) alerta que há muitas especificidades no trabalho de campo dentro da pesquisa social em saúde. Para ela, o objeto que se movimenta nas ciências sociais em saúde e, sob minha análise, no próprio campo da saúde coletiva, é sempre histórico (MINAYO, 2014). Disto, portanto, resulta a construção filosófica e social de que a saúde coletiva na fronteira trinacional precisa ser analisada num contexto pautado por suas singularidades existenciais e também fenomenológicas.

Para além da saúde como um bem material e simbólico, considero, conforme sinalizado no referencial teórico, que a partir dos pressupostos que apresentarei a seguir, as existências do cidadão transfronteiriço se aproximam, apesar das fronteiras físicas estatais. Outro ponto relevante está na dimensão da subjetividade da pesquisa qualitativa em ciências sociais em saúde.

Minayo (2014) afirma que ela é, sempre, intrinsecamente e extrinsecamente ideológica. Ou seja, etimologicamente parto do lugar da construção de uma ideologia plural, onde possivelmente surgirão discursos sobre o mundo, sobre a vida, sobre a saúde e sobre experiência individuais, contudo, que podem se conectar numa pluralidade da vivência pelos sistemas de saúde das três nações. Corrobora-se com Minayo (2014) de que é preciso superar a falsa dicotomia entre as questões epistemológicas e os instrumentos operacionais da pesquisa qualitativa em saúde. A autora afirma que a metodologia precisa ser vista como categoria ampla, abrangente e também sensorial.

São três aspectos necessários para se compreender quando adentramos nos debates das ciências sociais e da metodologia da pesquisa social em saúde, a saber: “a) como discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento, que o tema da investigação requer; b) como apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos e c) como criatividade do pesquisador em articular teoria, métodos, achados experimentais e observacionais” (MINAYO, 2014, p. 44).

Portanto, parte-se de pressupostos de que nesta pesquisa os conceitos teóricos estão interrelacionados aos conceitos metodológicos e, por isso, não há possibilidade para deslocar uma possível análise no sentido da neutralidade na construção da distância entre o objeto e pesquisador. Na condução desta pesquisa, o ser existente na fronteira e como este experencia a saúde coletiva é mola propulsora do fenômeno da própria constituição da cidadania transfronteiriça e das práticas de saúde constituídas. A concepção de mundo e as reflexões filosóficas na própria pesquisa social em saúde, em meu caso, buscam romper com a fábula de processos disciplinares, ou até mesmo de uma reprodução de narrativas endógenas dos sistemas de saúde locais.

O resgate de algumas questões do referencial teórico se faz importante para alicerçar meus pressupostos teóricos-metodológicos, a partir da intenção de explorar o campo social que se materializa para o cidadão transfronteiriço em matéria de saúde coletiva. Caminho pela partida dos seguintes lugares:

- a) O conceito de amor aplicado à saúde coletiva, à cidadania transfronteiriça e ao território trinacional não está ligado necessariamente ao desejo e o existir transfronteiriço na experiência da saúde coletiva se pauta pela vivência das pessoas nos sistemas de saúde dos três lados da fronteira;
- b) A prática da análise de política dos sistemas de saúde dos três países ocorre através da ideia da pluralidade e da solidariedade que se fazem necessárias para atender as múltiplas necessidades;
- c) As divisões simbólicas do espaço territorial que conformam as fronteiras físicas entre Foz do Iguaçu – BR, Ciudad del Este – PY e Puerto Iguazú – AR foram negadas no meu pensar, quase sempre em sua totalidade. A cidadania não está ligada ao local de nascimento, de trabalho, de estudo, de “nacionalidade” e, sim, de experienciamento, ou seja, se considera todos e todas que transitam e vivem na região como cidadãos/ãs sem negar, logicamente, os impactos da

marginalização das populações vulnerabilizadas pelos Estados e pela sociedade;

### 3.1 A VIDA COMO CATEGORIA SOBERANA: PISTAS EM HANNAH ARENDT

A palavra vida tem significado inteiramente diferente quando é relacionada ao mundo e empregada para designar o intervalo de tempo entre o nascimento e a morte. Limitada por um começo e um fim [...] (ARENDR, 2020, p.119)

Em sua obra “A condição Humana” de 1958, Hannah Arendt se debruça sobre o pensar de como a humanidade está permeada por contradições. A pergunta principal que balizou a sua inquietude foi: “O que estamos fazendo?”. Assim, lança ao nosso mundo-existência a ideia de uma expressão denominada *vita activa*, em releitura histórica, que estaria conformada pela tríade trabalho, ação e obra. Me interessa para a pesquisa a definição de ação em Arendt, na qual diz que a vida se materializa sempre na condição humana da pluralidade<sup>7</sup>. Entende-se que o existir humano ocorre invariavelmente sempre na relação entre os humanos e humanas e, pela razão de sermos todos e todas humanos/as, a pluralidade da existência é condição da ação humana porque “somos todos iguais, isto é, humanos, de um modo tal qual ninguém jamais é igual a qualquer outro que viveu, vive e viverá” (ARENDR, 2020, p.10).

Apesar da categoria *vita activa* ter sido refletida por diversas formas de visão de mundo desde a antiguidade clássica, Arendt propõe uma conceituação que se propõe estar em desacordo com a tradição. Para ela, o intento não foi de contestar a revelação da verdade e, sim, se preocupar em compreender e analisar como a vida se materializa no mundo. Nos convida, de certo modo, a pensar sobre nossas próprias existências, nossas formas de habitar o mundo, nossas temporalidades de ser, existir e estar, as dimensões da compreensão do ser e se sentir humanos.

As pistas metodológicas nesta obra de Arendt podem contribuir para analisar o experienciamento do cidadão transfronteiriço na saúde da fronteira, mais

---

<sup>7</sup> Pluralidade é conformada pelas categorias igualdade e distinção. Igualdade porque é através dela que é possível compreendermos que somos e não apenas “sou” na terra. Distinção porque precisamos do/a(s) outro/a(s) para existir.

especificamente quando somos direcionados para a filosofia política no intento de compreender a vida como elemento da existência, ou seja, uma categoria analítica que nos interessa de ser analisada inclusive na pesquisa social em saúde coletiva.

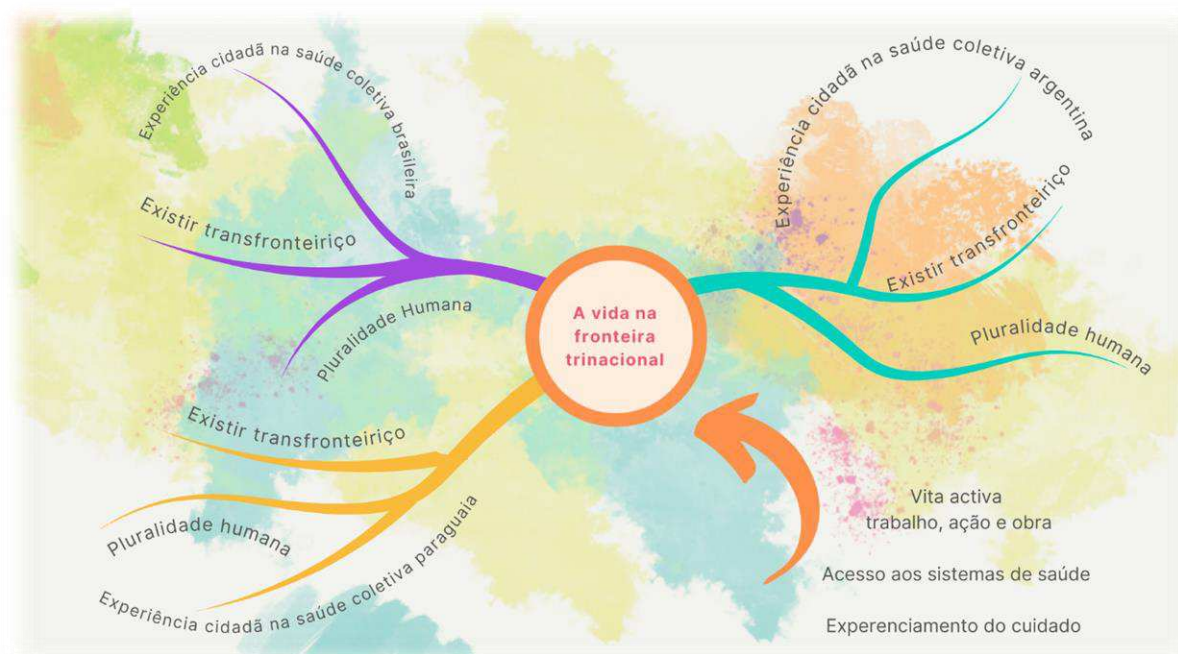
Importante se faz questionar também porque alguém deseja a saúde. Para Halévy apud Arendt (2020, p.73) a resposta seria, comumente, “porque a doença é dolorosa”. Convida a refletir, assim, que se insistirmos a alguém a pergunta de porque ele/a odeia a dor, é improvável que alguma premissa da razão se revele. Assim, discorre:

A dor é o único sentido interior encontrado pela introspecção que pode rivalizar, em sua independência com a relação à objetos experienciados, com a certeza auto evidente do raciocínio lógico aritmético [...] encontramos um outro ponto de referência que realmente constitui um princípio muito mais poderoso que nenhum cálculo dor-prazer jamais poderia proporcionar: o princípio da própria vida (ARENDR, 2020, p. 73-74).

Dessa forma, arrisco a relacionar a categoria vida como alegoria propulsora na busca de respostas saúde coletivistas da fronteira trinacional, tentando, desse modo, buscar uma transposição de que é nesta categoria que posso encontrar as respostas mais sensíveis e genuínas para o existir em territórios complexos, afinal “a cisão entre sujeito e objeto, inerente à consciência humana e irremediável na contraposição cartesiana desaparece inteiramente no caso de um organismo vivo” (ARENDR, 2020, p. 76).

Caminho também através do pressuposto Arendtiano de que o pensar na vida e na felicidade são ações que nos colocam em vulnerabilidade e corroboro que é muito mais fácil agir do que pensar em períodos de tirania neoliberal e, por isso, sabendo que nenhuma outra atividade humana é tão desprotegida na atualidade, pouso na realidade vivida pelo cidadão transfronteiriço na saúde coletiva para materializar que estar ativo no mundo também é existir genuinamente nele.

**Figura 6** – Representação do elemento experiência na conformação da vida transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina



Fonte e elaboração: autor

A experiência do cidadão transfronteiriço na saúde coletiva pode ser abordada como uma possibilidade elementar de compreender como representam seu existir e seu processo de produção de vida no território. A inerente imprevisibilidade deste experienciamento está ligada, de certo modo, ao conjunto sócio-histórico e ao campo da ação que os indivíduos fazem ao buscar a rede de cuidados para a proteção de suas existências. Neste último caso é importante assinalar que a ação, elemento da vida ativa contextualizada por Arendt, sempre ou quase sempre ocasionará num inter-relacionamento entre humanos e humanas e, dessa forma, há uma tendência de romper os limites e fazer com que as fronteiras desabem (ARENDR, 2020).

Ao definir a tríade que compõe a vita activa, Arendt (2020, p.09-10) nos conta:

- a) A obra é a atividade correspondente à não-naturalidade da existência humana, que não está esgotada no sempre-recorrente ciclo vital da espécie e cuja mortalidade não é compensada por este último. A obra proporciona um mundo artificial de coisas, nitidamente diferente de qualquer

ambiente natural. Dentro de suas fronteiras é abrigada cada vida individual, embora esse mundo se destine a sobreviver e a transcender todas elas. A condição humana da obra é a mundanidade.

- b) O trabalho é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimento espontâneo, metabolismo e resultante declínio estão ligados às necessidades vitais produzidas e fornecidas pelo processo vital pelo trabalho. A condição humana do trabalho é a própria vida
- c) A ação, única atividade que ocorre diretamente entre os homens e mulheres, sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde a condição humana da pluralidade, ao fato que os homens habitam o mundo. [...] A pluralidade é a condição da ação humana.

Costuro que estas atividades estão interrelacionadas e que a existência humana é condicionada, de certa forma, pelas instituições de saúde, políticas públicas locais, atores políticos do Estado, sujeitos políticos sociais e pelas próprias concepções de mundo das cidadanias. Rodrigo Chacón (2020), ao se debruçar sobre os pressupostos fenomenológicos da tríade da *vita activa* postulada por Arendt, sinaliza que nos importa também pensar a experiência como janela para o mundo, a pergunta do sentido humano e a pergunta pela essência da atividade humana (CHACÓN, 2020).

[...] La distinción entre labor, trabajo y acción se refiere a los diferentes campos de significado en los que participamos como seres humanos (y no a una descripción empírica de lo que hacemos o a una elaboración del lugar 'esencial' al que corresponden las actividades humanas [...]) (CHACÓN, 2020, p.11).

A significação que busco está pautada mais no elemento ação humana do que na obra ou trabalho. Isto porque me interessa verificar, empiricamente nos discursos do cidadão transfronteiriço, como ele habita<sup>8</sup> o mundo dentro dos serviços de saúde

---

<sup>8</sup> Aqui abro espaço para o conceito interpretado por Heidegger (1951). O habitar para este filósofo é complexo e se determina através de fenômenos muito além dos físicos estruturais, sendo um conceito

fronteiriços. Quer dizer, como o ser e o existir se materializam nos caminhos simbólicos do cuidado em saúde e como a diversidade da experiência cidadã pode trazer subsídios estruturais para o pensar e fazer uma saúde coletiva que transcenda e interconecte os campos filosóficos e científicos.

Brevemente sobre o conceito de habitar (HEIDEGGER, 1951) sinalizo que peguei emprestado este conceito e seus significados para dar luz em algumas passagens discursivas dos informantes que, junto ao pensamento de Arendt, podem potencializar o olhar analítico sobre o contexto do campo, haja vista que os cidadãos foram abordados fisicamente dentro das instituições de saúde dos três países, o que sem dúvidas pode interferir, inclusive, nas respostas obtidas. Deste modo o habitar é segundo Heidegger (1951) todo espaço no qual as pessoas constroem suas realidades na vida. Reflete que o habitar é resguardar cada elemento humano, como o pensamento, o sentimento e o fazer. “O traço fundamental do habitar é o resguardo. O resguardo perpassa o habitar em toda a sua amplitude. Mostra-se tão logo nos dispomos a pensar que ser humano consiste em habitar” (HEIDEGGER, 1951, p.03).

Portanto, o ver como ocorre o habitar nos sistemas de saúde nos três lados da fronteira amplia a visão metodológica para além das estruturas físicas das instituições e faz, inclusive, tensionamento para a compreensão da forma como as pessoas recebem a saúde coletiva. Sob este prisma de análise, Comesaña Santalices y Cure Montiel (2006, p.16) assinalam que “la acción y el discurso son pues las manifestaciones más específicamente humanas de nuestro transcurrir vital como personas [...] con ellas nos insertamos en el mundo humano y mostramos quiénes somos”. Como assunto humano genuinamente conformado no âmbito público, a ação em Arendt nos faz refletir que o comum, neste caso, estaria conformado no domínio público.

O domínio público “enquanto mundo comum, reúne-nos na companhia uns dos outros [...] se o mundo deve conter um espaço público, não pode ser construído apenas para uma geração e planejado somente para os que estão vivos, mas tem de transcender a duração da vida [...]” (ARENDR, 2020, p.65-67). A importância de partir minhas análises para encontrar a vida além da relação do processo saúde-doença, ou seja, compreender que a produção de vida não é apenas um resultado

---

com diferentes atravessamentos. O habitar nesta pesquisa está relacionado aos espaços buscados pelo cidadão transfronteiriço na atenção à saúde coletiva pública.

condicionado ou determinado e que há arestas importantes que mobilizam a cidadania na conformação de um imaginário salutar, ou seja, não circunscrito apenas ao conceito amplo de saúde, mas sim na possibilidade da geração de novas formas de ler o ser, estar e o fazer o caminho saúde coletivista.

Analisar a vida no lugar entre Brasil, Paraguai e Argentina necessita, portanto, partir da experiência do passado e presente para se lançar ao futuro, prevendo que radicalmente é necessário um movimento nos e entre os sistemas de saúde da territorialidade, garantindo a vida no mundo e a existência como pressupostos teórico-metodológicos que não separe a ciência do lócus privilegiado da filosofia.

### 3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE: PISTAS SAÚDE COLETIVISTAS

Como já abordado previamente, o campo da saúde coletiva latino-americano e caribenho se conforma por processos históricos que tensionaram a oferta reducionista, biologicista e medicalocêntrica<sup>9</sup> de saúde para a população do continente. Nesse aspecto, busco para minha pesquisa pontear elementos do campo e trazer as condições substanciais que podem contribuir para o debate com a subárea das políticas de saúde com vistas a dar materialidade metodológica ao que se busca. Tento costurar aqui bases mais amplas das políticas de saúde e configurar uma tentativa de recortar o debate da saúde via Brasil centrismo, ou seja, pensar os elementos substanciais que estruturam as políticas de saúde da Argentina, Brasil e Paraguai, mesmo com suas diferenças sociais e históricas.

Olhando ao passado, foi o movimento da medicina social que serviu de inspiração de mudança nas organizações da saúde em países latino-americanos e caribenhos. O Sanitarista Sérgio Arouca que, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) no Brasil em 1986, anunciou em seu discurso que importantes mudanças no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde viriam a ocorrer. É através de um intenso movimento político, institucional e social que o discurso de

---

<sup>9</sup> Por oferta biologicista e medicalocêntrica compreendo àqueles cuidados ofertados pelo Estado que se pauta no cuidado curativista centrado na figura do médico. Além disso, entende-se também que o equipamento hospital tomou centralidade na história recente dos sistemas de saúde, o que dificulta a implementação e efetivação de um cuidado transdisciplinar, interprofissional e colaborativo nos equipamentos existentes da saúde pública. Biologicista porque reduz e fragmenta a existência e suas singularidades e medicalocêntrica porque a representação da medicina se coloca na centralidade dos debates sobre a qualidade e eficiência dos sistemas de saúde.

Arouca se concretiza, onde, desde os anos 1970 em nosso continente, ativistas do campo da saúde, professores universitários, lideranças sociais comunitárias e sujeitos da saúde coletiva se articulava para promover sistemas de saúde universais, equânimes e igualitários (PAIM, 2012; NORONHA, 2012).

Chama-se de Movimento da Reforma Sanitária (MRS) este processo e, que desde então, vem ganhando atores na busca da mudança no modelo de combate à pobreza estrutural, a doença como centralidade do sistema de saúde e inclusive na mudança estrutural dos próprios Estados na América Latina e Caribe. Afirimo, apoiado em autores consagrados do campo, que a proteção social e mais especificamente a seguridade social em saúde estrutura-se como principal mecanismo de proteção à cidadania (FLEURY e OUVÉNEY, 2012) no combate à redução das desigualdades em saúde, na estruturação de sistemas de saúde que promovam a saúde e previnam a doença e, também, na oferta de cuidados em todas as densidades tecnológicas de forma gratuita.

Ao adentrar no diálogo sobre os sistemas de saúde e o campo da saúde coletiva, preciso questionar metodologicamente: como nasce um sistema de saúde? As autoras Lobato e Giovanella (2012) contam que um sistema é tanto um conjunto de relações políticas-institucionais na conformação da produção de saúde de uma população como também materialidade que se concretiza em organizações, instituições, serviços e equipamentos que precisam alcançar resultados satisfatórios na proteção de uma existência que seja digna para as pessoas (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Mesmo que de forma breve preciso trazer que a desigualdade em saúde é produto da lógica neoliberal fundamentada nos serviços e sistemas de saúde. Apoiado em Fleury e Ouverney (2012) é preciso compreender que as políticas de saúde implementadas pelas proteções sociais de nossos países latino-americanos ainda têm dificuldade em incidir sobre as bases que produzem a pobreza, a iniquidade social e o sofrimento humano (FLEURY e OUVÉNEY, 2012).

As pistas materializadas na construção epistêmica das políticas de saúde em matéria saúde coletivistas apontam um caminho para a presente pesquisa. Como as bases dos sistemas de saúde se organizam em territórios de fronteira e, principalmente, como o cidadão transfronteiriço se sentem ao caminhar por este

conglomerado organizacional? A cidadania tem experienciado um modelo de atenção pautado na proteção de suas existências? Estas portanto são pistas que conformam as possibilidades discursivas que busco no campo através dos discursos da cidadania.

### 3.3 CIDADANIA NA EXISTÊNCIA: PISTAS EM MILTON SANTOS

Em lugar do cidadão formou-se um consumidor, que aceita ser chamado de usuário (SANTOS, 2014, p.25)

A negação dos direitos civis e sociais em matéria de saúde coletiva na fronteira trinacional produz formas de vida não-cidadãs<sup>10</sup> (SANTOS, 2014). O debate sobre esta questão ainda é tímido nos espaços dos tomadores de decisão locais na saúde coletiva. O cidadão transfronteiriço que não existe em algumas situações, aqui, é impactado por uma engrenagem perversa que, para além da disputa pelas políticas sociais de saúde locais, imobilizam a transformação da oferta de cuidados pautados na integralidade, como visto no referencial teórico. Oportuno relacionar, portanto, o pensamento de Milton Santos para conformar um outro ponto de partida metodológica que compreenda as exclusões sociais e a divisão das pessoas em múltiplas cidadanias.

