



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**PRÉ-NATAL:
UMA INCÓGNITA DA FRONTEIRA BRASIL X PARAGUAI**

MARLA CARINE SCHLICKMANN

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu
2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

PRÉ-NATAL:

UMA INCÓGNITA DA FRONTEIRA BRASIL X PARAGUAI

MARLA CARINE SCHLICKMANN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Carmen Justina Gamarra

Foz do Iguaçu

2022

MARLA CARINE SCHLICKMANN

PRÉ-NATAL:

UMA INCÓGNITA DA FRONTEIRA BRASIL X PARAGUAI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Prof. Dr. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima
UNILA

Prof. Dr. Gilson Batista de Oliveira
UNILA

Foz do Iguaçu, 13 de outubro de 2022

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

S344

Schlickmann, Marla Carine.

Pré-Natal: uma incógnita da fronteira Brasil x Paraguai / Marla Carine Schlickmann. - Foz do Iguaçu - PR, 2022.

98 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu-PR, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Carmen Justina Gamarra.

1. Direito a saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Imigrantes. 4. Políticas públicas. I. Gamarra, Prof. Dr. Carmen Justina. II. Título.

CDU 618.2/.7(893:81)

AGRADECIMENTO

Ao Curso de Pós Graduação em Políticas Públicas e Sociedade da UNILA pelo incentivo do aprimoramento do conhecimento e da qualificação profissional.

Ao meu esposo Sandro Ferreira. Sem o seu amor, amizade, carinho, incentivo e compreensão, eu jamais conseguiria concluir este trabalho.

A orientadora Prof. Dr. Carmen Justina Gamarra, pelas leituras, dedicação e eficiência em ler e corrigir as várias versões apresentadas, pelas considerações e sugestões que fez. Pelo profissionalismo com que me orientou. A ela agradeço também por ter sido terno e compreensiva nos momentos em que meus problemas pessoais atrapalharam o andamento dos trabalhos, e por nunca ter desistido de me auxiliar sempre que necessitei.

A minha mãe Cecília Inês Frey, que se dedicou com todo amor e carinho aos cuidados da minha filha, para que eu pudesse concluir essa etapa da minha formação com êxito.

Ao Prof. Dr. Gilson Batista de Oliveira, que me auxiliou em cada passo para a conclusão do curso, que soube entender os percalços enfrentados no caminho do curso.

A minha filha Fernanda, que desde a barriga me acompanha nesse projeto. Pelos dias em que fui uma mãe ausente e não pude dar a atenção que ela precisava.

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”. (Dalai Lama)

RESUMO

A presente pesquisa traz em seu bojo a complexidade da cidade de Foz do Iguaçu e das suas fronteiras com o Paraguai, tendo em vista que possuem um grande fluxo migratório de vários outros países da América Latina, assim como de todo o mundo. Um problema de grande complexidade apresentado pelas cidades fronteiriças trata-se do acesso dos imigrantes ao sistema único de saúde. Desse modo, o objetivo da presente pesquisa encontra-se voltado a verificar a aplicação e a efetividade dos Direitos Humanos e sociais voltados a promoção do bem-estar e dignidade das imigrantes ilegais paraguaias na cidade de Foz do Iguaçu, bem como pesquisar a possibilidade da realização do Pré-Natal por mulheres paraguaias na rede pública do município e a existência de políticas públicas voltadas ao atendimento desse público. Para tanto buscou-se realizar um estudo qualitativo, com uma abordagem qualitativa, por meio de pesquisa e revisão bibliográfica e análise documental. Outrossim, espera-se que a pesquisa traga em seu bojo uma contribuição para os gestores públicos acerca do conhecimento das garantias previstas na Constituição Federal de 1988 e demais legislações aplicáveis as mulheres em seu período gestacional, servindo ainda de informação a essas mulheres, para que busquem através de políticas públicas acessíveis a melhoria no atendimento. A pesquisa busca ainda demonstrar a relevância regional do problema assim como identificar os meios legais pelos quais o poder público e as instituições municipais da cidade de Foz do Iguaçu devem se pautar para realizar o devido atendimento relativo ao pré-natal de mulheres paraguaias que residem na cidade e que buscaram a localidade na esperança de melhores condições de saúde. O resultado final desse estudo apontou para a legalidade na realização do pré-natal de mulheres paraguaias, porém com a necessidade da implantação de novas políticas públicas voltadas a essa população.

Palavras-chave: Direito a saúde; pré-natal; imigrantes; políticas públicas.

RESUMEN

Esta investigación trae consigo la complejidad de la ciudad de Foz do Iguaçu y sus fronteras con Paraguay, considerando que tienen un gran flujo migratorio de varios otros países de América Latina, así como de todo el mundo. Un problema muy complejo que presentan las ciudades fronterizas es el acceso de los inmigrantes al sistema único de salud. Así, el objetivo de esta investigación está dirigido a verificar la aplicación y efectividad de los Derechos Humanos y Sociales dirigidos a promover el bienestar y la dignidad de los inmigrantes ilegales paraguayos en la ciudad de Foz do Iguaçu, así como investigar la posibilidad de realización de atención prenatal de las mujeres paraguayas en la red pública del municipio y la existencia de políticas públicas dirigidas a la atención de este público. Por lo tanto, se buscó realizar un estudio cualitativo, con enfoque cualitativo, a través de la investigación y revisión bibliográfica y análisis documental. Además, se espera que la investigación traiga un aporte a los gestores públicos sobre el conocimiento de las garantías previstas en la Constitución Federal de 1988 y demás legislación aplicable a las mujeres en su período gestacional, sirviendo también como información a estas mujeres, para que pueden buscar a través de políticas públicas accesibles para mejorar la atención. La investigación también busca demostrar la relevancia regional del problema, así como identificar los medios legales por los cuales el poder público y las instituciones municipales de la ciudad de Foz do Iguaçu deben orientarse para llevar a cabo el debido cuidado relacionado con la atención prenatal. de mujeres paraguayas que viven en la ciudad y que buscaron la localidad con la esperanza de mejores condiciones de salud. El resultado final de este estudio apuntó a la legalidad de realizar el control prenatal a las mujeres paraguayas, pero con la necesidad de implementar nuevas políticas públicas dirigidas a esta población.

Palabras clave: Derecho a la salud; atención prenatal; inmigrantes; políticas públicas.

ABSTRACT

The present research brings with it the complexity of the city of Foz do Iguaçu and its borders with Paraguay, considering that they have a large migratory flow from several other Latin American countries, as well as from all over the world. A problem of great complexity presented by border cities is the access of immigrants to the unified health system. In this way, the objective of the present research is aimed at verifying the application and effectiveness of Human and Social Rights aimed at promoting the well-being and dignity of Paraguayan illegal immigrants in the city of Foz do Iguaçu, as well as researching the possibility of carrying out prenatal care by Paraguayan women in the public network of the municipality and the existence of public policies aimed at serving this public. Therefore, we sought to carry out a qualitative study, with a qualitative approach, through research and literature review and document analysis. Furthermore, it is expected that the research will bring a contribution to public managers about the knowledge of the guarantees provided for in the Federal Constitution of 1988 and other legislation applicable to women in their gestational period, also serving as information to these women, so that seek through accessible public policies to improve care. The research also seeks to demonstrate the regional relevance of the problem as well as to identify the legal means by which the public power and municipal institutions of the city of Foz do Iguaçu must be guided to carry out the due care related to the prenatal care of Paraguayan women residing in the city and who sought the location in the hope of better health conditions. The final result of this study pointed to the legality of performing prenatal care for Paraguayan women, but with the need to implement new public policies aimed at this population.

Key words: Right to health; prenatal care; immigrants; public policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Construção da Ponte da Amizade	29
Figura 2 – Obra da Itaipu Binacional	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
CF	Constituição Federal
RNE	Registro nacional do Estrangeiro
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
PNAB	Programa Nacional De Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Equipe de Saúde de Família
AAB	Equipe de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
PP	Políticas Públicas
DNCr	Departamento Nacional da Criança
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária
COMSUS	Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DVPSF	Divisão de Programa de Saúde da Família
SMSA	Secretária Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA.....	16
1.2 PROBLEMA.....	18
1.3 HIPÓTESE(S).....	18
1.4 OBJETIVO(S).....	19
1.4.1 Objetivo Geral.....	19
1.4.2 Objetivos Específicos.....	19
1.5 METODOLOGIA.....	19
1.6 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	21
2 COMPLEXIDADE HISTÓRICA DA FRONTEIRA FOZ DO IGUAÇU X CIUDAD DEL ESTE.....	23
2.1 OS PRIMÓRDIOS.....	23
2.2 PONTE DA AMIZADE E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	25
2.2.1 Antes.....	26
2.2.2 Advento da BR 277 e a Inauguração do Aeroporto Internacional.....	28
2.2.3 Depois.....	31
2.3 ITAIPU BINACIONAL.....	32
2.3.1 Impactos Sociais.....	34
2.3.2 Impactos Econômicos.....	37
2.4 O FLUXO DE IMIGRANTES PARAGUAIOS EM FOZ DO IGUAÇU.....	39
3 DIREITOS SOCIAIS E ACESSO À SAÚDE PELOS IMIGRANTES.....	41
3.1 DIREITOS HUMANOS.....	41
3.2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	44
3.3 LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.080/1990.....	46
3.4 PORTARIA 2.488/2011.....	49
3.5 PORTARIA 940/2011.....	52
3.6 LEI 13.445/2017.....	55
4 POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS AO PRÉ-NATAL.....	59
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A MULHERES GRÁVIDAS.....	59
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A RESIDENTES FRONTEIRIÇOS....	68
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A ESTRANGEIRAS GRÁVIDAS.....	71
5 ACESSO AO PRÉ-NATAL DE IMIGRANTES PARAGUAIAS.....	74
5.1 DIRETRIZES E PROTOCOLOS DO PRÉ-NATAL.....	74
5.2 CONDIÇÃO MIGRATÓRIA E O ACESSO DE ESTRANGEIROS AO SUS.....	76
5.3 REDE DE ATENÇÃO INTEGRADA.....	80

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	90

1 INTRODUÇÃO

Vivemos atualmente em um mundo globalizado, onde os movimentos de mobilidade humana são fenômenos complexos e determinantes, podem ser realizados por livre e espontânea vontade, ou por causas forçadas, tais como a guerra. Esses fatores fazem com que este fenômeno, o da migração, seja alvo de estudos em busca de entender como se dão essas mobilidades e quais os motivos ou objetivos que determinam a busca por um novo “lugar” para chamar de seu.

Deste modo, a presente pesquisa traz em seu bojo a complexidade da cidade de Foz do Iguaçu e da sua fronteira com o Paraguai, tendo em vista que possuem um grande fluxo migratório de vários outros países da América Latina, assim como de todo o mundo, por se tratarem de cidades com atrativos turísticos e turismo de compras. No entanto, busca-se analisar mais profundamente as relações com o país vizinho, que compõe a América Latina, mais especificamente, Ciudad del Este, onde imigrantes buscam nas cidades vizinhas auxílio para a solução de suas vulnerabilidades, tendo em vista a porosidade da maior fronteira do Brasil.

Muitos residem em Foz do Iguaçu, por esta cidade apresentar melhor qualidade de vida e infraestrutura urbana, fato que faz com que eles cruzem diariamente a fronteira para trabalhar no comércio paraguaio. A maioria tem seu veículo com placa paraguaia, pelo fato de corresponder a aproximadamente 40% do valor reduzido de imposto em relação aos veículos brasileiros. Seus filhos estudam em escolas brasileiras e complementam seus estudos em escolas chinesas e árabes instaladas tanto no Brasil como no Paraguai. A maior parte dos empregados, principalmente no comércio, em Ciudad del Este, é de brasileiros que vivem em Foz do Iguaçu, na informalidade como sacoleiros e laranjas que esperam outros compradores para atravessarem com os produtos para o Brasil, o chamado contrabando formiguinha (CURY; FRAGA, 2013, p. 469).

Um problema de grande complexidade apresentado pelas cidades fronteiriças trata-se do acesso dos imigrantes ao sistema único de saúde. No caso da cidade de Foz do Iguaçu o principal problema consiste no fato de que muitos paraguaios entram no país de forma ilegal e buscam o serviço de atendimento de saúde pública se valendo de muitas estratégias, tais como as apresentadas a seguir:

Ao chegar à Foz do Iguaçu (o que também valeria para os demais municípios limítrofes do oeste do Paraná), os chamados “brasiguaios” fariam seu cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando como local de residência a casa de um parente, amigo ou conhecido. Com isso, têm acesso liberado aos serviços de saúde. Este tipo de arranjo pode vir a ocasionar problemas na rede de atendimento, especialmente no que se refere a gestantes (pela ausência de pré-natal) e crianças (quantificação do universo de vacinação) (BI-ROL *et al*, 2015, p. 199).

Essas “estratégias” são criadas como meio de viabilizar os serviços públicos que deveriam ser fornecidos pelo poder público local.

Nesta mesma diapasão encontram-se as mulheres paraguaias que residem na cidade de Foz do Iguaçu de forma irregular, tendo em vista que é muito difícil receberem auxílio no período de gravidez, no que se refere ao pré-natal, pois não possuem nenhuma documentação de sua entrada regular no país e como consequência não possuem nenhum documento que comprovem a residência delas no país, tendo deste modo que adotarem medidas extremas para que sejam devidamente atendidas, tais como a utilização de documentação de residência de amigos ou parentes para o atendimento, como até mesmo a travessia da fronteira em trabalho de parto (CURY; FRAGA, 2013).

Assim, do mesmo modo que as mulheres paraguaias que já residem na cidade de Foz do Iguaçu de forma irregular, sofrem as paraguaias que cruzam a fronteira em busca de atendimento de qualidade, pois ao chegarem a qualquer unidade pública em Foz do Iguaçu, somente são atendidas em caso de urgência, se o caso for de algum atendimento de rotina estas então são orientadas a retornarem a seu país para terem seus filhos lá. Diante dessas dificuldades elas buscam meios de receber este atendimento de forma emergencial, haja vista que de acordo com a legislação brasileira nenhuma instituição de saúde pode negar atendimento em caso de urgência e emergência, retornando ao país somente quando já estão em trabalho de parto.

A gestante do Paraguai, o que ela faz isso se aprende, eles aprendem entre eles. Ela vai a nossa unidade hospitalar e o hospital fala para ela, olha você é do Paraguai, a senhora pode ir para casa e ter seu filho no Paraguai. Então o que elas aprenderam. Que se tiver em um período mais próximo do trabalho de parto ninguém vai mandá-las embora, é emergência, então elas ficam aguentam o quanto podem (...) a dor do trabalho de parto e chegam ao hospital numa situação que não dar mais para excluí-las, tem que atender (...). O parto é de graça, o filho é brasileiro, tem toda a assistência, elas podem pedir naturalização, ou visto de permanência, então isso onera para nós. Muitas não têm pré-natal, às vezes tem doenças bem complicadas, sempre acabam alterando o sossego (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud ALBUQUERQUE, 2012, p. 198).

Verifica-se neste relato que a falta da devida assistência e do pré-natal só agravam a situação da gestante e da criança que está prestes a nascer.

Diante desse quadro verifica-se o déficit de aplicação dos direitos humanos, assim como de políticas públicas voltadas as imigrantes paraguaias que residem na

cidade de Foz do Iguaçu, mas não possuem a devida documentação (RNM¹ por exemplo).

A aplicação dos Direitos Humanos no Brasil se dá através da Constituição Federal de 1988, que reconhece a efetivação dos Direitos sociais, culturais, econômicos e políticos a todos os indivíduos residentes no país. O que ocorre é que nem todos os cidadãos possuem meios de exigir a aplicação desses direitos sejam por vias administrativas ou judiciais, como é o caso das paraguaias que são gestantes.

Assim sendo o presente estudo busca compreender e estudar a possibilidade da realização do pré-natal por mulheres paraguaias na rede de atenção básica do município de Foz do Iguaçu e verificar a existência de políticas públicas voltadas ao atendimento dessa população socialmente vulnerável.

No intuito de introduzir os temas discutidos nessa dissertação, faz-se necessário a conceituação e definição de políticas públicas, tendo em vista o caráter informativo do trabalho.

Deste modo, as políticas públicas por sua vez são, sinteticamente, os meios pelos quais são resolvidos os problemas públicos. Elas abrangem toda a sociedade, independentemente de indicadores sociais, econômicos, culturais ou outros.

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Vejamos essa definição e, detalhe: uma política pública é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública (SECCHI, 2013, p. 02).

Por definição, entende-se que “Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (federal, estadual e municipal) com a participação direta ou indireta de entes públicos ou privados”. Portanto, já se pode intuir que não há exclusivismo governamental no que tange às políticas públicas. A descrição dos principais atores de políticas públicas ficará mais claro no decorrer do artigo. Em outras palavras: “A política pública é produto da interação governo-sociedade, um trabalho coproduzido pelo poder público cidadão segundo diversas formas e graus de diálogo e influência. É uma obra pública e não apenas do governo” (VILLANUEVA, 2012, p. 17, tradução nossa)².

¹ Registro Nacional de Estrangeiros: identidade para estrangeiro residente no Brasil, atualmente, nomeado como Carteira de Registro Nacional Migratório (RNM).

² “La política pública es producto de la interacción gobierno-sociedad, una obra coproducida por el poder público ciudadano según diversas formas y grados de interlocución e influencia. Es una obra pública y no sólo gubernamental.”

Assim como os problemas públicos podem impactar a qualidade de vida das sociedades em múltiplas áreas e de múltiplas formas, as políticas públicas também podem ser das mais diversas. De questões de segurança pública ao controle epidemiológico do espaço urbano.

Logo, ao pensar a política pública faz-se necessário deixar claro que “A qualidade das políticas públicas e dos serviços prestados por qualquer governo está intimamente ligada à qualidade do seu serviço público” (OCDE 2016, tradução nossa).³

1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA

A presente pesquisa vislumbra atender uma lacuna social existente na fronteira, haja vista a falta de políticas públicas dos poderes públicos locais e nacionais, assim como das organizações de Direitos Humanos do MERCOSUL, para darem atendimento às minorias existentes na localidade.

Faz-se ainda necessário ressaltar que a presente pesquisa busca trazer conhecimento a sociedade acerca de Direitos sociais e garantias constitucionais, como por exemplo, o Decreto nº 4.377 de 13 de setembro de 2002 que promulgou e ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, assim como trazer conhecimento tanto as minorias que pouco possuem acesso as informações como também aos operadores do legislativo e do executivo local acerca dos direitos e problemas ocasionados pela falta de adequados atendimentos as gestantes paraguaias.

Igualmente, espera-se que a pesquisa traga em seu bojo uma contribuição para os profissionais de saúde, assim como para os secretários municipais de saúde acerca do conhecimento dos Direitos inerentes as mulheres em seu período gestacional, servindo ainda de informação a essas mulheres, para que busquem através de políticas públicas acessíveis a melhoria no atendimento.

A pesquisa busca ainda demonstrar a relevância regional do problema assim como identificar os meios legais pelos quais o poder público e as instituições municipais da cidade de Foz do Iguaçu devem se pautar para realizar o devido atendimento relativo ao pré-natal de mulheres paraguaias que residem na cidade e

³ “La calidad de las políticas públicas y de los servicios prestados por cualquier gobierno está estrechamente vinculada a calidad de su servicio civil.”

que buscaram a localidade na esperança de melhores condições de saúde, problema esse inerente a todas as nações mundiais.

Desse modo, verifica-se a importância da presente pesquisa, pois busca-se discutir a problemática das mulheres que procuram o país vizinho com a esperança de melhores recursos em seu atendimento médico, devido geralmente a suas condições sociais, e são excluídas por não possuírem meros requisitos burocráticos, que são infimamente inferiores ao seu direito à dignidade humana, por conta da falta de diálogos em busca da adequação de políticas públicas dos poderes públicos dos países em que vivem.

Destarte, a construção de alianças adequadas com o fim precípua de discutir e avaliar a aplicação de políticas públicas adequadas para a localidade aqui tratada (Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este) trará apenas benefícios para população que vive as margens da sociedade em busca de enquadramento social, tornando assim a convivência, as relações e principalmente o desenvolvimento social Latino Americano cada vez mais acentuado.

Ressalta-se a vinculação assim como a importância do projeto no âmbito da América Latina, pois existe a premente necessidade da integração da sociedade organizada, de instituições privadas e da conscientização do poder público com a finalidade de promover políticas públicas para o atendimento de minorias imigrantes que se encontram em estado de vulnerabilidade.

Faz-se mister a necessidade de entendermos a relevância de políticas públicas, haja vista que raramente o Estado se faz presente em todas as searas da sociedade. Sendo assim, se busca através de políticas públicas a adequação do poder público aos Direitos concedidos aos cidadãos que vivem em sociedade e dependem de ações conjuntas do Estado e de entes privados para garantir a solução dos litígios existentes no dia a dia de cada indivíduo ou de uma coletividade.

Assim a garantia do adequado atendimento e do devido acesso ao pré-natal a mulheres paraguaias que se encontram em situação irregular no país, nada mais é do que a efetividade das políticas públicas, haja vista que para que tal evento ocorra, exige-se a colaboração de ambos os países, assim como de entidades privadas, pois os agentes estatais não mais possuem plena capacidade e recursos para administrarem tais questões sozinhos.

Por fim, faz-se então relevante ressaltar que sem a integração dos países fronteiriços, assim como dos poderes municipais que ali se encontram de forma mais

acentuada, as políticas públicas necessárias ao desenvolvimento local e regional não serão amplamente discutidas e desenvolvidas de forma a atender todos os cidadãos que delas necessitam.

1.2 PROBLEMA

O Sistema Único de Saúde Brasileiro atende mulheres paraguaias que residem de forma “irregular” na cidade de Foz do Iguaçu? Existem políticas públicas voltadas a essas mulheres?

1.3 HIPÓTESE(S)

A fronteira composta pelas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este é atualmente a maior fronteira do Brasil, em termos populacional, fato este que traz em seu bojo inúmeras adversidades quanto ao seu desenvolvimento econômico, cultural e populacional tornando assim o território dessas cidades, local de grande complexidade em relação as necessidades da população que ali residam.

