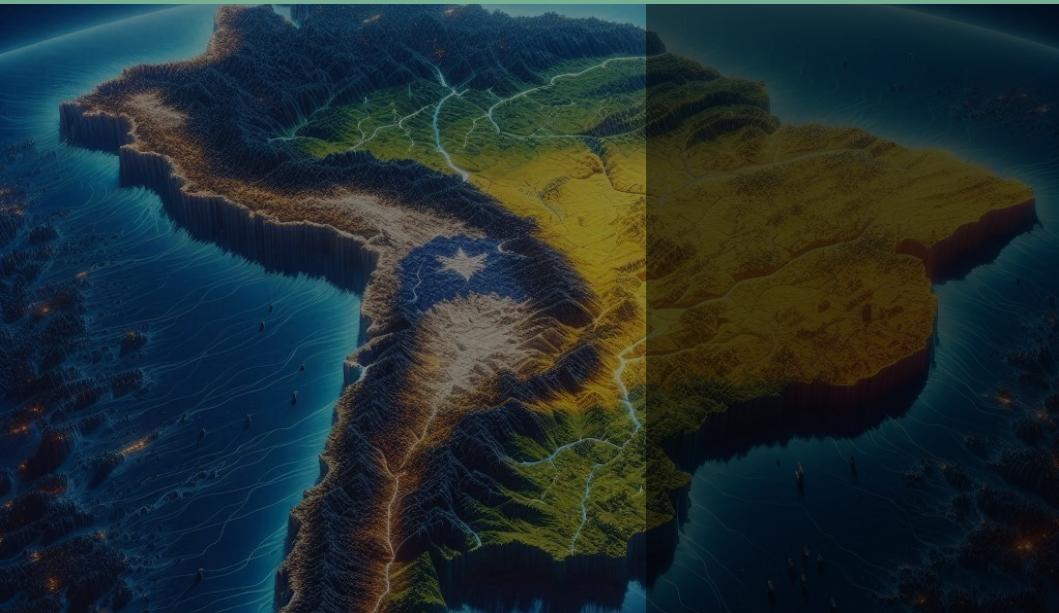


*Aldo Phelipe Nunes Ferreira Araújo - Ana Beatriz Ferreira Barros  
Ana Isabel Leite Marques - Cintia Raquel Canhete  
Dálita Emanuele de Araújo - Felipe Antonio Prechitko Neto  
Francisco Rodrigues Martins - Gabriela Soares Montania  
Marco Antônio de Assis Lopes - Nailton Cordeiro da Silva  
Pedro Henrique de Souza Gonçalves - Samara Nunes Ferreira Araújo  
Wesley Campanari de Araujo*



# SAÚDE Fronteriça ESTRUTURA, POLÍTICAS E FUTURO

INTEGRAÇÃO BRASIL - PARAGUAI



*Aldo Phelipe Nunes Ferreira Araújo - Ana Beatriz Ferreira Barros  
Ana Isabel Leite Marques - Cintia Raquel Canhete  
Dálita Emanuele de Araújo - Felipe Antonio Prechitko Neto  
Francisco Rodrigues Martins - Gabriela Soares Montania  
Marco Antônio de Assis Lopes - Nailton Cordeiro da Silva  
Pedro Henrique de Souza Gonçalves - Samara Nunes Ferreira Araújo  
Wesley Campanari de Araujo*