Ao tematizar o cidadão imperfeito ao consumidor mais-que-perfeito, Santos (2014, p. 47) traz luz ao debate que “a existência total pode ser ‘alienada’ ou ‘se alienar’ diante do corpo-coisa [...]”. Sob este prisma, corroboro com a afirmação de que consumidor não é cidadão e, ao me lançar sobre essa afirmação, entendo que o cidadão transfronteiriço que vive no lugar possui amarras para existir livremente e indago metodologicamente se a verdadeira cidadania em matéria saúde coletivista será concretizada quando, ao lançamento ao mundo verdadeiro e com a estrutura do por-amor-de como verdade, atingirmos sistemas de saúde fortes, integrados, públicos, universais, resolutivos e de qualidade técnica-operacional.

Quando a materialidade da saúde coletiva é deixada à luz da regulação mercadológica na fronteira – sem haver um questionamento do porquê –, seja para

---

<sup>10</sup> Entendo por vidas não-cidadãs àquelas que são produzidas pelo tensionamento estabelecido entre a concretização do “bem-estar” nas leis dos Estados fronteiriços e que, como desfecho, não se materializam no dia-dia real das experiências na saúde pública desta territorialidade.

ter acesso mais ágil ao cuidado, seja para proteger a existência, todos e todas perdem. “O resultado de todos esses agravos é um espaço empobrecido: material, social, política, cultural e moralmente [...] a própria existência vivida mostra a cada qual que o espaço que vivemos é, na realidade, um espaço sem cidadãos” (SANTOS, 2014, p. 65). A luz desta premissa, Santos (2014) direciona que a verdadeira cidadania somente pode ocorrer quando o modelo civilizatório deixar de ser submisso ao modelo economicista de desenvolvimento.

Já no campo da saúde como expressão da cidadania na fronteira trinacional, postulo o que a OMS definiu como um enfoque de direitos humanos à saúde e me arrisco a balizar pela ideia da transformação da saúde coletiva neste território como princípio de consolidação da categoria cidadania para os cidadãos transfronteiriços. Como existência cidadã, serão as seguintes dimensões que se conformam como pressupostos teórico-metodológicos:

- a) O direito de cidadania à saúde não estará conformado apenas pelo acesso em tempo adequado aos sistemas de saúde de um ou outro lado da fronteira e, sim, que este cuidado ofertado pelos Estados trinacionais sejam aceitáveis eticamente, com qualidade técnica, universalidade – independente da nacionalidade – e, por fim, que todo cidadão/ã transfronteiriço/a deve exercer o direito a saúde de forma digna, equânime e sem discriminações de qualquer âmbito (OMS, 2017).
- b) A universalidade do direito à saúde, em nosso caso, estará representada pela ruptura da lógica do território e cidadania apenas nacionais. Ou seja, não nos interessa, nesse caso, a qual Estado a cidadania possui o vínculo – de ser ou estar. O existir entre fronteiras na saúde coletiva é uma premissa metodológica que guiará a experiência de campo e que sugere que a universalidade da saúde é um direito básico da humanidade.
- c) Da partida da existência cidadã fronteiriça busca-se ultrapassar a necessidade imediatista e se tentará alcançar o que pode dar estrutura para as transformações salutares duradouras para o território.

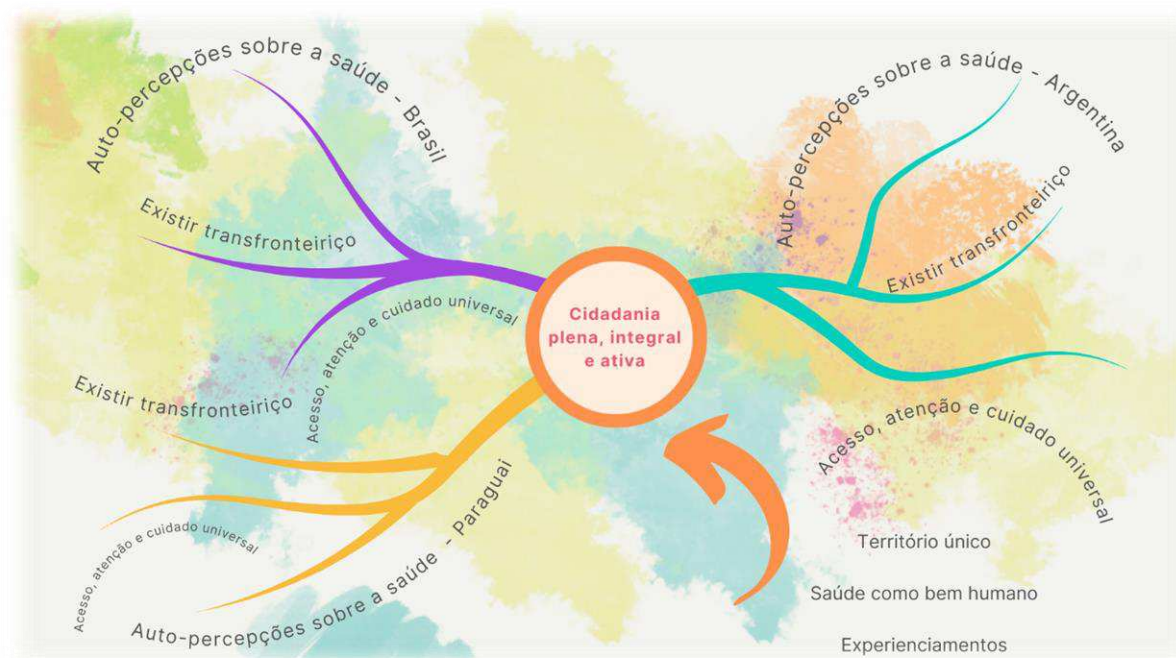
Compreendo que a saúde coletiva é uma emergência e tema de importância para a região trinacional no intento de dar consolidação aos direitos humanos inerente às pessoas, e, para isso, a compreensão de quais são as correlações de forças

simbólicas e políticas que podem dar sustentação à esta demanda para a sua inserção da agenda dos Estados nacionais e subnacionais é necessária.

Esta arquitetura metodológica de singularizar o lugar é uma estratégia potente que adoto na ligação das tensões que são produzidas entre o local e o global, e pode dar espaço para a construção de um caminho que evidencie, de certo modo, as costuras próprias da política, planejamento e gestão que olhem para o lugar transfronteiriço de forma sensível às demandas singulares e plurais das pessoas.

Através dos discursos da cidadania sobre as suas experiências na atenção à saúde pública entendo que houve limitações para a análise teórica, especialmente pautada pela imersão cidadã em um modelo de atenção, nos três lados da fronteira, privatizante, hospitalocêntrico e fragmentado. Esta imersão pode representar mais pontualmente muros, entretanto, também possibilidades de verificar analiticamente estas aberturas e verificar empiricamente as materialidades das políticas sociais de saúde.

**Figura 7-** Representação da cidadania como expressão do direito à saúde em território transfronteiriço entre Brasil, Paraguai e Argentina



Fonte e elaboração: autor

Na obra “Natureza do Espaço – Técnica e tempo, Razão e Emoção, Santos (2006) discorre que o lugar<sup>11</sup>, existencialmente, tem força motriz para questionar a relação que se estabelece entre a díade local – global. Nesta perspectiva, o lugar pode ser entendido como categoria que interrelaciona o sujeito ao mundo e, também, como espaço que conforma a cidadania e suas materialidades de práxis.

Assim define o autor: “a localidade se opõe à globalidade, mas também se confunde com ela [...] No lugar, nosso próximo, se superpõem, dialeticamente, o eixo das sucessões, que transmite os tempos externos das escalas superiores e o eixo dos tempos internos, que é o eixo das coexistências [...] (SANTOS, 2006 p. 2018). O confronto que se estabelece entre a organização territorial e cooperação territorial, portanto, são as bases da vida no lugar – ou deveriam ser. A mediação entre o mundo e o território, nesta pesquisa, está conformada na existência do ser e estar no lugar, expresso tanto por consensos e dissensos da cidadania como também na reafirmação de que a fronteira trinacional oferece a possibilidade de movimentar o próprio mundo.

Sobre o papel do lugar, Santos (2006) também ensina que há diferenças simbólicas importante entre a equação estabelecida na tríade mundo – particular – individual. O pressuposto da universalidade está conformado na visão de sistema – mundo como norma, ou seja, a expressão da existência que tem capacidade de criar espaços locais. A dimensão do particular estaria conformada pela construção da nação – país, ou seja, um território com normas e fronteiras institucionais e regras jurídicas bem definidas e, por fim, o lugar assume o pressuposto do território vivo e dinâmico como elemento fundador (SANTOS, 2006).

Na racionalidade das ordens globais e locais e suas influências no existir, me interessou refletir como a globalização tenta pressionar o ser para uma mesma racionalidade e como a ordem local, mesmo que na dimensão entre nações, se conforma em sua organização e resistência à perversidade das distâncias que se produzem. Para Santos (2006, p.231) “No primeiro caso, a solidariedade é produto da organização. No segundo caso, é a organização que é produto da solidariedade. A razão universal é organizacional, a razão local é orgânica”. Através destas premissas,

---

<sup>11</sup> O conceito de lugar para Milton Santos emerge de uma dialética existencial: como condição e suporte às relações humanas locais e globais e como associação e contradição material das experiências no mundo.

importante é metodologicamente assinalar como pressuposto que a vida cidadã e sua materialidade no lugar se conforma pelas práxis da existência, sempre, através da co-presença, da vizinhança, da cooperação e da socialização (SANTOS, 2006).

### 3.4 A FILOSOFIA DA EXISTÊNCIA

Hemos olvidado la sonrisa del niño (SARTRE, 1987).

Nesta seção me debruço brevemente em apontar como se conforma a corrente epistemológica denominada filosofia da existência e suas potências teóricas-metodológicas para a utilização no estudo. A filosofia da existência traz em seu núcleo de saberes as categorias subjetividade e a categoria escolha individual como premissas que contribuem para compreensão da vida e do ser. Nesta perspectiva filosófica, na existência indivíduo possui um protagonismo frente a vida na sua abertura para o mundo e não somente o tecido social determina as suas condições de ser. Sartre (1987, p.04) afirma que “[...] cuando decimos que el hombre se elige, entendemos que cada uno de nosotros se elige, pero también queremos decir con esto que, al elegirse, elige a todos los hombres”. Disto resulta o sentido dado a nossos atos no mundo pois a nossa abertura para ele impacta no outro e na outra, ao modo que nossas escolhas individuais interferem sobremaneira na existência daqueles que em co-vizinhança, compartilham a vida na terra.

Deste pressuposto me ancoro no pressuposto de que a filosofia da existência é um humanismo (SARTRE, 1987). Concretizar a ideia de que a escolha por determinada forma de produção de saúde e pela forma de existir e conduzir a vida sugere que a experiência não é sobretudo apenas pré-determinada, pois há uma imprevisibilidade na ação dos homens e mulheres. Ainda ao apoiar-me conceitualmente e metodologicamente em Sartre (1987) reflito que todo o conceito de teoria que captura o sujeito fora do seu contexto subjetivo e de modo de viver extirpa a possibilidade da verdade. Isto porque nesta ideia cartesiana<sup>12</sup> os objetos e sujeitos se configuram num binômio apenas provável e não material. Concordo que para

---

<sup>12</sup> Por conceito cartesiano adota-se aqui a conceituação científica de separação intrínseca do objeto e participante do estudo com viés de neutralidade para a análise e configuração do tipo do estudo.

definir o provável se necessita ter o elemento verdade em núcleo de sentido (SARTRE, 1987).

Alcançar a verdade mundana em nosso caso está tanto na materialidade da pesquisa qualitativa como no pensamento de que a subjetividade é fundamental para compreender a relação estabelecida entre pesquisador e os informantes. A existência não exclui a face objetiva dos fenômenos, porém nos alerta que a face subjetiva traz em si potências para entender o que ocorre nas profundidades dos fenômenos sociais.

Sob este mesmo prisma de análise da filosofia da existência, Bobbio (1994) sinaliza que esta corrente legítima a ideia de que não somos seres finitos em busca da infinitude e, sim, seres finitos que aceitamos nossa própria finitude (BOBBIO, 1994). É dizer que a tese existencialista se firma na relação de que somos e estamos num determinado período histórico e que se deve ter consciência de que a direção do existencialismo se agrupa tanto na sociedade como também pode ter funcionalidade potente nas individualidades.

Bobbio (1994, p.73) ainda nos faz refletir sobre a fundamentação histórica do ser e as interrelações que se estabelecem entre humanos e humanas, ponto fundamental que a filosofia da existência se preocupa em desvelar:

“Entiendo que el intento de fundar históricamente la persona debe tener en cuenta la situación particular del hombre como existente y coexistente, que realiza su propio destino en la sociedad con los otros hombres. Sobre la base de este dato se forma el concepto de que el valor del hombre no puede dissociarse de su condición de ser social, en el sentido de que el hombre, como ser necesariamente coexistente, vale, no por sí mismo, como manifestación [...]” (BOBBIO, 1994, p.73).

A colaboração entre os humanos e humanas é uma possibilidade atribuída a todos e todas, pois assim formamos a existência em sociedade e a existência individual. Neste constructo Bobbio (1994) analisa e interpreta as potencialidades desta corrente para a sociedade, ao modo que a diferencia da existência individual “En ciertas condiciones, el existencialismo ha podido aparecer como una evasión

frente a la opresión de la organización social; [...] y con decoro el propio destino de hombres socialmente oprimidos, pero libres metafisicamente” (BOBBIO, 1994, p. 75).

Pensar o social e a sociedade como possibilidade ativa de mudanças é inferir que os indivíduos podem também modificar esta realidade, não excluindo obviamente a determinação social e os modelos de produção que incidem sobre as mentes e existências, mas como possibilidade de transformação das realidades e dos projetos de vida. O ser no mundo na dualidade individual-social é uma das mais importantes premissas da filosofia da existência.

#### 4 METODOLOGIA

O percurso metodológico se conformou por uma pesquisa de abordagem descritivo-exploratória, fundamentalmente do tipo qualitativa com pressupostos analíticos existencialistas. Entende-se aqui por metodologia um caminho para a estruturação do pensamento e também uma teoria prática que busca abordar a realidade para melhor compreender os fenômenos da existência humana e das relações intrínsecas que se estabelecem entre e no cotidiano da vida (MINAYO, 1994).

Partindo do objetivo, ou seja, as concepções sobre a experiência do cidadão na saúde coletiva de território internacional, não me arrisco a reduzir os fenômenos que surgiram no decorrer da imersão no campo. O intento de estruturar a metodologia esteve na busca, mesmo que complexa, de envolver o fenômeno por múltiplos lances de olhar, compreendendo as limitações existentes. É dessa forma que Simone de Beauvoir (2009) ensina que a verdade está fortemente relacionada a realidade vivida e mesmo que haja movimentos que tentem realizar uma negação disto e tentar explicitá-las através de formas mais sistemáticas – não há como negar que a verdade se estabelece no cotidiano, no dia-dia e se revela pela experiência (BEAVOUIR, 2009).

Podemos asseverar que a verdade está, também, circunscrita na liberdade de ser e existir, afinal “[...] por não ver a verdade de frente, o/a humano/a se acaba na resistência que o opõe” (BEAVOUIR, 2009, p.55). A verdade e suas oposições que ocorreram na construção da metodologia trouxeram elementos importantes para a materialidade do campo.

Nos aspectos do referencial de análise, a filosofia da existência é uma corrente epistemológica que tenciona sobremaneira o positivismo clássico na construção da ciência moderna, inclusive no campo da saúde coletiva que historicamente privilegiou a epidemiologia e seus métodos para traduzir a realidade do estado de saúde da população latino-americana e caribenha. Isto porque o elemento compreensão e subjetividade adentram no cenário para também assentar que tanto valores, crenças, hábitos ou experiências podem ser janelas de oportunidade para entender o que a realidade apresenta de maneira mais aprofundada (MINAYO, 1994).

Concorda-se com Beauvoir (2009, p.112) quando demonstra que o pensamento existencialista busca conversar via categorias analíticas duais como o objetivo e subjetivo, absoluto e relativo, atemporal e histórico. A autora disserta que a vontade desta corrente é de captar a essência no núcleo do existir humano, dimensionando que a originalidade da existência perpassa tanto pelos escritos, mas também nas atitudes singulares frente a verdade e a vida. Assim, cabe aqui pensar que a experiência cidadã que emergiu das narrativas dos participantes informantes poderão também transitar entre estas dualidades.

A definição metodológica desta pesquisa se preocupou com o cuidado que a pesquisa qualitativa em saúde necessita. É dizer que as conexões entre o quadro teórico e os objetivos deste estudo estão em sintonia e se materializam no percurso que adotei para a fase exploratória e o campo em ato. Nestes dois caminhos, concordo que meu método foi impactado pela imprevisibilidade e, assim, me apoio em Minayo (1994, p. 37) que diz que todo conhecimento científico tem limitações, nas quais cita: “é provisório, pois a realidade social se modifica; é aproximado, pois se faz a partir de outros conhecimentos e é vinculado a vida real, pois o problema intelectual surge na existência e não espontaneamente”.

Assim, com objeto essencialmente qualitativo, a busca por compreender como o cidadão vê, compreende, dimensiona e dá sentido existencial à produção de saúde na atenção à saúde entre fronteiras é uma potência epistemológica que traz importantes subsídios para o campo da saúde coletiva local, regional, nacional e internacional. A seguir, defino as bases do referencial de análise, as técnicas de coleta de dados, o desafio do encerramento do campo bem como os instrumentos e procedimentos para a análise dos dados obtidos.

#### 4.1 PERCURSOS: EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

Como anunciado anteriormente, este estudo foi conformado em dois percursos. Segundo Triviños (2006) o esquema de pesquisa deve ocorrer em conformidade com a busca pelo atingimento dos objetivos do estudo. O percurso exploratório permite o pesquisador ampliar e fortalecer seu experienciamento em torno do problema de pesquisa. É dizer que configurei o campo da pesquisa sendo este composto pela

construção teórica e pelo próprio campo. Foram abordados cidadãos e cidadãs transfronteiriços em instituições de saúde pública, a saber:

- a) no caso brasileiro: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e na sala de espera da Unidade Básica de Saúde Jardim América;
- b) no caso argentino: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Dra. Marta Schwarz;
- c) no caso paraguaio: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Regional de Ciudad del Este

Nesta etapa se investigou como os participantes da pesquisa experenciam os sistemas de saúde dos três lados da fronteira e ajudou para a posterior etapa de análise das narrativas. A escolha por estas instituições decorreu por estas serem espaços públicos de oferta de cuidado. A escolha por adentrar no cenário brasileiro em uma UBS decorre devido a mesma ser referência para brasiguaios que residem no Paraguai e estar próxima fisicamente da Ponte Internacional da Amizade que liga o Brasil ao Paraguai. Não foram abordados cidadãos transfronteiriços no lado argentino e paraguaio em equipamentos de atenção básica devido às limitações externas ao pesquisador, bem como pelo trâmite documental que precisaria ser feito para a autorização institucional de minha entrada nestes campos.

#### 4.2 CAMPO DA PESQUISA, AMOSTRA E COLETA DE DADOS

A pesquisa de campo foi realizada na fronteira trinacional entre Argentina, Brasil e Paraguai, extremo oeste do Estado do Paraná e ao sul da América Latina e Caribe. A amostra seguiu as técnicas de pesquisa apontado por Minayo (2014), onde segui os seguintes passos para garantir a entrevista como técnica privilegiada de comunicação: a) menção do interesse da pesquisa; b) apresentação da credencial institucional (carteira de estudante); c) explicação dos motivos e objetivos da pesquisa e d) garantia de anonimato e de sigilo.

A entrevista como técnica neste caso potencializou a busca dos seguintes objetivos: a) a descrição do caso individual; b) compreensão de aspectos culturais mais profundos; c) comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 2014). A escolha

dos participantes-informantes foi feita por amostragem por conveniência, justificado pelas limitações de tempo e pela ampla diversidade cultural dos povos e das singularidades dos territórios. Foram escolhidos dezesseis (16) cidadãos transfronteiriços informantes de acordo com sua disponibilidade de participar da pesquisa e que estivessem nas instituições de saúde pré-definidas no campo de pesquisa. Deste total de n=16, foram n=05 argentinos, n=05 paraguaios e n=06 brasileiros.

Os dados dos percursos descritivo e exploratório foram coletados por entrevista semiestruturada com perguntas mote norteadoras, apresentadas no final desta tese no apêndice I. Ainda foi aplicado um questionário de descrição do perfil do cidadão transfronteiriço e no qual foram realizadas perguntas para a caracterização dos participantes, disponível no apêndice II. Informações sobre a cidade de residência, faixa etária, gênero que se identifica, nacionalidade de origem, tempo de moradia na fronteira, vínculo com equipe de atenção primária e existência de vinculação a plano privado de saúde foram feitas.

O questionário semiestruturado aplicado buscou contornar os objetivos do estudo, mas não se limitou em perguntas fechadas. Por este motivo, algumas perguntas foram acrescentadas ou retiradas no momento da entrevista. As perguntas-mote foram estruturadas em quatro blocos.

O primeiro se conformou em lançar no diálogo da história de vida, chegada e permanência na fronteira. Também busquei explorar como é se sentir cuidado pela saúde do país que se está vinculado e como a pessoa se sente em receber esse cuidado. Com este mote, busquei explorar nos discursos dos informantes as dimensões da vida cotidiana na fronteira, o cuidado ofertado pela saúde coletiva dos sistemas de saúde e suas interrelações com a fronteira.

O segundo bloco se deu através da pergunta mote de como o cidadão transfronteiriço acessa a saúde pública do seu país, buscando identificar elementos facilitadores e as barreiras edificadas. Neste bloco a busca por pistas foi de compreender as dimensões do acesso às políticas e práticas de produção de saúde na fronteira, relacionando-as com o território.