De acordo com o problema apresentado, verifica-se a possibilidade da realização do Pré-natal de mulheres paraguaias residentes na cidade de Foz do Iguaçu, haja vista a aplicação dos princípios fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 em seus artigos 3º, IV e 196, que prelecionam que é dever do Estado garantir o devido acesso à saúde a todos os integrantes da sociedade.

Verifica-se que a necessidade de comprovação de residência fixa exigida pela Portaria 1.560/02, para o acesso ao Cartão SUS e como consequência a todos os atendimentos por ele oferecidos, pode ser comprovada pelas imigrantes, pois o artigo 70 do Código Civil Brasileiro, prevê que se considera domicílio da pessoa o lugar onde ela estabelece a sua residência com ânimo definitivo.

Igualmente, a aplicação e efetividade das políticas públicas inerentes aos imigrantes, podem ser resolvidas com a colaboração de todos os setores da sociedade com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de todos.

Assim, aplicando todos os direitos inerentes ao ser humano verifica-se a definitiva aplicação dos Direitos Humanos e da dignidade do ser humano, prevista no primeiro artigo da Constituição Federal de 1988, sendo esta base do Estado Democrático de Direitos.

1.4 OBJETIVO(S)

1.4.1 Objetivo Geral

Verificar a aplicação e a efetividade dos Direitos Humanos e aos Direitos Sociais aplicados para a promoção do bem-estar e dignidade das imigrantes ilegais paraguaias na cidade de Foz do Iguaçu, bem como pesquisar se existe a possibilidade da realização do pré-natal por mulheres paraguaias na rede pública no município de Foz do Iguaçu.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Compreender o contexto histórico que envolve as cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este, a complexidade fronteiriça;
- 2) Estudar às garantias inerentes ao ser humano descritos na Constituição Federal de 1988 e a aplicação dos Direitos Humanos, sociais e de acesso à saúde aos casos de mulheres paraguaias grávidas na fronteira em situação irregular;
- 3) Verificar se existem políticas públicas voltadas ao caso das mulheres paraguaias grávidas e qual a sua aplicação na fronteira;
- 4) Verificar a possibilidade da realização do pré-natal por mulheres paraguaias residentes na cidade de Foz do Iguaçu e quais os requisitos necessários para esse atendimento.

1.5 METODOLOGIA

Segundo Rampazzo (2002) conhecimento humano é uma relação que se estabelece entre o sujeito que conhece e o objeto conhecido. No processo do conhecimento, o sujeito cognoscente se apropria, de certo modo, do objeto conhecido.

Desta forma, esta pesquisa privilegiou o estudo dos processos de construção e aplicação de normativas que viabilizam o acesso de mulheres paraguaias que residem na cidade de Foz do Iguaçu ao pré-natal ofertado pelo SUS, e teve como escopo a pesquisa exploratória e descritiva, e pelos fatos já introduzidos trata-se de uma abordagem qualitativa, tendo em vista que se buscou o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas (FONTELLES et. al; 2009).

Assim, para cumprir os objetivos propostos, a presente pesquisa foi dividida em

duas etapas, sendo: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

A pesquisa bibliográfica é pautada em uma revisão literária de teorias que norteiam o trabalho científico. Esse tipo de revisão que também é chamada de levantamento bibliográfico, pode ser realizada por meio de estudos em livros, artigos científicos, teses de doutorado, dissertações, etc (PIZZANI et. al, 2012).

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação (BOCCATO, 2006, p. 266).

Desse modo, em busca de compreender o tema abordado, foram realizadas buscas em plataformas digitais tais como Scielo, Plataforma Sucupira, Tede Unioeste, Biunila, entre outras, em busca de trabalhos e publicações científicas que abordassem os problemas sugeridos neste estudo, reunindo dessa forma maior embasamento literário para a investigação.

Outrossim, na condução deste estudo utilizou-se também a pesquisa documental, que realiza a análise de documentos e estudos que até o presente momento não receberam um tratamento analítico.

É o tipo de pesquisa que tem o levantamento de documentos como base. É uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, a qual utiliza a contribuição fornecida por diversos autores sobre um determinado assunto, enquanto na pesquisa documental, a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica (FONTELLES et.al, 2009, p. 7).

Conforme Kripka, Scheller e Bonotto (2015), podem ser considerados documentos materiais, aqueles que podem ser utilizados como fonte de informações, tais como: leis, regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, estatísticas, e até arquivos escolares.

Nesse diapasão, para a complementação e aprofundamento ao entendimento dos direitos cabíveis a mulheres paraguaias de acesso ao sistema único de saúde nacional, analisou-se uma gama de leis, decretos, portarias, publicações oficiais, artigos de jornais, entrevistas, etc, entre elas a Constituição Federal de 1988 e a Lei 13.445/2017 Lei de Imigrantes.

Outro método de abordagem utilizado no presente trabalho foi o *indutivo*, tendo em vista que se optou em descrever o problema em todas as suas dimensões e

pormenores, para depois demonstrar as soluções que foram encontradas para o mesmo, ou seja, partiu do estudo de uma premissa maior para uma menor, buscando soluções para o problema que possam vir a ser aplicados em outros casos semelhantes (FONTELLES et. al, 2009).

Como método de procedimento, foi utilizado o método funcionalista, pois, leva-se em conta que a sociedade é um conjunto com vários componentes, sendo estes diferentes, porém interligados e tendo cada componente sua devida função social. Tal método busca entender a sociedade como um todo estudando suas unidades e quais suas funções, assim como se organizam e trabalham.

Trata-se de uma pesquisa longitudinal retrospectiva, pois buscou fatos inerentes ao assunto no passado, delineando em sua estrutura a construção histórica e cultural dos elementos essenciais aos fatos estudados.

Outrossim, quanto a finalidade a presente pesquisa foi básica ou fundamental, pois busca-se adquirir novos conhecimentos que tragam em seu bojo avanços para a ciência, sociedade e para a comunidade acadêmica sem que haja necessariamente aplicação prática do estudo.

1.6 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo está inserido no contexto da linha de pesquisa em Políticas Públicas e Sociedade do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento na área de concentração de Políticas Públicas e Desenvolvimento na América Latina.

A dissertação foi dividida em seis seções, que buscam propiciar conhecimento acerca dos Direitos e garantias legais, as mulheres paraguaias que se encontram em período gestacional.

Na primeira seção, foi apresentada a introdução, onde foi definido o tema, a justificativa, os problemas, assim como os objetivos da pesquisa.

Na segunda seção, o primeiro capítulo da dissertação, realizou-se uma contextualização histórica sobre a fronteira composta pelas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, e a sua complexidade econômica e populacional.

A terceira seção, trouxe em seu bojo, a análise das garantias legais inerentes ao ser humano, previstas na Constituição Federal de 1988, assim como a aplicação

dos Direitos Humanos ao caso em tela, assim como das normativas e legislações pertinentes a estrutura e organização do SUS, com ênfase nas legislações em torno do atendimento ao pré-natal.

A quarta seção tratou da existência e aplicação de políticas públicas voltadas as mulheres paraguaias e o seu atendimento no SUS, e no caso da existência, como se dá a efetiva aplicação das políticas.

A quinta seção, demonstrou a possibilidade ou não do acesso a realização do pré-natal por mulheres paraguaias que não possuam os requisitos legais impostos pelas legislações do SUS.

Na sexta, e último capítulo da presente dissertação, apresentou-se as considerações finais da presente dissertação.

2 COMPLEXIDADE HISTÓRICA DA FRONTEIRA FOZ DO IGUAÇU X CIUDAD DEL ESTE

2.1 OS PRIMÓRDIOS

Foz do Iguaçu é uma cidade localizada no oeste Paranaense, que possui uma formação geográfica privilegiada, faz divisa com as cidades de Ciudad del Este, pertencente ao Paraguai e com a cidade de Puerto Iguazú, que pertence a Argentina, fatores estes que transformam a região em uma complexa fronteira, com seus povos, culturas, economia e tradições. No entanto, a atual conjectura da fronteira foi construída ao longo dos anos, através de muitas lutas e conquistas político-sociais.

A história nos traz, que um espanhol chamado Álvaro Nuñez Cabeza de Vaca, que em busca de conquistar novos territórios, chegou a Santa Catarina com intenções de chegar até Assunção no país paraguaio, e ao passar pela região, ouviu ao longe um grande barulho, que remetia a água. Movido pela curiosidade o mesmo, foi em busca do ensurdecido barulho, até se deparar com a maravilha, que hoje conhecemos por Cataratas do Iguaçu. Conforme registros, este fato ocorreu por meados de 1542, sendo este o primeiro relato sobre a existência da tríplice fronteira (LIMA, 2001).

Desde os primórdios a região sempre foi alvo de especulações e localização estratégica para os assuntos de Guerra do país. Em 1876, por ordem do então imperador D. Pedro II, o capitão Nestor Borba, montou uma expedição com o intuito de redescobrir o território brasileiro e reincorporar novamente ao mapa do país, uma província até então considerada perdida (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Apesar das mais diversas expedições a região, apenas em 1881 é que a região recebeu os seus dois primeiros habitantes vindos para ficar, com a clara intenção de explorar a terra e desenvolver o comércio, eram o brasileiro Pedro Martins da Silva e o espanhol Manoel Gonzáles (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Lima (2001), demonstra que desde o ano de 1880, o Ministério da Guerra já discutia os rumos da Foz do Iguaçu, o rio, tendo em vista o ponto estratégico militar, cogitava-se construir uma colônia militar e um forte, com a finalidade de possui obstáculos contra os povos estrangeiros, que por motivo qualquer tentassem invadir o território brasileiro.

A colônia militar passou a ser pensada e desenvolvida pelo Ministério da Guerra em 1888, porém a chegada da comissão se deu apenas em 1889. A primeira comissão

chegou à região chefiada pelo engenheiro e tenente José Joaquim Firmino, que encontrou aqui:

Com um grupo de soldados e operários, enfrentando toda sorte e peripécias, a expedição de Joaquim Firmino chegou à Foz do Iguaçu em julho de 1889. Fez um levantamento da população do lugar e identificou 324 pessoas, em sua maioria paraguaios e argentinos. Mas havia também espanhóis e ingleses, já presentes na região e dedicados à extração da erva-mate e da madeira, exportadas via rio Paraná (CAMPANA; ALENCAR, 1997, p. 10)

A expedição do Tenente Joaquim Firmino, no entanto, retornou em apenas um mês após sua chegada. Diante da situação a Comissão Estratégica do Paraná, formou uma nova expedição, conduzida pelo Tenente Antônio Batista da Costa Junior e o Sargento José Maria de Brito, que chegaram à região em 22 de novembro de 1889 e no dia seguinte efetivaram a instalação da Colônia Militar através da ordem do dia nº 01, que dava conhecimento a população local que a Foz possuía agora autoridade constituída.

A Colônia Militar se manteve em meio aos percalços que a região possuía. Deste modo em 1910 a Colônia torna-se distrito da cidade de Guarapuava, sendo então denominada de “Vila Iguassu”. No ano de 1912, o então Ministério da Guerra decide emancipar a Colônia e a entregar aos cuidados do Estado do Paraná, tornando-a assim em um povoamento civil (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Como consequência da emancipação da Colônia Militar em 1914, por força da Lei 1383, foi criado o Município de Vila Iguaçu, com a posse do seu primeiro prefeito Jorge Schimmelpfeng. O município passou a se chamar Foz do Iguaçu, somente em 1918 (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

As primeiras décadas após a criação do Município, os avanços foram quase inexistentes. Destaca Lima (2001), que a cidade estava de costas para o resto do país, pois salvo uma pequena estrada de condições precárias que ligava a cidade a Guarapuava, o restante das comunicações, sejam elas comerciais ou populacionais, estavam voltadas para o Rio Paraná.

A região era pouco habitada. Por toda a área ribeirinha do rio Iguaçu não havia núcleos brasileiros. No rio Paraná não havia navegação nacional. A cidade Foz do Iguaçu era servida por um porto que não passava de uma simples rampa em local de difícil atracação. No lado paraguaio existia um porto aberto por uma companhia de extração de madeira. [...] Faltavam estradas e comunicação. A antiga estrada ligando Foz do Iguaçu a Ponta Grossa através de Catanduvas e Guarapuava era de trânsito difícilíssimo em época de estiagem e simplesmente impraticável em época de chuva (CAMPANA; ALENCAR, 1997, p. 12).

As relações comerciais da época, estavam pautadas na extração de madeira e no cultivo da erva-mate, transportadas pelo Rio Paraná. As atividades eram desempenhadas em grande parte por argentinos, que utilizavam de mão de obra da população paraguaia, que se submetiam a regimes próximos a escravidão. Os brasileiros somente passaram a explorar comercialmente a região com a chegada da Colônia Militar (LIMA, 2011).

No que tange ao acesso a saúde, por muito tempo a população teve que buscar socorro na cidade de Porto Aguirre – Argentina, era de lá que vinham remédios e socorro médico caso a população que residia no município de Foz do Iguaçu necessitasse (LIMA, 2001).

Somente no ano de 1934, chegou à cidade o primeiro médico civil, o Dr. Dirceu Lopes. Tratava-se de um médico recém-formado que possuía uma dívida com a Universidade Federal do Paraná, onde havia cursado a faculdade, e em troca de saldar o valor aceitou clinicar na região e auxiliar na fundação de um Posto de Saúde para a população. O Doutor ainda se tornou uma grande figura humana, por seus atendimentos, estabelecendo vínculos com a cidade, vindo anos mais tarde se tornar Prefeito da cidade (LIMA, 2001).

Apenas quatro anos após a chegada do Dr. Dirceu Lopes, em 1938 foi fundada a Santa Casa Monsenhor Guilherme, hospital que prestou auxílio a população por muitas décadas (LIMA, 2001).

Da descoberta da região, até décadas após a criação do município de Foz do Iguaçu, os passos foram lentos e penosos, mas em momento algum, aqueles que aqui habitavam duvidaram do potencial que a cidade possuía e possui até os dias atuais.

2.2 PONTE DA AMIZADE E SEUS DESDOBRAMENTOS

Segundo Campana e Alencar (1997, p. 13), “a Ponte da Amizade foi o primeiro grande passo da região das três fronteiras no sentido de romper limitações que a mantinham no atraso”.

Em 29 de maio de 1956, os governos do Brasil e Paraguai, assinaram um acordo para a construção de uma ponte que ligaria as cidades de Foz do Iguaçu a Ciudad Del Este, ponte está que seria chamada de Ponte da Amizade. Em novembro do mesmo ano é formada a Comissão Especial encarregada de executar os projetos e a obra da referida ponte (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

No auge da construção o projeto empregou mais de mil homens, que se instalaram em casas que foram construídas especialmente para abrigá-los durante as obras. O projeto que era de grande porte, consumiu 43.000 m³ de concreto, 14.000 toneladas de cimento e 2.900 toneladas de aço. A água potável que abastecia a construção era retirada de um poço artesiano de 117 metros de profundidade.

Figura 1 – Construção da Ponte da Amizade



Fonte: CONSTRUÇÃO..., 2015.

A Ponte da Amizade foi inaugurada apenas em 1965, pelos então Presidentes Castelo Branco do Brasil e Alfredo Stroessner do Paraguai. O advento da ponte trouxe para o Brasil novos investimentos, relações comerciais de cunho internacional e novos ares para o turismo e para o Paraguai trouxe a independência da Argentina, pois teria novas possibilidades de escoamento das suas produções internas, e como consequência o nascimento da cidade de Puerto Stroessner, atualmente conhecida por Ciudad Del Este (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

2.2.1 Antes

Conforme demonstrado por Polon (2014), desde o século XIX, é possível encontrar vestígios das estreitas relações entre o Paraguai e o Brasil, por meio da utilização da mão de obra da população. Diversos foram os motivos para que sempre

houvesse uma relação estabelecida entre os países, nem sempre tão harmoniosas, mas essenciais para a construção da história pertencente a fronteira.

Em 1904, o governo paranaense concedeu grandes espaços de terra para empresas argentinas. Instalaram-se então na região as “Obrages”, que nada mais eram do que grandes empresas argentinas que, com as concessões do governo brasileiro, se instalaram para a exploração da erva-mate e da madeira. O termo utilizado significava “o local onde se trabalha manualmente”. Os proprietários das grandes empresas eram chamados de “obrageros”, que podiam ser comparados aos grandes senhores do engenho, devido ao sistema quase escravocrata adotado aos “mensus” (LIMA, 2001).

Os “mensus” por sua vez, era o nome que se dava aos indivíduos que aceitam o trabalho braçal existente nas obrages. Recebiam o valor do seu trabalho por mês, pelo menos tinham valores adicionados a suas contas. O termo Mensus, era derivado de espanhol mensual, ou seja, aquele que trabalhava por mês (LIMA, 2001).

As Obrages além de explorarem as ricas reservas naturais de madeira e a erva-mate com a finalidade de abastecer o mercado platino, explorava o ser humano até a sua exaustão. Os mensus eram recrutados por comissionistas, espécie de capatazes dos obrageros. Com a finalidade de aliciar os mensus, os comissionistas prometiam trabalho com bons salários. Quando o contrato era efetivado os mensus recebiam um valor adiantado do salário, que equivalia a mais ou menos três meses de salário. No entanto os mensus eram incentivados a comemorar a contratação, e induzidos a participar de festas regadas e bebidas e mulheres. Ao fim da comemoração, geralmente o mensu já se encontrava sem o dinheiro e contraído dívida com o obragero, fato este que praticamente obrigavam os mensus a se submeterem a regimes de trabalho análogos a escravidão (LIMA, 2001).

O rio Paraná era considerado o mais importante meio de comunicação e sociabilidade, transportava através dos barcos e navios as mais variadas nacionalidades e produtos existentes em abundância na região (PORTZ; MASCARENHAS; GREGORY, 2020).

A movimentação nos portos foi observada por viajantes que por ali passavam. Júlio Nogueira (1920, p. 60) registrou que Corrientes é um grande mercado de erva-mate e de madeiras. Jangadas desciam do alto Paraná, transportando o cedro e o ipê. O transporte compunha-se ainda de gado, couro, tabaco, amendoim. “Faz-se beneficiamento de herva-mate brasileira e paraguaya (...) sendo depois expedida para Buenos Aires” (PORTZ; MASCARENHAS; GREGORY, 2020, p. 42)

Faz-se necessário mencionar que as obras buscavam apenas explorar a região e seu povo, sem a intenção de colonizar ou desenvolver as áreas ocupadas. Por volta de 1924 com a chegada dos revolucionários da Coluna Prestes a região as obras foram destruídas, restando apenas a Companhia Mate Laranjeiras.

Por meados de 1960, as grandes madeireiras mudaram as suas sedes para a cidade de Cascavel, fato que gerou certo declínio a cidade de Foz do Iguaçu:

Ainda bem que por aqui já começava a exportação de manufaturados para o Paraguai. Nessa época, além da madeira era exportado muito café e pneu, só que pelas barrancas dos Rio Iguaçu e Paraná. O contrabando, já desde aquela época, gerava também a prosperidade da Foz e de alguns de seus cidadãos (LIMA, 2001,p. 69).

Outrossim, antes da chegada da construção da Ponte da Amizade, as relações comerciais e de desenvolvimento, eram baseadas na exploração da erva-mate e da madeira, assim como na mão de obra praticamente escrava da população. Com a aproximação do desenvolvimento a região as relações foram se modificando como por exemplo com a exportação do café e de pneus, assim como a maior atenção para o ramo do turismo que estava a se desenvolver na região, chamando deste modo a atenção das autoridades ao potencial existente na fronteira.

2.2.2 Advento da BR 277 e a Inauguração do Aeroporto Internacional

Como já demonstrado anteriormente a cidade de Foz do Iguaçu, desde os primórdios possuía dificuldades em relação ao acesso viário, chegar a outras grandes cidades era muito difícil em tempos de estiagem e em tempos de chuva impossível. A região por muitas décadas dependeu somente do transporte hidroviário e se abasteceu dos comércios das cidades vizinhas da Argentina e Paraguai.

Diante desse cenário por muito tempo os cidadãos que aqui viviam reivindicavam a construção de uma estrada que ligasse a cidade até a capital Curitiba.

A tão esperada estrada estratégica, tomou forma por meados de 1920, porém ainda muito precária, graças ao então “presidente” do Paraná, Affonso Alves de Camargo e a própria população que em busca de melhores condições de viagem e acesso a outras cidades, formava mutirões quando as máquinas iam chegando no intuito de auxiliar os viajantes a transpor os obstáculos da obra e a melhorar os caminhos da então estrada (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

No final dos anos 30 e início da década de 40, o país era chefiado por Getúlio Vargas, um dos primeiros governantes a demonstrar interesse e reconhecimento pelo potencial que a região possuía. Desse modo a estrada estratégica que era ainda muito precária, recebeu novos traçados e algumas melhorias, que pouco mudou a condição precária em que sempre se encontrou, pois relegada pelo poder público, continuou exposta a deterioração e sem manutenção (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

As condições da estrada eram tão precárias que a cidade de Foz do Iguaçu, passava até 90 (noventa) dias sem que nenhuma mercadoria chegasse à cidade, faltava de itens necessários até os mais simplórios, como por exemplo fósforo e cigarro.

Apenas nos anos de 1950, com as relações entre Brasil e Paraguai se estreitando, e com a possibilidade da construção de uma ponte que ligaria os dois países, é que se inicia a pavimentação e asfaltamento da estrada que cortava o Paraná de leste a oeste (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

O ditado é certo “alegria de pobre dura pouco”, e assim se fez, o asfaltamento da estrada iniciou pelo Leste, e se arrastou por duas décadas. Somente em 1964, quando as forças armadas tomaram o poder do país é que a obra voltou a prosseguir, sendo concluída apenas em 1969 e chamada de BR277 (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

No mesmo período em que a BR277, foi concluída o Paraguai terminava a ligação asfáltica entre Assunção e Ciudad del Este, para que pudesse transitar com seus produtos até o Porto de Paranaguá. Para a cidade de Foz do Iguaçu, o advento da BR277, trazia o alívio para a falta de comunicação com o restante do estado, e para o Paraguai a obra trouxe a tão esperada saída para o mar, o escoamento de sua produção interna (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

A BR-277 ou a Grande Estrada é uma rodovia federal transversal brasileira, inaugurada em março de 1969, e tem 730 km de extensão, no sentido leste-oeste, com início no Porto de Paranaguá e término na Ponte da Amizade, em Foz do Iguaçu. Seguindo no Paraguai na mesma orientação, alcança-se Assunção chegando até Lima, no Peru. Por isso, a BR-277 é parte integrante da Rodovia Panamericana que, de Lima no litoral do Pacífico, permite acesso a Paranaguá no litoral do Atlântico, atravessando os territórios do Peru, da Bolívia, do Paraguai e do Brasil (PORTZ; MASCARENHAS; GREGORY, 2020, p. 45).

Antes do advento da BR277, Foz do Iguaçu com a intenção de suprir as limitações impostas pelas más condições de acesso à cidade, buscou por meio de suas lideranças a inclusão da cidade nas rotas de vôo do correio aéreo militar, ato este que

se consumou em 1935, com a construção de um aeroporto que suportasse receber os aviões até então de pequeno porte.

Por alguns anos os vôos eram apenas semanais e tornaram a comunicação com outras cidades e estados um pouco mais fácil. Aos poucos o interesse turístico pela cidade foi aumentando, e com a criação do Parque Nacional do Iguaçu em 1939, a procura pelo destino começou a crescer também no exterior (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Em 1920 é inaugurada a primeira estrada que ligava Guarapuava a Foz do Iguaçu, apesar de precária, facilitou o acesso à região. Quinze anos depois, em 1935, é inaugurado o primeiro campo de pouso, que recebeu um pequeno avião do Correio Aéreo Militar. E em janeiro de 1939 o Parque Nacional do Iguaçu é criado pelo Decreto nº 1035 do Governo Federal, após uma intensa negociação e disputa entre Brasil e Argentina pela definição de suas fronteiras (DERROSSO; CURY, 2019, p. 73).

O Governo Federal então cada vez mais a par do potencial turístico e econômico da região, lançou algumas providências, como a construção de estradas, uma estação aeroviária. Como já visualizado a construção da estrada foi um processo moroso, no entanto o aeroporto se estabeleceu em 1942, inaugurado como uma obra ímpar (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Ainda nessa década de 50, Foz do Iguaçu entra para o setor da aviação comercial. Começaram a operar em nossa cidade de duas companhias aéreas, a Real Transportes Aéreos e a Panair do Brasil, ligando-nos as grandes capitais brasileiras. Fernando Rodrigues Valente, até então, o único guia a falar vários idiomas, iniciou em Foz do Iguaçu a primeira agência de turismo receptivo, com sua empresa a STTC, localizada onde está a confeitaria Copenhagen. Era uma festa para a criançada que iam ao aeroporto para assistir as aterrissagens e decolagens dos DC-3 que operavam por aqui, além dos aviões da força aérea brasileira, eram os aviões de "guerra", como a população os chamavam. Foram as precursoras das grandes companhias que vieram anos mais tarde, como a Varig, Vasp, Transbrasil e Cruzeiro do Sul, que passaram a operar com aviões a jato (LIMA, 2001, p. 74).

O pequeno aeroporto com a sua pista de terra e seu pequeno terminal de passageiros, serviu até 1967, pois não possuía mais condições de expansão para receber aviões de grande porte, sendo desse modo inaugurada a pista asfaltada no mesmo ano, pista esta que mais tarde em 1972, com o terminal de passageiros já concluída é inaugurada como Aeroporto Internacional de Foz do Iguaçu (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Com uma pista de 2.220 metros de comprimento, o Aeroporto passou a possuir condições de receber qualquer avião que se encontrava em circulação, fator esse determinante para a ascensão do turismo na região da tríplice fronteira.

2.2.3 Depois

De 1965 em diante a cidade de Foz do Iguaçu, viveu anos prósperos, o comércio de madeiras entra em declínio e inicia-se na região um novo ciclo econômico, pautado no crescimento em massa do turismo, tendo em vista a inauguração de duas grandes obras desenvolvimentistas, a BR 277 e o Aeroporto Internacional (LIMA, 2001).

Com a inauguração dessas duas grandes obras pelo governo federal e com o crescimento das telecomunicações, a cidade de Foz do Iguaçu, estava em fim, após longos anos de estagnação, preparada para o desenvolvimento que sempre reclamou através de suas lideranças. Os próximos trinta anos foram de transformações assustadoras (LIMA, 2001, p. 90).

Diariamente novos hotéis e restaurantes se instalavam na região. A cidade começava a receber inúmeras excursões, turistas de todos os cantos do mundo passaram a visitar a tríplice fronteira. Nessa onda de desenvolvimento vivida pela região, iniciaram-se obras de infraestrutura com a finalidade de atender tanto os turistas como a população local. Ocorreram a ampliação das redes de água e esgoto, saneamento básico, asfalto e calçamento, etc. As cidades vizinhas Ciudad del Este e Puerto Iguazú, também se atentaram a melhorar a sua infraestrutura por meio de obras para atender os turistas, em função de uma nova ordem econômica vivida pela região (LIMA, 2001).

Diante das enormes transformações das cidades envolvidas na fronteira, inicia-se um turismo de compras na região, por mais belezas naturais existentes, muitos turistas chegavam à cidade com a única intenção de ir até a Ciudad del Este para comprar produtos importados com baixo valor.

Em Ciudad Del Este não havia a necessidade de trocar o cruzeiro por dólares ou guaranis para realizar compras, o que se tornou um estímulo adicional ao comércio de fronteira. Passa-se de um período de compras realizadas predominantemente por turistas que visitam a região, atraídos pelos cassinos argentinos e pelas Cataratas do Iguaçu, para um “turismo” realizado por “compristas”, denominados posteriormente “sacoleiros” (LIMA, 2011, p. 113).

Sacoleiros, eram pessoas que chegavam diariamente à cidade com um único propósito, que era de cruzar a fronteira e adquirir produtos de baixa qualidade por preços muito baixos. Conforme destaca Polon (2014) inicia-se no Brasil uma nova modalidade de comércio, os de R\$ 1,99, caracterizados pela revenda de produtos oriundos da China e comprados por meio do comércio paraguaio, que possuíam baixa qualidade e assim podiam ser vendidos por um preço muito baixo.

Descreve Lima (2011) que, o fluxo de sacoleiros na fronteira entre os anos de 1994 e 1995, movimentou cerca de 1.200 ônibus de turismo/excursão, com a finalidade única de realizar compras de final de ano na cidade de Ciudad del Este. Naquele momento, o dólar encontrava-se desvalorizado frente ao real, fator este que tornava os produtos importados ainda mais baratos em relação aos que o comércio interno do Brasil praticava.

Outro importante personagem, que se destacou nesse turismo de compras, foi o “laranja”, esses eram contratados pelos sacoleiros para auxiliarem no transporte das mercadorias pela Aduana brasileira. Muitos desses trabalhadores eram pessoas desempregadas da obra da Usina Hidrelétrica de Itaipu, que encontraram na atividade por muitas vezes ilícita um meio de sobrevivência (POLON, 2014).

Desempregados, subempregados e pessoas que procuram completar a renda familiar, os compristas são descritos na matéria como possuidores de um pequeno capital que investem na compra de produtos importados e que depois revendem entre grupos de conhecidos ou entre comerciantes das suas cidades. Segundo a descrição do jornalista, eles ingressam no Brasil tentando se adequar à quota de US\$ 150 por pessoa para poder ingressar suas mercadorias, sofrendo muitas vezes as arbitrariedades dos funcionários encarregados da fiscalização (RABOSSI, 2004, p. 238).

Dessa forma, por muitos anos o comércio do turismo de compras se fez a principal fonte de economia da região, aos poucos com a aplicação de maior fiscalização na fronteira, da valorização do dólar frente ao real, e de políticas de mercado brasileiras mais vantajosas, a realidade do comércio da fronteira foi adquirindo novos rumos. Conforme Lima (2011), a década de 2000 se inicia com um cenário muito diferente daquele vivido nos anos 1980 e 1990. Os moldes que haviam alimentado a economia local por anos, estavam agora limitados pelas mudanças do cenário nacional.

2.3 ITAIPU BINACIONAL

Conforme destaca Lima (2001), a construção da usina hidrelétrica de Itaipu, foi a obra do século. Projetada para ser a maior Hidroelétrica do Mundo, Itaipu, que na língua de origem indígena quer dizer “pedra que canta”, tornou-se a maravilha da engenharia nacional, e trouxe em seu bojo fortes impactos para toda a região oeste do Paraná, principalmente a cidade de Foz do Iguaçu, onde instalou o seu canteiro de obras.

Uma divisão simplificada da história de Foz do Iguaçu tem dois períodos: antes e depois de Itaipu. Terminou-se a era da evolução lenta e penosa, com surtos de progresso esparsos, e deu-se ingresso numa era de abrupta e profunda transformação (CAMPANA; ALENCAR, 1997, p. 28).

As relações bilaterais entre Brasil e Paraguai no que tangem aos acordos firmados para a construção de Itaipu, foram um capítulo à parte, entre inúmeras tentativas e rusgas entre os governos, no ano de 1966, os chanceleres de ambos os países se reúnem na cidade de Foz do Iguaçu, mais precisamente no Hotel das Cataratas e assinam a “Ata do Iguaçu”, termo que unia os dois países na intenção de iniciar estudos e levantamentos sobre as possibilidades econômicas e territoriais voltados aos recursos hídricos em condomínio aos dois países (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

O passo seguinte se deu apenas em 1973, precisamente na data de 26 de abril, quando foi assinado pelos Presidentes Emilio Médico do Brasil e Alfredo Stroessner do Paraguai, o Tratado de Itaipu, que vinculava e comprometia os dois países a construir a usina de Itaipu. Com base no tratado foi criada a entidade Itaipu Binacional em maio de 1974, que foi a responsável pela contratação das empresas responsáveis pela construção da barragem e do complexo eletromecânico (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Conforme assevera Lima (2001), a obra trouxe um questionamento e posteriormente uma discussão sobre a necessidade da realização do consórcio com o Paraguai para a construção da Usina, pois a mesma poderia ser construída apenas em território nacional. No entanto, a obra assim como o fortalecimento das relações com o Paraguai se deve, a quitação de uma dívida “moral” com o país vizinho em detrimento da Guerra da Tríplice Aliança, onde o Paraguai foi seriamente devastado.

A construção da Usina de Itaipu, iniciou-se em 1975 com a chegada das primeiras grandes máquinas ao então canteiro de obras. Assim que se iniciaram as obras até o ano de 1978, as empresas contratadas para o serviço construíram mais de nove mil moradias para abrigar os trabalhadores que vinham de todos os cantos do país para trabalhar. A pacata cidade de Foz do Iguaçu que contava com uma população média de 20.000 (vinte mil) habitantes, passou a ter 101.447 (cento e um mil e quatrocentos e quarenta e sete) habitantes no período de dez anos.

Entre 1978 e 1981, até 5 mil pessoas eram contratadas por mês. Ao longo da obra, em função do extenso período de construção e da rotatividade da mão-de-obra, somente o consórcio Unicon cadastrou cerca de 100 mil trabalhadores. No pico da construção da barragem, Itaipu mobilizou diretamente cerca de 40 mil trabalhadores no canteiro de obras e nos escritórios de apoio no Brasil e no Paraguai (ITAIPU BINACIONAL, 2021).

Figura 2 – Obra da Itaipu Binacional



Fonte: <https://www.comboiguassu.com.br/blog-em-foz-do-iguacu/08-fatos-historicos-sobre-a-usina-hidreletrica-de-itaipu>

Em novembro de 1982, a obra estava completa, as comportas fecharam-se e o lago foi formado, fato este que tomou em média o lugar e repouso de aproximadamente 50 mil pessoas, que viviam em uma área estimada em 1.800 (mil e oitocentos) quilômetros quadrados entre Brasil e Paraguai (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

Um simples dado pode demonstrar o quanto a obra impactou a cidade de Foz do Iguaçu, pois quando as obras se iniciaram a cidade contava com mais ou menos 30.000 (trinta mil) habitantes e quando da conclusão da mesma o município contava com 200.000 (duzentos mil) habitantes aproximadamente (CAMPANA; ALENCAR, 1997).

2.3.1 Impactos Sociais

Em seu auge a obra da construção da Usina de Itaipu, empregou cerca de 40.000 (quarenta mil) trabalhadores, transformando desse modo a realidade populacional do município na época, pois muitos trabalhadores trouxeram consigo suas

famílias para a cidade, tendo em vista que a obra possuía um prazo razoavelmente extenso para a sua conclusão (LIMA, 2001).

Esse crescimento inesperado e repentino, trouxe inúmeras transformações para o município, pois passou-se a se ter uma maior demanda dos serviços públicos e até privados para satisfazer as necessidades de que tanto os trabalhadores como suas famílias dispunham (LIMA, 2001).

Os primeiros a chegarem à cidade em busca de trabalho na obra, foram contratados independentemente de comprovação de qualificação. Porém com o avanço das obras e mais trabalhadores chegando à cidade, passou-se a exigir uma qualificação maior da mão de obra, fator esse que fez com que muitos trabalhadores chegassem à cidade com suas famílias e não conseguissem trabalho, mas, ainda assim, permaneciam na cidade (SOTUYO, 1998).

As empresas responsáveis pela construção de Itaipu, empregaram muitos trabalhadores, mas além daqueles que se deslocavam a cidade para trabalhar na obra, muitos outros vieram em busca de aproveitar a oportunidade e alavancar seus empreendimentos, gerando desse modo, novas vagas de empregos indiretos (MONSORES; BRAGA, 2018).

As características urbanas, traçados de ruas, localização de bairros, escolas e hospitais, foram estabelecidos de acordo com as necessidades que surgiriam com o crescimento acelerado. As novas estruturas deveriam ser definitivas, pois se previa que a maior parte dos imigrantes, pelas condições de pobreza de seus locais de origem, se tornaria moradores permanentes (ROSEIRA, 2006, p. 68).

Para dar atendimento em primeiro plano a seus trabalhadores, Itaipu tanto do lado brasileiro como paraguaio, construiu inúmeras moradias, para abrigar seus trabalhadores e familiares. As moradias deviam ser próximas ao canteiro de obras, para a facilidade de acesso ao trabalho.

As obras de construção civil relacionadas à Itaipu Binacional estiveram a cargo dos Consórcios Empreiteiros UNICON (lado brasileiro) e CONEMPA (lado paraguaio), que, por sua vez, contrataram as empresas responsáveis pela elaboração dos projetos das Vilas de Itaipu. Por esse motivo, cada país adotou diferentes diretrizes para o desenho urbano de suas vilas, embora a divisão dos loteamentos por categorias de funcionários fosse uma exigência para ambos. De acordo com Araújo de Souza (2011), as Vilas de Itaipu foram divididas em três categorias: (i) administradores e engenheiros; (ii) técnicos e funcionários administrativos; e (iii) operários e trabalhadores em postos de serviços como: motoristas, vigias, mecânicos, pintores, encanadores, montadores e barrageiros. Das 9.457 casas construídas pela Itaipu Binacional, 5.226 estão localizadas em Foz do Iguaçu e 1.854 estão localizadas em Cidade do Leste (RAMMÉ; PINA, 2019, p.12).

Desse modo no lado brasileiro Itaipu construir três vilas, que mesmo após o fim das obras permaneceram em seus locais de origem e se integraram ao município. As vilas foram chamadas de Vila A, B e C. Conforme as diretrizes acima mencionadas, na Vila A foram alocados os técnicos e funcionários administrativos, a Vila B foi construída para abrigar os administradores e engenheiros, e por fim a Vila C que foi construída bem próximo ao canteiro de obras, abrigava os trabalhadores braçais “peões da obra”.

O aumento da população tão repentinamente, causou um grande impacto no município, que era pequeno e não possuíam quase nenhuma infraestrutura para atender tanto público de uma só vez. A falta de serviços básicos e moradias adequadas, fez com que parte da população que chegava ao município e não eram contratados pela Itaipu, ocupassem áreas improvisadas, dando assim início as “favelas”, no município (MONSORES; BRAGA, 2018).

Diante de tantas transformações que a Itaipu trouxe com ela e sua construção, além das moradias para abrigar seus trabalhadores, a empresa teve também que investir na construção de escolas, hospitais, postos de saúde, e até uma faculdade na cidade de Foz do Iguaçu.

A empresa oferecia moradia, serviço médico, escolaridade gratuita, alimentação, além de um sistema de atividades extras como cinema, shows e jogos de salão. Tudo ficava a cargo da Diretoria de Coordenação de Itaipu, tanto do lado brasileiro quanto paraguaio. E praticamente tudo ficou: ao final da obra, esses foram “presentes” deixados à cidade e a seus moradores (ITAIPU BINACIONAL, 2021).

Quando a obra cegou a sai terceira fase, que foi a do alagamento das áreas do reservatório de Itaipu, 42 mil pessoas foram atingidas por esse processo, sendo em média 5.600 pessoas pertencentes a cidade de Foz do Iguaçu. Parte dessa população atingida pelo alagamento imigrou para outros estados, mas parte dela passou a habitar o centro urbano das cidades lindeiras, fator esse que reforçou o crescimento populacional já vivenciado pela cidade de Foz do Iguaçu (THAUMATURGO, 2012).

Toda a infraestrutura realizada pela Itaipu no município não foi o suficiente para atender a todos os cidadãos que buscavam trabalho e melhores condições de vida na região. Desse modo, o município em um curto período de tempo abriu inúmeros loteamentos, com o intuito de atender as demandas do crescimento populacional existente naquele momento.

A construção da Usina de Itaipu, trouxe em seu bojo inúmeros impactos sociais para a região, mas sem um investimento do tamanho que a obra representou em níveis nacionais e regionais, a região da tríplice fronteira seria talvez até hoje, apenas um lugar bonito de se visitar.

2.3.2 Impactos Econômicos

A construção da Usina de Itaipu, foi necessária para que o país deixasse de ser um país majoritariamente agrícola e ingressasse na lista dos países industrializados, que conseguiam suprir as suas demandas energéticas. A usina que foi projetada para produzir 12.600 megawatts, tornou-se ao longo dos anos a maior Hidrelétrica do mundo, com as ampliações que lhe foram cabíveis (LIMA, 2001).

Os reflexos da construção de Itaipu, superaram em muito os limites do município de Foz do Iguaçu, ela transformou toda a região Oeste do estado do Paraná. Para a formação do lago de Itaipu, foram alagadas inúmeras faixas de terras, fazendo até com que municípios inteiros desaparecessem dos mapas. Com a desapropriação de inúmeras propriedades e deslocamento de muitos habitantes, o lago foi um importante elemento na concentração das áreas urbanas (ROSEIRA, 2006).

O alagamento das regiões que formaram o lago de Itaipu, trouxeram para a Usina, um grande problema, relacionado ao ressarcimento dos valores das 8.519 propriedades dos 16 municípios lindeiros ao lago. Segundo Thaumaturgo, (2012) as perdas das áreas atingidas foram grandes (1.049,56 km²), pois ocasionaram mudanças profundas nos municípios e na região.

Com a finalidade de repor as perdas sofridas pelos municípios em função do alagamento, assim como indenizar os mesmos pela utilização dos recursos hídricos do lago de Itaipu, nasceram os royalties.

Os royalties tratam-se de uma compensação financeira pagas aos governos brasileiro e paraguaio pela utilização do potencial hidráulico do Rio Paraná para a produção de energia elétrica na Itaipu, pagos mensalmente desde março de 1985, data em que a Itaipu passou a comercializar energia. O valor de repasse a ser pago, referente aos royalties, varia de acordo com a geração de energia produzida em cada mês e é proporcional à área alagada dos municípios, sendo a porcentagem definida pela Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) (MONSORES e BRAGA, 2018, p. 77).

Os royalties são fundamentais para a economia dos municípios que recebem, pois, esses valores são revertidos para a educação, saúde, infraestrutura, e demais necessidades que cada município possui.

O final da construção da Usina de Itaipu coincide com o aumento do turismo de compras e o grande fluxo de pessoas que passam a visitar a fronteira com a intenção de ir até a cidade vizinha Ciudad del Este. Esse período foi marcado pela dispensa de muitos trabalhadores, que apesar de não possuírem mais emprego fixo decidem fixar residência na cidade de Foz do Iguaçu (THAUMATURGO, 2012).

Mesmo após o término da construção da hidrelétrica de Itaipu, a cidade de Foz do Iguaçu manteve-se em crescimento, conforme Thaumaturgo (2012) o fenômeno se explica pelo fato da dinâmica econômica do local estar baseada em três grandes elementos: a) a própria existência da hidrelétrica e do grande contingente de pessoas empregadas por ela; b) o comércio com o Paraguai, em especial o comércio atacadista; c) a existência de um turismo de massa fundamentado no comércio de importados e redistribuição no Brasil.

Mesmo com todos os avanços deixados pela construção de Itaipu a cidade enfrentou problemas após a demissão em massa dos trabalhadores. Aumentaram os casos de violência, muitos migraram para serviços informais e ilícitos, nascem as periferias da cidade, pois a população já não possuía os benefícios da Itaipu, inicia-se então o comércio realizado por sacoleiros e laranjas na região da fronteira com o Paraguai.

Conforme assevera Lima (2001), a Itaipu Binacional teve seu importante papel na história econômica e social da cidade de Foz do Iguaçu, pois, trouxe crescimento e prosperidade. No entanto deixou uma herança de miséria e violência.

Violência que começou com as desapropriações das terras alagadas pelo lago de Itaipu, cujos proprietários tiveram seus bens desapropriados a preço, em alguns casos, víl, gerando revolta desses desapropriados, removidos a força de suas antigas propriedades. A miséria, pelos muitos desempregados que circulam pela periferia de cidade, com a criação de bairros desestruturados socialmente, mal que perdura até os dias de hoje. Esses bairros foram criados porque iniciaram-se as demissões graduais nas obras da usina a medida que ela ia sendo concluída. Os peões que por aqui já viviam a mais de dez anos, perdiam o vínculo com seus locais de origem e por aqui ficavam na esperança de continuar a manter o padrão de vida adquirido enquanto eram empregados da Itaipu. A realidade foi outra (LIMA, 2001, p. 104)

Desse modo, a Itaipu Binacional aqui nesse território se instalou e trouxe muito progresso, tanto economicamente como social, e no mesmo viés trouxe problemas estruturais que até os dias atuais ainda são sentidos pela população e administrados pelo poder público.