O terceiro bloco foi materializado pelo mote “A saúde que você se cuida e acessa tem qualidade? Como você enxerga os direitos sociais das pessoas aqui na

fronteira? Como é isso?”. Aqui busquei capturar a compreensão sobre os direitos sociais de cidadania no âmbito da saúde, com a perspectiva de aprofundar o debate de como se experencia e se olha estes direitos na fronteira, ao modo que se busca também verificar as possibilidades de superação dos conflitos na ordem da qualificação dos múltiplos sistemas de saúde da região.

Por fim o quarto bloco teve seu arranjo através da pergunta “Como ocorrem as interações sociais entre as pessoas que vivem aqui na fronteira? Existem vulnerabilidades? Existem fortalezas?” e buscou explorar a coexistência entre os diversos grupos sociais que vivem na fronteira e que acessam as políticas sociais de saúde, visando aprofundar as análises sobre o conceito de amor, política e co-vizinhança. As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2023 a outubro de 2023 e o tempo de cada entrevista variou de 25 a 40 minutos. Os discursos em espanhol foram traduzidos para o português para facilitar a construção da organização dos achados e leitura sistemática.

#### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Na etapa de análise do material qualitativo, representado pelo discurso do cidadão transfronteiriço nos três sistemas de saúde, utilizei o método de Análise de Discurso. Minayo (2014) narra que existem três grandes perigos neste momento de análise e interpretação dos dados qualitativos, na qual tomei o devido cuidado para não distorcer as realidades que se apresentaram. O primeiro perigo é pautado pela realização da tentativa de interpretação literal dos dados como se a realidade se mostrasse nua para o pesquisador.

Para isso, foi necessário romper o empirismo dos achados e buscar alicerce nos pressupostos teórico-metodológicos. O segundo perigo seria o pensamento mágico do endeusamento das técnicas qualitativas e, para superar, precisei romper com a dinâmica de análise puramente tecnocrática, ou seja, foi preciso criatividade epistemológica para dar sustentação à essencialidade dos fenômenos e significados que surgiram. Por fim, o terceiro perigo que normalmente surge neste momento está na dificuldade de junção da teoria à prática. Para superação, busquei luz nos pressupostos teórico-metodológicos e também no referencial teórico do estudo (MINAYO, 2014).

O método empregado denominado de Análise do Discurso foi calcado pelo filósofo francês Michel Pêcheux na década de 1960 (MINAYO, 2014). O quadro metodológico que emerge deste método está interligado por três grandes campos do conhecimento, a saber a) o materialismo histórico; b) a linguística e c) a Teoria do Discurso. Tem por objetivo principal, segundo Minayo (2014, p.319) “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação dos textos produzidos nos mais diversos campos [...] visando compreender o modo de funcionamento e as formas de produção dos seus sentidos”.

As experiências do cidadão transfronteiriço foram permeadas por espaços que produziram debate e conflito ao mesmo tempo que consensos e afirmações. Neste aspecto, a Análise do Discurso foi importante porque permitiu organizar os achados, além da busca pela compreensão de seus processos produtivos e não somente uma interpretação exteriorizada dos significados.

Minayo (2014, p. 321) define alguns conceitos na Análise do Discurso. Nesta técnica de organização do material e de análise, discorre que o termo texto é tomado como unidade de análise e se edifica como conjunto complexo de significações. O discurso seria a linguagem em interação, com seus efeitos de superfície e representando relações estabelecidas e consiste, portanto, no discurso acabado para fins de análise. Já no conceito de leitura e silêncio, afirma que qualquer texto permite múltiplas possibilidades de interpretação. Portanto o texto organizado nos significados permite múltiplas análises, podendo ser divergente inclusive entre pesquisadores. O jogo de relações e de interações sociais permitiu tanto o nível de leituras parafrásticas como polissêmicas. O silêncio ocupou lugar de relevância na aplicação da técnica, sendo ao mesmo tempo ambíguo e eloquente.

Sobre os tipos de discurso que podem se apresentar durante as entrevistas, os define em três: lúdico, polêmico e autoritário. No discurso lúdico a simetria e reversibilidade entre os interlocutores são totais e a polissemia é máxima. No discurso polêmico a reversibilidade é menor e só se dá sob certas condições e, por fim, no discurso autoritário há uma assimetria total entre os interlocutores e contém poucas possibilidades de interpretação polissêmica

Nos procedimentos adotados para a análise, seguiu-se também os momentos definidos pela Minayo (2014), a saber: a) estudo do texto (transcrições); b) análise da construção das frases; c) construção da rede semântica e d) elaboração da análise dos dados.

Na etapa das transcrições das narrativas, tomei o cuidado do registro da fala ser realizado na íntegra. Foram realizadas correções gramaticais e a tradução para o português das falas no caso dos informantes argentinos e paraguaios. As transcrições ocorreram em temporalidade curta entre a realização das entrevistas e a transcrição em si. Após, foram realizadas leituras aprofundadas dos achados para compreender as possibilidades de estruturação das narrativas no surgimento das significações dos discursos.

No momento da análise das frases fomos guiados por Orlandi apud Minayo (2014) que indicou quatro etapas para este momento. A primeira foi o estudo das palavras que compõem o texto, identificando através delas a análise dos verbos, advérbios e adjetivos usados pelo informante. A segunda focou-se na análise da construção das frases e como elas se interligaram com a pergunta feita. A terceira etapa baseou-se na construção da rede de significados, identificando similaridades e contradições entre os discursos dos informantes quando de suas experiências e percepções, interagindo o discurso transcrito com os ambientes onde a coleta foi realizada. Por fim, a última etapa foi de realizar a análise dos discursos trazendo as perspectivas existenciais dos mesmos.

Em meu despertar para análise busquei apoio no empréstimo de conceitos-chave, como o de habitar em Heidegger (1951), cidadania em Milton Santos (2014) e ação humana em Hannah Arendt (2020). A conexão destes conceitos-chave me permitiu dar transparência do lugar que partiram as análises, sendo este moldurado pelo símbolo de trazer ao mundo dos assuntos públicos as percepções íntimas de quem usufrui das práticas de saúde nas instituições públicas da fronteira trinacional.

Este empréstimo ajudou na minha compreensão da multiculturalidade e das singularidades de cada território, contribuindo com a dinâmica da análise individual e coletiva dos discursos. A seguir demonstro brevemente como que cada um deles foram utilizados para a produção das análises. Neste início, destaco que o habitar se faz, para além da materialidade física, por todos aqueles espaços nos quais as pessoas constroem suas realidades na vida. Para Heidegger (1951) o habitar é algo que decorre especialmente da busca de um abrigo de paz para as essências humanas. Convida-nos a refletir que o habitar é resguardar cada elemento humano, como o pensamento, o sentimento e o fazer. “O traço fundamental do habitar é o resguardo. O resguardo perpassa o habitar em toda a sua amplitude. Mostra-se tão

logo nos dispomos a pensar que ser humano consiste em habitar” (HEIDEGGER, 1951, p.03).

Portanto, o ver como ocorre o habitar nos sistemas de saúde nos três lados da fronteira amplia a visão para além das estruturas físicas das instituições e faz o tensionamento para a compreensão da forma como as pessoas recebem e vivenciam a saúde coletiva.

Já pelo conceito de cidadania parti da afirmação de que esta é, para além de um status circunscrito entre pessoa-Estado, condição nata das pessoas para a relação estabelecida com o Estado capitalista moderno e dentre as múltiplas formas que se estabelecem, seja de conflito ou legitimidade. Compreendo que tornar-se um ser no mundo, na perspectiva dessa relação entre pessoa-Estado capitalista, vai em encontro com a liberdade humana e os direitos garantidores, mas, também, da ausência destes ocasionadas pela própria forma e ação do Estado.

As ausências de cidadania, para além análise teórica de apropriação burguesa do conceito pelas forças produtivas dominadoras, impactam no *ser no mundo* das pessoas, provocando materialidades sociais reais de individualismo, sofrimento, perturbação da solidariedade e principalmente a ação humana como ser e agir. Compreendendo as sensibilidades e dificuldades de costurar estes conceitos emprestados, a cidadania se apresentou como uma pista de conexão reflexiva entre a tensão da saúde como direito ou como consumo.

Milton Santos (2014) aponta que “o respeito ao indivíduo é a consagração da cidadania, pela qual uma lista de princípios e direitos se impõem como corpo” (SANTOS, 2014, p. 19). Apesar de começar por definições abstratas, me interessou, em particular, em explorar sobre de que maneira o cidadão transfronteiriço se sente na atenção à saúde ofertada. Acredito também que reafirmar o conceito de cidadania para as pessoas participantes traz possibilidades *outras* de elaboração teórica-reflexiva, enquanto que a escolha pelos conceitos de “usuário/paciente” poderia fazer emergir prejuízos para a análise, seja pela historicidade e representação destes termos ou pelos freios existenciais que estes determinam sobre a própria ação humana.

Por freios existenciais entendo, aqui, as amarras que os Estados e suas instituições tentam determinar às pessoas que buscam saúde pública. Estes lugares

normalmente marginalizam o *si-mesmo* humano em categorias analíticas e operacionais de não protagonismo frente aos mundos, seja para facilitar os processos internos de gestão da oferta, seja também para criar um cenário de que as pessoas não fazem jus aos seus direitos.

No conceito de ação humana em Arendt (2020), é dada sustentação de que abordar a vida como inquietação de análise através de percepções se involucra com o desejo da próprio existir destes, do *si-mesmo* na revelação do agente pelo discurso e por se distinguir o espaço do *entre si*.

Nenhuma realização da humanidade necessita mais do discurso quanto a ação humana (ARENDR 2020). Isto porque o discurso nas outras realizações, como a obra e o trabalho, vem sendo alocado pela humanidade como uma derivação para as relações comunicacionais e, na ação, a fala desvela de forma empírica a identidade, de ser quem se é no mundo. Assim, me cabe sinalizar que a incerteza filosófica de determinar *quem se é* direcionou meu caminho para o encontro de um *espaço-entre*, recheado de fatores externos do *si-mesmo*, porque nossa existência apenas é legitimada na relação verdadeira com o/a outro/a. Resultou, portanto, uma equação complexa de quase impossibilidade de descrever em palavras a essência viva de uma pessoa e, conseqüentemente, de como ela experencia a saúde coletiva.

Para tanto, o intercurso entre as relações humanas do *si-mesmo* são construídos pelo interesse (*inter-essa*) que surge do encontro do *espaço-entre*. Arendt (2020) conta que o *espaço-entre* é conformado pelos objetivos, necessidades e interesses em comum e, a isso, denomina como “*teia de relações humanas*” que se vincula objetivamente as coisas e subjetivamente a existência da vida.

O espaço-entre calcado por Arendt é a diferenciação dos domínios públicos e privados dos assuntos da vida do ser humano. Para ela, as pessoas teriam mais facilidade de se mostrar e transformar o mundo, em seus assuntos humanos coletivos, no domínio público e, por isso, a ação humana exige que o domínio público ocorra pelo encontro de pessoas, em seus múltiplos sentidos. Sem o encontro, portanto, o espaço-entre se delimita a questões mais familiares e domésticas.

O inter-essa é uma condição essencial para o surgimento do espaço-entre, pois é onde ocorrerá a construção e diferenciação do *si-mesmo*. O espaço-entre é todo aquele espaço que existe entre as pessoas, seus interesses, assuntos, ideias e

pensamentos. A tríade objetivo, necessidades e interesses compartilhados, aos produzir a teia de relações, também edifica com materialidade simbólica e existencial o espaço-entre (ARENDDT, 2020).

A saúde coletiva como assunto humano produz diversas e múltiplas “*teias de relações humanas*” que contam histórias de vida e que são impactadas, reconfiguradas e modificadas quando o *espaço-entre* é conformado. Estas histórias não são necessariamente postuladas em documentos oficiais de instituições, visíveis na sociedade ou compreendidas nas singularidades do *si-mesmo*. Surgiu uma intenção própria e subjetiva de construir a análise dos discursos sem diferenciar por cada país, de forma singular, e tentar construir um esforço teórico de encontrar similaridades e diferenças entre os discursos que emergiram nos três lados para realizar uma reflexão e construção coletiva das experiências.

As histórias do cidadão transfronteiriço na saúde coletiva da fronteira, em meu campo de Tese, foram disparadas pelo circunscrito da nação, entretanto, foram identificados diversos *espaços-entre* que convidam o perceber para além das linhas divisórias dos Estados nacionais, promulgando assim o existir na fronteira através de encontros de significados que as pessoas deram ao serem questionadas sobre as dinâmicas da saúde pelo território.

Por fim, antes de adentrarmos nas análises em si, o habitar em Heidegger (1951) e a ação humana em Arendt (2020) convidam inclusive a refletir que o existir nos serviços de saúde exige uma fuga do isolamento. “Estar isolado é estar privado da capacidade de agir” (ARENDDT, 2020, p. 233). A ação de habitar necessita de uma co-vizinhança e assim se revelou a experiência que ocorre pelo o encontro entre o *si mesmo* com as instituições de saúde, com o cuidado, pelas trajetórias do modo de vida e pelas relações que superam as estruturas da atenção à saúde. Esta fuga do isolamento possui materialidade objetiva nos atos de pensar, comunicar e agir e se estabelece na dinâmica do encontro. É representado pela condição da expressão de configurar o sentido da saída da experiência privada para a luz do dialogo público.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi aprovado pelas instituições participantes dos três lados da fronteira e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) através do parecer consubstanciado de número CAAE 66474823.3.0000.5231. Respeitou a resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil e das normas da Argentina e Paraguai. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II e III) que foi traduzido para o espanhol no caso das entrevistas nos lados argentino e paraguaio. Todos os registros garantiram total sigilo quanto ao anonimato dos participantes da pesquisa e os áudios foram apagados de meus dispositivos logo após a transcrição.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresento ao leitor características dos informantes dos três lados da fronteira que estavam habitando, de algum modo, os sistemas de saúde no momento das entrevistas de campo e que aceitaram participar do estudo, como também faço as análises dos mundos da saúde coletiva na atenção à saúde ao cidadão transfronteiriço. Como essência da pesquisa qualitativa é importante a sinalização de que os resultados e as discussões que emergiram dos discursos se configuram como pistas.

Estes resultados e discussões contribuem para circunscrever possíveis características da atenção à saúde ao cidadão transfronteiriço entre Argentina, Brasil e Paraguai, entretanto, podem ocorrer nós críticos para generalizações, considerando as dinâmicas próprias da fronteira, um *si-mesmo* plural e em transformação constante, bem como o universo da amostra da pesquisa.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CIDADÃOS INFORMANTES TRANSFRONTEREIÇOS

Através inicialmente da indicação de pistas da caracterização dos informantes faço um convite ao leitor para um mergulho em histórias de vida, histórias do sentir e do existir do cidadão transfronteiriço na atenção à saúde. Este movimento é dinâmico e não se busca apreender a totalidade da realidade pois isso seria impossível. Entretanto, a compreensão de algumas características que dão identidade ao *ser si-mesmo* cidadão transfronteiriço no espaço-entre das teias de relações ajudam a conformar o conjunto de casos e suas representações existenciais para esta pesquisa.

As teias de relações humanas foram aqui apresentadas pelo pensamento coletivo dos informantes, que trazem em seus discursos de mundo na construção da dimensão da vida individual, mas também, da dimensão coletiva. Certamente para além das características dos cidadãos transfronteiriços entrevistados há mundos outros que os mesmos carregam em suas estruturas de existir nos sistemas de saúde, seja por histórias salutaras ou de sofrimento vistas de fora, experienciadas por dentro ou imaginadas.

A individualidade do perfil de ser si-mesmo é permanente e também transitória. Os perfis a seguir descritos são permeados de possibilidades de transformação, inclusive, de características que em primeiro momento possam ser mais cristalizadas, como a nacionalidade *jus solis e jus sanguinis*<sup>13</sup> autorrelatada, que pode mudar com o passar do tempo.

Considero que apresentar as principais características de nacionalidade, tempo de residência na fronteira, formação, gênero, condições crônicas de saúde, vinculação a plano privado de assistência à saúde, faixa etária e vinculação a equipe de atenção primária em saúde pode potencializar a compreensão de quem lê esta pesquisa sobre qual lugar a voz, pensamento e ação destes informantes são concretizadas.

Tabela 1 - Gênero e Faixa Etária dos Informantes Transfronteiriços

Variáveis	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	08	50%
Feminino	08	50%
<b>Total</b>	16	100,00
<b>Faixa Etária</b>		
18-20 anos	01	6%
20-30 anos	04	25%
30-40 anos	02	12%
40-50 anos	04	25%
50-60 anos	03	18%
60-70 anos	01	6%
70 anos ou mais	01	6%
<b>Total</b>	16	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor

Através da tabela 1 se identifica um equilíbrio de gênero os informantes. Na vivência do campo, entretanto, identificou-se um predomínio empírico maior do gênero feminino nos espaços da atenção à saúde nas instituições. Buscou-se então abordar mais pessoas que possivelmente se identificavam com o gênero masculino para ampliar a representatividade interna do grupo. Em relação a faixa etária dos informantes, se percebe um predomínio maior de pessoas com idades entre 20-50

<sup>13</sup> Jus soli é condição de atribuição de nacionalidade a um cidadão e está vinculada ao componente territorial enquanto que Jus sanguinis é condição de atribuição da nacionalidade ligada aos genitores do cidadão, independente do componente territorial.

anos (62%), seguido de pessoas com idades de 50 a 70 anos ou mais (30%) e 01 pessoa com idade entre 18-20 anos (6%). Este perfil foi buscado intencionalmente pelo pesquisador ao identificar, inicialmente nas primeiras entrevistas, que as expressões dos discursos em algumas perguntas do roteiro de pesquisa estavam tendo prejuízos ao movimentar os objetivos na história da saúde dos três lados da fronteira, seus avanços e desafios no discurso dos informantes. Pessoas mais velhas, neste estudo, facilitaram e trouxeram aspectos históricos da evolução ou não das políticas dos sistemas de saúde e também elementos sociais importantes para a reflexão analítica.

Tabela 2 Formação e Nacionalidade de Origem dos Informantes Transfronteiriços

Variáveis	N	%
<b>Formação</b>		
Fundamental Incompleto	02	12%
Fundamental Completo	03	18%
Médio completo	03	18%
Superior incompleto	03	18%
Superior completo	05	32%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
<b>Nacionalidade</b>		
Argentina	05	32%
Brasileira	06	37%
Paraguaia	05	32%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

A tabela 2 demonstra que 05 (32%) os informantes frequentaram a escola até no nível fundamental ou primário e 08 (50%) frequentaram o ensino superior, tendo concluído ou não. A informação dos informantes que frequentaram o ensino fundamental apenas contribuiu para a transformação da linguagem das perguntas para um modo mais compreensível e objetivo em alguns pontuais casos, porém, não ocorreram impactos na conversa estabelecida quando dialogado sobre situações e conceitos abstratos. Percebeu-se que quanto mais idade o informante possuía, menos tempo de escolaridade ele possuía.

A nacionalidade de origem dos informantes se embaralhou no campo. Foram entrevistados argentinos no lado paraguaio da fronteira, brasileiros no lado paraguaio

da fronteira e também paraguaios no lado argentino da fronteira. A dinâmica da nacionalidade ligada ao território e a naturalidade se confundiu no perfil dos informantes e demonstra que a territorialidade e fixação das pessoas nos territórios que escolhem viver não é engessado pelas linhas divisórias dos Estados nacionais. Neste sentido, merece destaque que a média de residência dos informantes na fronteira foi de 28 anos, o que demonstra um razoável período de vivência na região.

Tabela 3 Condições Crônicas, Vínculo APS e Plano Privado dos informantes transfronteiriços

Variáveis	N	%
<b>Possui Plano Privado</b>		
Sim	04	25%
Não	12	75%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
<b>Vinculação a APS</b>		
Sim	14	88%
Não	02	12%
<b>Total</b>		
<b>Doença Crônica</b>		
Sim	03	18%
Não relatou	13	82%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

A tabela 3 traz informações referentes a doenças crônicas relatadas pelos cidadãos transfronteiriços, a vinculação dos mesmos em equipes de atenção primária à saúde em seus respectivos países e se os mesmos possuem plano privado de assistência à saúde. Sobre o relato de condições crônicas existentes, três informantes (18%) que relataram ter essa condição as doenças foram hipertensão, diabetes, câncer de coluna e problemas de circulação sanguínea.

A vinculação às equipes de APS em seus países demonstra que a grande maioria está sob cuidados de equipes, sejam elas de saúde da família ou multiprofissionais, como no caso paraguaio e argentino. Neste contexto, 88% dos informantes que relataram esta vinculação buscam os cuidados primários para consultas, exames e imunização nos equipamentos da atenção básica de seus respectivos países. Este perfil demonstra que há territorialização nacionalizada da AB nos três lados da fronteira.

Quando questionados sobre a vinculação a planos privados de saúde, 75% dos entrevistados relataram não possuir, o que está condizente com estatísticas gerais de cidadãos que dependem exclusivamente da saúde coletiva pública para se cuidarem. Os 25% que relataram possuir plano possuem este devido a acordos trabalhistas com suas instituições de labor, como por exemplo as Obras Sociais do lado argentino ou a instituições públicas brasileiras.

## 5.2 OS MUNDOS DA PERMANÊNCIA: O *SI-MESMO* NO LUGAR

Neste apartado construo sob sustentação das análises de discurso dos cidadãos transfronteiriços os motivos da chegada e permanência na região da fronteira trinacional. São discutidos aspectos dos projetos de lançamento ao mundo da fronteira, das escolhas e da construção da abertura de estar no lugar. A rede de significações que surgiram nas análises dos discursos permitiu a construção de uma história *outra* através das falas dos informantes dos três países.