2.4 O FLUXO DE IMIGRANTES PARAGUAIOS EM FOZ DO IGUAÇU

Desde os primórdios, a região de fronteira formada pelas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, sempre foi marcada pelo fenômeno da imigração pendular, porém com avanços estruturais vivenciados pela região, como a construção da Ponte da Amizade, a ligação asfáltica de Assunção até Ciudad del Este, posteriormente a construção da Itaipu Binacional e o surgimento do turismo de compras na fronteira, esse movimento se intensificou, tanto para paraguaios quanto para brasileiros.

A cidade de Foz do Iguaçu ocupa de certa forma a posição de cidade-rede, tendo em vista o seu importante papel no que tange a circulação de pessoas e mercadorias, sejam elas legais ou ilegais, fatores estes resultantes de um comércio local e de relações econômicas entre pessoas e países do Cone Sul. Dessa forma a circulação na maior fronteira do país se verifica através da sua realidade local, ou seja, da estrutura que as cidades possuem, baseadas no turismo juntamente com o comércio existente em Ciudad Del Este, assim como na existência de ampla rede hoteleira, restaurantes, meios de transportes e comércio local, fatores estes que justificam a circulação existente na fronteira (ROSEIRA, 2006).

O deslocamento populacional ou a migração na região de fronteira pode ser promovida por elementos objetivos, como a falta de emprego, a pobreza, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde público ou ao judiciário, mas a existência de particularidades da região fronteira, derivada de sua formação social e histórica, faz com que haja um ambiente de trânsito mais favorável. Neste sentido, a existência de redes sociais transnacionais torna-se fundamental na proteção do sujeito que caminha pela região, redes que protegem aqueles que ficam e que auxiliam aqueles que chegam. Tais redes se apresentam como ferramenta de apoio logístico e afetivo, mas também podem se configurar de maneira a garantir alguma ajuda financeira e jurídica (LIMA; CARDIN, 2016, p. 12).

Com base nas características da região fronteira, verifica-se que o tipo de imigração mais comumente utilizada pelos paraguaios é a pendular, tendo em vista que muitos buscam a cidade de Foz do Iguaçu no intuito de trabalhar, ou até mesmo estudar, seja pelas melhores condições de serviços públicos ou pelas melhores ofertas de emprego, mas continuam a residir no seu país de origem, fenômeno esse que aumenta ainda mais a complexidade da fronteira estudada.

Em um primeiro momento, visualiza-se a presença e até mesmo o predomínio da “mobilidade pendular transfronteira” desenvolvida pelos trabalhadores fronteiriços. Em síntese, é possível afirmar que esta categoria de deslocamento não corresponde propriamente a um tipo de migração, pois ele é marcado pelo movimento diário de circulação na fronteira (CARDIN, 2018, p. 06).

Conforme assevera Cardin (2018) existe ainda mais dois tipos característicos de imigração paraguaia, sendo a primeira a chamada de migração fronteiriça, aquela onde os sujeitos fixam moradia em cidades fronteiriças, justificado provavelmente pela continuidade do sentimento de pertencimento a determinado local, sem o devido registro de entrada regular no país. O segundo tipo característico de migração paraguaia é a “migração tradicional”, ou seja, aquela realizada geralmente por sujeitos que possuem uma maior capacidade intelectual e que buscam não cidades fronteiriças e sim cidades onde a economia é mais pujante, e rompem de certa forma com os vínculos de sua país de origem.

Desse modo, verifica-se que a migração paraguaia, principalmente na cidade de Foz do Iguaçu, pode apresentar-se dos três tipos acima mencionados, mas os dois primeiros são os mais encontrados, sendo que a migração pendular fronteiriça encontra-se muito mais presente no cotidiano da fronteira.

Muitos dos imigrantes que procuram cidades fronteiriças, estão em busca de melhores condições de vida, onde possam usufruir de trabalhos mais dignos, serviços sociais, acesso ao serviço de saúde e outros mais disponíveis, assim como manter os seus vínculos sociais e culturais como seu país e familiares.

Assim, pode-se refletir que Foz do Iguaçu representa, para muitos desses trabalhadores, a chance de usufruir uma vida melhor, mais digna. O fato de se tratar de uma cidade de fronteira próxima a seu país, onde as culturas das três nações se misturam, possibilita a visita à família que ficou no país de origem ou a presença de parte dos familiares ou pessoas com laços de amizade, o que representa a migração de redes, essa aproximação por laços de parentesco e amizade representa uma rede de proteção e menores riscos (JAQUEIRA, 2016, p. 111).

Lima e Cardin (2016), demonstram que ser imigrante paraguaio na faixa de fronteira é totalmente diferente de ser imigrante de outras nacionalidades, pois não há rompimento dos processos históricos e sociais, não existe o distanciamento das redes sociais do imigrante. Esse modo de imigração não exige muito investimento e nem despreendimento das raízes culturais, existe uma segurança que sempre se encontra do outro lado do rio.

3 DIREITOS SOCIAIS E ACESSO À SAÚDE PELOS MIGRANTES

3.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS

A grandeza e a importância dos Direitos Humanos são percebidas através do contexto histórico em que foi construída, pois de forma lenta e harmoniosa buscou-se a proteção dos mais oprimidos, dos mais fracos frente aos mais fortes, dos mais vulneráveis. Assim, quanto a diferença entre Direitos Fundamentais e Direitos Humanos, verifica-se que geralmente são utilizados como sinônimos (SIPPERT, 2017).

Outrossim, os Direitos Fundamentais surgiram gradativamente como produto da combinação de muitos meios, entre eles as tradições enraizadas nas mais diversas civilizações, a união de pensamentos jurídicos-filosóficos, assim como das concepções trazidas pelo cristianismo e do Direito natural. Faz-se ainda necessário mencionar que foi o Direito Romano que trouxe pela primeira vez mecanismos com o intuito de tutelar os Direitos individuais (SIPPERT, 2017).

A origem dos direitos individuais do homem pode ser apontada no antigo Egito e Mesopotâmia, no terceiro milênio a.C., onde já eram previstos alguns mecanismos para proteção individual em relação ao Estado. O Código de Hammurabi (1690 a.C.) talvez seja a primeira codificação a consagrar um rol de direitos comuns a todos os homens, tais como a vida, a propriedade, a honra, a dignidade, a família, prevendo, igualmente, a supremacia das leis em relação aos governantes. [...] surgiu na Grécia vários estudos sobre a necessidade da igualdade e liberdade do homem, destacando-se as previsões de participação política dos cidadãos [...] (MORAES, 2011, p. 6).

De acordo com Neto (2012), existem algumas legislações que são consideradas marcos iniciais dos Direitos Humanos que hoje conhecemos, pois garantiam a liberdade dos cidadãos, tendo em vista que foram implementadas em tempos em que a sociedade ainda se utilizava de mão de obra escrava e as mulheres ainda possuíam direitos limitados frente aos homens.

Bedin (2002) preleciona que a Declaração da Virgínia de 1776 e a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 foram as duas primeiras grandes medidas frente a uma grande mudança histórica da sociedade, pois a primeira reconhecia os direitos inatos ao ser humano, e reafirmava a igualdade de todos perante a lei, e a segunda retirou os direitos e privilégios experimentados pela monarquia e senhores feudais, proclamando os ideais da Revolução Francesa.

No mesmo diapasão Sippert (2017) considera que, ao longo dos séculos os

direitos fundamentais foram ganhando força e sendo incorporados aos textos constitucionais existentes:

Pode-se dizer que os direitos fundamentais foram colocados como uma das previsões absolutamente necessárias a todas as Constituições, no sentido de consagrar o respeito à dignidade humana, garantir a limitação de poder e visar o pleno desenvolvimento da personalidade humana. Como se pode observar, os elementos que compõem os direitos fundamentais não se desenvolveram na mesma época. Pelo contrário, tiveram seu desenvolvimento e apogeu em contextos históricos distintos, tanto os direitos civis quanto os políticos e sociais tiveram momentos de ligação (SIPPERT, 2017, p. 23).

Outrossim, as garantias fundamentais foram se amoldando e se encaixando conforme a sociedade foi se transformando e evoluindo, porém está foi mudando muito rapidamente e nem sempre os Direitos fundamentais acompanharam tal evolução. Em sentido contrário as evoluções sociais, na primeira metade do século XX, inicia-se a 2ª Guerra Mundial, marcada por grandes desrespeitos aos direitos fundamentais do ser humano.

O resultado caótico da segunda guerra mundial contribuiu para o avanço da proteção universal dos direitos humanos, por mais paradoxal que possa parecer, o embate global fez com o que a sociedade passasse a repensar os direitos humanos e criar mecanismos de proteção global e regional dos direitos humanos” (SOUZA, 2020, p. 62).

Com o intuito de responder e reafirmar a inadmissibilidade dos acontecimentos, surge em 10 de dezembro de 1948 a Declaração Universal do Direitos Humanos, com o intuito precípuo de influenciar as mais variadas nações democráticas a protegerem os direitos humanos, inerentes a todos os cidadãos, trazendo em seu primeiro artigo a seguinte redação: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotadas de razão e de consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM, 1948).

Conforme preleciona Tosi (2004), a redação trazida pela Declaração Universal do Direitos Humanos em seu primeiro artigo, além de ratificar o caráter natural dos direitos humanos, também traz em uma única definição, as três grandes palavras de ordem da Revolução Francesa de 1789: Liberdade, Igualdade e Fraternidade.

Com base no primeiro artigo da Declaração, em várias conferências, pactos, protocolos internacionais, construções históricas, e muita luta os Direitos foram evoluindo e se desenvolvendo, processo esse que deu origem as gerações de Direitos

Humanos.

Os Direitos de primeira geração trazem em suas entrelinhas o conceito de liberdade, pois conforme Cazelli (2020) esses direitos tinham a função de salvaguardar a liberdade dos sujeitos frente ao poder estatal. Denominados de direitos negativos, tendo em vista, que determinavam que o Estado respeitasse a liberdade dos cidadãos no que tange as suas autonomias individuais, como se fossem direitos de defesa.

A primeira geração inclui os direitos civis e políticos: os direitos à vida, a liberdade, à propriedade, à segurança pública, a proibição da escravidão, a proibição da tortura, a igualdade perante a lei, a proibição da prisão arbitrária, o direito a um julgamento justo, o direito de *habeas corpus*, o direito à privacidade do lar e ao respeito de própria imagem pública, a garantia de direitos iguais entre homens e mulheres no casamento, o direito de religião e de livre expressão do pensamento, a liberdade de ir e vir dentro do país e entre os países, o direito de asilo político e de ter uma nacionalidade, a liberdade de imprensa e de informação, a liberdade de associação, a liberdade de participação política direta ou indireta, o princípio da soberania popular e regras básicas da democracia (liberdade de formar partidos, de votar e ser votado, etc (TOSI, 2004, p. 17).

No mesmo sentido Cazelli (2020), preleciona que os Direitos de segunda geração estão relacionados com a igualdade, tratam-se dos direitos coletivos, sociais, culturais e políticos. Diferentemente da primeira geração, na segunda busca-se uma contribuição positiva estatal, com o intuito de combater as desigualdades socioeconômicas e dar suporte as classes menos abastadas, gerando deste modo uma justiça distributiva.

A segunda geração inclui os direitos econômicos, sociais e culturais: o direito à seguridade social, o direito ao trabalho e a segurança no trabalho, ao seguro contra o desemprego, o direito a um salário justo e satisfatório, a proibição da discriminação salarial, o direito a formar sindicatos, o direito ao lazer e ao descanso remunerado, o direito à proteção do Estado do Bem-Estar-Social, a proteção especial para a maternidade e a infância, o direito à educação pública, gratuita e universal, o direito a participar da vida cultural da comunidade e a se beneficiar do progresso científico e artístico, a proteção dos direitos autorais e das patentes científicas (TOSI, 2004, p.18).

Já os Direitos de Terceira geração trazem em seu bojo uma relação direta com os princípios da fraternidade. De acordo com Sippert (2017), esses direitos buscam a proteção de uma coletividade, interesses de titularidade coletiva ou difusa, com uma preocupação voltada ao todo e ao futuro.

Tais direitos têm altíssimo caráter humanitário e base na universalidade. Cristalizaram-se no final do século XX por seu cunho transindividual, por não se incluírem na proteção dos interesses de um Estado, de um grupo ou de um indivíduo específico, mas pertencerem a toda a coletividade, inclusive com caráter transgeracional (CAZELLI, 2020, p. 23).

Existem ainda doutrinas que falam sobre os Direitos de quarta geração, geração essa ainda em discussão, mas voltada aos direitos que a geração futura irá usufruir, ou seja, direitos que a nossa geração irá discutir e implementar para desenvolver um mundo melhor para aqueles que ainda estão iniciando na caminhada da vida.

No que se refere ao direito à saúde, percebe-se que através das construções sociais e culturais, o mesmo encontra-se elencado nos direitos de segunda geração, pois trata-se de um direito social, inerente ao bem-estar da população. Sendo inseridos no contexto jurídico brasileiro através da Constituição Federal de 1988, tornando-se um elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social Brasileiro.

Dessa forma, com o intuito precípua de demonstrar a importância das construções sociais e culturais dos Direitos Humanos, frente ao Direito de Saúde, no item seguinte será tratado e demonstrado os meios pelo qual o ordenamento jurídico recebeu em sua Carta Magna os direitos inerentes ao ser humano.

3.2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O DIREITO À SAÚDE

Após anos de ditadura militar, tendo o país passado por inúmeras violações de direitos fundamentais, é instalada em 01 de janeiro de 1987 a Assembleia Nacional Constituinte, com a finalidade de elaborar e aprovar um novo texto constituinte. Tendo passado quase 20 (vinte) meses, após uma ampla participação popular, em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã e sendo o símbolo máximo do período pós-ditadura.

Conforme Souza (2020), a Constituição Federal de 1988, foi resultado de muito tempo de opressão e lutas em busca de uma sociedade mais justa e evoluída. Representando assim, o nascimento de uma nova era de aplicação dos direitos fundamentais, instalou-se ainda um novo tipo de seguridade social, servindo este de base para a materialização dos chamados direitos sociais.

Deste modo a CRFB/88, consagrou os direitos sociais em seu artigo 6º, onde prevê: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Dentre os direitos sociais elencados no artigo 6º do diploma acima referenciado, verifica-se a menção ao direito à saúde, demonstrando assim a preocupação do constituinte com a preservação da dignidade de qualquer ser humano, ratificando o dever do Estado em propiciar condições básicas de saúde a cada um dos integrantes da sociedade por ele regulamentada. Com a finalidade de ser mais impositivo em relação à saúde o constituinte trouxe uma seção específica para tratar dos direitos de saúde.

O artigo 196 da CRFB/88, prevê que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*”, devendo tais prerrogativas serem garantidas por meio da promoção de políticas sociais e econômicas, com o objetivo fundamental de reduzir os possíveis riscos de propagação de doenças e outras agravantes, concedendo acesso universal e igualitário aos serviços disponibilizados pelos poderes públicos de modo a garantir o pleno gozo da dignidade humana garantida a todos os sujeitos.

Através da leitura do artigo 196 da CRFB/88, constata-se a presença do princípio da universalidade, uma das principais características dos Direitos Humanos, que foi incorporado pelo constituinte a Carta Magna:

Um das principais características dos Direitos Humanos é a sua universalidade, que ensina que os direitos humanos são destinados a todos os seres humanos, sem distinção de raça, cor ou religião, ou seja, corroborando a ideia de que os referidos direitos passaram a ser dotados de aplicabilidade universal em todos os países, não se destinando apenas a países com um grande desenvolvimento econômico e social, sendo destinado a todos os cidadãos, sem haver distinção entre os destinatários do direito (SOUZA, 2020, p. 67).

O artigo 197, preleciona por sua vez que, “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

A partir do artigo 198, verifica-se a implementação do Sistema Único de Saúde, estabelecendo no presente artigo as diretrizes basilares de tal sistema, entre eles a descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. O artigo ainda traz em seus parágrafos, critérios e regras para o financiamento da maior política pública já desenvolvida no que tange, a saúde pública.

Faz-se importante mencionar o artigo 199 em sua íntegra, tendo em vista que o mesmo prevê em seu texto, que mesmo que a saúde como um direito social seja

responsabilidade do Estado, está pode ser alvo da iniciativa privada, como meio de complementar o serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde, além de prever os requisitos relativos ao transplante de órgãos, que foi mais tarde devidamente regulamentada pela Lei Federal nº 9.343 de 04 de fevereiro de 1997:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

Por fim, o último artigo da seção do direito à saúde prevista na CRFB/88, o Artigo 200, traz as competências inerentes ao Sistema Único de Saúde, tais como:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Outrossim, o constituinte trouxe para a Carta Magna a tão esperada implementação do direito à saúde, como meio de promoção da dignidade humana, garantindo a todos os cidadãos um atendimento justo e digno, não deixando de enaltecer e privilegiar os Direitos Humanos.

3.3 LEI ORGÂNICA DA SAÚDE Nº 8.080/1990

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi instituída com a finalidade de regulamentar em todo o território nacional as

ações e serviços de saúde, que possuam a finalidade de aprimorar as condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

O artigo 2º da lei, praticamente replica o artigo 196º da Constituição Federal de 1988, conforme Silva (2011) preleciona, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O legislador demonstrou ainda por meio do artigo 3º que a saúde vai muito além do serviço prestado pelo Estado, os níveis de saúde apresentados por uma sociedade expõem a organização econômica e social do país, pois a saúde tem como elementos basilares a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, entre tantos outros que juntos compõem o bem-estar físico, mental e social dos sujeitos pertencentes a sociedade como um todo.

Os artigos 5º e 6º da lei, dispõem sobre os objetivos do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que a existência de um sistema devidamente hierarquizado, integrado e regionalizado, estabelece os meios pelo qual o Estado cumpre o seu dever na sua ligação jurídica de saúde, que tem do outro lado qualquer cidadão da comunidade, pois o direito a proteção da saúde é acima de tudo um direito coletivo (SILVA, 2011).

As diretrizes do Sistema Único de Saúde estão previstas no artigo 7º da lei, e estão de acordo com o artigo 198 da CRFB/88, e elencam os princípios norteadores, tais como a universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, integração em nível executivo, conjugação dos recursos financeiros, capacidade de resolução dos serviços, organização dos serviços públicos e organização no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica.

O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção, única em cada esfera do governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro (SILVA, 2011, p. 833).

No que tange as atribuições comuns a aplicação efetiva do sistema único de saúde, estas serão exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e pelos Municípios de forma igualitária, conforme previsto no artigo 15 e nos seus incisos. Ainda, os artigos 16,17,18 e 19, prelecionam sobre as atribuições concedidas as direções do sistema em cada uma das esferas acima mencionadas.

Quanto a inclusão de serviços privados de assistência à saúde, este é tratado pelo legislador a partir do artigo 20 e prevê que mesmo que o Estado seja responsável pela promoção do direito à saúde, a assistência à saúde pela iniciativa privada, poderá ser exercida de forma complementar ao sistema, vedando apenas a destinação de recursos públicos com o intuito de auxiliar estas instituições, nos mesmos moldes previstos na CRFB/88.

No último título da Lei 8.080/90, o legislador buscou demonstrar os meios pelo qual se dará o financiamento do sistema único de saúde, conforme prevê os artigos 31 e 32:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (BRASIL, 1990).

Conforme preleciona Oliveira (2021), no ano de 2012 foi promulgada a Lei Complementar 141, que disciplina as formas de aplicação dos recursos disponíveis em ações e serviços voltados à saúde. O valor a ser aplicado anualmente pela União nesses serviços, corresponderia sempre ao valor utilizado no ano anterior acrescido do percentual correspondente à variação do produto interno bruto. No entanto, no ano de 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional 95/PEC 241 que passou a limitar as despesas oriundas do sistema de saúde, passando agora a ser corrigida anualmente pela inflação dos últimos doze meses, congelando assim os recursos disponíveis para o setor de saúde.

Os recursos financeiros do sistema único de saúde, de acordo com o artigo 33

da lei orgânica, prevê que estes serão depositados em uma conta especial para cada esfera de atuação, e movimentado sob fiscalização dos Conselhos de Saúde vinculados a cada esfera.

Faz-se necessário mensurar que o artigo 35 da presente lei, estabelece critérios objetivos para a distribuição e transferência dos recursos, sendo imprescindível para as cidades fronteiriças, tais como Foz do Iguaçu o descrito no § 2º, onde verifica-se que “nos casos de municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros critérios de crescimento populacional.”

Desse modo a Lei 8.080/1990, organizou e sistematizou o sistema único de saúde, garantindo assim a devida aplicação dos direitos sociais inerentes a pessoa humana, refletindo o comprometimento com o bem-estar social do país.

3.4 PORTARIA 2.436/2017

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, buscou-se desenvolver meios para a aplicação de políticas de saúde, com o intuito de cumprir com o papel do Estado em proporcionar aos seus cidadãos o direito à saúde. Desse modo, foram criadas políticas nacionais de atenção básica, a primeira PNAB foi criada e promulgada em 2006, tendo posteriormente sido revisada em 2011 e por último no ano de 2017, está que ainda continua em vigor até o presente momento.

Portanto a Portaria 2.436/2017, é o documento que rege nos dias atuais a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que busca estabelecer normas e diretrizes para organizar a atenção básica, assim como estipular os meios para a aplicação de estratégias para a saúde da família e para o programa de agentes comunitários de saúde.

O segundo artigo da presente portaria conceitua a atenção básica como 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, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Tendo em vista que o escopo do presente trabalho é demonstrar o direito de acesso a serviços disponibilizados pelo sistema de saúde pública do Brasil, faz-se necessário demonstrar a importância do texto dos parágrafos 2º, 3º e 4º do segundo artigo da PNAB 2017:

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017).

O artigo 3º reafirma a aplicação de princípios e diretrizes já mencionadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica do SUS, sendo aplicáveis os princípios da universalidade, equidade e integralidade, e as diretrizes da regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Os artigos 7, 8, 9 e 10 da PNAB, assim como já demonstrado na Lei Orgânica do SUS, preleciona a respeito das responsabilidades comuns as esferas do governo, assim como divide as responsabilidades inerentes a cada esfera governamental. A respeito da operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, está encontrase descrita no anexo da portaria.

Com base na atenção básica que, considera a pessoa pela sua singularidade e inserção sociocultural, busca produzir atenção integral, incorporar ações de vigilância em saúde, planejar e implementar ações públicas com o intuito de proteger a saúde da população, a portaria aqui estuda define e organiza a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como objetivo precípua constituir arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, de forma complementar e com base territorial, destacando-se a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, pautado pelo acesso universal, igualitário e ordenado (BRASIL, 2017).

No que diz respeito a infraestrutura e ambiência das Unidades Básicas de Saúde

(UBS), o legislador previu que o espaço físico deve ser entendido como um lugar social, profissional e que possui uma troca de relações interpessoais, deve possuir um ambiente acolhedor e humano para aqueles que vierem a buscar atendimento, assim como deve se tratar de um ambiente saudável aos profissionais que ali desempenharão as suas atividades. Outrossim, é recomendado pela portaria que cada ambiente (UBS) possua:

Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológica completa; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade (BRASIL, 2017).

A presente portaria ainda prevê a existência de cinco tipos de equipes, sendo elas a ESF (equipe de saúde da família), AAB (equipe de atenção básica), ESB (equipe de saúde bucal), NASF-AB (núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica) e EACS (estratégia de agentes comunitários de saúde). Cada equipe dessas mencionadas é tratada na portaria de forma individualizada, com seus objetivos e características próprias, sendo definido como cada equipe será composta, qual a carga de trabalho, qual a função principal, como se dará o processo de trabalho e qual a sua cobertura e o quantitativo máximo que cada equipe poderá atender (BRASIL, 2017).

Outrossim, existem ainda equipes para a realização de atendimento básico a populações específicas, tais como, populações ribeirinhas da Amazônia Legal e área Pantaneira, populações que residem em áreas adscritas cujo acesso se dá apenas pela modalidade fluvial, populações em situação de rua ou condições análogas e pessoas que se encontram privadas de sua liberdade por meio do Sistema Prisional.

Igualmente, o legislador tratou dos processos de trabalho na atenção básica, tendo em vista que esta orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia, caracterizando-se por: Definição do território e territorialização; responsabilização sanitária; porta de entrada preferencial; descrição de usuários

e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação; acesso; acolhimento; trabalho em equipe multiprofissional; resolutividade; promoção da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realização de ações de atenção domiciliar; programação e implementação das atividades de atenção à saúde; implementação da promoção da saúde; desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos; desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB; desenvolvimento de ações intersetoriais; implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; e participação do planejamento local de saúde (BRASIL, 2017).

Por fim, o último tópico do anexo da Portaria 2.436/2017 (PNAB), prevê a forma pelo qual se dará o financiamento das ações voltadas a atenção básica, devendo o mesmo ser de forma tripartite, sendo os repasses feitos aos municípios em conta aberta especificamente para este fim:

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Por fim, verifica-se que a presente portaria estudada, não apresenta um capítulo ou sessão específica para atendimento de estrangeiros, porém estabelece em inúmeros momentos que o atendimento deve se dar de modo igualitário, universal e sem qualquer meio de exclusão por fatores tais como a nacionalidade. Desse modo, não se vislumbra até o presente momento nenhuma condição pré estabelecida que exclua o atendimento de estrangeiros pelo sistema de atenção básica dos municípios brasileiros.

3.5 PORTARIA 940/2011

Após verificado que a saúde é um direito fundamental, previsto constitucionalmente como um dever do Estado frente ao cidadão, regulamentada através de leis e portarias, faz-se necessário o desenvolvimento da discussão referente a documentação exigida pelo sistema para acesso aos serviços de saúde

disponibilizados.

Desse modo a Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011, regulamentou a criação do cartão SUS, que cumpre a função de melhorar e modernizar a gestão do sistema de gerenciamento de informações, assim como permitir o intercâmbio de informações e dar maior celeridade a procedimentos, além de contribuir para um melhor gerenciamento de ações e serviços de saúde, garantindo ao cidadão o registro e acesso a dados relativos à atenção à saúde que lhe é devida.

Desta feita, o 2º artigo da Portaria prevê que: “O sistema cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional” (BRASIL, 2011).

Ao final do Capítulo II da portaria, mais especificamente no artigo 13, o legislador especificou de forma cognoscível, que o atendimento não poderá ser negado em três situações específicas: I) quando da inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde; II) desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e III) impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2011).

Ainda, com o intuito de normatizar o Cartão Único o artigo 14 da presente portaria preleciona que o cadastro de usuários do SUS, compõem a base nacional de dados dos usuários das ações e serviços de saúde constituído por dados de identificação e de residência dos usuários, determinando desse modo a necessidade de comprovação da residência do usuário para o acesso ao Cartão SUS.

No que tange, ao conceito de residência, é pacífico o entendimento de que a residência é considerada o local onde a pessoa mora com animo permanente e pode equiparar-se com domicílio legal, previsto no artigo 70 do Código Civil de 2002, que preleciona que “o domicílio da pessoa natural é o lugar onde ela estabelece a sua residência com ânimo definitivo” (BRASIL, 2002).

Gonçalves (2009) define domicílio da pessoa natural como:

O lugar onde ela, de modo definitivo, estabelece a sua residência e o centro principal da sua atividade. Pode-se simplesmente dizer que é o local onde o indivíduo responde por suas obrigações, ou o local em que estabelece a sede principal de sua residência e de seus negócios (GONÇALVES, 2009, p. 143).

No mesmo íterim a Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983, prevê que se “a declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência

econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira” (BRASIL, 1983).

Outrossim, a regra do artigo 14 da Portaria 940, onde verifica-se a necessidade da comprovação da residência para o devido acesso ao Cartão SUS, não pode se sobrepor as Leis acima mencionadas, pois trata-se de norma infralegal.

Ainda, o artigo 23 da Portaria 940, instrui que durante o processo de cadastramento do Cartão o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do município em que esteja no momento do cadastramento. O parágrafo 2º desse artigo informa que no caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, o endereço a ser registrado como domicílio, será apenas o país e a cidade de residência (BRASIL, 2011).

Verifica-se, portanto, que mesmo se tratando de norma infralegal conforme já demonstrado, a própria portaria adota tratamento diferenciado a estrangeiros, não sendo necessário a apresentação de comprovante de residência, bastando a informação da cidade e país em que reside, fato este não adotado na realidade do cadastramento do cartão e atendimento das unidades básicas de saúde para com estrangeiros.

O estudo realizado por Martínez (2020), informa que até os dias atuais residentes fronteiriços, se utilizam de meios escusos para conseguir acesso ao comprovante de residência no único intuito de receber atendimento médico. Alguns se utilizam de documentos de parentes, outros pagam para terem seus nomes mencionados em contas de água ou luz, e aqueles que buscam até a falsificação de documentos para a comprovação da residência.

Por fim, percebe-se o descumprimento a hierarquia legislativa pelos municípios ao fornecer o acesso ao documento chamado de Cartão SUS, para o acesso ao direito de saúde, além de contrariar normativas internas, está em desacordo com as normas constitucionais e os direitos fundamentais lá estabelecidos.

Negar acesso à saúde além de imoral e desumano é ilegal. Não pode ser realizado sob o mero artifício da falta de elementos burocráticos a vida cotidiana. A passos ainda lentos estamos evoluindo em busca de isonomia e dignidade. O legislador em busca desta evolução da sociedade e do mundo em que vivemos atualizou em 2017

a Lei de Migração, qual passaremos a estudar no próximo tópico.

3.6 LEI 13.445/2017

Conforme já citado anteriormente no presente trabalho, os fluxos migratórios se intensificaram na região em meados do século XX, assim como em escala nacional. Na região fronteira aqui estudada, o aumento da imigração se deve a inúmeros fatores, entre eles as possibilidades de comércio, o turismo e as oportunidades de trabalho.

Assim, com base na crescente chegada de imigrantes das mais diversas nacionalidades aos países, percebeu-se a latente necessidade da incorporação ao sistema jurídico de nova lei que regulamentasse a questão imigratória, pois a legislação existente não acompanhava as mudanças vivenciadas por aqueles que buscavam nosso país, visto que o então Estatuto do Estrangeiro promulgado no ano de 1980, tratava-se de uma legislação desenvolvida durante o regime militar que não valorizava as relações multiculturais.

Portanto, no ano de 2017, foi promulgada em 24 de maio a Lei 13.445, instituindo a nova Lei de Migração, tendo como objetivos dispor sobre os direitos e deveres do migrante e do visitante, regulando a sua entrada e estada no país e estabelecendo princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas ao migrante (BRASIL, 2017).

De início a Lei conceitua cinco importantes tipos de migrantes. O primeiro trata-se do Imigrante: pessoa oriunda de outro país que trabalhe ou resida e se estabeleça temporária ou definitivamente no país. O segundo é o Emigrante: brasileiro que passa a residir em outro país. O terceiro, o Residente Fronteiriço: pessoa de outro país limítrofe que permanece residindo em seu país, e desenvolvendo atividades em território nacional. O quarto denominado de visitante: pessoa de outra nacionalidade que vem ao país para estadas de curta duração, sem pretensão de estabelecer domicílio. A quinta e última é o Apátrida: aquele que não tem nacionalidade considerada de nenhum país (BRASIL, 2017).

No artigo 3º da Lei, o legislador buscou descrever os princípios e diretrizes aplicados a política migratória brasileira:

I - universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos;

- II - repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação;
- III - não criminalização da migração;
- IV - não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional;
- V - promoção de entrada regular e de regularização documental;
- VI - acolhida humanitária;
- VII - desenvolvimento econômico, turístico, social, cultural, esportivo, científico e tecnológico do Brasil;
- VIII - garantia do direito à reunião familiar;
- IX - igualdade de tratamento e de oportunidade ao migrante e a seus familiares;
- X - inclusão social, laboral e produtiva do migrante por meio de políticas públicas;
- XI - acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social;
- XII - promoção e difusão de direitos, liberdades, garantias e obrigações do migrante;
- XIII - diálogo social na formulação, na execução e na avaliação de políticas migratórias e promoção da participação cidadã do migrante;
- XIV - fortalecimento da integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, mediante constituição de espaços de cidadania e de livre circulação de pessoas;
- XV - cooperação internacional com Estados de origem, de trânsito e de destino de movimentos migratórios, a fim de garantir efetiva proteção aos direitos humanos do migrante;
- XVI - integração e desenvolvimento das regiões de fronteira e articulação de políticas públicas regionais capazes de garantir efetividade aos direitos do residente fronteiriço;
- XVII - proteção integral e atenção ao superior interesse da criança e do adolescente migrante;
- XVIII - observância ao disposto em tratado;
- XIX - proteção ao brasileiro no exterior;
- XX - migração e desenvolvimento humano no local de origem, como direitos inalienáveis de todas as pessoas;
- .XXI - promoção do reconhecimento acadêmico e do exercício profissional no Brasil, nos termos da lei; e
- XXII - repúdio a práticas de expulsão ou de deportação coletivas (BRASIL, 2017).

No mesmo sentido o artigo 4º, traz que é garantido ao migrante em território nacional, nas mesmas condições, enaltecendo o princípio da igualdade, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, a segurança, e a propriedade, assegurando ainda o direito ao acesso a serviços públicos tais como os de saúde e assistência social, sem discriminação em razão da nacionalidade ou da condição de imigrante (BRASIL, 2017).

A nova Lei, trouxe também em seu texto algumas condições jurídicas inovadoras, no que tange, a recepção de migrantes e visitantes em território nacional. Dentre essas inovações a lei passou a conceituar e regulamentar o residente fronteiriço, sendo essa pessoa que reside em cidade limítrofe, mantém a sua residência no país

de origem, mas migra temporariamente ao território nacional (HAUM, 2020).

Em seu artigo 23, preleciona a respeito da concessão pelo Estado Brasileiro de autorização específica para o residente fronteiriço, mediante requerimento com o fim precípua de facilitar a livre circulação do mesmo. Garantindo para tanto de acordo com o artigo 24, parágrafo 1º o gozo das mesmas garantias e direitos assegurados pelo regime geral de migração. Determinando também, que o espaço geográfico de abrangência e validade da presente autorização, será devidamente descrito no documento do residente fronteiriço (BRASIL, 2017).

Outrossim, o artigo 25 da referida Lei, elucida que a autorização poderá ser cancelada a qualquer tempo, caso o titular tenha fraudado ou falsificado algum tipo de documento para a concessão da autorização, se possuir condição migratória distinta do residente fronteiriço, receber alguma condenação penal e ainda se exercer o presente direito fora dos limites territoriais especificados na autorização (HAUM, 2020).

No que tange a autorização de residência para residentes fronteiriços, a mesma será concedida nos casos previstos no artigo 30 da referida lei:

Art. 30. A residência poderá ser autorizada, mediante registro, ao imigrante, ao residente fronteiriço ou ao visitante que se enquadre em uma das seguintes hipóteses:

I - a residência tenha como finalidade: a) pesquisa, ensino ou extensão acadêmica; b) tratamento de saúde; c) acolhida humanitária; d) estudo; e) trabalho; f) férias-trabalho; g) prática de atividade religiosa ou serviço voluntário; h) realização de investimento ou de atividade com relevância econômica, social, científica, tecnológica ou cultural; i) reunião familiar;

II - a pessoa: a) seja beneficiária de tratado em matéria de residência e livre circulação; b) seja detentora de oferta de trabalho; c) já tenha possuído a nacionalidade brasileira e não deseje ou não reúna os requisitos para readquiri-la; d) (VETADO); e) seja beneficiária de refúgio, de asilo ou de proteção ao apátrida; f) seja menor nacional de outro país ou apátrida, desacompanhado ou abandonado, que se encontre nas fronteiras brasileiras ou em território nacional; g) tenha sido vítima de tráfico de pessoas, de trabalho escravo ou de violação de direito agravada por sua condição migratória; h) esteja em liberdade provisória ou em cumprimento de pena no Brasil (BRASIL, 2017).

Desse modo, a autorização para a residência para os residentes fronteiriços, não será concedida em casos em que o solicitante possuir alguma condenação criminal no território nacional ou em qualquer outro país, desde que a sentença já possua trânsito em julgado e tenha tipificação na Legislação Penal Brasileira (HAUM, 2020).

Por fim, a presente lei trouxe em seu bojo um tratamento mais humanitário para com os migrantes, melhorando o acesso a alguns direitos básicos, tais como residência, visto, autorizações, entre outros, que demonstram a evolução legislativa do país.

Ainda essa normativa desde o seu início busca tratar os imigrantes na sua condição de pessoa, passível de viver dignamente, de acordo com os preceitos morais instituídos em nosso país, concedendo-lhes direitos inerentes a todos os seres humanos.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS AO PRÉ-NATAL

O presente capítulo, buscará demonstrar a partir dos estudos já desenvolvidos neste trabalho, quais são as Políticas Públicas (PP), aplicadas as mulheres em período gestacional, tendo como base as leis e medidas promulgadas pelo Ministério da Saúde Brasileiro, que é o órgão responsável pela gerência e implementação das ações voltadas às questões sanitárias do país.

Outrossim, o presente estudo busca ainda demonstrar que as PP aplicadas as mulheres gestantes, tem um grande papel na organização do sistema do serviço de saúde que reflete nos índices de mortalidade materna e prematuridade.

Conforme preleciona Viana e Baptista (2012), as concepções voltadas a políticas públicas são intrinsecamente ligadas a orientação política do Estado e do Interesse público, pois o Estado existe em função de um interesse maior. Desse modo as políticas públicas nada mais são do que ações do Estado voltadas a sociedade. O processo de construção de uma política pública é composto por várias etapas, tais como, recursos, atores, ideias e negociações.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A MULHERES GRÁVIDAS

Atualmente as políticas voltadas à saúde, encontram-se baseadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990, conforme estudado no capítulo anterior. Essas leis trazem em seu bojo princípios e diretrizes para a aplicação do direito à saúde, entre eles os princípios da universalidade e igualdade, precursores do Sistema Único de Saúde (MARTINEZ, 2020).

De acordo com o previsto na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário” (BRASIL, 1988).

Reduzir a mortalidade materna e infantil, é um dos grandes compromissos do Estado em todos os seus níveis de governo, tendo em vista o grande apelo social e exposição das condições sociais e de vida dessas populações. As mortes precoces vivenciadas por essa faixa da população, são em sua grande maioria evitáveis, se devidamente amparadas pelo serviço de saúde pública. Quando analisamos o

contexto nacional, verificamos que as desigualdades econômicas e sociais refletem diretamente no acesso a serviços qualificados de pré-natal, parto e atendimento ao recém-nascido. Deste modo, a desigualdade social é também um fator que contribui para o aumento dos números da mortalidade materna e infantil, sendo o sistema de saúde um dos responsáveis nas ações para a redução desses números, fornecendo um atendimento mais acessível e eficiente, nas faixas da população mais vulnerável (LANSKY, 2010).

Verificado, portanto que, a implementação de políticas públicas voltadas a promoção e a diminuição de doenças e outros agravos é de responsabilidade do Estado como um todo, passa-se a análise das ações que foram até o presente momento, aplicadas ao caso em estudo.

No Brasil, as questões relativas à saúde da mulher foram incluídas às políticas nacionais de saúde, a partir do século XX, se limitando, a tratar de demandas relativas somente a grávidas e ao parto. As ações voltadas ao público materno-infantil, desenvolvidas nas décadas de 30,50 e 70, traduziam um olhar sobre a imagem da mulher, com base nas suas características biológicas e no seu papel social de mãe, doméstica, responsável pela formação da família, assim como pelos cuidados aos filhos e a família como um todo (BRASIL, 2004).

De acordo com Campos (2019), entre os anos de 1937-1945, foi criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Pensando e criado pelo Departamento de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, com a contribuição direta da Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância.

No ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, após o mesmo ser desanexado do Ministério da Educação e Saúde, tendo assumido as ações e responsabilidades do DNCr (Departamento Nacional da Criança). Quando em 1969 o DNCr foi extinto, na sequência em 1970 foi instituído a Coordenação de Proteção Materno Infantil (CPMI), que estava vinculada à Secretaria de Assistência Médica, e tinha como objetivos planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar ações e atividades voltadas à proteção da maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 2011).

Do mesmo modo em 1975, foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que possuía como objetivo a diminuição da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, através de concentrar recursos financeiros, melhorar a infraestrutura da saúde, mais qualidade de informação, estimular o

aleitamento materno, melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, tendo se destacado o aumento da cobertura do atendimento à mulher, à criança (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011, p. 12).

Ainda, no ano de 1983, por meio do Ministério da Saúde, foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha como finalidade principal a melhoria das condições de saúde da mulher e da criança, fomentando desse modo a cobertura e a capacidade resolutiva da rede integrada de serviços voltadas a saúde (BRASIL, 2011).

No ano subsequente, em 1984, o PAISMC foi substituído por dois programas mais específicos, mas que mesmos separados funcionavam de modo integrado, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Os dois programas surgiram de modo a dar maior atenção a cada uma das suas variantes, além da necessidade de um maior enfrentamento a morbimortalidade infantil e materna, buscando sempre melhores condições de saúde a esses dois grupos, promovendo desse modo o alcance a todos a sua dignidade humana e direito à saúde conforme preleciona a Constituição Federal (BRASIL, 2011).

Em relação à atenção à mulher – Objeto primordial desta proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p. 06).

O programa estava baseado em princípios e diretrizes, tais como, a descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e igualdade da atenção básica, tendo em vista que a implementação do programa foi anterior a formulação do SUS e já trazia em seu bojo princípios e diretrizes que posteriormente foram implementadas (BRASIL, 2004).

Tendo em vista que quando o programa foi implantado, ainda não havia a

implementação do SUS, o principal desafio desse programa foi a ideia de integralidade, pois os gestores e profissionais envolvidos, não possuíam capacitação técnica para solucionar de forma isoladas os problemas em volta das mulheres. Essa nova perspectiva demandava que os profissionais compreendessem a mulher como um sujeito detentora de direitos, entre eles o direito de saúde (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Mesmo com todos os esforços do Ministério da Saúde, em aplicar ações voltadas a diminuir os óbitos maternos e a minimizar as desigualdades da mulher frente a sociedade, dando a mesma, conhecimento a respeito dos seus direitos de saúde e acessos ao sistema de saúde, os números relativos a óbitos ainda era considerado muito alto perante a outros países em desenvolvimento.

Outrossim, no ano de 2000, mais precisamente em 01 de junho do presente ano, foi instituído por meio da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, em busca de atender as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e a mãe em seu puerpério. (BRASIL, 2002).

Os objetivos primordiais, assim como os preceitos da humanização, são estabelecidos na cartilha de apresentação do programa:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 05).

O programa estava pautado em princípios basilares, entre eles: o direito de acesso a um atendimento digno; direito à informação; assistência ao parto e no puerpério de forma humanizada; e assistência neonatal aos recém-nascidos. Ainda o programa estabelecia a aplicação de procedimentos em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante (BRASIL, 2002).

Ainda, o programa possuía táticas específicas com o intuito de incentivar e auxiliar os municípios a executar as ações, de modo a disponibilizar novos recursos para a manutenção dessa assistência com a condição do cumprimento de critérios mínimos voltados a melhoria na qualidade da assistência proposta pelo novo programa (BRASIL, 2002).

Esses recursos eram disponibilizados da seguinte forma: R\$ 10,00 (dez reais) por gestante devidamente cadastrada no programa; R\$ 40,00 (quarenta reais) por gestante ao município após a conclusão da assistência ao Pré-natal; e R\$ 40,00 (quarenta reais) por gestante a Unidade Hospitalar onde a gestante fizer o parto (BRASIL, 2002).

Para atender as demandas relativas ao repasse de recursos o Ministério da Saúde criou o SISPRENATAL, que se tratava de um software desenvolvido para os municípios que aderissem ao programa, com o intuito de ser um instrumento capaz de gerar relatórios para monitorar os níveis de assistência, assim como para acompanhar os repasses de recursos aos municípios cadastrados (BRASIL, 2002).