A dimensão da vida cotidiana na fronteira trinacional é evidenciada por signos de território, muitas vezes, não permanente nos caminhos das pessoas. O fluxo turístico denso, elevado e diário, seja pelas atrações naturais ou pelo comércio, ofusca as trajetórias de vida das pessoas que por aqui constroem suas vidas. Este signo marca na existência uma dualidade que é naturalizada no senso comum do lugar, cujas identidades e necessidades de moradores e turistas são confundidas, especialmente no ato viver os mundos da fronteira, o usufruir de seus direitos de cidadania e de construir o território.

O *si-mesmo* em relação ao lugar mostra as aberturas ao mundo, mas, sobretudo, sugere a possibilidade da construção de novos mundos. Me interessou assim analisar as histórias de chegada e os motivos de permanência das pessoas na fronteira trinacional, compreendendo que os movimentos das existências são, também, condicionados por estruturas racionalizadoras e simbólicas.

Contudo, a determinação do *si-mesmo* com a liberdade de construir e habitar mundos *outros* rompe com a perspectiva de imobilidade de trânsito. A amplitude do conceito de lugar permite uma conversa interessante entre o *si-mesmo* e o território. Neste prisma, Arendt (2020) afirma que a descoberta do planeta, o mapeamento

cartográfico das terras e mares e a divisão territorial levaram muito tempo para estar sob total domínio do humano. Ela nos convida a pensar que este movimento chegou ao fim e neste novo espaço que experencia a humanidade temos a posse verdadeira de nossas moradas mortais. As pessoas tornaram-se finalmente habitantes da terra e também de seus países.

Esse movimento de sair do mundo para analisá-lo catalisou a diminuição das distâncias físicas e espirituais entre os mundos que cada pessoa constrói e habita. Ainda, a regra de “sangue e solo” para dar laço na arquitetura de governar o mundo não são mais substanciais, principalmente em nosso caso sob análise, onde o habitar o lugar tensiona e faz rupturas singulares com estas regras. O lançamento no mundo da fronteira se apresenta para além da liberdade de escolha como um *liberum arbitrium*<sup>14</sup> que rege a causalidade interior de cada espírito e corporalidade e, também, na causalidade do mundo exterior. Esta liberdade de escolha da permanência advém também das faculdades próprias do querer e das faculdades próprias da vontade, que não são autônomas pois a vontade e o querer em si podem ser descobertas no transcorrer de nossas moradas mortais, atravessadas inclusive pelas faculdades do julgar.

Para Arendt (1978, p.71) “a vontade como faculdade autônoma independente é descoberta apenas quando homens e mulheres começam a duvidar da coincidência do *eu-devo* e do *eu-posso*” e são permeadas por múltiplos sentidos deste lançamento, que entra em perturbação e ressignificação com a questão de que “as coisas que dizem respeito apenas a mim estão em meu poder?” (ARENDR, 1978, p.71).

Nesta perspectiva, o chegar (no passado) e o permanecer (no presente) na fronteira trinacional foi sinalizado pelos cidadãos transfronteiriços como possibilidade de condição material da vida, seja pelas oportunidades de laborar, construir relações familiares ou até mesmo ter condições para proteger suas dignidades.

*“Meu pai é argentino e minha mãe veio do Rio Grande do Sul.  
Se conheceram aqui nessa região. Há 60 anos atrás. Não tinham*

---

<sup>14</sup> Apoio-me em estudo de Torres (2007) que sinaliza que “a liberdade não pode ser obtida na solidão e que não se resume ao “quero”, mas que também necessita do “posso”, em outros termos, podemos dizer que liberdade não significa fazer o que se deseja, não significa soberania, pois só se é livre perante outros que também o sejam” (TORRES, 2007, p.237-238)

*os municípios ainda da região. Era tudo distrito. Eles vieram buscando uma vida melhor aqui na região que estava sendo colonizada, iniciando o desmatamento” E15.*

A chegada no território por ancestrais se interconecta com os lançamentos do permanecer, de algum ou outro modo. A inexistência de recursos sociais temporais, como a oferta de educação, assistência social, saúde, segurança e demais políticas sociais pode sinalizar a ligação e a vontade dos ancestrais com desejo de posse de terras.

*“Há 25 anos, eu vim pra estudar, fiquei e agora tenho a minha família e tudo aqui. Eu vim de Puerto Libertad” E04*

*“Vim a convite de um conhecido que veio estudar numa faculdade de medicina no Paraguai. Ele me contou da faculdade e eu tive interesse e resolvi vir para cá também” E03*

Chegar ao mundo transfronteiriço para a busca de estudo, de maneira individual, demonstra que o a permanência também se estabelece na criação de teias de relações sociais que podem de algum modo contribuir para a fixação dos projetos de vida neste lugar. A fronteira trinacional possui diversas instituições de ensino superior na atualidade, nos três lados da fronteira, sejam elas públicas ou privadas. Se para E03 este caminho é recente, considerando a grande expansão de faculdades de medicina em Ciudad Del Este, para E04 este fenômeno ocorreu em temporalidade anterior.

O se lançar no mundo estudante em região de fronteira, nos três lados territoriais, não é uma tarefa simples ou tranquila. Os impactos culturais, as formas de viver na sociedade local e o dimensionamento da busca por uma formação são perpassados de tensão e conflito próprios de busca de referências. A condição humana desta busca se interconecta com a projeção do si-mesmo na criação do futuro.

Permanecer na fronteira permite contradições próprias para quem está neste território. Não há como negar as imobilidades das dualidades eu-devo e eu-posso nas

faculdades do querer e da vontade. Para alguns informantes, a permanência na fronteira está condicionada a não possibilidades do trânsito ou pela própria construção de *teias de* relações sociais cristalizadas.

*“Eu nasci aqui na fronteira, sou paraguaio 100%. Eu vivo com minha família aqui, somos todos de Ciudad del Este. Nós não temos formas de sair daqui, porque não temos dinheiro”* E09

*“Eu nasci aqui e estou há 35 anos. O que me faz ficar são a família e amigos, tão somente isso”* E02

A liberdade de se relançar no mundo para além da fronteira permeia a dualidade do eu-posso e do eu-quero, o que transmuta a percepção da própria categoria liberdade e atravessa o *liberum arbitrium*. Para Arendt (1978) na percepção grega uma pessoa era considerada livre somente se pudesse movimentar-se como desejasse e a dualidade do posso-quero era um critério inerente.

O eu-quero pode ser um desejo do *si-mesmo* de maneira intensa e está conectado no eu-posso, demonstrando que o *si-mesmo* possui reflexos espelhados que dinamizam a faculdade da vontade. A consciência e espírito neste caso contribuem para ampliar a análise de que a liberdade do *si-mesmo* têm condições existenciais singulares, mas impactadas pela pluralidade da condição humana. Aqui se faz importante a costura da análise, pois ocorre múltiplos mundos na morada mortal quando o movimento do corpo, consciência e espírito se defronta com situações de vida que não estejam completamente sob o controle do *si-mesmo*.

A problemática no ato do protagonismo existencial individual merece análise cuidadosa. Arendt (1978) já alertava sobre os conflitos filosóficos das faculdades da vontade e do querer. Para ela “no interior da alma humana, a razão torna-se um princípio que governa e comanda unicamente por causa dos desejos, os quais são cegos e falhos de razão [...] Esta obediência é necessária para a tranquilidade do espírito” (ARENDR, 1978, p.67).

A faculdade da vontade de permanecer no lugar, portanto, também possui dissociações e que podem estar intrinsecamente relacionadas com os condicionantes

estruturais da produção da teia de relações sociais, na relação do espaço-entre familiares e na relação do espaço-entre produzida pelo labor. O agir livre e espontâneo no mundo transfronteiriço também permite múltiplas chegadas em *mundos outros* e o retorno ao mundo fronteiriço. Para a informante E01 isto ocorreu:

*“A primeira vez que eu vim morar aqui eu ainda era criança pequena, tinha quatro anos e vim com meus pais. Meu pai veio para trabalhar aqui e nós moramos muitos anos. Depois fomos embora. Retornamos. Depois quando ela tinha um ano de idade nós fomos para Curitiba, depois para Londrina e eu fui indo para diversos Estados e retornei para Foz do Iguaçu há oito anos.”*

E01

A ação humana de relançamento ao mundo transfronteiriço demonstra uma história de vida que certamente permitiu construções plurais do si-mesmo. Cada lançamento permite a possibilidade de interseções entre mundos, mudanças no *si-mesmo* com o lugar e de certo modo nas estruturas do habitar. Este habitar transformado com os movimentos não lineares de idas e vindas ao lugar possibilita uma essência da construção de novas *teias de relações humanas* na medida em que o *si-mesmo* se conectou com a mundanidade de outros lugares e outras *teias*.

O descobrimento do *si-mesmo* não é uma imagem estática, é, pelo contrário, o constante movimento da ação humana, consciência e espírito (ARENDDT, 2020). O permanecer na fronteira trinacional também convida a refletir de que continuar existindo e continuar sendo *si-mesmo* no lugar indica possibilidades de aberturas existenciais para autotransformações.

Estas aberturas podem ser facilitadas quando se coloca em conflito as categorias eu-queiro e eu-posso, que potencializariam a ruptura de compreender de fato o que assenta as faculdades do querer e da vontade, dentre todos suas subjetividades mundanas e estruturas que as atravessam. Para um informante este trânsito de continuar existindo e se lançando no transcorrer do tempo na fronteira foi determinado pelo labor primeiramente e pela constituição de sua família no lugar.

*“Faz 33 anos que vivo no Paraguai, sou de nacionalidade Argentina e o que me trouxe aqui foram oportunidades de trabalho e fico porque minha família está toda aqui agora” E10*

O labor como categoria da condição humana vem contribuindo de certo modo na construção da permanência das pessoas na fronteira. Esta sinalização ocorreu em diversos discursos dos cidadãos. Certamente a abertura que se faz através dele permite o atravessamento da faculdade da vontade e do eu-querer e traz o permitir do desvelamento do si-mesmo que fica no lugar. A chegada E10 na região foi condicionada pelo labor e o que lhe faz permanecer é a família. Nesta costura, Arendt (2020) ao refletir sobre os instrumentos da obra humana e a divisão do trabalho sinaliza que os corpos não são tão livres quanto se imagina na sociedade capitalista. Afirma que “Homens e mulheres não podem ser livres se ignorarem estarem sujeitos às necessidades, uma vez que suas liberdades são conquistadas mediante tentativas, nunca inteiramente bem-sucedidas, de libertar-se da necessidade (ARENDR, 2020, p. 149).

Neste âmbito o labor como dinâmica do eu-querer no si-mesmo representa para E13 a costura de contribuições para o se lançar no mundo da educação. Se o labor por si mesmo se importa com as coisas produzidas para o mundo, a teia familiar evidencia a vida para além do sentido biológico no tempo, o que traz a reflexão da possibilidade da realização humana.

*“Eu cresci Caazapá. Fica 07 horas de viagem daqui. Eu gosto muito de morar aqui, porque tenho minha família e meu trabalho. O que me faz ficar é minha família e minha profissão. Eu sou professora”. E13*

Os significados da permanência presentes neste discurso desvelam interconexões de transferência de motivos que permeiam as faculdades da vontade e do querer. Sugerem sobretudo que o lugar também é construído por mundos

fenomenológicos que conversam com as estruturas que racionalizam individualmente o si-mesmo. Este diálogo por vezes não possui ruídos e por vezes é influenciado pelo aguardo futuro para a abertura de mundos outros.

Nesta perspectiva da não possibilidade, E05 reflete que tem o desejo no momento de não permanência. Seu laço existencial com a família fortalece a faculdade da vontade do eu-quero a não permanência e, no aguardo para um lançamento futuro, pretende concretizar o eu-posso.

*“Tenho 35 anos de Puerto Iguazú. Nesse momento, não posso vender minha casa, eu quero ir embora para onde está minha filha. Ela está no sul da Argentina. Então estou esperando, trabalhando com o que dá, para ir embora”.* E05

O significado da permanência como sustentação ao caminhar para o futuro representa a movimentação de um espaço-entre que convida a pensar o fenômeno da permanência como datado. As faculdades da vontade, do querer e do julgamento se mostraram no discurso de E05 de maneira transitória. Esta limitação temporal do eu-posso traz motivos inerentes de mobilização do querer até que se atinja ou se modifique a intenção.

O *si-mesmo* ao se deparar com possibilidades de permanecer em região de fronteira foram representadas por signos múltiplos. O *si-mesmo* esteve objetivamente ligado à condição humana e subjetivamente conectado com o labor, família e amizades. Representa fenômenos duais de permanecer, retornar e não permanecer por estas subjetividades. As histórias que se apresentaram firmam que existencialmente há o ligamento de modos diferentes de si-mesmo com o lugar, mas ainda assim possuem fios condutores objetivos do eu-quero.

Certamente há aberturas outras para o *si-mesmo* na região de fronteira e todas as possibilidades são essencialmente fenômenos importantes para fortalecer a análise da produção de saúde coletiva. O agir espontâneo nestes casos está imbricado com os mundos da permanência e estruturação, de algum ou outro modo, pelos próprios mundos do si-mesmo.

As escolhas abrem espaço para ao mundo da permanência, mas, quando não há abertura possível, se edificam conflitos operacionais inerentes no quero-posso. O pensar a permanência ligou-se automaticamente a tríade labor-família-amizade o que traz pistas importantes e substanciais para a reflexão filosófica do grande problema das faculdades da vontade e do querer. A atenção à saúde e quem a opera, deve estar atenta a estes lançamentos do cidadão transfronteiriço pois existencialmente a saúde coletiva pode se tornar um motivo nato e verdadeiro para que as pessoas desejem chegar, permanecer e viver neste território.

### 5.3 OS MUNDOS DO ACESSO À SAÚDE: O *SI-MESMO* FRENTE AS BARREIRAS E FACILITADORES

Os mundos dos sistemas de saúde em região de fronteira são permeados por fluxos estruturais e signos que podem edificar a construção dos caminhos do *si-mesmo* frente a busca da atenção à saúde ofertada pelas instituições de saúde coletiva pública do lugar. O habitar os mundos dos sistemas de saúde pode se concretizar como um verdadeiro abrigo de paz e proteção à vida, conquanto, também pode produzir sofrimentos para aqueles que existencialmente estão nestes espaços ou que tenham familiares, amigos e pessoas próximas habitando a atenção à saúde.

É neste sentido que o estudo tenta demonstrar que no espaço da saúde e dos direitos se materializam tensões na micropolítica da organização da saúde e, nesse âmbito, se faz sensível compreender as materialidades que se estabelecem. O habitar a saúde, quando envolto de sofrimento, nos chama a refletir que “O estado enquanto aparelho é uma evidência, mas também é uma evidência como não aparelho. E se assim o é, existe e não existe ao mesmo tempo, no mesmo território e no campo molecular do agir” (MERHY, 2012, p. 277).

Situo que o partir da análise dos signos das barreiras e facilitadores de acesso na atenção à saúde transfronteiriça representou discursos múltiplos. O signo que emergiu coletivamente dos discursos trata sobre o *si-mesmo* frente, existencialmente, estas barreiras e a estes facilitadores. Não é raro vermos socialmente a naturalização de alguns fluxos estruturais e simbólicos quanto ao tempo que se edifica para o trânsito do caminho do cuidado pelas cidadanias nos sistemas públicos de saúde (GALVÃO et al 2020; ALMEIDA, 2013). Já no caso do espaço transfronteiriço as dificuldades e desigualdades regionais na atenção à saúde historicamente vêm

significando realidades complexas para os sistemas de saúde e demonstram que os signos subjetivos do acesso à atenção digna estão permeados de tensões, inclusive, na micropolítica do cuidado (MERHY, 2012), porquanto, também, intrinsecamente ligadas às questões mais amplas da organização das Redes de Atenção à Saúde transfronteiriças.

Adentrar no campo das barreiras de acesso estruturais e, especialmente simbólicas na atenção à saúde em região transfronteiriça, se faz importante para a sensibilidade com a “compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regionais” (ASSIS e JESUS, 2012, p.2873). Neste sentido E04 sinaliza que na região de fronteira há importante barreira que se edifica e que está relacionada ao tempo de aguardo para minimizar o sofrimento *“Falta atenção rápida, isso é que falta. Tem que procurar, estar aí chamando, pedindo todo tempo, que esteja a atenção. Falta mais rapidez nos atendimentos”*.

A ida ao mundo do acesso à saúde é conduzida essencialmente pelo sofrimento, que pode ser transitório, permanente ou ambos. A depender de como ocorrem os atravessamentos das barreiras neste caminho, o sofrimento pode ser ampliado. O sofrimento é a força interior que faz a ação humana seguir no sentido de mobilizar o *si-mesmo* em lançamentos para evitar a morte. A morte é a finalidade que se pretende ser evitada quando se edifica os mundos acesso à saúde. O tempo é primordial para dar condições salutaras do cuidado oportuno, corresponsável e digno às cidadanias.

O atravessamento do tempo como barreira de acesso permite refletir sobre a essência do caminho que liga a vida à morte, atravessada pela condição sofrimento. A narrativa de E04 é uma denúncia, e, sobretudo, convite ao refletir que estes mundos subjetivos, por vezes cristalizados no imaginário e real do acesso, precisam ser desnaturalizados como normais no ato contínuo da atenção à saúde. É nesse sentido de essência que o habitar os mundos do acesso pode oportunizar a produção de acolhimento, paz e cuidado que Heidegger (1951) nos brindou sobre o ato de construir o habitar.

Ao utilizar a metáfora de uma ponte – na qual tomo emprestado com liberdade a ideia para representar o acesso na atenção à saúde em território transfronteiriço – nos diz que as pontes edificadas pela construção do habitar permitem muito além da ligação de margens existentes. Estas margens, em significação filosófica para este estudo, são alocadas por mim sendo um lado representado pelo sofrimento e o outro lado pela produção de saúde. A ponte pode ser compreendida como o caminho do lançamento ao mundo do acesso na atenção à saúde.

O *si-mesmo* se lança ao mundo do acesso buscando sair da margem do sofrimento, atravessando a ponte para a chegada à produção de saúde. É esperado que ele consiga por si ou com ajuda de outros chegar ao destino e, primordialmente, que este *si-mesmo* seja visto na sua integralidade pelas instituições de saúde. O discurso de E04 exige que se resgate aspectos teóricos da integralidade da atenção já abordados no referencial da pesquisa. Pinheiro (2007, p.260) ajuda a pensar a integralidade como princípio do próprio direito a saúde “[...] um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade”. O trecho do discurso “pedindo todo o tempo” de E04 aponta para a fragmentação da dimensão relacional do compromisso, seja entre cidadão e trabalhador ou até mesmo de cidadão com a instituição.

O tempo de espera como barreira interdita, de algum modo, o caminho da ponte, colocando os cidadãos transfronteiriços em espera contínua e paralisa o caminhar. Essa construção envolve a todos e todas, mas também tecnologias, estruturas, teia de relações humanas ocasionadas pelos encontros, insumos e suas disponibilidades, organizações macroestruturais e microestruturais. Relacionando a macroestrutura, me indago como pode se conectar o Estado, seja federativo ou unitário, com o sentir do cidadão transfronteiriço na atenção à saúde.

Me arrisco a trazer a integralidade da atenção em saúde como balizar desta conexão. Para Mattos (2006, p.46) “Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prene de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade? – talvez não deva ter resposta unívoca”. A integralidade como possibilidade de conectar o sentir cidadão transfronteiriço com a conexão deste diálogo na engenharia dos Estados nacionais abre fissuras que, por vezes, são recheadas de tensão conceitual.

Na metáfora da ponte, Heidegger (1951) reflete sobre o construir pontes para o caminhar no mundo, ou seja, para a construção do habitar. Para seguir a análise, convido o leitor para uma reflexão sobre a ponte, materializada na seguinte passagem:

A ponte pende "com leveza e força" sobre o rio. A ponte não apenas liga margens previamente existentes. É somente na travessia da ponte que as margens surgem como margens. A ponte as deixa repousar de maneira própria uma frente à outra. **Pela ponte, um lado se separa do outro.** As margens também não se estendem ao longo do rio como traçados indiferentes da terra firme. Com as margens, a ponte traz para o rio as dimensões do terreno retraída em cada margem. A ponte coloca numa vizinhança recíproca a margem e o terreno. A ponte reúne integrando a terra como paisagem em torno do rio. A ponte conduz desse modo o rio pelos campos. Repousando impassíveis no leito do rio, os pilares da ponte sustentam a arcada do vão que permite o escoar das águas. A ponte está preparada para a inclemência do céu e sua essência sempre cambiante, tanto para o fluir calmo e alegre das águas, como para as agitações do céu com suas tempestades rigorosas, para o derreter da neve em ondas torrenciais abatendo-se sobre o vão dos pilares. Mesmo lá onde a ponte recobre o rio, ela mantém a correnteza voltada para o céu pelo fato de recebê-lo na abertura do arco e assim novamente liberá-lo. A ponte permite ao rio o seu curso ao mesmo tempo em que preserva, para os mortais, um caminho para a sua trajetória e caminhada de terra em terra (HEIDEGGER, 1951, p.131-132, grifo meu).

A metáfora da ponte como ligação das margens da necessidade de minimizar o sofrimento permite pensar as possíveis falhas simbólicas no acesso à saúde em regiões de fronteiras. Se ao decorrer da história dos sistemas de saúde nos faltavam estruturas para proporcionar a atenção ao cidadão, atualmente o que se apresenta é uma lógica que interdita, de algum modo, o *si-mesmo* frente ao cuidado.

Logicamente que as causalidades do tempo frente ao cuidado estão ligadas a múltiplos fatores como, por exemplo, necessidade de ampliação da força de trabalho em saúde, de materiais e insumos, de organização das instituições, de políticas de financiamento aos sistemas públicos e de sobretudo compreensão do acesso à saúde como mundo complexo, que necessita de sensibilidade e uma política pautada na verdade nos três Estados nacionais.