Quando se trata de humanização e qualidade da atenção fornecida às mulheres, verifica-se que ambas são padrões essenciais para pautar as ações de saúde que se concretizam em resoluções de problemas relacionados a satisfação das usuárias do sistema, na consolidação dos meios pelos quais as mulheres identificam as suas demandas e reivindicam os seus direitos à saúde e promovem o autocuidado. Desse modo, ambas são indissociáveis, qualidade da atenção necessita muito mais empenho do que apenas a solução de problemas relacionados à saúde ou de recursos tecnológicos, e a humanização não está pautada apenas no tratamento gentil e amigável (BRASIL, 2004).

Por volta do ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pela área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, contendo diretrizes e objetivos claros voltados a atenção básica das mulheres no país. A presente política foi elaborada em conjunto com outras áreas técnicas do Ministério da Saúde, entre eles segmentos do movimento de mulheres, que buscavam dentre as suas reivindicações o direito à saúde (BRASIL, 2015).

O documento da PNAISM incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas

públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2015, p. 12).

A política voltada as mulheres, possuía três objetivos gerais e quatorze objetivos específicos, entre eles, a promoção e melhoria das condições de vida e saúde da mulher brasileira, através da garantia dos seus direitos fundamentais; redução da morbidade e mortalidade feminina, principalmente nos casos evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

A PNAISM, trouxe em seu bojo os princípios e diretrizes elencadas pelo Sistema Único de Saúde, respeitando desse modo a vasta diversidade dos municípios brasileiros, levando em conta tanto as individualidades epidemiológicas quanto os mais diversos níveis de formação dos sistemas de saúde locais. O mais importante da política é que muito diferente de outras que a antecederam, ela apenas se propõe em ser um parâmetro conceitual e muito técnica de forma flexível, se adaptando a realidade de cada localidade. Ainda a mesma, encontra-se pautada pelo princípio da integralidade da atenção, com o intuito de fornecer um atendimento mais abrangente, humanizado e hierarquizado (BRASIL, 2015).

Assim sendo, o PNAISM serviu de instrumento para apoiar os Estados e municípios na realização de ações voltadas à saúde da mulher, baseadas nos direitos humanos, na promoção da dignidade humana, assim como no respeito as condições sociais e econômicas de cada usuária (BRASIL, 2015).

Após seis anos da elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do sistema único de saúde, a Rede Cegonha, que era destinada a assegurar melhores condições de acesso, de cobertura e de qualidade do acompanhamento do pré-natal, do parto e da assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011).

O primeiro artigo da portaria, traz em seu bojo a finalidade da Rede Cegonha:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é pautada nos princípios da devida aplicação dos direitos humanos; do respeito a diversidade cultural, étnica e racial; da promoção da igualdade; do foco na questão de gênero; da garantia dos direitos reprodutivos;

direitos a participação em movimentos de mobilização social. Assim como possui objetivos voltados a fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha era organizada a partir de quatro componentes basilares, constituindo cada um deles uma série de ações voltadas à saúde da mulher:

Componente Pré-natal: compreendem ações voltadas às gestantes, tais como: a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Componente Parto e Nascimento: compreendem as ações voltadas às gestantes já próximas ao nascimento da criança, como por exemplo: a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011).

Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: compreendem as ações voltadas às gestantes e as crianças no pós parto: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011).

Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário E Regulação: compreende as ações voltadas ao transporte em casos de emergência de gestantes e crianças: a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e

ventiladores neonatais; implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (BRASIL, 2011).

Outrossim, verifica-se a importância da Rede Cegonha para o Estado brasileiro, tendo em vista o misto de ações voltadas a promoção da dignidade humana e garantia do direito à saúde das mulheres e das crianças.

Faz-se ainda necessário mencionar o programa desenvolvido pelo governo do Estado do Paraná desenvolvido no ano de 2012 pela Secretaria de Estado de Saúde e batizado de Rede Mãe Paranaense, que possui como missão a garantia de acesso a atenção básica, promovendo um atendimento seguro e de qualidade na gestação, no puerpério e para as crianças menores de um ano (PARANÁ, 2012).

Entre as suas principais ações o programa busca priorizar o acesso precoce das gestantes à assistência do pré-natal, como direito de acesso a um mínimo de sete consultas e a realização de dezessete exames laboratoriais e a ultrassonografia (PARANÁ, 2012).

Os objetivos da Rede era garantir a todas gestantes assistência no Pré-natal com qualidade; implantar a classificação de risco das gestantes, para o devido acompanhamento das mesmas; implantar a classificação de risco para crianças menores de um ano (PARANÁ, 2012)

A meta do Programa era até o ano de 2020, conseguir organizar uma rede de atenção materno-infantil que apresentasse padrões de qualidade, e fosse organizada em todas as regiões do estado com igualdade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis (PARANÁ, 2012).

Com base no Programa Rede Mãe Paranaense, e no intuito de estruturar o mesmo a Secretaria de Saúde Estadual constituiu novos programas: o APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária), o COMSUS (Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) e o HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos) (PARANÁ, 2012).

No ano de 2022, mais precisamente em 04 de abril de 2022, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 715/2022, que passou a instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), programa este que substitui a Rede Cegonha.

A RAMI busca aprimorar a assistência já fornecida pela Rede Cegonha, contando com o fortalecimento de maternidades e a criação de ambulatórios de

assistência a gestantes de alto risco. A rede ainda, encontra-se pautada nos princípios da garantia da integralidade, qualidade e segurança dos cuidados, fortalecendo desse modo as estruturas já construídas pela Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

No entanto, apesar de ter sido instituída pelo Ministério da Saúde, a nova portaria vem sendo criticada por alguns especialistas, tendo em vista que a mesma não foi amplamente discutida em conjunto com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e passou a privilegiar de certo modo o médico obstetra, tendo em vista que as práticas multiprofissionais deixam de ser estimuladas e passa a se dar mais prioridade a atuação dos médicos.

A ReHuNa, publicou uma nota técnica criticando o novo programa:

[...] Então a RAMI é um projeto equivocado, medicocêntrico. Além de tudo, nessa portaria se define que o governo federal não vai mais financiar centros de parto normal pré-hospitalares ou extra-hospitalares. Não foi feita uma avaliação pelo Ministério se eles são efetivos ou não. Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte. A Rede Cegonha vinha progredindo. A gente estava querendo, com a Rede Cegonha, mudar uma cultura de excessos de intervenções mal indicadas para um acompanhamento adequado de gestação, um acompanhamento adequado de parto, e redução de procedimentos desnecessários. Esse era o projeto da Rede Cegonha, a garantia de acesso a um atendimento de qualidade, e ela ainda teve um desdobramento, que eu considero dos mais importantes, que foi o programa ApiceOn, sigla de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia, que envolveu 96 hospitais de ensino. Esse projeto começou em agosto de 2017 e acabou de junho de 2020, a gente tentou negociar com as pessoas que estavam no Ministério ainda em 2019 para que houvesse continuidade, porque eu acredito que para mudar uma cultura institucional três anos é muito pouco. Nos foi dito que haveria continuidade, mas não houve, aí veio a pandemia (FIOCRUZ, 2022).

Com a publicação da Portaria a CIT emitiu uma nota conjunta solicitando a revogação da Portaria, desse modo até o presente momento a portaria não foi posta em prática tendo em vista que, o Ministério da Saúde possuía 45 (quarenta e cinco) dias após a publicação da presente portaria para divulgar as formas pelas quais serão realizados os repasses dos recursos para a devida implementação do programa, fato este que ainda não ocorreu.

Em sentido contrário aos especialistas, o Conselho Federal de Medicina, apoiou a instituição do programa RAMI por meio de nota aos médicos e a população, onde informa que o programa amplia os benefícios para a população alvo e possibilita o maior acesso à assistência médica e a qualificação do atendimento oferecido às mulheres e ao binômio materno-infantil de forma integral. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022).

Desse modo, vemos que ao longo dos anos os governos a níveis nacionais e estaduais, buscaram implementar ações voltadas a garantia do direito à saúde das mulheres, das gestantes e das crianças, sempre com o intuito de garantir a promoção da dignidade humana, e diminuir as diferenças sociais e econômicas existentes na sociedade, prevalecendo e enaltecendo os movimentos sociais e as lutas das mulheres nesse longo percurso.

Mesmo com a promoção de Políticas Públicas voltadas às mulheres, especificamente às gestantes, é possível analisar que ainda existem necessidades latentes em relação a melhoria na atenção básica, e na redução da mortalidade materna e infantil, por meio da aplicação de ações voltadas ao devido acompanhamento da gestante durante o seu estado gravídico.

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A RESIDENTES FRONTEIRIÇOS

Conforme apresentado anteriormente, as políticas públicas de saúde estão pautadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990, que regulamentam a instituição do Sistema Único de Saúde, e que promovem a aplicação dos princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, assim como a garantia da equidade do atendimento, pautado por uma rede estruturada de forma hierárquica entre os poderes federais, estaduais e municipais.

A condição de residente fronteiriço, já era tratada na Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980, em seu artigo 21, porém de forma muito sucinta e não específica.

Art. 21. Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, respeitados os interesses da segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade. § 1º Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou frequentar estabelecimento de ensino naqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso. § 2º Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios (BRASIL, 1980).

A lei 13.445 de 24 de maio de 2017, a Lei de Migração, revogou o antigo estatuto do estrangeiro e conceituou de forma mais singular, por meio de uma seção dedicada ao residente fronteiriço. O artigo 23 da presente lei regulamenta os meios pelo qual o imigrante possa ser enquadrado na condição de residente fronteiriço,

concedendo ao mesmo os direitos elencados no artigo 4º, entre eles o direito à saúde (BRASIL, 2017).

Desse modo o residente fronteiriço é a partir de 2017, considerado um sujeito detentor de direitos e garantias fundamentais, sendo ao mesmo concedido os direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos em condição de igualdade.

No entanto, conforme preleciona Branco (2009), no que se refere ao acesso à saúde por estrangeiros:

Considerando que no Brasil não há um marco regulatório único para tratar de atendimento a estrangeiros no sistema de saúde brasileiro – com exceção a acordos estabelecidos com país vizinho conforme interesses brasileiros e dependendo da relação política existente – nem normas e regras aplicáveis a todas as cidades de fronteira no que diz respeito à saúde, verifica-se que mesmo não havendo previsão há demanda da população fronteiriça por atendimento, gerando conflitos, já que não há previsão legal (BRANCO, 2009, p. 41).

Outrossim, no que tange, a aplicação de políticas públicas voltadas a residentes fronteiriços, verifica-se a existência de algumas ações ao longo dos anos na região de fronteira.

Em 06 de julho de 2005 por meio da Portaria nº 1.120 que posteriormente foi complementada pela Portaria nº 1.188 de 05 de junho de 2006, foi instituído o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SISFRONTEIRAS), na cidade de Uruguaiana no estado rio Grande do Sul, que tinha como objetivos precípuos a contribuição para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios de fronteira do país, buscando também promover a integração de ações e serviços voltados a população fronteiriça (BAUERMANN; CURY, 2015).

Conforme o artigo 1º da Portaria, o projeto buscava a médio e longo prazo a integração dos serviços de saúde nas regiões de fronteira do Estado brasileiro, com o intuito de contribuir com a organização e fortalecimento dos sistemas de saúde locais (BRASIL, 2005).

O processo de operacionalização do programa se deu por meio de três fases, conforme preleciona o Artigo 2º da portaria:

Art. 2º Estabelecer que a execução dos SIS FRONTEIRAS compreende as seguintes fases, a ser realizada em cada município: I - Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional; II - Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (BRASIL, 2006).

Participaram do programa 121 (cento e vinte e um) municípios fronteiriços, na primeira etapa da ação 69 (sessenta e nove) municípios que pertenciam a região sul e 01 (um) município pertencente a região centro-oeste, participaram do programa. Na segunda etapa do programa participaram 52 (cinquenta e dois) municípios da região norte e centro-oeste (MARTINEZ, 2020).

O programa buscava iniciar uma política de incentivo à gestão, por meio de repasses de recursos aos municípios localizados na faixa de fronteira do país, em compensação os municípios deveriam realizar diagnósticos a respeito da realidade da saúde local e realizar o cadastro integral da população no cartão SUS (BAUERMANN; CURY, 2015).

Apesar dos avanços no que tange aos serviços de saúde em regiões de fronteira o programa deixou de ser uma política pública no ano de 2010, por conta de novos arranjos político-econômicos do país.

Por meio do Sis-Fronteira, houve um reconhecimento da situação enfrentada pelos municípios fronteiriços, apesar da padronização, do foco em investimentos e da sua brevidade. Com o programa, que ampliou a estrutura dos serviços de saúde, foram construídas unidades de referência para atendimento a estrangeiros, que pela não continuidade do programa acabaram descharacterizadas (AIKES; RIZZOTTO, 2019, p. 06).

Ainda no ano de 2006, mais precisamente em 22 de fevereiro do presente ano, foi implementado o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 399, que tinha como objetivo incluir a integração de ações de saúde na fronteira por meio de gestões locais. O pacto nada mais era do que um acordo entre os gestores do SUS que contemplava três dimensões: o Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do Sus; e o Pacto de Gestão (MARTINEZ, 2020).

Quando implementado o Pacto pela Saúde, tinha o intuito de ser um mecanismo para o estabelecimento de uma gestão do SUS, mais cooperativa e articulada, levando em consideração as diferenças regionais e culturais, garantindo desse modo o acesso aos serviços de saúde em regiões de grande circulação de pessoas entre elas os estrangeiros, instituindo desse modo regiões de saúde (HAUM, 2020).

O Pacto possibilita a realização de acordos bilaterais entre os gestores municipais, estaduais e inclusive com outros países, nos casos de municípios de fronteira, como é o caso de Foz do Iguaçu, construindo desse modo um Colegiado de Gestão Regional, em parceria com o gestor federal. A grande função desse programa

é condicionar a gestão de forma a promover o acesso aos serviços de saúde de forma universal e integral, inclusive aos cidadãos estrangeiros (HAUM, 2020).

O estado do Paraná, por meio da sua Secretaria de Saúde, implementou o programa saúde do viajante, que possuía o intuito de implementar ações voltadas a prevenção e promoção a assistência à saúde do viajante. Isso incluía o repasse de recursos financeiros, destinados a municípios com um grande fluxo de viajantes, entre eles os estrangeiros (AIKES; RIZOTTO, 2019).

Esse programa representou um aporte importante no orçamento dos municípios, como se pode observar na tabela 2, os valores recebidos representam aproximadamente um ano do PAB mensal acumulado. O fato de os recursos poderem ser utilizados para custeio foi um aspecto positivo ressaltado pelos entrevistados, apesar da falta de continuidade (AIKES; RIZOTTO, 2019, p. 07).

Por fim, nota-se que apesar da instituição de ações voltadas à aplicação do direito à saúde de residentes fronteiriços e de estrangeiros no âmbito federal, assim como na esfera estadual, as práticas mesmo implementadas, não reconhecem os problemas enfrentados pelos municípios de região fronteira, e acabam por serem descontinuadas frente as problemáticas apresentadas.

A implementação de políticas públicas adequadas e que atendam de forma satisfatória a população local e fronteira dos municípios limítrofes, trata-se de demanda a ser discutida com brevidade, tendo em vista o atendimento aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A ESTRANGEIRAS GRÁVIDAS

Através do presente estudo, verificou-se que o ser humano encontra-se em constante evolução e em virtude da globalização mundial, a mobilidade se tornou muito mais comum que em décadas passadas. Atualmente os índices migratórios fronteiriços, apresentam um grande crescimento, principalmente em relação a migração pendular e aos residentes fronteiriços.

Esse novo cenário das cidades limítrofes, onde o fluxo de circulação de bens e pessoas vem crescendo ano após ano, trouxeram em seu bojo novas problemáticas, principalmente relacionadas aos serviços de saúde, que são os mais buscados por imigrantes nas cidades de fronteira.

Por mais que, a problemática do atendimento seja algo a ser discutido e

reinventado, por meio de aplicação de políticas públicas adequadas, o direito de acesso aos serviços de saúde por estrangeiros, conforme já demonstrado é amplamente positivado por meio das Leis vigentes, não cabendo a qualquer ente federativo a negativa ao atendimento de qualquer necessidade relacionada a estrangeiros.

No que tange, ao acesso de mulheres estrangeiras grávidas aos serviços de pré-natal do sistema único de saúde, tendo como porta de entrada pela atenção básica de saúde, não se verifica nenhuma política pública propriamente destinada a esse público, mas com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do serviço, estabelecidas pela Constituição Federal e pela Lei orgânica do SUS, e promoção dos Direitos Fundamentais, percebe-se que esse atendimento possui base legal para ser realizado.

Assim a atenção básica pode ser conceituada como:

Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Desse modo, no intuito de reorganizar a atenção básica a Estratégia Saúde da Família (ESF), busca expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, pois dessa forma favorece o entendimento de que o trabalho deve ser realizado de modo a aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da própria atenção básica e ampliar a resolutividade das situações de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Em Foz do Iguaçu, a ESF foi regulamentada e implementada por meio da Lei Municipal nº 331056 de 15 de fevereiro de 2007, que criou a possibilidade da contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o intuito de que os mesmos atuassem na estratégia de saúde da família. O decreto municipal nº 17.448/2006, por sua vez criou a Divisão de Programa Saúde da Família (DVPSF), que tem competências relacionadas ao serviço de saúde prestada pelo município aos seus usuários (OLIVEIRA, 2021).

1. Coordenar, monitorar, assessorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes da estratégia do Programa Saúde da Família; 2. Implementar e implantar equipes de saúde da família, conforme as necessidades e possibilidades da Secretaria Municipal da Saúde; 3. Promover a atualização técnica e operacional para as equipes do Programa Saúde da Família,

promovendo incentivo à qualificação profissional e ao conseqüente aumento da satisfação do usuário dos serviços prestados; 4. Buscar parcerias, através da elaboração de projetos e/ou parceiros locais, para melhor e maior alcance das ações das equipes do Programa Saúde da Família; e 5. Divulgar os avanços alcançados pelas equipes promovendo interação entre as diversas áreas da Secretaria Municipal da Saúde e das demais secretarias municipais afins; e 6. Coordenar os Distritos Sanitários os quais estão ligados operacionalmente ao Departamento de Atenção Básica - sendo a rede organizacional com base na divisão do Município em territórios geograficamente demarcados - onde estão as unidades de saúde e/ou outros estabelecimentos de saúde da rede pública municipal, com supervisão macro por funcionário intitulado supervisor e responsável por uma equipe de gerentes das unidades de saúde sob sua responsabilidade (FOZ DO IGUAÇU, 2006).

No ano de 2018, o município de Foz do Iguaçu, implantou o Programa “RP Saúde”, que busca realizar a gestão dos atendimentos, onde verifica-se a ordem na fila de atendimento, as classificações de risco e qual a equipe médica que encontra-se de plantão. Esse programa fornece ainda a SMSA o controle do fluxo das unidades básicas de saúde, porém no que tange ao controle de atendimento de estrangeiros, esse dado não é disponibilizado (OLIVEIRA, 2021).

Relembrando que de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu artigo 2º, é proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual e outras (BRASIL, 2017).

Outrossim, por mais que não se perceba a existência de políticas públicas voltadas a mulheres grávidas de nacionalidade estrangeira, deve-se aplicar as que foram implementadas as mulheres de nacionalidade brasileira, pois conforme a legislação vigente não existe justificativa para a negativa de atendimento dessas mulheres pela atenção básica.

Negar o atendimento a essas mulheres, que buscam no país melhores condições de vida, que geralmente possuem condições socioeconômicas baixas, não possuem conhecimento acerca dos seus direitos, e não são informadas sobre eles, pautado apenas na justificativa da falta de recursos ou de políticas públicas destinadas a essa faixa da população, além de inconstitucional, fere os bons costumes e a moralidade das instituições públicas frente aos seus usuários.

5 ACESSO AO PRÉ-NATAL DE IMIGRANTES PARAGUAIAS

5.1 DIRETRIZES E PROTOCOLOS DO PRÉ-NATAL

A gestação é um momento da vida de uma mulher encantador e único, traz consigo inúmeras mudanças, tanto físicas como emocionais. Ser mãe é ter o dom da vida, poder gerar, dar continuidade ao ciclo da vida. É um momento envolto de emoções e alegrias, e deve ser tratado e respeitado de forma a atender as demandas tanto da gestante como da nova vida que está a caminho.

A gravidez é um evento resultante da fecundação do óvulo (ovócito) pelo espermatozoide. Habitualmente, ocorre dentro do útero e é responsável pela geração de um novo ser. Este é um momento de grandes transformações para a mulher, para seu (sua) parceiro (a) e para toda a família. Durante o período da gestação, o corpo vai se modificar lentamente, preparando-se para o parto e para a maternidade. A gestação (gravidez) é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Deste modo, para que se tenha uma atenção no pré-natal de qualidade e que seja de forma humanizada, visando o bem-estar da saúde materna e neonatal, é necessário abrir os horizontes e produzir um método que envolvam os binômios saúde/doença, compreendendo as mulheres em sua totalidade, ou seja, unindo o corpo e a mente, considerando o ambiente social, econômico e cultural em que a mesma vive. Assim, estabelecendo novos alicerces de afinidade entre os envolvidos na promoção da saúde materna e neonatal, edificando cada vez mais uma cultura de respeito aos direitos fundamentais, onde encontram-se incluídos os direitos humanos, os direitos à reprodução assistida e os direitos à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No intuito de atender a essas demandas o Estado por meio de seus administradores ao longo dos anos foram instituindo novas ações para atender as mulheres em seus períodos gravídicos e as crianças oriundas desse processo de reprodução.

Assim, em 01 de junho de 2000, por meio da Portaria nº 569/GM, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal, que estabeleceu os princípios e diretrizes relacionados aos direitos das gestantes, entre eles, o acompanhamento pré-natal, um atendimento humanizado, assistência no puerpério e neonatal, entre outros (BRASIL, 2000).

O programa estabeleceu os princípios inerentes a assistência do pré-natal, sendo eles: a) atendimento digno e de qualidade durante a gestação, o parto e o puerpério; b) direito ao acompanhamento pré-natal com base nas diretrizes estabelecidas no anexo I da presente portaria; c) direito ao acesso à maternidade em que será realizado o parto; d) direito do recém-nascido a um atendimento digno e humanizado; e) responsabilidade dos âmbitos federais, estaduais e municipais, pela garantia dos princípios acima enunciados (BRASIL, 2000).

Ainda, a portaria por meio do seu anexo I, estabeleceu as diretrizes básicas para uma assistência ao pré-natal adequada, cabendo aos municípios por meio de suas unidades do sistema de saúde, realizar o devido acompanhamento das gestantes e puérperas.

Nesse sentido, as gestantes de acordo com o programa de humanização no pré-natal devem realizar a primeira consulta até o 4º mês de gestação, devendo ainda serem garantidos a realização de no mínimo 06 (seis) consultas médicas de acompanhamento pré-natal, sendo de preferência, uma consulta no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Ainda, deve ser realizada uma consulta no puerpério, em até 42 (quarenta e dois) dias após o nascimento da criança, além da realização dos exames laboratoriais abaixo mencionados:

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais: a - ABO-Rh, na primeira consulta; b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; e - HB/Ht, na primeira consulta (BRASIL, 2000).

Deve ainda ser realizado durante a assistência de pré-natal, na primeira consulta a testagem anti-HIV, nos municípios com população acima de 50 (cinquenta) mil habitantes. A aplicação de vacinas presentes no esquema vacinal, além da inclusão da gestante em atividades educativas voltadas a gestação e o puerpério. Assim como deve na primeira consulta ser identificada a gestante com classificação de risco gestacional e encaminhada para atendimento em unidade de referência em gestações de alto risco (BRASIL, 2000).

Conforme já demonstrado no presente estudo, o programa Rede Cegonha, instituído no ano de 2011, foi proposto com o intuito de fomentar a rede de cuidados

relacionada às mulheres durante o planejamento reprodutivo, aumentar a qualidade na atenção no pré-natal, no parto e no puerpério, e garantir um atendimento digno aos recém-nascidos, de modo a reafirmar os propósitos trazidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal.

Atualmente, e muito recentemente, passou-se a aplicar a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 715 de 04 de abril de 2022, que engloba os princípios e diretrizes já aplicados pela Rede Cegonha fortalecendo os mesmos e cria novos mecanismos para fomentar a integralidade, segurança e qualidade no cuidado e assistência ao pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Dessarte, na atualidade a gestante passou a ser atendida de modo mais humano, foi garantido a mesma o direito ao acompanhante durante o parto, foi instituído o pré-natal do seu companheiro, condições de realização de partos humanizados, de acordo com a vontade da gestante, programas voltados a não violência obstétrica, mais ênfase a educação sobre a gestação e o puerpério, etc.

Assim, verifica-se que ao longo dos anos as ações voltadas a implementação do pré-natal foram evoluindo e se adequando a sociedade e aos seus inúmeros cenários, pautadas cada vez mais na promoção da dignidade humana e na humanização do serviço, as ações foram sendo construídas através dos esforços mútuos de várias esferas da sociedade, tendo em vista que a gestação e a maternidade são fatores diretamente ligados a avaliação da qualidade do sistema de saúde público.

Portanto, a realização de um pré-natal adequado, com a concessão de todas as devidas consultas, exames e orientações, faz com que a gestação e maternidade sejam mais leves para a mulher, que se encontra em uma fase complexa de mudanças corporais e emocionais, além de prevenir e evitar inúmeras mortes e complicações fetais e infantis. Uma assistência adequada se reverte em menores índices de problemas de saúde pública, por isso atender mulheres independentemente de sua raça, cor ou nacionalidade de forma humana e digna é demonstrar que o Sistema Único de Saúde se preocupa em melhorar e transformar a sociedade em que vivemos.

5.2 CONDIÇÃO MIGRATÓRIA E O ACESSO DE ESTRANGEIROS AO SUS

Foz do Iguaçu, como já verificado anteriormente, encontra-se na maior região de fronteira do país, em confluência com cidades do Paraguai e Argentina, sendo

intitulada de a Tríplice Fronteira e configurando-se como cidades gêmeas.

Muito além da sua conectividade fluvial com ponte, nessas cidades conforme prelecionam Aikes e Rizzotto:

As interações transfronteiriças envolvem um conjunto de interações materiais e imateriais, culturais e identitárias. São espaços onde o local e o internacional se articulam, estabelecem dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelos transfronteiriços (2019, p. 01).

A migração não se trata de um acontecimento decorrente do mundo moderno. Ao longo da história da humanidade, os movimentos migratórios sempre existiram, pautados nos mais diversos motivos que vão de fuga em razões de guerra, conflitos étnicos, religiosos ou raciais, como são os que estamos visualizando atualmente com a situação da guerra entre a Rússia e a Ucrânia, mas podem também serem configurados por catástrofes ambientais, melhores condições econômicas e políticas, busca por melhores condições salariais e de trabalho, etc. Ocorre que não existe um conceito universal a respeito do termo migração, porém sabe-se que é um processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou mesmo de um estado ou município, configurando-se como um movimento populacional compreendido pelo deslocamento de pessoas independentemente das causas (PEREIRA; SOUSA; ALVERNE, 2018).

Desse modo, pautado no fato de que historicamente a humanidade se movimenta em busca de melhores condições de vida, buscando refúgio em países que possuam condições sociais mais adequadas ao convívio social, o Brasil em busca de proteger a sua soberania, atualizou e promulgou uma nova lei de imigração no ano de 2017, baseada no respeito a Constituição Federal e aos princípios nela constates.

A Lei 13.445 de 24 de maio de 2017, tratou em seu primeiro artigo sobre as cinco formas de migrantes, entre elas o residente fronteiriço, o qual é o de maior importância para nosso estudo, tendo em vista a nossa realidade de fronteira. Assim como destacou os princípios e garantias relativas aos migrantes, entre eles o direito à saúde, e dispôs sobre os tipos de visto e suas regras (BRASIL, 2017).

Além de garantir os direitos do imigrante por meio da nova lei de imigração o Brasil também é signatário de inúmeros acordos bilaterais, tais como o Pacto de San José da Costa Rica e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que visam a garantia da devida aplicação dos Direitos Humanos e fundamentais, e entre eles se encontra o direito à saúde (AIKES e RIZOTTO, 2019).

Conforme preleciona Branco (2009), o Brasil possui um sistema de saúde universal, integral e gratuito, fator este que atrai um maior fluxo de migrantes, principalmente dos fronteiriços, tendo em vista a proximidade territorial entre as cidades, em busca de um atendimento de saúde mais completo, digno e humano.

Nesse mesmo sentido Pereira, Sousa e Alverne (2018), dispõem:

Portanto, independe do tipo de visto que a pessoa apresente para ingressar no País ou mesmo, ainda que esteja em situação migratória irregular, uma vez tendo ingressado no território nacional está assegurado o acesso ao sistema público de saúde, de forma gratuita e integral. A política migratória brasileira é decorrente de diversos compromissos internacionais firmados pelo Brasil como Pacto Internacional dos direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Convenção sobre os Direitos da Criança, Convenção Americana sobre Direitos Humanos, Convenção sobre Estatuto dos Refugiados, entre outros (p. 41).

No que tange a entrada no país e os documentos necessários para a validação e a devida entrada no país, faz-se necessário separar o imigrante do residente fronteiriço, pois o imigrante sofre um processo de desvinculação do seu país de origem, da sua “terra natal”, se enquadra em uma nova cultura e novos costumes, ou seja, o imigrante entra no país por meios em que se faz necessário a concessão de visto, que não é aplicado ao residente fronteiriço, principalmente se o mesmo for oriundo de país pertencente ao MERCOSUL.

Conforme já estudando em momento anterior do presente estudo o residente fronteiriço regulamentado pela Lei 13.445/2017, em seus artigos 23,24 e 25, é o sujeito que reside em cidade de fronteira e realiza diariamente deslocamentos para o país contíguo, no intuito de desenvolver atividade laborais, econômicas e entre outras. No caso das cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este que são cidades-gêmeas, o residente fronteiriço é figura presente na região.

Deste modo, faz-se necessário esclarecer que por força da vigência do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), que foi criado no ano de 1991, com o intuito de criar um processo de integração entre os países, entre eles o Brasil e o Paraguai, regulamentando a livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capitais, os cidadãos que pertencerem aos países componentes desse acordo, possuem o benefício de não precisarem de visto para entrada no Brasil, bastando a apresentação da carteira de identidade (GIOVANELLA et.al, 2007, p. 12).

[...] o MERCOSUL é um bloco econômico criado para possibilitar o livre comércio de bens e serviços, bem como garantir a livre circulação de pessoas e capital. Em razão da criação desse bloco econômico, as pessoas provenientes desses países têm acesso facilitado para entrar em território

brasileiro, uma vez que existe isenção de visto entre os Estados Partes do MERCOSUL e países associados, o que facilita sobremaneira o trânsito desses estrangeiros no país (PEREIRA, SOUSA E ALVERNE, 2018, p. 19).

Outrossim, após verificado que o Brasil é signatário de inúmeros acordos bilaterais e multilaterais com o intuito de preservar e aplicar os Direitos Humanos, além de prelecionar em sua Carta Magna que a saúde é um direito de todos, promovendo dessa forma o princípio da universalidade do atendimento, e prever em sua Lei de Migração o acesso igualitário sem discriminação de nacionalidade aos serviços sociais, não há o que se falar em negativa de acesso por parte de paraguaias ao atendimento do Pré-natal em unidades básicas de saúde.

No que tange, a condição migratória dessas mulheres, é nítido que com base no acordo do Mercosul a circulação de pessoas é livre, não havendo a necessidade de visto para a entrada no país, como falar em imigrantes paraguaias irregulares em território nacional, quando estão pautadas em um acordo multinacional.

A nomenclatura “imigrante irregular” para os cidadãos do Paraguai, independentemente de serem mulheres ou homens, é retrógrada e desatualizada, com base nas normativas acima apresentadas se verifica que além da condição de residentes fronteiriços, os mesmos possuem o direito a livre circulação entre os territórios.

A respeito do acesso aos serviços de saúde por parte de mulheres paraguaias grávidas, independentemente de essas residirem ou não no município de Foz do Iguaçu, demonstrou-se ao longo desse trabalho por meio de legislações e normativas que é sim amplamente cabível o atendimento dessas mulheres pela rede de atenção básica e não somente nas urgências dos hospitais.

O direito à saúde é universal, integral e gratuito no Brasil, e sim deve alcançar a todos sem discriminação de raça, etnia e nacionalidade. De acordo com o estudo em epígrafe, notou-se a obrigatoriedade do cartão SUS para o acesso aos serviços de saúde e esse por sua vez possui como requisito para obtenção a comprovação de residência no município da prestação do serviço, do mesmo modo foi possível concluir o quão inconstitucional é essa obrigatoriedade do comprovante de residência.

Desse modo, mesmo após a explicitação das mais diversas normativas e políticas públicas voltadas a mulheres grávidas e a estrangeiras, é necessário frisar que é direito das mulheres paraguaias serem atendidas em seu pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Foz do Iguaçu, de modo digno e humano.

Mas apesar de concluir que é sim direito dessas mulheres, independentemente da sua condição migratória acessar o Sistema Único de Saúde na sua integralidade, é necessário que essa informação seja disseminada entre os gestores municipais, assim como entre os agentes comunitários de saúde e até mesmo entre os atendentes dos postos de saúde, pois estes estão na ponta do atendimento.

Porém mesmo que todos estes fatos sejam postos em prática, que o acesso à informação seja concedido, que os gestores municipais passem a admitir que o não atendimento a essas mulheres ofende aos inúmeros acordos internacionais pactuados pelo Brasil e aos Direitos Humanos, é preciso ações voltadas a essa população, mas ações que busquem resolver de forma abrangente, levando em conta a realidade das cidades-gêmeas, as suas peculiaridades e a sua complexidade no que tange a fronteira.

A integração em região de fronteira excede o âmbito municipal e requer uma intervenção federal para a sua solução. Ressaltando que a intervenção federal deve estar articulada com o país vizinho para que seja efetivada. Todavia, a nossa Constituição concentra grande parte da competência acerca dos temas de fronteira à União, deixando assim pouca margem de articulação de políticas de desenvolvimento local (AIKES; RIZZOTTO, 2019, p. 04).

Por fim, verifica-se que com o intuito de resolver os problemas das cidades de fronteira em relação ao atendimento de saúde, seria importante que com esforços de ambos os países fosse instituída uma região de atenção integrada.

5.3 REDE DE ATENÇÃO INTEGRADA

Aqueles que residem em cidades de fronteira, geralmente vivem dela, buscam nas mais diversas possibilidades o seu sustento. A fronteira proporciona a sua população o usufruto de diferenças entre preços de mercadorias, de serviços, de valorização de moedas nacionais e internacionais, assim como da desigualdade dos serviços públicos oferecidos em cada lado da fronteira, fator esse determinante para a mobilização dos fluxos migratórios (ALBUQUERQUE, 2012).

Utilizar-se da fronteira como fonte de recursos é adentrar um campo de desigualdades, disputas, diferenças e oscilações de direções, configurando desse modo um pêndulo, que em determinados momentos oscila de um lado para o outro, gerando assim as variações de preços e movimentos para ambos os lados da fronteira, no entanto quando se pensa em acesso a serviços sociais entre os

territórios, esse pêndulo costuma se movimentar muito lentamente ou se estagnar em apenas um dos lados, demandando desse modo desenvolvimento regional e social com o intuito de integrar os serviços (ALBUQUERQUE, 2012).

Deste modo, as cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este que se tratam de cidades-gêmeas, tendo em vista a sua condição fronteiriça conforme já estudado, possuem uma grande complexidade no que tange aos seus deslocamentos pendulares. A Fronteira se integra, apesar de ser dividida pela sua cartografia, os seus arranjos sociais fazem com que a mesma passe cada vez mais a se configurar em um único território.

Na Transfronterização, que se trata desse processo de integração dos territórios e sociedade das fronteiras, verifica-se que a população transcende os limites territoriais e incorporam os costumes e as culturas em suas vidas. Por muito tempo as faixas de fronteiras com as suas enormes complexidades foram relegadas e marginalizadas por seus gestores, tendo as relações transfronteiriças garantias pelas suas populações (AIKES; RIZZOTTO, 2020).

Uma das grandes características da transfronterização é a busca pela garantia de acesso a direitos sociais, independentemente do lado da fronteira. Tendo em vista a aplicação dos princípios da universalidade e integralidade ao Sistema Único de Saúde, grande parte dos fluxos migratórios na cidade de Foz do Iguaçu, assim como em todo o território nacional, são voltados a busca por acesso aos serviços de saúde pública (AIKES; RIZZOTTO, 2020).

Estudos que abordaram o tema da saúde nas fronteiras identificaram que há uma demanda, não dimensionada, de serviços de saúde por estrangeiros e os atendimentos realizados em geral não têm continuidade por serem quase sempre de caráter emergencial, o que dificulta inclusive a vigilância e o controle epidemiológico de doenças (AIKES; RIZZOTTO, 2020, p. 03).

Outrossim, tendo em vista a complexidade da fronteira composta pelos municípios de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este, verificado que além dos residentes fronteiriços, o movimento migratório é pendular, e extremamente dinâmico, e muitos destes migram em busca de atendimento por parte dos serviços sociais em especial o serviço de saúde pública, e que os gestores municipais não estão realizando o atendimento a essas populações de forma adequada, inclusive contrariado a Carta Magna e os acordos multinacionais dos quais o Brasil é signatário, percebe-se a necessidade da implantação por parte dos governos de uma rede de atenção integrada nas áreas de fronteiras do país, em especial na mais populosa fronteira do

país.

A integração entre países como intuito de gerar ações conjuntas e estratégias voltadas aos problemas de saúde, assim como ao devido acesso aos sistemas de saúde, trazem em seu bojo desenvolvimento sustentável, melhoria nas condições econômicas e desenvolvimento social de um território, fortalecendo desse modo políticas públicas existentes ou apoiando a iniciativa de novas ações voltadas a resolução desses problemas existentes nas regiões de fronteira (TEIXEIRA et.al, 2019).

Giovanella et al (2007), demonstram por meio do seu estudo a importância da realização conjunta de atividades voltadas ao atendimento de estrangeiros pelos SUS:

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde (GIOVANELLA et al, 2007, p. 263).

Nesse mesmo sentido Nogueira, Dal Prá e Fermiano (2007), entendem que cada vez mais se identifica a existência de uma conexão entre o direito a saúde e a exclusão social, demonstrando dessa forma a dificuldade estatal em fornecer a devida proteção a este setor em específico, exigindo assim não apenas maiores investimentos e novas ações, mas também debates mais incisivos sobre os direitos relacionados a essas populações, proporcionando uma cidadania globalizada e integrada.

É imperiosa a necessidade de que ocorram diálogos entre países pertencentes a fronteira, tendo em vista a grande complexidade apresentada por esses territórios, no intuito de que cada governo de acordo com as suas possibilidades a até mesmo limitações, cheguem a um acordo que unam os seus esforços em prol da melhoria dos serviços públicos voltados à saúde (OLIVEIRA, 2021).

O movimento de integração regional em saúde nas fronteiras é de suma importância e deve ser desenvolvido de modo que não venha a sobrecarregar os sistemas de saúde tanto locais como estatais. Devendo tal desenvolvimento ser fruto de acordos bilaterais entre as cidades-gêmeas, por meio de programas de cooperação transfronteiriças voltadas a atender as demandas em saúde das populações fronteiriças. Para uma devida integração regional e a construção de uma rede de

atenção integrada, faz-se necessário que as articulações sejam realizadas em conjunto com o MERCOSUL (MARTINEZ, 2020).

A relevância de ações de integração dos sistemas de saúde no MERCOSUL decorre exatamente da consciência normativa mundial no sentido de reconhecer a necessidade de regular conjuntamente os problemas que não podem ser resolvidos individualmente, caso contrário, as medidas adotadas unilateralmente podem acabar por não atingirem os objetivos por elas propostos (PEREIRA; SOUSA; ALVERNE, 2018, p. 49).

Pensar em novas modalidades de financiamento voltadas a programas de saúde em zonas de fronteira é um grande desafio para o MERCOSUL. Criar órgãos específicos para tratar dessa matéria, organizar novas legislações, coordenar a divisão de uma rede de atenção em saúde instalada como fruto da cooperação internacional e prestar um serviço eficiente promovendo a saúde da população fronteiriça, ainda é um grande desafio (PEREIRA; SOUSA; ALVERNE, 2018).

Dessa forma, as políticas e as ações em nome da saúde pública nessa região de múltiplas fronteiras traduzem tensões e dilemas relacionados às reivindicações de alguns monopólios do Estado soberano moderno, tais como os monopólios dos tributos e da cidadania nacional. Mas também aponta para um complexo movimento de ampliação de direitos sociais em uma zona de alguns projetos e práticas de integração fronteiriça (ALBUQUERQUE, 2012, p. 203).

Assim, faz-se necessário que as discussões voltadas a essa temática sejam cada vez mais importantes para o desenvolvimento das regiões de fronteira existentes por este tão extenso país. Discutir as formas de ampliar os atendimentos a estrangeiros pelos sistemas de saúde locais demonstra a preocupação dos estados para com seus cidadãos.

No que tange, a integração em saúde em regiões de fronteira, iniciativa essa possível, pode diminuir as diferenças existentes entre os grandes centros urbanos do país e as regiões de fronteira, assim como assimetrias existentes entre as populações residentes nas fronteiras. Quanto maiores as consistências das integrações, mais se verifica a adequação das ações para uma realidade complexa e diversificada, onde os atores são múltiplos e únicos ao mesmo tempo (MELO, 2018).

Nesse diapasão, verifica-se que a complexidade que a região de fronteira apresenta é alvo de inúmeras especulações e qualquer ação voltada a criação de uma rede de atenção integrada, deve levar em conta toda essa complexidade, sendo ela a sua população, língua, costumes e etc.

A criação da rede de atenção integrada nas regiões de fronteira, precisa ser

amplamente discutida e difundida tanto pelos governos locais como federais, envolver a comunidade e os poderes públicos é manobra imprescindível para a construção de uma política pública que realmente atenda as necessidades das populações fronteiriças ao longo do país.

Ter acesso a um serviço de saúde de qualidade é direito de qualquer ser humano, independentemente de sua condição migratória ou nacionalidade, e dever do Estado, conforme disposto pelos Direitos Humanos.

Criar e desenvolver essa rede de atenção integrada em regiões de fronteiras, além de promover o direito à saúde, traz em seu bojo desenvolvimento local e social, melhoria nas condições de trabalho, diminuição da violência, ampliação da educação, etc. Criar um território integrado não está pautado apenas na saúde, mas no desenvolvimento de toda a região nos mais diversos campos sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou em suma estudar a possibilidade de acesso de mulheres paraguaias a realização do pré natal pela rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde e a existência de políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades dessa população específica. Desse modo, percorreu-se um caminho que transitou entre complexidades históricas da fronteira, o conhecimento acerca das legislações específicas, quais políticas públicas existem voltadas a suprir as necessidades de mulheres gestantes, para, por fim, discutir a possibilidade de acesso ao serviço público de saúde nacional por parte de mulheres paraguaias.

Para chegar aos fins almejados pelo presente trabalho utilizou-se de dois meios de pesquisa, sendo eles a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica buscou reunir um embasamento literário, por meio de estudos de várias publicações científicas referentes ao tema, com ênfase ao estudo de produções acadêmicas, tais como artigos científicos, dissertações, teses de doutorado, etc. Através da pesquisa documental, buscou-se estudar uma gama de leis, decretos, portarias e publicações oficiais, com o intuito de ampliar o entendimento relativo aos direitos inerentes às mulheres paraguaias.