O acesso à saúde em regiões de fronteira possui singularidades neste âmbito, mesmo que a naturalização do tempo como barreira possa ser constatado em outros territórios. A fala de E04 se interliga com a fala de E08, que reforça "*Precisa de mais rapidez no atendimento das pessoas aqui. Na emergência, a gente fica três a quatro*

*horas para ser atendido e isso é injusto. Eu acredito que tenha que melhorar por aí um pouco*". A barreira tempo no lançamento do mundo do acesso à saúde na fronteira trinacional é constatado na fala de E08 no âmbito das urgências e emergências.

A reflexão da ponte e a caminhada a ser feita certamente em densidade tecnológica de urgência e emergência nos sistemas de saúde transfronteiriços desvela novamente uma falha. Mesmo que estaticamente por relatórios de sistemas de informação em saúde a verdade emanada do discurso de C08 possa ser confrontada, é importante identificar a subjetividade filosófica presente neste signo. Esta representação demonstra que tanto para E04 como para E08 o tempo do caminhar na ponte do mundo do acesso precisa ser diminuído para que se efetive o habitar.

Retomo neste sentido e brevemente o diálogo do referencial do conceito de amor com a RAS. Me indago se é possível o *por-amor-de* ser concretizado verdadeiramente em uma RAS que não oportuniza o sentir confortável do cidadão transfronteiriço, que, de algum modo, permita o habitar justo e merecido no acesso à atenção neste território.

Este achado nos discursos da cidadania transfronteiriça dialoga com resultados de estudo feito por Oliveira et al (2019) que, ao se debruçarem sobre barreiras de acesso em cinco regiões de saúde do Brasil através das percepções de profissionais e trabalhadores de saúde, constataram que o "tempo de espera incompatível com o atendimento de emergência e incapacidade de reconhecer o local para atendimento foram apontados como barreiras em 4 das 5 regiões (OLIVEIRA et al, 2019, p.11)

A ponte permite a edificação de um lugar ou lugares que são preenchidos de sentidos e significados por cada *si-mesmo* e podem ser transformados com o tempo existencial. Ademais da barreira do tempo, também emergiram discursos importantes para a reflexão teórica.

As ausências e presenças nesta ponte são demarcadas para E03 por barreiras que mais distanciam o encontro do *si-mesmo* com as instituições de saúde e dificultam a construção de teias de relações entre o *si-mesmo* cidadão e o *si-mesmo* trabalhador de saúde coletiva. *"A falta de empatia e de cuidado de se colocar no lugar do outro, todas as vezes que eu precisei, eu fui atendido, mas nessa condição que eu falei. Demorado, o atendimento você via que não era um atendimento humanizado,*

*digamos*". A significação do discurso de E03 possibilita compreender que podem haver nós críticos no *espaço-entre* cidadão transfronteiriço e trabalhador de saúde. O interesse é condição essencial para um encontro de cuidado que produza saúde. O interesse em comum e o encontro entre cidadania e trabalhador de saúde podem potencializar o acesso, mas, também dificultar o sentir nos âmbitos do *si-mesmo* frente a interesses próprios.

É nesta lógica que o discurso de E12 também se edificou. *"Pelo feito de que, como você nota aqui, é precário a infraestrutura dos aparatos técnicos e tecnológicos. O prédio é precário e a nível dos trabalhadores de saúde também, muitos que atendem as pessoas o fazem de forma precária"*. O habitar a margem da produção de saúde da ponte do acesso à atenção se constrói sobretudo pelas humanidades de quem necessita e de quem oferece o cuidado. A ponte que liga as margens também é percorrida por quem labora e se lança ao construir o cuidado dentro dos sistemas de saúde transfronteiriços. Nesta perspectiva, as falas de E03 e E12 nos contam que há aspectos estruturais como barreira de acesso e também que as lógicas que operam por dentro dos encontros na chegada da ponte, entre cidadania e trabalhadores da saúde coletiva, possuem desafios a serem superados no lugar.

É neste sentido que Heidegger (1951) alertou "A ponte estancia um espaço em que se admitem terra e céu, os divinos e os mortais. O espaço estanciado pela ponte contém vários lugares, alguns mais próximos e outros mais distantes da ponte". As barreiras por vezes estão no início das margens do acesso, por vezes no meio e por vezes na chegada. Por vezes, também, podem ocorrer, pelo fato de interdições mais intensas, a fuga para pontes outras ou até mesmo ao retorno à margem do sofrimento.

O discurso de E11 desvela que o acesso à saúde em região transfronteiriça, ao edificar ausências estruturais e de insumos no âmbito da saúde coletiva, produz novas margens de sofrimento, impróprias, quando se consegue atingir o acesso no sistema de saúde. Faz a denúncia *"Primeiramente não tem maca suficiente para internar, não tem medicamento, não tem. As vezes falta até vacina aqui. E isso precisa melhorar porque a gente sofre"*. O *si-mesmo* nesta fala traz a abertura de que pelas margens de partida que o caminhante cidadão faz rumo ao acesso, em alguns casos, os fazem retornar nas margens passadas da ponte.

Se construir o habitar é edificar lugares (HEIDEGGER, 1951), se torna impróprio o lugar da ponte que produz sofrimento. É necessário, neste sentido, identificar mais pistas que possam dar subsídios para o que chamarei de interdição das pontes dos mundos do acesso à atenção à saúde na fronteira trinacional. O acesso à saúde coletiva em região de fronteiras, sob os discursos anteriores e suas significações, não permitiram trazer pistas concretas sobre a estruturação da ponte que liga as margens, mas permite sim constatar signos de que o *si-mesmo* frente a estas barreiras possuem consciência dos nós críticos do acesso, sofrendo com eles e por vezes não suportando o fenômeno, retornando ou criando fugas a esta interdição.

Na perspectiva da interdição das pontes dos mundos do acesso, E02 nos conta que há barreiras no lançar-se e, a espera, no caso de necessidade de cirurgias, levam temporalidades longas e contribuem para a ampliação do sofrimento. *“Relatos de pessoas que estão há três, quatro anos na fila para fazer uma cirurgia. Essa demora está debilitando a condição física da pessoa e que hoje ficou com dificuldade para caminhar. Ela precisa de uma cirurgia no joelho e não consegue mais nem subir uma escada”*

Aqui a pergunta de Arendt (2020) *“O que estamos fazendo”*, quando inicia suas análises filosóficas sobre a condição humana se torna oportuna. As imobilidades do acesso à atenção à saúde na região transfronteiriça são representadas por barreiras que se interligam. Acessar de fato não se materializa ao cruzar a ponte do acesso uma única vez. Podem ser necessários novos caminhos a depender das situações, onde o *si-mesmo* por vezes tem interditado seu caminho de alívio do sofrer, mas, também, uma interdição do seu próprio ser.

A ponte que constrói o caminho ao habitar o acesso à atenção à saúde desaba quando de forma imprópria os sistemas de saúde coletiva produzem sofrimento. Não há construção de habitação possível quando a situação de suportar as barreiras geram impactos que conduzem o caminhante a uma condição humana de medo, sofrimento e dor.

A ponte do acesso entra em colapso por barreiras e o *si-mesmo* têm sua vida cidadã lançada a um mundo na qual a vida, o *por-amor-de* e a produção de saúde são desconhecidos. A estrutura do amor às pessoas, ao mundo e à saúde coletiva pode se tornar um facilitador ao caminhar na ponte e, ao tomar esta estrutura como verdade

mundana na fronteira, os mundos da atenção à saúde transfronteiriça poderiam ser considerados em suas finalidades e pelo desejo da abertura de existências que coloquem as outras e os outros ao lado do “*eu*” verdadeiro. Certamente há muitos caminhantes pelas pontes próprias e coletivas do acesso e por este motivo a interdição precisa ser enfrentada com o justo *por-amor-de* verdadeiro nas políticas sociais de saúde.

A ponte também pode ter caminhos próprios para a cidadania transfronteiriça. É assim que o discurso de E05 demonstra que alguns caminhantes, ao se depararem com interdições no trajeto, se lançam a mundos do acesso para além das linhas de fronteira dos Estados nacionais. A história que relata traz subsídios importantes para este momento da análise reflexiva. Relata E05 que:

Esqueci uma coisa, quero contar. Eu falei com os pais de um menino do Paraguai e eles dizem que lá nem no privado atenderam tão bem como no público aqui na Argentina. Eles não compraram nada, nem sequer a comida. Até a comida para os pais o Hospital deu. Nesse momento eles [*os trabalhadores*] sabiam que eles eram do Paraguai e daí eles davam tudo para eles. Ela está muito agradecida com este hospital. Mas em toda a Argentina eu não sei, pode ser que eu não consiga ver. Tem gente do Brasil que vem aqui e eu não sei se cobra, sabe. [...] Se você vem impor as coisas, eles não vão te atender aqui” E05.

Na metáfora da ponte, por vezes, não há barreiras intransponíveis. Transitar em busca do acesso à atenção à saúde não se limita territorialmente e a cidadania se lança a mundos outros, contando com a solidariedade e justo *por-amor-de* trabalhadores de saúde de um ou outro lado da fronteira. O *outro* representado na história de E05, se visto pela chegada ao acesso, traz pistas substanciais de que facilitadores da construção do habitar a ponte podem estar mais ligados às humanidades de quem labora nos sistemas de saúde na região, sendo os cuidados produzidos por fluxos não apenas circunscritos às cidadanias dos Estados nacionais. Me indago na relação das RIs com o amor ao outro e outra. Mesmo não havendo cooperação multilateral na saúde coletiva transfronteiriça, existem movimentos reais que materializam os mundos da atenção fraternos, solidários e justos ao cidadão transfronteiriço.

Já para E14, ao construir seu caminho para o acesso, relata que quando necessitou de atenção à saúde, conseguiu chegar na outra margem da ponte. “*Eu*

*peguei dengue esses tempos e, nossa, fui muito bem atendida. Precisei fazer exame de sangue e foi tudo certo. Não tenho queixa*". Desse mesmo modo há uma fala de E04 que, ao ser questionada sobre as facilidades do acesso a atenção diz que *"A gente lá no bairro que a gente vive tem uma salinha de atenção primária lá. A gente tem tudo ali, vacinação, uma profissional de plantão e a gente pode ir lá"*.

Mas há também facilitadores para os caminhantes em outras densidades tecnológicas da atenção à saúde, conforme se mostra na fala de E05 *"Eu tenho uma amiga que tem câncer e quando eles chegaram no sistema eles já deram todo o tratamento para ela, quimioterapia [...] Essa amiga está fazendo as quimioterapias aqui e tá recebendo tudo. Até a nutricionista ela conseguiu"*.

Na fronteira trinacional as barreiras apareceram nos discursos do cidadão transfronteiriço de maneira mais intensa do que os facilitadores do caminhar na ponte e se demonstraram como fatores críticos importantes a serem analisados pelos Estados nacionais e subnacionais na costura singular da política, planejamento e gestão em saúde transfronteiriça.

Como possibilidades de pensar a construção de novos habitares nas pontes do acesso à atenção à saúde entre Argentina, Brasil e Paraguai, se faz necessário, imprescindivelmente, um agir ético através de um pensar coletivo e público, que coloquem a amizade, a fraternidade e a vida acima dos interesses particulares. A tragédia das interdições da ponte parece ser um desafio emergente a ser enfrentado pela cidadania, instituições e movimentos sociais, pois "o milagre não viria nem de Deus, nem de seus enviados, e sim da mais humana das atividades humanas fundamentais, a ação (CYFER et al, 2020, p.03)

Neste sentido me permito fazer uma síntese de que o *si-mesmo* na ponte do acesso à atenção à saúde nos sistemas de saúde coletiva foi desvelado por signos que representam os caminhantes que tem seus acessos situados por múltiplas barreiras e alguns facilitadores. As pontes que ligam as margens do sofrimento à produção de saúde permitem aberturas para novas pontes, entretanto, surgiram pistas de que as barreiras que interditam e ampliam os sofrimentos da cidadania transfronteiriça existem de maneira singular na fronteira. Para construir o verdadeiro habitar de paz e abrigo no acesso se faz necessário, primeiramente, que a ponte que

conecte as margens exista. Ela se torna um fenômeno existente quando o *si-mesmo* pode agir.

As interdições causadas por barreiras representam impedimentos ao *por-amor-de* na produção de saúde transfronteiriça e tensiona algumas racionalidades de construção da oferta de saúde na região. As pistas dos facilitadores desta caminhada não se contrapõem necessariamente às barreiras e vice-versa, considerando que o *si-mesmo* e suas singularidades de ver, pensar, agir e discursar sobre os mundos do acesso à saúde são plurais.

#### 5.4 OS MUNDOS DO DIREITO À SAÚDE: ESPAÇO-ENTRE TRANSFRONTEIRIÇO

As disputas cidadãs por políticas sociais de saúde na fronteira se materializaram em discursos compostos por conflitos próprios. Esta configuração se afirma quando o *si-mesmo* pensa na cidadania e o direito à atenção à saúde entre Estados Nacionais, criando mundos diversos sobre a saúde como direito universal ou como direito de cidadania. Esta sinalização se faz necessária neste início de análise para desvelar as assimetrias discursivas e como a diferenciação do *si-mesmo nacional* com o *si-mesmo internacional* produz um *espaço-entre*, no âmbito da cidadania e do direito à saúde, de disputas. O espaço produzido na diferenciação do *si-mesmo* existente por separação das fronteiras, mesmo tendo necessidades, objetivos e interesses comuns, foi representado pelos discursos como mundos repletos de não consensos.

Estes mundos foram conjugados pelos discursos principalmente pelas nacionalidades circunscritas às pessoas e reforçados pelas formas de organização, regras e relações entre as pessoas e seus Estados Nacionais. Portanto, me arrisco a afirmar que onde há fragilidades, ausências e escassez nos direitos sociais, haverá possivelmente um *espaço-entre* formado por labirintos desarmônicos que distanciam o *por-amor-de* como desejo coletivo da cidadania.

Neste prisma é que E01 lança-se a pensar o mundo do direito à saúde na fronteira trinacional. “Se eu for aos outros dois países vizinhos, em busca de uma saúde pública, eu não terei. Eles se dirigem ao Brasil e aqui eles têm”. Para ela, os mundos do direito à saúde entre fronteiras não se constituem como um *espaço-entre*

recíproco. Traz mais elementos na continuidade de seu discurso que evidenciam a experimentação do viver sua cidadania à saúde sob tensão, pois *“Muitas coisas se esvaem de nossa saúde pública. O horário dos nossos clínicos e dos nossos servidores, porque irão ter que atendê-los. Vai faltar horários para algum brasileiro daí. Medicamentos e com isso tudo existe essa evasão de recursos de nossa saúde. Eu não sou contra o atendimento”*.

Os individualismos representam primordialmente um *espaço-entre* direcionado às pessoas e não a uma responsabilização dos Estados nacionais pelas ausências. A competitividade como ética é uma norma que extingue a solidariedade no *inter-essa*. A competitividade tem a guerra como norma (SANTOS, 2015). Nesse sentido, observa-se no discurso de E02 que o pensar o mundo do direito à saúde no lugar convoca estratégias de controles institucionais. Nesse sentido expõe:

*Eu acho que primeiro é regular tudo isso. Quem atende quem. A partir do momento que você delimita que Paraguai atende paraguaios e o Brasil atende brasileiros.... você consegue mensurar o que você vai conseguir atender. Com isso, a tendência, se for uma coisa bem feita, é você conseguir atender a todos, sem falta de medicamentos, sem falta de cuidado médico. Agora se continuar e mantiver o atendimento para a tríplice fronteira, aí eu acho que o caos tá desenhado” E02*

O *si-mesmo* frente a cidadania à saúde, nos discursos de E01 e E02 possibilitam uma análise de que há nós críticos estruturantes que interditam o pensar uma cidadania internacional. Circunscrever o sofrimento e delimitar o direito à atenção à saúde ao respectivo Estado nacional desconsidera a dinâmica do viver cidadão transfronteiriço. Santos (2015, p.107) ao conversar sobre o lugar e o valor do indivíduo, transmite a ideia de que “a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está”.

Os discursos analisados anteriormente levam o meu pensar para o espaço estratégico de que os mundos do direito à saúde na fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai necessitam de costuras próprias dos entes nacionais e subnacionais para proteger as existências cidadãs de forma salutar. Os desafios fenomenológicos que são emanados pela análise dos discursos de E01 e E02 contribuem para a

problematização da culpabilização da cidadania pelo sofrimento causado pelas ausências.

A transferência da disputa e conflito para o *espaço-entre* cidadania e não para os Estados nacionais e suas arquiteturas, de um modo ou de outro, cria também distanciamentos que perturbam a solidariedade como condição essencial para um *inter-essa* próprio. Para Santos (2015) “o resultado [...] é um espaço empobrecido e que também empobrece: material, social, política, cultural e moralmente” (SANTOS, 2015, p.65)

É neste sentido que, nas passagens conclusivas sobre o verdadeiro espaço da cidadania, Santos (2015) construiu um caminho filosófico possível para a saída destes emblemas comuns do mundo capitalista quando se pensa os direitos de cidadania vinculados aos lugares. “Falta o discurso coerente da cidade, pois o discurso incoerente, fragmentado e analiticamente indigente, já existe [...] Ficar prisioneiro do presente ou do passado é a melhor maneira para não fazer aquele passo adiante, sem o qual nenhum povo se encontra com o futuro (SANTOS, 2015, p. 161).

O *espaço-entre* da cidadania quando pensa o direito à saúde, portanto, pode estar sendo também influenciado pelos discursos e produtos fragmentados das ofertadas dos três Estados nacionais quanto as disponibilidades de saúde pública. Mesmo assim, o ato de pensar o direito à saúde é legítimos quando se preocupa com os recursos finitos, mas se torna impróprio quando não se correlacionam com as responsabilidades dos Estados nacionais.

O *espaço-entre* nos mundos do pensar o direito à saúde no lugar também são edificados por construções próprias do *si-mesmo*. “*Todos na frente de Deus somos iguais e somos criados pelo mesmo Deus. Que o homem haja colocado essa identidade de paraguaio ou brasileiro, mas no juízo final... somos todos iguais*” E06. O discurso de E06 se conecta com o discurso de E15 “*Eu sou totalmente contra você dizer para não atender porque é de outro país e ele que vá lá. Eu acho assim que saúde é o primeiro lugar*”.

O pensamento da cidadania informante demonstra que coexistem disputas pelas políticas sociais de saúde e os discursos se projetam em reflexões de tensão e também possibilitam o aparecimento de lógicas humanitárias de ver os mundos do direito à saúde na fronteira. Entre as visões das necessidades mais individualistas ou

mais coletivas, se faz importante compreender que “sozinhos, ficamos livres, mas não podemos exercitar nossa liberdade [...] Com o grupo, encontramos meios de multiplicar as forças individuais, mediante organização (SANTOS, 2015, p. 103).

A tensa relação entre cidadania, tributos e consumo circunscrita ao Estado nacional também demonstra um *espaço-entre* formado por um *si-mesmo* com o Estado, e traz a luz que o direito à saúde é condição essencial e possível para dar materialidade à vida em região transfronteiriça. No discurso de E05

*“Se você não tem saúde num lugar que você possa ser atendido, não tem nada. Diz que você vai pagar menos imposto? Mas até o arroz que você compra paga imposto. Compra um sanduíche, paga imposto. Mora na rua, paga imposto. A saúde pública, se não atende quando precisa, não existe o direito à saúde.*

A relação de tributação de impostos amplia o fenômeno dos mundos do direito à saúde como resultado esperado de uma eficácia relacional entre *si-mesmo* e Estado nacional. Para E05, os deveres são cumpridos e espera-se que os direitos garantidores sustentem a oferta de saúde pública. Neste sentido é importante resgatar que “o cidadão, a partir das conquistas obtidas, tem de permanecer alerta para garantir e ampliar sua cidadania” (SANTOS, 2015, p.105).

A lei não esgota o direito (SANTOS, 2015, p.104) e, portanto, ela deve ser sempre questionada para que se amplie a cobertura garantidora. No caso deste estudo, esta ampliação cidadã é sensível pois são necessários atravessamentos no âmbito das RIs subnacionais e locorregionais. Como produto de interesses e principalmente de correlações de forças, o *espaço-entre* da cidadania na saúde coletiva na fronteira precisara alargar espaços democráticos e de esforços coletivos.

É numa linha tênue entre disputas e consensos que as contradições fenomenológicas das experiências dos cidadãos transfronteiriços se estabelecem quando pensam os mundos do direito à saúde. Para E16, por exemplo, o direito à saúde deve ser circunscrito ao Estado nacional de vinculação e há emblemas entre direito e consumo que se transferem entre os países “*Tem que ser bem restrito só para brasileiros. Além de cobrar um absurdo eles não vão ajudar a gente. Nenhum cuidado. Daí porque o Brasil tem que dar? Eu sei de vários casos de brasileiros que precisaram lá e não foram atendidos. Do lado de cá tem que fazer? Não*”.

Os espaços do labor e as explorações cidadãs se transferem de uma fronteira a outra e o nó crítico que se desvela nos discursos está mais relacionado aos direitos sociais. O discurso de E02 demonstra que ocorrem trânsitos para o trabalho entre fronteiras, mas delimita sua percepção sobre o direito à saúde às legislações nacionalizadas na área da saúde.

*“Cada país tem sua regulação. Sua legislação na área da saúde, embora tenhamos aqui muitas pessoas que atravessam o Paraguai para trabalhar, etc. Muitas pessoas vêm de lá para trabalhar... Eu acredito que embora seja uma cidade fronteiriça cada país deve atender seus cidadãos”. E02*

A eficácia das leis em matéria de saúde circunscritas a legislações nacionalizadas não contempla o viver em região de fronteira. O alargar direitos de cidadania em saúde necessitará, para o lugar, iniciar movimentações na busca de alargar as conquistas para além dos Estados nacionais. O *espaço-entre* pontuado com uma cidadania egoísta não produz mundos salutareos do direito à saúde na fronteira.

Porquanto, “apenas em uma sociedade verdadeiramente humana é que as individualidades florescem plenamente” (SANTOS, 2015, p.102). Neste caminho direcionado à cidadania coletiva e internacional, promulgado pelas possibilidades de um direito à saúde internacional, surgem um *si-mesmo* atento as sensibilidades e necessidades da região fronteiriça. Ao se lançar no pensar os mundos do direito à saúde, percebe-se contradições nos *espaço-entre* analisados até o momento e que podem ser demonstrados através dos discursos de E12, E13 e E15:

*“A cidadania para mim é a união das pessoas onde, de forma igualitária, devem-se ajudar. A cidadania é a coisa mais boa entre as pessoas e que elas possam colaborar”. E12*

*“Cidadania para mim é quando estamos unidos todos em busca de algo, em torno dos direitos”. E13*

*“Sou cidadã de direitos e deveres. É uma construção coletiva, tanto do poder público quanto da sociedade”. E15*

O *si-mesmo* cidadão é multidimensional (SANTOS, 2015). Somente um *espaço-entre* cidadão para além das fronteiras será capaz, possivelmente, de

assegurar sistemas de saúde pública fortes e que atendam verdadeiramente as necessidades das vidas transfronteiriças. Este *espaço-entre* para ter lançamento longo aos mundos do direito à saúde nacionais necessita criar novos mundos de direito à saúde, estes transfronteiriços, e necessita substancialmente de solidariedade, humanismo e *por-amor-de* para ser eficaz e romper com as subjetividades da disputa do presente.

A análise existencialista dos discursos possibilita identificar um *espaço-entre* que por vezes produz um espaço sem cidadania. Os serviços essenciais à vida individual e à vida coletiva em escassez produzem conflitos que precisam ser superados com esforços institucionais, simbólicos e estruturantes para um futuro que compreenda os desafios plurais do direito à saúde em região de fronteira internacional.

Perceber o *si-mesmo* na construção da cidadania e na busca pelo direito à saúde transfronteiriço entre os Estados nacionais da Argentina, Brasil e Paraguai ilumina a reflexão de que é preciso romper as percepções nacionalizadas do direito. Pelos motivos de pensar esses mundos em *espaços-entre* restritos às linhas imaginárias, é que “a grande maioria dos cidadãos não percebem a cidade senão pela lógica do medo, das premonições, da sensibilidade [...] a desconfiança cede lugar a uma dúvida metódica [...]” (SANTOS, 2015, p. 84).

Buscas para minimizar as disputas e construir consensos estão intimamente ligadas às ações estratégicas dos Estados nacionais e de seus entes subnacionais, instituições internacionais, blocos econômicos regionais e organizações sociais. Discursos que evidenciam caminhos no presente e no futuro são construídos por formas diversas nos mundos do direito e possibilitam mundos próprios de coalisão de compreensões, referenciados por elementos fenomenológicos que se aproximam entre si nos discursos:

*“Nos três lados. Os governos, primeiro, deveriam fazer um financiamento adequado para a saúde pública. Porque saúde pública é vida”. E10*

*“Eles precisam olhar para cá para a fronteira. Olhar para os hospitais. Precisam ver o que está faltando, porque faltam muitas coisas aqui”. E11*

*“Eu acho que eles têm que trabalhar juntos. Os governos mesmo”. E04*

A cidadania na saúde coletiva transfronteiriça se constrói de forma relacional. O lançar-se a pensar os mundos do direito desde este lugar permite mundos próprios e impróprios, onde o *espaço-entre* convoca análises para que se pense e se construa alternativas inovadoras, criativas, solidárias e humanas. A cegueira que confisca subjetividades para a proteção do direito à saúde de maneira nacionalizada lança, de algum ou outro modo, cortinas de fumaça sobre esses lançamentos, os tornando impróprios, por vezes.

Ante o *espaço-entre* transfronteiriço, estes mundos da cidadania necessitam de interconexão em costuras de estruturas que possibilitem políticas sociais integradas entre as nações para que verdadeiramente se consiga novos mundos do direito à saúde mais fraternos e justos. A escassez pode ser enfrentada com estratégias multilaterais, internacionais e pautadas na cooperação em saúde coletiva Sul-Sul, nas quais devem superar os mundos do direito em *espaços-entre* restritos às linhas imaginárias das fronteiras.

Estes movimentos estão intimamente conectados às ações estratégicas dos Estados nacionais e subnacionais, instituições internacionais, blocos econômicos regionais e movimentos sociais para uma coalisão na política, planejamento e gestão em saúde dos três países que defenda a saúde coletiva como direito internacional e humano.

O lançar-se a pensar os mundos do direito desde este lugar permite mundos próprios e impróprios, de tal forma que o *espaço-entre* convoca análises para que se pense e se construa alternativas inovadoras, criativas, solidárias e humanas no espaço público. A cidadania internacional somente será possível se haja um *espaço-entre* comum a todas as pessoas que vivem dos três lados da fronteira. Para Fuks (2022) os horrores visualizados ao se deparar com as discriminações e iniquidades sociais e políticas despertam para uma análise na qual as ações e palavras de cada cidadã e cidadão seja refletida, e isso decorre dos tempos históricos de enxergar a cidadania, ao modo que “ o reconhecimento do direito a se ter direito de pertencer a algum tipo de comunidade organizada, só ocorreu a partir das centenas e milhões de pessoas que haviam perdido esses direitos e que se encontravam sem chance de recuperá-lo (FUKS, 2022, p.15).

É neste prisma que estudo identificou a necessidade de se reconstruir os direitos humanos através das contribuições de Arendt (LAFER, 1997). Uma possibilidade para concretizar a cidadania internacional em território transfronteiriço no âmbito da saúde pública decorrerá, inclusive, da possibilidade da “resistência à opressão, através da desobediência civil, que em situações-limite pode resgatar a obrigação política da destrutividade da violência” (LAFER, 1997, p.65). A cegueira que confisca subjetividades para a proteção do direito à saúde de maneira nacionalizada lança, de algum ou outro modo, cortinas de fumaça sobre esses lançamentos, os tornando impróprios, por vezes. Entretanto, a política verdadeira pode contribuir para a conformação de novos mundos do direito à saúde no lugar

#### 5.5 OS MUNDOS DA ATENÇÃO À SAÚDE EM COLAPSO NA FRONTEIRA TRINACIONAL

As análises construídas nas seções anteriores demonstraram que os discursos da cidadania possuem signos que desvelam nós críticos no acesso e no direito que conformam a atenção à saúde ao cidadão transfronteiriço. Nesta seção, o esforço é de contribuir com análises mais sistêmicas das políticas de saúde no lugar através da representação das ausências percebidas pelo *si-mesmo* sobre os sistemas públicos de saúde da fronteira trinacional. As fragilidades das ofertas de saúde na região transfronteiriça foram representadas por vazios no cuidado ofertado, indo desde falta de insumos em quantidade suficiente, precarização nas disponibilidades da força de trabalho em saúde e insuficiente distribuição das estruturas de atenção à saúde.

Para isso a construção do caminho da análise nesta seção apoia-se na premissa de que a ação humana se materializa pelo pensamento e discurso e revela os agentes sempre na condição humana da pluralidade (ARENDR, 2020). Imprimir movimento neste sentido esteve intrinsecamente relacionado com a ação e representa a revelação de mundos em colapso. A saúde coletiva como assunto humano é estruturada por singulares e múltiplas *teia de relações humanas* e sempre se edifica quando há humanos existindo juntos (ARENDR, 2020).

A fragilidade dos assuntos humanos (ARENDR, 2020) convida para o despertar de uma análise baseada na reação para além de meras respostas científicas. É dizer que a reação como análise é sempre uma nova ação que “segue seu curso próprio e afeta os outros” (ARENDR, 2020, p. 17). Com isto, as representações da atenção à

saúde nestes sistemas de saúde coletiva pública se materializaram sobretudo pelos mundos construídos ao reunir os lançamentos aos mundos dos cidadãos informantes.

O colapso da saúde coletiva em região transfronteiriça se apresentou de maneira imbricada com experiências próprias ou emprestadas. É assim que E14 demonstra o seu sentir “*Eu tenho dó das pessoas, meu coração parte no meio de ver gente que precisa e não consegue exame, consulta, cirurgia e medicamentos. É triste*”.

O amor justo como lei e que coloca o outro ao lado do “eu” se faz representado no discurso de E14. Devolvo a mim uma pergunta da pesquisa nesta profundidade das análises e me indago novamente, agora com uma complexificação, de como fenomenologicamente verificar a maneira que o cidadão transfronteiriço sente as dimensões da atenção à saúde. Arendt (1997, p.171) narra que “o amor que renuncia a si renuncia também ao outro como a si mesmo, mas não esquece o outro”. No discurso de E14 existem pistas sobre este sentir e que subjetivamente se conectam com o conceito de amor justo. A perturbação do sentir o outro e seus sofrimentos na atenção à saúde transfronteiriça evidencia fissuras na dominação neoliberal das relações sociais entre as fronteiras.

Um *si-mesmo* impotente frente às situações da saúde coletiva acusa também que a produção de subjetividades do sentir pode, por vezes, ser impactada pelas ausências, produzindo sentimentos que, de um modo ou de outro, podem causar conexões do *espaço-entre* transfronteiriço. Para buscar materialidade ao debate do esquecimento dos Estados nacionais, subnacionais e locorregionais para os sistemas de saúde em região transfronteiriça, é preciso assentar que “a tirania impede o desenvolvimento do poder e gera impotência tão naturalmente quanto outros organismos políticos geram poder” (ARENDR, 2020, p.251).

Para E14 sentir o sofrimento do outro e suas necessidades não atendidas pela saúde coletiva, representa um estranhamento aos mundos dos sistemas de saúde. O sentimento de compaixão ao outro se aproxima do *por-amor-de* justo, politicamente ético e existencialmente coerente. Entretanto, como sinalizei anteriormente, é condição essencial para o amar a ausência de medo. O sentir as políticas de saúde em ato, no lugar, também foram reveladas na fala de E12 e se interconecta com o discurso de E14, trazendo mais elementos substanciais para a reflexão “*Ninguém se*

*sente mais seguro na saúde daqui. As pessoas tem medo de vir ao hospital porque as pessoas entram e morrem ao invés de curar.”* Em específico, nos leva a um caminho que permite identificar sentimentos de medo, próprios do *si-mesmo*, que dão luz nas dimensões do processo saúde-doença. Para E12 os mundos da atenção à saúde vêm produzindo mais proximidades à finitude da vida e, ao sinalizar que o cidadão transfronteiriço possui insegurança ao se lançar nestes mundos, me faz refletir sobre as estratégias possíveis para que, na esfera pública, possa-se restaurar a liberdade através do combate ao medo.

O medo não é um sentimento recente em nossa sociedade e pode ser notado desde a relação à regimes totalitários como também em microestruturas que o oportunizam. Ele é estruturante na limitação das liberdades e dificulta que o *si-mesmo* execute o *por-amor-de* de forma verdadeira. Além disso o medo inviabiliza mundos salutareos da saúde ao paralisar os fluxos de cuidado devidos ao cidadão.

No sentido da condição humana e da experiência também ocorreram discursos que enxergam outros problemas estruturantes

*“Faltam insumos como medicamentos. O governo havia prometido medicamentos gratuitos a todas as pessoas, mas até agora isso não ocorreu. A corrupção dentro e fora da saúde existe. Tem pessoas que necessitam disso e acabam morrendo. Os soros por exemplo precisam ser comprados e isso é básico e aqui não tem”* E12

A promessa do Estado em ofertar insumos básicos à cidadania se constitui um assunto humano recorrente nos sistemas de saúde pública. A lei da mortalidade que transcorre entre o nascimento e a morte pode ser modificada quando há faculdades do agir próprias, planejadas e executadas (ARENDR, 2020). Ademais, quando há ausência destas faculdades ocorre a não ação que, no fenômeno da saúde coletiva, direciona para uma morte em vida, sem cidadania, dos cidadãos transfronteiriços.

É assim que Arendt (2020, p.302) caminha ao analisar a imprevisibilidade e o poder da promessa:

O perigo e a vantagem inerente a todos os corpos políticos assentados sobre contratos e tratados é que, ao contrário daqueles que se assentam sobre o governo e a soberania, deixam a imprevisibilidade dos assuntos humanos e a inconfiabilidade dos homens exatamente como são, usando-as meramente como o meio no qual são instauradas certas ilhas de previsibilidade e erigidos certos marcos de confiabilidade (ARENDR, 2020, p.302).

A não ação pelos Estados nacionais, subnacionais e até mesmo bloco regionais pode ser representada no discurso de E12, cristalizando um presente dos sistemas públicos de saúde e que torna o futuro incerto, conduzindo para a necessidade urgente de criar novos mundos possíveis para os cidadãos transfronteiriços através do tensionamento da saúde coletiva como movimento social (NUNES, 1994), pois a ação é “de fato, a única faculdade humana operadora de milagres” (ARENDDT, 2020, p.305).

Mas não foi somente na relação cidadão transfronteiriço e Estado que os mundos da saúde se apresentaram como impróprios. A relação do cuidado aos trabalhadores da saúde na fronteira surgiu em discursos que possibilitam compreender que há uma reação em cadeia causada pelas ausências.

*“Atendimento humanizado, é uma coisa que pega muito. Principalmente dos trabalhadores que estão expostos na linha de frente. É muito precário e isso é uma coisa assim que a gente vê que deixa a desejar. Eles não dão a atenção aos trabalhadores da saúde, eles maltratam esses trabalhadores”.*

E16

*“Valorizar mais os trabalhadores de saúde que trabalham aqui de forma a garantir uma jornada de trabalho mais justa, e, financeiramente uma bonificação melhor”.* E03

*“Falta atenção, falta que se paguem mais bem os médicos”* E06

A experiência de notar os trabalhadores da saúde como aliados no processo de cuidado e a sensibilidade de enxergar os mesmos em suas humanidades contribui para o lançamento ao futuro dos sistemas de saúde no lugar e contradiz alguns discursos analisados na seção do acesso à atenção à saúde. Apesar de não ser objetivo da pesquisa, o aparecimento destes discursos abre um *espaço-entre* legítimo de quem recebe a quem operacionaliza as políticas de saúde, mesmos estas não sendo, na maioria das vezes, construídas por quem executa.

O *si-mesmo* frente o pensar o trabalhador de saúde abre a análise, através do discurso de E01, para as interconexões de quem cuida. *“Eu entendo é a falta de cuidado com os trabalhadores da saúde. Eu entendo que nossos profissionais precisavam ter um reconhecimento melhor [...] estando eles bem cuidados, eles*

*também cuidarão de nós.* O caminho da materialidade efetiva das políticas de saúde certamente passa pelos trabalhadores e estes mundos trazem pistas importantes para a efetivação da política pautada na pluralidade (ARENDDT, 2020).

A operacionalidade das políticas de cuidado transfronteiriço, em suas diversas possibilidades, necessita também ser notada pelos Estados para que haja uma reconfiguração e refundação das práticas de produção de vida dentro das experiências cidadãs pelos sistemas de saúde da fronteira. A compreensão e deslocamento das relações interfederativas para a arena internacional podem dar subsídios essenciais na materialidade de relações internacionais sul-sul que dialoguem com o colapso existencial enfrentado pelos cidadãos transfronteiriços.

Os embargos nos mundos da saúde coletiva da fronteira contextualizam pistas firmes, nítidas e fortes através dos discursos cidadãos de que há processos a serem construídos e disparados pelos três Estados nacionais, entes subnacionais, independente de suas arquiteturas unitárias ou federalistas, de forma conjunta. Desnaturalizar o colapso como situação inerente é possivelmente o primeiro passo deste caminho futuro. As políticas de saúde coletiva ao se estruturarem no lugar abrem alargamentos nos espaços da integralidade na atenção à saúde e principalmente nos convidam para a abertura dos nossos olhos para as fragilidades que se mantêm e impedem de algum modo uma vida ativa pela saúde coletiva (ARENDDT, 2020).

Se entre o nascer e o morre há infinitas possibilidades existenciais (ARENDDT, 2020), é também nesse espaço que as possibilidades de construção de percursos permitem novos nascimentos a cada momento e a cada lançar da saúde coletiva como corrente de pensamento latino americanista. Os mundos da atenção à saúde em região transfronteiriça, portanto, clamam por estratégias que superem a contemplação para a verdadeira vida ativa e, conseqüentemente, a transformação do colapso para modos próprios, possíveis, verdadeiros e sensíveis de viver neste território.

## 6 CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

No percurso de construção desta Tese me lancei em mundos saúde coletivistas buscando compreender como o cidadão transfronteiriço experiencia à atenção à saúde na saúde coletiva pública entre fronteiras. Minhas aproximações ocasionaram afastamentos destes mundos ao me deparar com as provas materializadas no real pelas pessoas dentro da atenção à saúde da Argentina, Brasil e Paraguai. As escolhas dos referenciais teóricos de sustentação para a práxis na condução da pesquisa se mostraram adequadas para me trazer confiança e paz neste caminho científico, especialmente porque insisto em enxergar a fronteira como lugar contíguo, mesmo admitindo que as linhas imaginárias de algum modo criam espaços múltiplos.

Contornar os objetivos trazendo pistas para o que ocorre dentro da tríplice dimensão da saúde coletiva transfronteiriça foi potencializado com a minha escolha pela filosofia existencialista, que me permitiu mergulhar nos fenômenos humanos que se assentam nos sistemas de saúde, dando adequada distância e proximidade entre o *éthos* e a *physis* saúde coletivista. Meu esforço de analisar e trazer a público, ao menos no campo científico, a experiência do cidadão na atenção à saúde se amplificou com os resultados obtidos no campo. Este caminhar, por vezes, não foi previsível e me exigiu deslocamento de algumas categorias de análise que construí. A *physis* saúde coletivista neste lugar demonstrou que há inúmeros fenômenos para a adequada compreensão da vida transfronteiriça, enquanto que o *éthos* operante das instituições de saúde coletiva do lugar necessita ser transformado rumo a um progresso que contribua para a proteção social justa, verdadeiramente integral e plural. Acreditava no início do percurso doutoral que a busca por respostas nos três países iria trazer substancialmente caminhos possíveis para minhas inúmeras perguntas. Ao me deparar no campo com os cidadãos transfronteiriços e escutar suas histórias de vida e discursos, houveram rupturas na estrutura da forma como eu pensava a própria ação na produção científica.

Tive consciência que os objetivos do meu percurso dificilmente conseguiriam abarcar a totalidade da existência temporal destes discursos e, por isso, me lancei a mundos desconhecidos que por vezes me causaram isolamento mundano. Esta condição de isolamento do estar e pensar foi importante para encontrar as devidas estratégias de saída do mergulho.

Estas considerações são provisórias. Provisórias porque mais abrem espaço para possíveis novas perguntas do que evidenciam respostas estanques e objetivas. A possibilidade existencial que encontrei neste caminhar da Tese sinalizou vestígios sobre o cotidiano do cidadão pelos sistemas de saúde e foi por isso que decidi organizar as pistas em quatro núcleos que representaram os mundos da saúde coletiva: os mundos da permanência, os mundos do acesso, os mundos do direito e os mundos do colapso.

Quanto aos mundos da permanência, as pistas evidenciadas pela análise dos discursos permitem identificar que, na fronteira trinacional, habitam cidadãos que fenomenologicamente escolhem, de maneira própria ou condicionada, o projetar suas vidas. Essa condição se torna essencial para a partida de uma vida ativa na região e demonstra que a saúde coletiva necessita olhar singularmente para estes projetos, buscando identificar estratégias e mecanismos que protejam o existir. A própria saúde coletiva, em sua essência, pode se tornar um fator de sucesso para a permanência e incidir sobre as faculdades do julgar. Foram evidenciados discursos que ligam a permanência no lugar a tríade labor, família e amizade. As faculdades da vontade e do querer a permanência nos demonstraram movimentos múltiplos do *si-mesmo* frente ao lugar e evidenciam de algum modo as possibilidades da concretude mundana do estabelecimento dos projetos de vida. Este *si-mesmo* promove aberturas para que, inclusive, a política, planejamento e gestão em saúde se organizem a fim de promover uma qualificada atenção à saúde.

Nos mundos do acesso à atenção à saúde em território transfronteiriço foi possível perceber cenários tensionadores de barreiras que interditam as pessoas no caminhar da ponte que liga o sofrimento à produção de saúde. Estas pontes possuem barreiras simbólicas, estruturais e institucionais que precisam ser desmoronadas para permitir um trânsito pautado na verdadeira liberdade humana. Os facilitadores são construídos a partir de lançamentos que permitem a chegada no habitar do acesso, mas se mostraram com menos frequência nos discursos. Estas evidências podem promover novas articulações e atos próprios da vida ativa das instituições de saúde coletiva para que se garanta um caminho na ponte do acesso à atenção à saúde mais sensível às necessidades do cidadão que precisa de cuidados em tempo oportuno, de forma universal, gratuita, digna, humanizada e com potência de vida. O amor justo precisa ser incorporado, impulsionado e transmitido entre as classes trabalhadoras e

gestoras, levando inclusive movimentos para a formação em saúde nos três lados da fronteira para que se tensione racionalidades das arquiteturas dos Estados nacionais, subnacionais e blocos econômicos regionais.