A complexidade da fronteira composta pelos municípios de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este foi construída por inúmeros fatores sociais, políticos e econômicos. Desde os primórdios a cidade de Foz do Iguaçu, foi alvo de especulações devido a sua posição geográfica, apesar de possuir poucos habitantes o governo sempre se preocupou em manter os seus limites guardados pelo Exército. Ao longo da história e dos acontecimentos de desenvolvimento e infraestrutura a fronteira foi cada vez mais tomando destaque no cenário nacional e mundial. O advento da construção da BR 277, trouxe em seu bojo a garantia de acesso por meio terrestre, a chegada de mantimentos e de outras inúmeras possibilidades para o desenvolvimento local e regional. Além da construção da Ponte da Amizade, que passou a ligar o Brasil e o Paraguai por meio terrestre, e forneceu novos meios de escoação dos seus produtos ao Paraguai, a grande transformação da cidade ocorreu quando do início da construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu.

A instalação e construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu, trouxe para a região um marco de desenvolvimento, a cidade que até então era habitada por pouco mais de vinte mil pessoas, passou de uma hora para outra a ser habitada por mais de cem

mil pessoas. Essa grande obra de desenvolvimento e infraestrutura trouxe consigo muito impactos econômicos e sociais que transformaram a cidade e a fronteira, alguns beneficiaram a cidade e outros nem tanto.

Os fluxos migratórios existentes na região, se dão em função da fronteira ter como uma das suas principais características a porosidade das suas barreiras, fazendo dessa forma que os fluxos sejam pendulares, em certo momento tendem mais para um lado e em outro momento mais para o outro lado. Esses fluxos estão pautados pelos mais antigos instintos humanos, a busca por melhores condições de vida, de trabalho, de saúde, de educação e de moradia. Desse modo, entender os direitos cabíveis a mulheres paraguaias que residem ou cruzam a fronteira em busca de um atendimento digno de saúde em seu período gestacional foi de suma importância, pois além trazer informação aos envolvidos nesse cenário, traz também conhecimento a aqueles que fornecem o atendimento e podem mudar a forma como tal atendimento é realizado.

No que tange, às garantias legais e inerentes ao ser humano, foi possível compreender que, o Direito à saúde é tratada pelas mais diversas legislações. Desde os Direitos Humanos é possível analisar que estes se encontram descritos nos Direitos de segunda geração, pois trata-se de um direito social, inerente ao bem-estar da população, e foram recepcionados pela Constituição Federal de 1988, por meio dos artigos 6º e 196º. A recepção desse direito pela carta magna, trouxe consigo a tão esperada implementação do Direito à Saúde, como meio de promoção da dignidade humana, garantindo a todos os seres humanos um atendimento digno e justo.

Após a recepção e implementação do Direito à Saúde no ordenamento pátrio, foi necessário a organização e sistematização de um sistema que pudesse proporcionar tal atendimento, assim no ano de 1990 foi criada a lei orgânica que criou o sistema único de saúde (SUS), garantindo assim a devida aplicação dos direitos sociais inerentes a pessoa e refletindo o comprometimento com o bem-estar social do país. No mesmo intuito de ainda melhorar a sistematização do serviço foi implementada a Política Nacional de Atenção Básica, que ao ser analisada não apresentou nenhum capítulo ou sessão específica para atendimento de estrangeiros, porém enaltece e estabelece que os atendimentos devem ser realizados de modo igualitário, universal e sem qualquer meio de exclusão. Ainda, foi estudada a Portaria nº 940/2011, que criou o Cartão SUS, no intuito de melhorar a gestão do sistema, no entanto verificou-se a exigência do comprovante de residência para o acesso ao

cartão, fator este que não seria cabível aos estrangeiros em virtude da sua condição migratória, tanto que se verificou que tal portaria por se tratar de norma infralegal, não pode ser aplicada ao caso de imigrantes gestantes ou de qualquer outro imigrante como instrumento para a negativa do atendimento.

A nova Lei do Imigrante promulgada em 2017, trouxe em seu bojo inúmeras transformações para os imigrantes, entre elas um tratamento mais humanitário, melhorando o acesso a alguns Direitos básicos, tais como residência, visto, autorizações, entre outros, que demonstram a evolução legislativa do país. Trouxe ainda, essa nova legislação uma nova modalidade de imigrante, o fronteiriço, que possui regulamentação um pouco diferente de outras modalidades devido ao fato de sua entrada no país ser realizada de modo regular, porém não definitiva.

Quanto ao estudo das Políticas Públicas voltadas ao atendimento de mulheres grávidas, foi possível notar que ao longo dos anos foram realizadas ações tanto por parte dos governos estaduais como dos governos federais no intuito de implementar políticas voltadas a melhoria do sistema e do atendimento de mulheres em período gravídico. Verificou-se uma construção histórica, desde o primeiro programa estatal de proteção a maternidade, à infância e a adolescência criado em 1937-1945, até a chegada do RAMI (Rede de Atenção Materna e Infantil) no ano de 2022, que apesar de ainda não estar implementado, já se encontra publicado, aguardando demais ações governamentais.

Na mesma diapasão, foi possível analisar as tentativas tanto do governo federal por meio da implantação do SISFRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde, quanto do governo estadual por meio do programa Saúde do Viajante, de implementar Políticas Públicas de caráter sanitário em regiões de fronteira, no entanto apesar dos esforços dispensados, as práticas foram descontinuadas, demonstrando a falta de conhecimento por parte dos gestores das dificuldades enfrentadas pelos governos locais das regiões de fronteira. Do mesmo modo, não se verificou a aplicação de quaisquer ações voltadas ao atendimento de mulheres paraguaias grávidas no município de Foz do Iguaçu.

A importância da realização de um pré-natal adequado, com concessão de todas as devidas consultas, exames, orientações, direito a acompanhante, faz com que a gestação e a maternidade sejam mais leves para a mulher. Além de prevenir e evitar inúmeras mortes e/ou complicações fetais e infantis, uma assistência adequada se reverte em menores índices de problemas de saúde pública e demonstram a

qualidade desse sistema, gerando dessa forma indicadores positivos da qualidade do bem-estar social desta sociedade.

O Brasil é signatário de muitos acordos bilaterais ou multilaterais, entre eles encontra-se o MERCOSUL, que entre os seus inúmeros benefícios prevê a livre circulação de pessoas entre os seus territórios, não havendo a necessidade de visto para a entrada nos países que compõem o acordo, entre eles o Brasil e o Paraguai. Assim, não há como falar em imigrantes irregulares em território nacional, quando estas estão amparadas por acordos multilaterais, ou poderem ainda se enquadrarem como residentes fronteiriças, possuindo dessa forma o direito de acesso ao serviço de saúde, tendo em vista que nossa Carta Magna postula que o Direito à Saúde é universal, integral e gratuito.

Assim sendo, com base nas mais diversas legislações e na devida aplicação dos Direitos Humanos, foi possível compreender que é sim direito o acesso de mulheres imigrantes gestantes, tenham elas sua entrada regular ou não no país, ao pré-natal fornecido pela atenção básica do sistema único de saúde. Ter acesso a um serviço de saúde de qualidade é direito de qualquer ser humano, independentemente de sua condição migratória ou nacionalidade, e dever do Estado.

Ao longo dessa jornada de estudos, foi possível analisar a possibilidade da criação de meios a proporcionar esse serviço de forma mais adequada, tal como a criação de uma rede de atenção integrada, que tenha como pauta a geração de ações e estratégias voltadas ao problema de saúde, realizadas em conjuntos pelos governos locais e federias.

Discutir os problemas existentes em regiões de fronteira, principalmente os voltados as condições de saúde dessas populações é algo imperioso, que traz em seu bojo uma certa urgência, tendo em vista as complexidades apresentadas pelos territórios de fronteira existente em nosso amplo país.

Criar e desenvolver uma rede de atenção integrada em regiões de fronteiras, além de promover o direito à saúde, traz em seu bojo desenvolvimento local e social, melhoria nas condições de trabalho, diminuição da violência, ampliação da educação, etc. Criar um território integrado não está pautado apenas na saúde, mas no desenvolvimento de toda a região nos mais diversos campos sociais.

Assim, acredita-se que existam ainda, muitos campos de estudos que possam contribuir para a temática, entre elas o estudo acerca da possibilidade da criação de uma região sanitária, voltada a realizar atendimentos de saúde e sociais a populações

de fronteira, que visem a criação de hospitais, unidades básicas e demais departamentos com o fim precípua de oferecer melhores condições de vida a populações que vivem longe dos grandes centros industrializados e com dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade. Talvez, interessante também fosse a realização de estudos sobre a possibilidade de ações governamentais por meio do MERCOSUL, com o intuito da fomentação e integração voltada aos problemas públicos de saúde enfrentados pelos municípios de fronteiras que compõem o seu território.

Outrossim, mesmo que tenhamos conhecimento que faltam ações por parte dos governos federais e estaduais no intuito de melhorar as condições sanitárias a imigrantes, faz-se necessário mencionar que o município de Foz do Iguaçu, por meio de medidas simples já poderia em muito melhorar esse atendimento, organizando o sistema de atendimento, como quantificando e monitorando essas mulheres que buscam por atendimento médico em fase gravídica, pontuando as dificuldades enfrentadas pelo município por meio de números, provocando cada vez mais os governos estaduais e federais a se posicionarem a respeito dessas dificuldades, capacitando os seus gestores sobre os direitos inerentes as imigrantes e sobre as novas legislações, tais fatores por si só já poderiam mudar as realidades enfrentadas pelas regiões de fronteira.

Por fim, faz-se importante mencionar que desse estudo foi possível perceber que o mundo se encontra em constante mudança, as suas populações mais ainda, e cada vez mais passamos a pertencer a um determinado lugar e seguir as suas regras, não estamos vinculados apenas as nossas tradições e costumes, pois estas levamos em nossa mala, mas sim a cada vez buscar mais por condições que nos proporcione bem-estar, sejam sociais ou pessoais. O que ainda nos falta é a segurança de que o local em que buscaremos o nosso bem-estar esteja preparado para atender e vivenciar as mudanças diárias que cercam a complexidade da vida, por isso tais debates se fazem tão necessários, pois a vida humana é a única que importa, independentemente de qualquer que seja a sua definição.

REFERÊNCIAS

- AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Acesso do Transfronteiriço aos Serviços de Saúde em Cidades Gêmeas do Paraná. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, out. /dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200304&tlng=pt. Acesso em: 01 dez. 2020.
- AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. 180-196, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200304&tlng=pt. Acesso em: 8 jul. 2020.
- ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. **Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço**: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica(s)*, v. 3, n.º. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/viewFile/40040/40396>. Acesso em 10 jul.2021.
- BAUERMANN, C. L.; CURY, M. J. Políticas Públicas de Saúde: o Caso da fronteira entre Brasil/Paraguai. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEGE, 11., 2015. **Anais...** Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/12/375.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BEDIN, Gilmar Antônio. **A idade média e o nascimento do estado moderno**: aspectos históricos e teóricos. Ijuí: Unijuí, 2012.
- BIROL, Aline Pedra Jorge *et al.* Municípios de Fronteira: Mobilidade Transfronteiriça, Migração, Vulnerabilidade e Inserção Laboral. **Brasília: Icmpd**, 2015. 304 p. Disponível em: http://www.justica.gov.br/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos-pesquisas/mtbrasil_act-1-3-1-4_relatorio_Final.Pdf. Acesso em: 20 set. 2021.
- BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/133>. Acesso em: 10 fev.2022.
- BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na Fronteira e o Direito**: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Monografia. 2009. Disponível em: <file:///D:/TEXTOS%20IMPOROTANTES%20PARA%20A%20DISSERTA%C3%87%C3%83O/SUS%20na%20fronteira%20e%20o%20Direito-em%20que%20medida%20o%20estrangeiro%20tem%20Direito%20ao%20SUS.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.188, de 05 de junho de 2006. Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/Saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html. Acesso em: 04 dez.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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406Compilada.htm. Acesso em: 25 fev.2022.

BRASIL. Secretária-geral. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983. Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1983. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7115.htm. Acesso em: 25 fev.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em 10 abr. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em 17 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 - 2015.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. 114 p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publiCacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em 19 abr. 2022.

BRASIL. **Programa Humanização do parto, Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 17 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde, 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº1.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS- a Rede Cegonha, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 06 jul. 2021.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** . Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006. Disponível em: https://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2006/metodologia_pesquisa_bibliografica.pdf. Acesso em: 23 mar.2022.

CAMPANA, Silvio; ALENCAR, Chico de. **Foz do Iguaçu: retratos.** Umuarama: Gráfica e Editora Paraná, 1997. 201 p.

CARDIN, Eric Gustavo. Os trabalhadores paraguaios nas cidades fronteiriças do Brasil. **Tempo da Ciência**, Toledo, v. 25, n. 49, p. 111-120, jun. 2018. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/20035/12979>. Acesso em: 08 fev. 2022.

CAZELLI, Vinicius Ribeiro. **LIMITES À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA.** 2020. 210 p. Tese de Doutorado — Universidade Estácio De Sá, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/Envio>. Acesso em: 10 fev.2022. Coleta/detalhesDados/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&idTrabalho=10686062. Acesso em: 20 fev. 2022.

CRETELLA NETO, José. **Curso de Direito Internacional do Meio Ambiente**. São Paulo: Saraiva, 2012.

CURY, Mauro José Ferreira; FRAGA, Nilson Cesar. Conurbação Transfronteiriça e o Turismo na Tríplice Fronteira: Foz do Iguaçu (Br), Ciudad Del Este (Py) e Puerto Iguazú (Ar). **Rosa dos Ventos**, Caxias do Sul, v. 0, n. 0, p.460-475, 01 jul. 2013. Trimestral. Disponível em: <file:///C:/Users/pc.marla/Downloads/2253-7778-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

CONSTRUÇÃO da Ponte Internacional da Amizade Foz do Iguaçu. **Memória Rondonense**, 24 set. 2015. Disponível em: <http://www.memoriarondonense.com.br/eventos-single/construcao-da-ponte-internacional-da-amizade-foz-do-iguacu/32/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DERROSSO, Giuliano Silveira; CURY, Mauro José Ferreira. ELEMENTOS DE UMA IDENTIDADE TERRITORIAL: um estudo de caso da cidade de foz do iguaçu - pr. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 41, p. 65-85, 01 jan. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Marla/Downloads/6053-23663-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem. 1948**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FOZ DO IGUAÇU. Diário oficial. **LEI COMPLEMENTAR Nº 331056, de 2006**. Disponível em: http://www.pmf.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=106581&fbclid=IwAR08v96Jl37izS8V Wp0wr4smvhtaGKELrr1QstNhsy63J8O-lixH_Q7ykU. Acesso em: 30 abr. 2022.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Saúde nas fronteiras: acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde**, 2007.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 518 p.

JAQUEIRA, Manoela Marli. **O trabalhador Imigrante em Foz do Iguaçu: a legislação trabalhista sob a perspectiva dos direitos fundamentais e humanos**. 2016. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras, Sociedade, Cultura e Fronteiras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2016. Disponível em: https://www.gpfronteras.com/_files/ugd/e38652_598129fb617345d08966b272efe6787c.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

HAUM, Natalia Dias Alves Públio. **O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de fronteira**. 2020. 134 p. Dissertação de Mestrado — Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná -UNIOESTE, Foz do Iguaçu, 2020. Disponível em: https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/5099/5/Natalia_Dias_Alves_Publico_Haum_2020.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus Actas de Saude Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>. Acesso em: 10 mar.2022.

LIMA, Perci de. **Foz do Iguaçu e Sua História**. Foz do Iguaçu: Copyrigh Perci Lima, 2001. 192 p.

LIMA, Fernando Raphael Ferro de. **Desenvolvimento regional na fronteira Foz do Iguaçu/BR – Ciudad del Este/PY**. 2011. 165 f. Tese (Doutorado) - Curso de E Pós-Graduação em Geografia, Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26280/TESE_FERNANDOD_ELIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 nov. 2021.

LIMA, Cíntia Fiorotti; CARDIN, Eric Gustavo. Migração paraguaia na faixa de fronteira do Brasil: identidades, circularidades e redes transnacionais. **Século XXI**, Porto Alegre, v. 07, n. 02, p. 53-71, jun. 2016. Disponível em: https://www.gpfronteras.com/_files/ugd/e38652_f2e746fd636b4c359Caeca5c1d36fdc4.pdf. Acesso em: 09 fev. 2022.

MARTINEZ, Virginia Ruiz de Martín Esteban. **O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil**. 2020. 154 p. Dissertação de Mestrado — Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná - UNIOESTE, Foz do Iguaçu/PR, 2020. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/5318>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n°.3, p. 239-262, jul-set, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 22 fev.2022.

MONSORES, Carla de Oliveira; BRAGA, Zaira Carvalho Cornélio. A contribuição da construção da usina hidrelétrica de Itaipu no desenvolvimento regional da cidade de Foz do Iguaçu, a luz da teoria de base da exportação. **Revista Orbis Latina**, Foz do

Iguaçu, v. 8, n. 1, p. 60-84, 07 jun. 2018. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/orbis/article/view/1184/1106>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais: Teoria geral, comentários aos Arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRA, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S227-S236, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/LndN8BPLvcDD-PGjKMP4Kj8K/?lang=pt>>. Acesso em: 12 set. 2021.

OCDE (2016). **Panorama de las Administraciones Públicas: América Latina y el Caribe 2017**. Éditions OCDE, Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/9789264266-es>. Acesso em: 18 mar.2022.

OLIVEIRA, Ana Flávia Machado de. **Direito e Saúde na Tríplice Fronteira: O município de Foz do Iguaçu, analisado a partir das relações entre o direito e a política estratégica saúde da família**. 2021. 116 p. Dissertação de Mestrado — Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná, Foz do Iguaçu/PR, 2021. Disponível em: https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/5517/5/Ana_Flávia_Machado_de_Oliveira_2021.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

PARANÁ. Secretaria de estado da saúde do Paraná (SESA). **Programa Rede Mãe Paranaense: Linha guia**. Paraná: SESA; 2012. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva; SOUSA, Livia Maria de; ALVERNE, Tarin Cristino Frota Mont. Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, nº 3, 2018 p.34-53. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54958>. Acesso em: 15 jul. 2022.

PIZZANI, Luciana *et al.* A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**. Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>. Acesso em: 08 mar. 2020.

POLON, Luana Caroline Kunast. **A fronteira do consumo: relações transfronteiriças entre Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY)**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Candido Rondon, 2014. Disponível em: http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/1669/1/Luana_Polon_%202014. Acesso em: 15 nov. 2021.

PORTZ, Solange; MASCARENHAS, Milena; GREGORY, Valdir. O rio Paraná e a dinâmica da fronteira nos séculos XIX e XX. **Revista Pleiade**, [S.L.], v. 14, n. 30, p. 1-20, 2 dez. 2020. Associação Internacional Uniao das Americas. <http://dx.doi.org/10.32915/pleiade.v14i30.661>. Disponível em: <file:///C:/Users/Marla/Downloads/661-Texto%20do%20artigo-1960-1-10-0201202.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

RABOSSI, F. **Nas ruas de Ciudad del Este**: vidas e vendas num mercado de fronteira. Tese de doutorado. UFRJ, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/133968/mod_resource/content/1/Rabossi.Nas%20ruas%20de%20Ciudad%20del%20Este.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

RAMMÉ, Juliana; PINA, Sílvia A. Mikami G. As Vilas de Itaipu: padrão morfológico e evolução urbana. **Revista de Morfologia Urbana**, Campinas, v. 0, n. 0, p. 01-16, 18 dez. 2019. Disponível em: <http://www.revistademorfologiaurbana.org/index.php/rmu/article/view/115/62>. Acesso em: 10 nov. 2021.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica para alunos de graduação e pós graduação**. São Paulo. Edições Layola, 2002.

ROSEIRA, A. M. **Foz do Iguaçu**: cidade rede sul-americana. Dissertação de Mestrado em Geografia Humana – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-18062007-152226/publico/TESE_ANTONIO_MARCOS_ROSEIRA.pdf. Acesso em: 14 mar. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning. 2013.

SERRUYA, S.J; CACETTI, J.G; LAGO, T.D.G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p 128-149, set./out. 2004. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csp/a/9nJfmGQRd3jYxMRNkHRJKpH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 abri.2022.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2011. 925 p.

SIPPERT, Evandro Luis. **O direito fundamental à Saúde**: a (in)sustentabilidade e a função do Estado garantidor em face das demandas sanitárias. 2017. 143 p. Dissertação de Mestrado — Universidade Regional Do Noroeste Do Estado Do Rio Grande Do Sul – Unijui, Ijuí, 2017. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/6288/Evandro%20Luis%20Sippert.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SOARES, Jéssica Aparecida. **A saúde pública na tríplice fronteira**: estrutura de atendimento e estratégias de usuários fronteiriços para acesso à saúde.. 2017. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em

Sociedade, Cultura, e Fronteiras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2017.

SOTUYO, P. C. G. **Segregação urbana: estudo de caso das vilas de Itaipu.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/77521>. Acesso em: 26 fev. 2022.

SOUZA, Ana Paula De Jesus. **A tutela do direito à saúde perante à corte interamericana de direitos humanos: um aporte teórico acerca do caso Poblete Vilches vs. Chile.** 2020. 115 p. Dissertação de Mestrado — Universidade Federal De Sergipe, São Cristóvão/SE, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10666468. Acesso em: 8 fev. 2022.

THAUMATURGO, Leila Regina Youssef. **A expansão urbana e o crescimento populacional em áreas do entorno de grandes reservatórios: o caso de Foz do Iguaçu.** 2012. 149 f. Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/106437>. Acesso em: 08 nov. 2021.

TOSI, Giuseppe. **Direitos Humanos: História, teoria e prática.** 1. ed. João Pessoa/PB: João Pessoa Editora UFPB, 2004. E-book (394 p.). Disponível em: https://doi.org/2019918_153210_Direitos_Humano_Teoria_e_Pratica20190923-1009-y54x7x-with-cover-page-v2.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

VIANA, A. L. A; BAPTISTA, T. W. F. **Análise de políticas de saúde.** In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2. ed, p. 59 – 87, 2012.

VILLANUEVA, Luis F. Aguilar (2012). **Política Pública. Una visión panorámica.** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD – Bolivia). Disponível em: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/bo/politica_publica_una_vision_panoramica.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

WINTER, Luciana. **Transfronterização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de foz do iguaçu-pr.** 2009. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Marla/Downloads/Dissertacao%20Luciana%20Winter.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.