Já os mundos do direito à saúde trouxeram pistas nítidas que se sustentam numa transferência de responsabilidades. Há uma disputa discursiva cidadã por recursos da saúde coletiva, nas quais a oferta se apresenta ainda como precária para as diversas demandas das necessidades das pessoas. Os discursos cidadãos edificam confrontos *entre si* e não *entre si* e os Estados nacionais, subnacionais, locorregionais e blocos econômicos regionais. A transferência de uma responsabilidade ao outro que vive após as pontes imobiliza uma possível luta cidadã para a ampliação e alargamentos dos direitos garantidores a todos e todas, tanto a nível doméstico como no âmbito das plataformas das relações internacionais. Estas disputas pelas políticas sociais de saúde clareiam um cenário não próprio da saúde coletiva universal como direito humano. Talvez, de algum modo, nem como direito de cidadania, pois as pistas demonstram que existem estruturas discursivas que colocam o direito à saúde como consumo. Se por um lado há imobilidades factuais que emanam destes conflitos, por outro, os mesmos são concomitantemente verdadeiras possibilidades para que haja um esforço de costura de políticas públicas efetivas nos processos de tomada de decisão pelas instituições gestoras da saúde coletiva dos três países.

Nos mundos do colapso da atenção à saúde transfronteiriça surgiram pistas complexas de como a experiência cidadã enxerga a operacionalidade das políticas de saúde, da integralidade, do cuidado e, por muitas vezes, das ausências destes. Representou a necessidade de mobilização e ação para a vida ativa que supere o presente marcado por crises e ruínas existenciais dos sistemas de saúde coletiva pública.

Esta pesquisa sugere que haja uma mobilização social, comunitária, institucional e principalmente de elaboração de políticas sociais que contribuam para reordenar os mundos da saúde coletiva transfronteiriça. A compreensão dos fenômenos singulares da saúde coletiva na fronteira permite identificar a necessidade de transformação urgente na busca por estratégias próprias para o lugar. Entretanto, pelas pistas discursivas analisadas nos resultados, este movimento precisa ser feito pela ótica transfronteiriça e não partindo de caminhos únicos de cada Estado nacional.

Recomendo desse modo que as assimetrias devem ser superadas com projeto pautado no multilateralismo e na cooperação Sul-Sul, em defesa do direito humano à saúde e com valores solidários entre as sociedades que compõe o lugar. Ainda recomendo que a cidadania transfronteiriça que existe no território precisa se organizar localmente em movimentação social em direção à luta na ordem da igualdade, justiça e respeito à sua dignidade, mas, também, é preciso agir para romper com macro narrativas históricas que mais distanciam do que aproximam os cidadãos transfronteiriços. Sugiro que somente haverá qualificação da saúde coletiva nesta região com o fortalecimento da equidade, universalidade e robustos processos de financiamento, além de modelos de gestão não privatizantes, que deixariam os cidadãos a própria sorte. A garantia de que todos os habitantes da região trinacional tenham acesso às mesmas oportunidades de atenção à saúde com qualidade e em tempo oportuno ocorrerá com políticas públicas de Estado longitudinais, com atores verdadeiramente preocupados com a região.

É necessário que se garanta urgentemente a integração entre as três nações e entre os seus sistemas públicos de saúde, respeitando as diferenças culturais, onde o desenvolver de estratégias conjuntas facilitarão a edificação de uma RAS solidária e internacional para a melhoria da vida que aqui se constrói. É fundamental, ainda, que se desenvolvam mecanismos de monitoramento e avaliação para garantir que estes movimentos integrados estejam realmente produzindo os resultados esperados e que possam ser aprimorados de acordo com as necessidades das pessoas e não as necessidades individualistas, de mercado e do capital político-financeiro.

Amor justo, a pluralidade da política, a cidadania, a atenção básica nas RAs, as relações internacionais Sul-Sul não são apenas categorias importantes para que se transformem as realidades sanitárias da fronteira trinacional, mas também são condições necessária para que exista a saúde coletiva. São condições para que se consiga transformar a dor e o sofrimento produzidos pelas ingerências na saúde nos três lados da fronteira, pela precarização do trabalho em saúde, pela baixa oferta de cuidado integral ou mesmo das fragilidades de integração das arquiteturas dos três Estados.

Pelas lacunas científicas que se abriram com esta Tese ficam algumas perguntas sugeridas para novos estudos: Quem é este outro na equação da busca por proteção em saúde de forma digna? Quem são estes que estão ocultos no poder

político das arquiteturas dos Estados na saúde coletiva pública? Os fluxos transfronteiriços na saúde coletiva pública são realmente transitórios? A saúde coletiva na formação profissional na região tem evidenciado quais fraturas são necessárias para que se encontre os principais nós críticos? Como fortalecer novos atores para que se radicalize o Movimento da Reforma Sanitária latino-americana no lugar?

Retomo deste modo as perguntas que me guiaram nesta pesquisa, por vezes complexificadas com o caminho científico construído. Pistas robustas, claras e concisas sobre o pensar e sentir cidadão na atenção à saúde foram evidenciadas, tanto no acesso e no direito, bem como se constataram facilitadores e barreiras que interditam o *si-mesmo*, seu habitar, seu ser e sua existência nos sistemas de saúde. É assim que se faz necessário sinalizar a emergência nos debates saúde coletivistas da Argentina, Brasil e Paraguai um olhar verdadeiramente preocupado com as desigualdades regionais transfronteiriças, espaço que a fronteira trinacional parece estar e permanecer desde a fundação dos três Estados-nação.

Aquí no se perdona al tonto majadero  
Aquí de nada vale tu apellido, tu dinero  
Se respeta el carácter de la gente con que andamos  
Nacimo' de muchas madres, pero aquí solo hay hermanos

La Perla – Residente Calle 13.

## 7 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Reforma política e federalismo. *In*: BENEVIDES, Maria Victoria; KERCHE, Fábio; VANNUCHI, Paulo (org.). **Reforma política e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 29, n. 2, p. e180196, 2020. ISSN 1984-0470. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180196>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180196>. Acesso em: 30 jul. 2021.

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 8, p. e00182117, 2018. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>. Acesso em: 03 ago. 2021.

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, v05, n. 01. Campo Grande, 2013.

ALUM, Julia Noemí Mancuello; BEJARANO, María Stella Cabral de. Sistema de Salud de Paraguay. **Rev. Salud Pública Parag**. v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011. Disponível em: <http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/20>. Acesso em: 25 dez. 2023.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. Revisão técnica de Adriano Correia. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

ARENDT, Hannah. **A promessa da política**. Tradução de Pedro Jorgensen Júnior. Rio de Janeiro: Editora DIFEL, 2012.

ARENDT, Hannah. **A vida do espírito**. Tradução de João C. S Duarte. Lisboa: Editora Minerva/Instituto Piaget, 1978.

ARENDT, Hannah. **Compreender: formação, exílio e totalitarismo (ensaios)**. São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

ARENDT, Hannah. **O conceito de amor em Santo Agostinho**. Tradução de Alberto Pereira Dinis. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, 1997. (Coleção Pensamento e Filosofia).

ARENHART, Carlos et al. Concepções de formadores de opinião sobre cidadania e direito à saúde na fronteira trinacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 4, p. e320406, 2022.

ARENHART, Carlos Guilherme M.; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; MELARA, Maísa; CARRIJO, Alessandra Rosa. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 11, p. 4233–4241, nov. 2022.

ARRETCHE, Marta. Estados federativos e unitários: uma dicotomia que pouco revela. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, p. e003, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/ZfRcVksWwdnRjkB6LNVFbqG/#>. Acesso em 22 dez 2023.

ASSIS, Marluce Maria A.; JESUS, Washington Luiz de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.

AYRES, José Ricardo C. M. **Organização das ações de atenção à saúde**: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 18, p. 11-23, 2009. Supl. 2.

BARRIENTOS, Miguel. Federalismo comparado entre Brasil e Argentina: O poder dos Governadores desde a redemocratização, 212p. **Dissertação** (Mestrado em Ciência Política). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2009.

BEAUVOIR, Simone De. **El existencialismo y la sabiduría de los pueblos**. Barcelona: Edhasa, 2009.

BELLO, Enzo. Cidadania, alienação e fetichismo constitucional. In: XVIII do Congresso Nacional do CONPEDI, 2009, São Paulo. **Anais...**São Paulo: FMU, 2009, p. 518-545. Disponível em: [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao\\_paulo/1891.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/1891.pdf). Acesso em: 20 dez. 2023.

BOBBIO, Norberto. **El existencialismo**: un ensayo de interpretación. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

BRANDÃO, Carlos. Pacto federativo, reescalamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimentos regional no Brasil. In: BRANDÃO, Carlos; SIQUEIRA, Hipólita (org.). **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 163-174.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Mercosul**. 2. ed. rev. e amp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mercosul.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Painel de indicadores da atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Regionalização é o futuro do SUS. [Entrevista concedida a] Davi Carvalho. **Região e Redes**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CARVALHO, José Murilo de. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. *In*: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (org.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp, 2004. p. 21-33.

CASTRO, Thales. Epistemologia das relações internacionais. *In*: CASTRO, Thales. **Teoria das relações internacionais**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012. Cap. 5, p. 309-421.

CHACÓN, Rodrigo. Vita activa de Hannah Arendt: como un reescrever fenomenológico da condição humana. **Caderno CRH**, Salvador, BA, v. 33, e020017, 2020. ISSN 1983-8239. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.35520>. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.35520>. Acesso em: 22 jun. 2022.

CLARA NUNES. **As forças da Natureza**. Brasil: Odeon: 1977. Online (03:57min).

COMESANA SANTALICES, Gloria; CURE DE MONTIEL, Marianela. El pensamiento como actividad según Hannah Arendt. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo, v. 11, n. 35, p. 11-30, dic. 2006. Disponível em: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-52162006000400002&lng=es&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162006000400002&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 22 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Saúde e regionalização da saúde e posicionamentos e orientações**. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS 20 anos**. Brasília, DF: CONASS, 2009.

CYFER, Ingrid et al. A condição humana de Hannah Arendt chega aos 60 anos: possibilidades e limites da sua contribuição em um cenário de conjunção de crises. **Caderno CRH**, v. 33, p. e020013, 2020.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Cultura e Política**, São Paulo, SP, n. 24, p. 85-116, 1991. ISSN 1807-0175. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Acesso em: 17 set. 2021.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 1, p. 119 – 144, 2001. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6364>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FIORI, José Luís. Sobre o poder global. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, p. 61-72, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/9QRmdS45LpHNRKR4rrXV77c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

FLEURY, Sônia, OUVREY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-58.

FUKS, Betty Bernardo. É isto um cidadão? É isto uma cidadã?. **Rev latinoam psicopatol fundam** [Internet]. 2022Jan;25(1):11–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p11.1>

GALEANO, Eduardo. O caçador de histórias. **Editora L&PM Ebooks**, Trad. Eric Nepomuceno. Porto Alegre, 2016.

GALVÃO, Taís Freire et al. Tempo de espera e duração da consulta médica na região metropolitana de Manaus, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. e2020026, 2020.

GIMENEZ-CABALLERO, Edgar; RODRIGUEZ, José Carlos; PERALTA, Néstor. Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, Asunción, v. 14, n. 3, p. 44-51, Dec. 2016

GIOVANELLA, Lígia.; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00118816, 2017.

GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, p. e00118816, 2017. Supl. 2. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>. Acesso em: 6 set 2023

GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; SCHENKMAN, Simone; ALMEIDA, Patty Fidelis de; SARDINHA, Luciana M. Vasconcelos; VIEIRA, Maria Lúcia F. Pontes. Cobertura da estratégia saúde da família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, p. 2543-2556, 2021. Supl. 1. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 25 jul. 2023.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassian; Mendes, ALMEIDA; Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. ISSN 1678-4561. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 24 jul. 2022.

GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luísa; NOGUEIRA, Vera Maria R.; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; DAMACENA, Giseli N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, p. s251-266, 2007. Supl. 2.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. de. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GLERIANO, Josué Souza; FABRO, Gisele Caroline R.; TOMAZ, Wanderson B.; FORSTER, Aldáisa Cassanho; CHAVES, Lucieli D. Pedreschi. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 1, p. e20200093, 2021. ISSN 2177-9465. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>. Acesso em: 26 jul. 2022.

HEIDEGGER, Martin. **Construir, habitar, pensar**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 1951. Disponível em: Microsoft Word - heidegger.doc (wordpress.com). Acesso em: 17 set. 2023.

LAFER, Celso. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estud av** [Internet]. 1997May;11(30):55–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000200005>

LANDIM, Edivânia; SANTOS, Lúcia Araujo; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula C. de Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 43, n. 5, p. 161-173, 2019. ISSN 2358-2898. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LIMA, Luciana Dias de. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 73-139. *E-book*. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Regionalização da saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 459-491.

LIPJPHART, Arend. **Modelos de democracia**: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 213-225.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; GIOVANELLA, Lígia. Sistema de saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 3, p. 89-120.

LUCAS SANTANA *feat* JALOO, JUÇARA MARÇAL e LINN DA QUEBRADA. **Ninguém solta a mão de ninguém**. Brasil: No Format: 2019. Online (04:44).

MANO CHAO. **Lágrimas de Oro**. México: Virgin Mex: 2000. Online (02:58min).

MARQUES, Eduardo Cesar. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **BIB-Revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais**, Rio de Janeiro, RJ, n. 43, p. 67-102, 1997.

MATTOS, Ruben. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In*: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: **ABRASCO**; 2009. p.369-383.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL). **Estatuto da Cidadania do MERCOSUL**. Montevideú, 19 dez. 2022. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/estatuto-cidadania-mercosul/>.

MERHY, Emerson. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 267–279, abr. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. **Petrópolis**, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 07–19, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 12, p. 365-394.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas; DUARTE, Cristina Maria Rabelais; PAVÃO, Ana Luiza Braz; VIACAVA, Francisco. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 11, p. e00120718, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (Série técnica para gestores do SUS sobre redes integradas da atenção à saúde baseadas na APS, n. 2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Washington: Pan-American Health Organization, 2005. Disponível em: [https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/OPAS\\_APS.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/OPAS_APS.pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

PADULA, Raphael. **A disputa de poder global e a ordem liberal no século XXI**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/PADULA-R-2021-Disputa-Poder-Global-Ordem-Liberal-Seculo-XXI-Fiocruz-Saude-Amanha-TD058.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 15, 459-491.

PARAGUAI. Constituição (1992). **Constituição da República do Paraguai**. Asunción, PY, 1992. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/pt/bdnp/993/constitucion-republica-paraguay>. Acesso em 21 dez 2023.

PEITER, Paulo C. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

PEITER, Paulo C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, p. s237-250, 2007. Supl. 2.

PETERSON, John; BOUCHARD, Caroline. Making multilateralism effective: modernising global governance. *In*: BOUCHARD, Caroline; PETERSON, John; TOCCI, Nathalie (ed.). **Multilateralism in the 21st century: Europe's quest for effectiveness**. London: Routledge, 2013. p. 12-38.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: **ABRASCO**, IMS, 2009. Acesso em 22 dez 2023.

RAMÍREZ BRASCHI, Dardo. Federalismo y soberanía en la institucionalización correntina decimonónica. Bases para la construcción del Estado argentino, 327p. **Tese** (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito, Ciências Sociais e Políticas. Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, 2016.

RAMÍREZ BRASCHI, Dardo. La revolución desde Buenos Aires y el origen del federalismo argentino. **Temas Americanistas**, ES, n. 26, 2020. DOI: 10.12795/Temas-Americanistas.2011.i26.04. Disponível em: [https://revistascientificas.us.es/index.php/Temas\\_Americanistas/article/view/14694](https://revistascientificas.us.es/index.php/Temas_Americanistas/article/view/14694). Acesso em: 21 dic. 2023.

RENÉ PÉREZ RESIDENTE *feat* RUBÉN BLADES e LA CHILINGA. **La Perla**. Porto Rico: Filmes Zapatero: 2009. Online (06:57).

RENÉ PÉREZ RESIDENTE. **El Aguante**. Porto Rico: Filmes Zapatero: 2014. Online (04:36).

RENÉ PÉREZ RESIDENTE. **Multi Viral**. Porto Rico: Filmes Zapatero: 2014. Online (04:28)

ROVERE, Mario. El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidad. **Rev Debate Público**, 2016. Acesso em 22 dez 2023. Disponível em: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8574/7231>.

ROVERE, Mario. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. **Rev La Esquina del Sur**, 2004. Acesso em 22 dez 2023. Disponível em <https://elagoraasociacioncivil.files.worpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccion-de-un-sistema-injusto.pdf>

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Redes no SUS: marco legal. *In*: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013. p. 22-34.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SARTRE, Jean-Paul. **O existencialismo é um humanismo: a imaginação: questão de método**. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SILVA, Silvio Fernandes da (org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SOUSA, Allan Nuno Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018).

Revista Brasileira de Enfermagem—**REBEn**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, p. e20200500, 2021. ISSN 1984-0446. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>. Acesso em: 25 jul. 2021,

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, p. e00046818, 2019. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00046818.pdf>. Acesso em: 21 maio 2021.

SOUZA, Celina Maria de. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004>. Acesso em: 11 jan. 2022.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, Ana Paula Repolês. O sentido da política em Hannah Arendt. **Trans/Form/Ação**, v. 30, n. 2, p. 235–246, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trans/a/ZQCyktkhg6JFhr5bhXKdXyS/>. Acesso em 25 dez 2023.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, p. e00022519, 2019. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022519>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BOUSQUAT, Aylene; MELO, Guilherme A.; NEGRI FILHO, Armando de; MEDINA, Maria Guadalupe. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 27 jul. 2021

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; NASCIMENTO, Leila C. do; MENEZES, Cássia; SANTOS, Thiago R.; NITSCHKE, Rosane G. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem—REBEn**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, p. e20200656, 2021. ISSN 1984-0446. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>. Acesso em: 25 jul. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **La atención primaria de salud: más necesaria que nunca**. Ginebra: WHO, 2008. Disponível em: [08\\_report\\_es.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/08_report_es.pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

## 8 APÊNDICES

### APÊNDICE I

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**Pergunta Mote:** Como é ser cuidado pela saúde de seu país? Como você se sente e como é receber esse cuidado?

**Descrição da Expectativa:** Com este bloco de inquietações espera-se explorar nas narrativas dos e das entrevistados(as) as dimensões da vida cotidiana na fronteira, o cuidado ofertado pela saúde coletiva dos sistemas de saúde e suas interrelações com o território tri-fronteiriço.

- a) Você vive há quanto tempo aqui na fronteira? Como chegou aqui e o que te trouxe? Como é viver aqui para ti? O que te faz ficar?
- b) Há alguma história que repercutiu em ti, em amigos/as ou na tua família e que envolve a saúde pública?
- c) Você se sente cuidado pela saúde pública do seu país? Como é isso para você? Você já se sentiu descuidado(a) pelo sistema de saúde? Como foi?
- d) Durante a pandemia de COVID-19 você ou familiares precisaram de assistência da saúde pública? Como foi isso para você (s)?

**Pergunta Mote:** Como você acessa a saúde pública no seu país? Existem facilitadores? Existem barreiras? Quais são?

**Descrição da Expectativa:** Com este bloco de inquietações espera-se explorar nas narrativas dos e das entrevistados(as) as dimensões do acesso às políticas e práticas de produção de saúde na fronteira, relacionando-os com o território e a forma que a cidadania faz uso dos sistemas de saúde dos três lados da fronteira.

- e) Me conte um pouco sobre como é precisar de saúde aqui na fronteira?
- f) De que forma você utiliza o sistema de saúde do seu país?
- g) Você já acessou o sistema de saúde do outro lado da fronteira? Como foi?
- h) Quais problemas que você identifica quando precisa se cuidar pelo sistema de saúde de seu país?

- i) Quais facilidades que você identifica quando precisa se cuidar no sistema de saúde do seu país?

**Pergunta Mote:** A saúde que você se cuida e acessa tem qualidade? Como você enxerga os direitos sociais das pessoas aqui na fronteira? Como é isso?

**Descrição da Expectativa:** Com este bloco de inquietações espera-se explorar nas narrativas dos e das entrevistados(as) as dimensões dos direitos sociais de cidadania no âmbito da saúde, com a perspectiva de aprofundar o debate de como eles experenciam e veem estes direitos na fronteira, ao modo que se busca também verificar as possibilidades de superação dos conflitos na ordem da qualificação dos múltiplos sistemas de saúde da região.

- j) De que forma você avalia a saúde ofertada pelos seu país?
- k) Para você, o que é ter saúde? Quais pensamentos te vem em mente quando eu digo “Direito à Saúde?”
- l) Aqui na fronteira, você pensa que todos têm ou deveriam ter direito à saúde nos três lados da fronteira? Por que?
- m) O que os governos locais poderiam fazer para melhorar a saúde pública?

**Pergunta Mote:** Como ocorrem as interações sociais entre as pessoas que vivem aqui na fronteira? Existem vulnerabilidades?

**Descrição da Expectativa:** Com este bloco de inquietações espera-se explorar nas narrativas dos e das entrevistados(as) a dimensão da coexistência entre os diversos grupos sociais que vivem na fronteira e que acessam as políticas sociais de saúde, e visa aprofundar as análises sobre o conceito de amor, política, vizinhança e existência na fronteira trinacional.

- n) Como você enxerga a interação social entre os grupos étnicos aqui da fronteira?
- o) Você percebe alguma vulnerabilidade social/saúde em algum grupo? Qual? Por que isso ocorre?
- p) Você convive ou já conviveu com pessoas do outro lado da fronteira? Como é isso para você?

- q) As pessoas aqui na fronteira têm convívio no dia-dia? Você conhece algum caso de pessoas que transitam diariamente pela fronteira? Para que? Como é isso?

**APÊNDICE II****QUESTIONÁRIO DE PERFIL DA CIDADANIA**

Nome da Cidade:

Nome do entrevistado (a):

Número da Entrevista:

Data da Entrevista:

Contato telefônico do Entrevistado:

**Qual a sua faixa etária?**

- 18 a 20 anos
- De 20 a menos de 30 anos
- De 30 a menos de 40 anos
- De 40 a menos de 50 anos
- De 50 a menos de 60 anos
- De 60 a menos de 70 anos
- De 70 anos ou mais

**Qual gênero você se identifica?**

- Masculino
- Feminino
- Não Binário

**Você possui formação?**

- Analfabeto

- Até 5º Ano Incompleto
- 5º Ano Completo
- 6º ao 9º Ano do Fundamental
- Fundamental Completo
- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Mestrado
- Doutorado

**Qual sua nacionalidade?**

**Há quanto tempo reside na tríplice fronteira?**

**Possui plano privado de saúde? Qual?**

**Está vinculado a uma equipe de APS? Qual?**

**Possui algum problema de saúde crônico? Qual?**

## APÊNDICE III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (PT)

**Título do Projeto: A saúde coletiva da cidadania transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina**

Pesquisadores

Ms. Carlos G. Meister Arenhart

Dr. Alberto Durán González

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem como objetivo identificar como os povos transfronteiriços entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experenciam a Saúde Coletiva, como também compreender as concepções de direito à saúde da cidadania na fronteira trinacional, identificar como as nações transfronteiriças experenciam o acesso à atenção à saúde e buscar entender as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço. Esperamos, com este estudo, contribuir através de nossas análises para futuros ajustes nas políticas sociais de saúde fronteiriças e aprimorar, inclusive, mecanismos institucionais e legais dos governos locais e regionais que constituem a nossa região para a proteção de uma saúde pública de qualidade.

Durante a execução do questionário, você pode sentir-se desconfortável com algumas perguntas de nosso roteiro. No caso de ocorrer, iremos interromper a entrevista ou verificar com você a melhor maneira de corrigir o problema. Podemos agendar o diálogo para uma data posterior ou interromper definitivamente a sua participação no estudo. Caso isto ocorra, os pesquisadores se responsabilizam por reparar os danos causados a você.

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento.

No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos contatos mencionados acima ou pelo telefone do CEP UEL 55 + (43) 3371-5455.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue a você e a outra ficará sob posse dos pesquisadores.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

**Nome** \_\_\_\_\_

Eu, Carlos Meister Arenhart, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e esclareci possíveis dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE IV

### TERMO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO (ES)

Título del Proyecto: La salud colectiva de la ciudadanía transfronteriza entre Brasil, Paraguay y Argentina

Investigadores: Carlos G. Meister Arenhart e Dr. Alberto Durán González

Te invitamos a participar de nuestra investigación que tiene como objetivo identificar cómo los pueblos transfronterizos entre Foz do Iguazu - Brasil, Ciudad Del Este - Paraguay y Puerto Iguazú - Argentina viven la Salud Pública, así como comprender las concepciones del derecho a la salud de ciudadanía en la frontera trinacional, identificar cómo las naciones transfronterizas experimentan el acceso a la atención médica y buscar comprender las barreras y los facilitadores para acceder a la salud en el territorio transfronterizo. Esperamos, con este estudio, contribuir a través de nuestros análisis a futuros ajustes en las políticas sociales de salud fronteriza e incluso a mejorar los mecanismos institucionales y legales de los gobiernos locales y regionales que conforman nuestra región para la protección de la salud pública de calidad.

Durante la ejecución del cuestionario, es posible que se sienta incómodo con algunas de las preguntas de nuestro guión. En caso de que ocurra, interrumpiremos la entrevista o consultaremos con usted la mejor manera de corregir el problema. Podemos programar el diálogo para una fecha posterior o discontinuar permanentemente su participación en el estudio. Si esto ocurre, los investigadores son responsables de reparar el daño causado a usted.

Su identidad no será revelada y sus datos serán tratados de forma confidencial, siendo utilizados únicamente con fines científicos. Tampoco pagará ni se le pagará por participar en el estudio. Además, puede cancelar su participación en la encuesta en cualquier momento.

En caso de dudas o necesidad de reportar un evento, puede comunicarse con los investigadores a través de los contactos mencionados anteriormente o llamando al CEP UEL 55 + (43) 3371-5455.

Este documento se firmará en dos copias, una de las cuales se le entregará a usted y la otra quedará en poder de los investigadores.

Declaro ser consciente de lo anterior y deseo participar en el proyecto.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Yo, Carlos Meister Arenhart, declaro haber proporcionado toda la información del proyecto al participante y aclarado posibles dudas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**APÊNDICE V**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (PT)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Sr.(a) Gestor (a) do(a) \_\_\_\_\_

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Carlos Guilherme Meister Arenhart, aluno do Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina (UEL) estou realizando a pesquisa intitulada: **A saúde coletiva da cidadania transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina.** O objetivo desta pesquisa é identificar como os povos transfronteiriços entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experenciam a Saúde Coletiva, como também compreender as concepções de direito à saúde da cidadania na fronteira trinacional, identificar como as nações transfronteiriças experenciam o acesso à atenção à saúde e buscar entender as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço. Esperamos, com este estudo, contribuir através de nossas análises para futuros ajustes nas políticas sociais de saúde fronteiriças e aprimorar, inclusive, mecanismos institucionais e legais dos governos locais e regionais que constituem a nossa região para a proteção de uma saúde pública de qualidade. Para que a pesquisa seja realizada, solicitamos sua autorização para abordar a cidadania que utiliza este equipamento de saúde. Esclareço que o projeto respeita as condições ética previstas pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Em caso de dúvidas estou disponível pelo endereço: (xxx) e pelo telefone (xxx).

De acordo \_\_\_\_\_

Nome por extenso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE VI**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ES)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Sr.(a) Gestor (a) do(a) \_\_\_\_\_

Estimado,

Yo, Carlos Guilherme Meister Arenhart, doctorando en Salud Colectiva en la Universidad Estadual de Londrina (UEL), estoy realizando la investigación titulada: La salud colectiva de la ciudadanía transfronteriza entre Brasil, Paraguay y Argentina. El objetivo de esta investigación es identificar cómo los pueblos transfronterizos entre Foz do Iguaçu - Brasil, Ciudad Del Este - Paraguay y Puerto Iguazú - Argentina viven la Salud Colectiva, así como comprender las concepciones del derecho a la salud de la ciudadanía sobre la frontera trinacional, identificar cómo las naciones transfronterizas experimentan el acceso a la atención médica y buscar comprender las barreras y los facilitadores en el acceso a la salud en el territorio transfronterizo. Esperamos, con este estudio, contribuir a través de nuestro análisis a futuros ajustes en las políticas sociales de salud fronterizas y mejorar, incluso, los mecanismos institucionales y legales de los gobiernos locales y regionales que constituyen nuestra región para la protección de la salud pública de calidad. Para la realización de la investigación solicitamos su autorización para acercarnos a los ciudadanos que utilizan este equipamiento sanitario. Aclaro que el proyecto respeta las condiciones éticas establecidas por el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Londrina (UEL).

Si tienes alguna duda, estoy disponible en: (xxx) y en el teléfono (xxx).

De acordo \_\_\_\_\_

Nome por extenso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## 9 ANEXOS

## ANEXO I

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO (BR)



*Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu*

ESTADO DO PARANÁ

*Secretaria Municipal da Saúde*

### AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Jaqueline Tontini, **AUTORIZA** o acadêmico **CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART** – da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob a orientação do Professor Dr. Alberto Durán González, a realizar pesquisa junto à Diretoria de Atenção Primária em Saúde, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto "A Saúde Coletiva da cidadania transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina".

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pelo acadêmico e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta/pesquisa não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pela coordenação do curso e 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, 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. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço 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, 16 de novembro de 2022.



Jaqueline Tontini

Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu

Jaqueline Tontini  
Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu  
Pessoa nº 74.517

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85851-000 - Foz do Iguaçu - Paraná  
TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saude@pmfi.pr.gov.br


	<b>TERMO</b> <b>NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA &amp; EXTENSÃO</b>			
	<b>AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA</b>			
	Código: TERM.NEPE.002	Versão: 001 / Revisão: 001	Página 1 de 1	

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

O Diretor Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu, André Ricardo Corio Di Buriacco, AUTORIZA o (a) pesquisador (a) Carlos Guilherme Meister Arenhart do Doutorado em Saúde Coletiva, da instituição Universidade Estadual de Londrina (UEL) a realizar a pesquisa, sob orientação do (a) professor (a) Dr. Alberto Durán González com o título "A saúde coletiva da cidadania transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina", no âmbito das dependências da Fundação Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu. A pesquisa tem o objetivo de identificar como os povos transfronteiriços entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experienciam a Saúde Coletiva, como também compreender as concepções de direito à saúde da cidadania na fronteira trinacional, identificar como as nações transfronteiriças experienciam o acesso à atenção à saúde e buscar entender as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço, com a utilização do método descritivo-exploratório, fundamentalmente do tipo qualitativa com pressupostos analíticos existencialistas, com os resultados esperados de através de nossas análises para futuros ajustes nas políticas sociais de saúde fronteiriças e aprimorar, inclusive, mecanismos institucionais e legais dos governos locais e regionais que constituem a nossa região para a proteção de uma saúde pública de qualidade. Fica esta autorização condicionada à ciência e observação de cumprimento, pelo pesquisador e pela instituição de Ensino, a coleta de dados não ter sido iniciada e que somente poderá ocorrer após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) pela instituição que frequenta via Plataforma Brasil. O pesquisador está ciente que, ao receber a autorização da pesquisa pelo CEP, deve entrar em contato com o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão para comunicar o início da coleta de dados. Reforça-se a necessidade do projeto estar adequado aos preceitos éticos estabelecidos pelas normativas CNS 466/2012 e CNS 580/2018, respeitando-se o sigilo das informações prestadas e o compromisso de não divulgação de dados para fins alheios à pesquisa acadêmica, assegurando a privacidade dos participantes da pesquisa e dos documentos contatados, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos. O pesquisador também garante realizar a pesquisa com base na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço 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 de Iguaçu, 24 de abril de 2023.

\_\_\_\_\_  
André Ricardo Corio Di Buriacco - Diretor Presidente  
Fundação Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu


  
 André Ricardo Corio Di Buriacco  
 Diretor Presidente FMSP/MS  
 CPF: 008.463.379-77

Elaborado por: Núcleo de Ensino, Pesquisa & Extensão	Verificado por: Gestão de Qualidade	Aprovado por: Portaria nº 210/2023-COC Diretor Presidente
Data de Elaboração: 17/10/2022	Próxima Revisão: 17/10/2024	Diretor Técnico Diretor Assistencial

  
 André Ricardo Corio Di Buriacco  
 CPF: 008.463.379-77

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO (PY)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA  
PROGRAMA DE POS GRADUACION EN SALUD COLECTIVA - DOCTORADO  
Ciudad del Este, 20 de Febrero de 2023

Señor  
**Dr. Federico Schodel**  
Director del Hospital Regional de Ciudad del Este

Eu, Carlos Guilherme Meister Arenhart, aluno do Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina (UEL) estou realizando a pesquisa intitulada: A saúde coletiva da cidadania transfronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina.

O objetivo desta pesquisa é identificar como os povos transfronteiriços entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazú – Argentina experienciam a Saúde Coletiva, como também compreender as concepções de direito à saúde da cidadania na fronteira trinacional, identificar como as nações transfronteiriças experienciam o acesso à atenção à saúde e buscar entender as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço.

Esperamos, com este estudo, contribuir através de nossas análises para futuros ajustes nas políticas sociais de saúde fronteiriças e aprimorar, inclusive, mecanismos institucionais e legais dos governos locais e regionais que constituem a nossa região para a proteção de uma saúde pública de qualidade.

Para que a pesquisa seja realizada, solicitamos sua autorização para abordar a cidadania que utiliza este equipamento de saúde. Esclareço que o projeto respeita as condições ética previstas pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Em caso de dúvidas estou disponível pelo endereço:  
carlosmeistera@gmail.com e pelo telefone +5551982602148.

*23/02/23*  
*10:05*  
*Finalizado*

Carlos Guilherme Meister Arenhart  
Carlos G.M. Arenhart – Doctorando em Salud Colectiva - UEL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE  
CIUDAD DEL HOSPITAL

*Dr. Hugo R. Castorelli*  
Dr. Hugo R. Castorelli  
Sal. Doctores, Medicina Social  
Hospital Regional CDE

*10:05*  
*Finalizado*

*10:05*  
*Finalizado*

*10:05*  
*Finalizado*

## ANEXO III

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO (AR)

## APÊNDICE V

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - ESPAÑOL

Febrero, 22 de 2023.

Sr.(a) Gestor (a) do(a) HPASI (JAVIER MARX)

Estimado,

Yo, Carlos Guilherme Meister Arenhart, doctorando en Salud Colectiva en la Universidad Estadual de Londrina (UEL), estoy realizando la investigación titulada: La salud colectiva de la ciudadanía transfronteriza entre Brasil, Paraguay y Argentina. El objetivo de esta investigación es identificar cómo los pueblos transfronterizos entre Foz do Iguaçu - Brasil, Ciudad Del Este - Paraguay y Puerto Iguazú - Argentina viven la Salud Colectiva, así como comprender las concepciones del derecho a la salud de la ciudadanía sobre la frontera trinacional, identificar cómo las naciones transfronterizas experimentan el acceso a la atención médica y buscar comprender las barreras y los facilitadores en el acceso a la salud en el territorio transfronterizo. Esperamos, con este estudio, contribuir a través de nuestro análisis a futuros ajustes en las políticas sociales de salud fronteras y mejorar, incluso, los mecanismos institucionales y legales de los gobiernos locales y regionales que constituyen nuestra región para la protección de la salud pública de calidad. Para la realización de la investigación solicitamos su autorización para acercarnos a los ciudadanos que utilizan este equipamiento sanitario. Aclaro que el proyecto respeta las condiciones éticas establecidas por el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Londrina (UEL).

Si tienes alguna duda, estoy disponible en: carlosmeistera@gmail.com y en el teléfono +5551982602148.

De acuerdo AutorizadoNombre por extenso Hospital Público de Autogestión Samic Iguazú

Febrero, 22 de 2023.

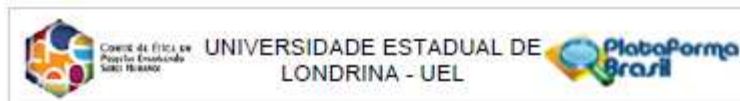
Mgter. (Bco.): Marx Javier  
Docencia e Investigación  
Hospital SÁMIC Pto. Iguazú

DOCENCIA E INVESTIGACION  
HOSPITAL PÚBLICO SÁMIC  
Febrero 22 de 2023



## ANEXO IV

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEL (BR)



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A SAÚDE COLETIVA DA CIDADANIA TRANSFRONTEIRIÇA ENTRE BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA

**Pesquisador:** Carlos Guilherme Melster Arenhart

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66474823.3.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.869.652

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa proposta por discente do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, de caráter descritivo-exploratória que pretende compreender como os cidadãos e cidadãs em região de fronteira experienciam a saúde coletiva em equipamentos de saúde pública. Para isso, epistemologicamente se alicerça na filosofia da existência para analisar as narrativas, visões e concepções de mundo dos sujeitos informantes. O percurso exploratório permite o pesquisador ampliar e fortalecer seu experienciamento em torno do problema de pesquisa. É dizer que aqui configuraremos o campo da pesquisa, que será composto pela realização de entrevistas anônimas, abertas e transcritas com a cidadania dos três lados da fronteira trinacional que experienciam a saúde pública/coletiva. Serão abordados cidadãos e cidadãs em equipamentos de saúde pública, a saber: a) no caso brasileiro: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e na sala de espera da Unidade Básica de Saúde Jardim América; b) no caso argentino: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Dra. Marta Schwarz e na sala de espera do Centro de Atenção Primária Villa Nova; c) no caso paraguaio: na sala de Visitantes (Recepção) do Hospital Regional de Ciudad del Est e na sala de espera da Unidade de Atenção Básica Ciudad Nueva. Já no percurso descritivo optamos por realizar um estudo de caso na Unidade Básica de Saúde Jardim América em Foz do Iguaçu, que atende grande diversidade populacional, imigrantes, migrantes, brasiguaios, paraguaios e outras nacionalidade como referência da APS local. Aqui poderemos aprofundar de forma mais intensa o objeto da pesquisa, bem como o cuidado e o acesso se

Endereço: LABESC - Sala 14  
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970  
 UF: PR Município: LONDRINA  
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep206@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Protocolo: 5.099-052

materializam para não nacionais no sistema de saúde brasileiro e como o acesso se edifica nas dimensões da saúde coletiva. A escolha dos sujeitos-informantes será via amostragem por conveniência, justificado pelas limitações de tempo e pela diversidade de territórios. Os dados dos percursos descritivo e exploratório serão coletados por entrevista aberta com duas perguntas norteadoras "Como você utiliza o sistema de saúde aqui na fronteira?" e "Como é precisar de saúde aqui na fronteira? Há barreiras? Há facilitadores?" e por um questionário estruturado disposto no apêndice I deste projeto.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Identificar como os povos transfronteiriços entre de Foz do Iguaçu – Brasil, Ciudad Del Este – Paraguai e Puerto Iguazu – Argentina experienciam a Saúde Coletiva.

Os objetivos secundários:

- I – Compreender as concepções de direito a saúde da cidadania na fronteira trinacional;
- II – Identificar como as cidadanias transfronteiriças experienciam o acesso à atenção à saúde;
- III – Buscar entender as barreiras e os facilitadores no acesso à saúde no território transfronteiriço através das percepções cidadãs.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá ocorrer riscos, estando estes relacionados ao desconforto com as perguntas do questionário. Para isso, os pesquisadores se comprometem em encerrar a entrevistas caso seja verificado algum constrangimento nos sujeitos informantes. Assim, se pactuará nova data para a entrevista ou mesmo o encerramento do participante no estudo.

Benefícios: A presente pesquisa visa contribuir para o desenvolvimento da saúde coletiva em região de fronteira internacional e poderá trazer subsídios fundamentais para a elaboração de políticas públicas, acordos de cooperação, programas específicos e melhoria na qualidade da atenção a saúde da população transfronteiriça. Além disso, espera-se compreender epistemologicamente e contribuir teoricamente para o campo da saúde coletiva, na subárea Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de conhecimento.

Endereço: LABESC - Sala 14  
Bairro: Campus Universitário  
UF: PR Município: LONDRINA  
Telefone: (45)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep09@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.059.022

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto devidamente assinada e carimbada pela coordenação de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Cronograma apresentado está adequado, coleta de dados com a partir de abril de 2023.

Orçamento e financiamento: orçamento apresentado e financiamento próprio.

TCLE: Está na forma de convite, a linguagem é acessível, riscos e benefícios da pesquisa estão expostos.

Apresenta a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, assinada e com papel timbrado.

Apresenta o modelo do termo de autorização em português e espanhol, sem a assinatura, carimbo ou papel timbrado das Instituições do Paraguai e Argentina.

Roteiro do instrumento de coleta de dados foi apresentado em anexo

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Pendência 1 – É necessário apresentar a autorização das Instituições do Paraguai e Argentina, preenchidos e assinados, assim como foi apresentado a autorização da Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu

Pendência 2 – Tanto no Projeto Básico como no TCLE os riscos devem conter o amparo dos pesquisadores em caso de desconforto ou qualquer dano. De acordo com o que segue abaixo na resolução 466/2012

"Art.19. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização."

Sendo assim, de acordo com a resolução, esse CEP solicita que seja estabelecido no Projeto Básico e no TCLE que o pesquisador irá amparar os participantes da pesquisa sempre que necessário.

Pendência 3 – O pesquisador deve trocar todos os termos "sujeitos da pesquisa" por "participantes da pesquisa", tendo em vista que o termo sujeito de pesquisa não é adequado de acordo com as resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016.

O Comitê de Ética alerta e recomenda que, caso não seja possível iniciar/realizar a coleta de dados dentro do período previsto, a alteração e solicitação de novas datas podem ser solicitadas via

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep208@uel.br



COMISSÃO DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.059.002

emenda ao projeto.

Lembramos aos pesquisadores que as análises posteriores ainda podem gerar pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela pendência do projeto de pesquisa. Pedimos que seja(m) atendida(s) a(s) pendência(s) apresentada(s). Reforçamos que o atendimento seja feito em tempo que não comprometa o cronograma de início da pesquisa, tendo em vista que o CEP não pode avaliar projetos de pesquisa já iniciados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_2072356.pdf	04/01/2023 17:24:55		Aceito
Folha de Rosto	foihaderostoassinadacariosarenhartppgs cuel.pdf	04/01/2023 17:24:15	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito
Outros	autorizacaomsafzdoiguacu.pdf	03/01/2023 05:36:56	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevistas.docx	03/01/2023 05:35:56	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito
Outros	termo_autorizacao_institucional.docx	03/01/2023 05:35:35	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito
TCE/ Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Tese_Carlos.docx	03/01/2023 05:34:59	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoese_carlos_janeiro_2023.docx	03/01/2023 05:31:12	Carlos Guilherme Meister Arenhart	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: LASESC - Sala 14  
Bairro: Campus Universitário  
UF: PR Município: LONDRINA  
Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-070

E-mail: cep09@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 8.069.052

LONDRINA, 31 de Janeiro de 2023

---

Assinado por:  
Adriana Lourenço Soares Russo  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep208@uel.br