# SAÚDE Fronteiriça ESTRUTURA, POLÍTICAS E FUTURO

INTEGRAÇÃO BRASIL - PARAGUAI



## **Conselho Editorial:**

1. Pós-Dr. Sérgio Nunes de Jesus - Rondônia, Brasil
2. Pós-Dra. Fabíola Ornellas de Araújo - São Paulo, SP
3. Pós-Dr. José Crisólogo de Sales Silva - São Paulo, Brasil.
4. Dr. Eliuvomar Cruz da Silva - Amazonas, Brasil.
5. Dra. Laury Vander Leandro de Souza - São Paulo, Brasil
6. Dr. Maurício Antônio de Araújo Gomes - Massachusetts, Estados Unidos.
7. Dr. Jorge Adrihan N. Moraes - Paraguai
8. Dr. Eduardo Gomes da Silva Filho - Roraima, Brasil.
9. Dra. Ivanise Nazaré Mendes - Rondônia, Brasil.
10. Dra. Celeste Mendes - São Paulo, Brasil
11. Dra. Maria Cristina Sagálio - Minas Gerais, Brasil.
12. Dr. Ivanildo do Amaral - Assunção, Paraguai.
13. Dr. Luiz Cláudio Gonçalves Júnior - São Paulo, Brasil.
14. Dr. José Maurício Diascâncio - Espírito Santo, Brasil.
15. Dr. Geisse Martins - Flórida, Estados Unidos.
16. Dr. Cyro Masci - São Paulo, Brasil.
17. Dr. André Rosalem Signorelli - Espírito Santo, Brasil.
18. Dra. Silvana Maria Aparecida Viana Santos - Espírito Santo, Brasil
19. Me. Carlos Alberto Soares Júnior - Fortaleza, Ceará, Brasil.
20. Me. Michel Alves da Cruz - São Paulo-SP, Brasil.
21. Me. Paulo Maia - Belém, Pará, Brasil.
22. Me. Carlos Jose Domingos Alfáce - Maputo, Moçambique
23. Me. Hugo Silva Ferreira - Minas Gerais, Brasil.
24. Me. Walmir Fernandes Pereira - Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
25. Me. Solange Barreto Chaves - Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
26. Me. Rita de Cassia Soares Duque - Mato Grosso, Brasil.
27. Me. Cesar Rodrigues Barrinho - Mato Grosso, Brasil
28. Me. Renan Italo Rodrigues Dias - São Paulo, Brasil

## **Equipe Técnica:**

Editora-chefe: Bárbara Aline Ferreira Assunção - São Paulo, Brasil.

Apoio Técnico: Fernando Mancini - São Paulo-SP, Brasil.

Jornalista Grupo Editorial Aluz: Bárbara Aline Ferreira Assunção - São Paulo, MTB 0091284/SP.

Bibliotecária Responsável: Sueli Costa - CRB-8/5213 (SC Assessoria Editorial, São Paulo, Brasil).

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

SBN: 978-65-85931-45-8   Título: Saúde Fronteiriça: Estrutura, Políticas e Futuro da Integração Brasil – Paraguai, Volume 1.
1. Ed.   DOI: 10.51473/ed.al.sfe
São Paulo: EBCPA - Editora Brasileira de Publicação Científica Aluz, 2024.
Organizadores: Aldo Philipe Nunes Ferreira Araújo, Ana Beatriz Ferreira Barros, Ana Isabel Leite Marques, Cintia Raquel Canhete, Dálita Emanuele de Araújo, Felipe Antonio Prechitko Neto, Francisco Rodrigues Martins, Gabriela Soares Montanha, Marco Antônio de Assis Lopes, Nilton Cordeiro da Silva, Pedro Henrique de Souza Gonçalves, Samara Nunes Ferreira Araújo, Wesley Campanari de Araújo.
Autores: Camila Pistore Meira, Erick Ferreira Batista Silva, Allan Rodrigues Batista, Valbert Felipe de Souza Novae, Mirla Stéfane Maia Monteiro, Geovanna Coelho da Silva, Antônio Carlos Caló Júnior, Sandy Lívia Martins Pinheiro, Rafael Castro Bezerra, João Henrique de Oliveira Dias, Eduardo Gerônimo Tomé de Souza, Bruno Alves Filgueira, Camila Tavares da Silva Zampieri, Magno Santos Nascimento, Joana D'arc Araújo Costa, Andréia Firma Chaves, Luís Renato Pessôa de Souza, Filipe Grison, Thayago Alves Teixeira Leite, Breno Alves Filgueira, Izabela Cristina Vieira, Marcella Moraes Alingeri, Eduarda Nascimento da Silva, Khetleen Teixeira Silva, Khaylane Teixeira Vinciguera, Thaís Alves da Silva, Rayani Cáceres Martins, Thaline Henrique Conti, Bruno Albuquerque Rocha Lunardi, Catarina Campos Sousa, Milton Guilherme Rodrigues Ingles de Morais, Rubens de Gomes Prates Junior, José Edisal de Souza, Queren Hapuque Vitória Gonçalves Silva, Varton Rogério Rego Ferreira Filho, Rodrigo Vilas Boas Antunes, Matheus Henrique de Souza Melo, Rebeca Sabrine Carvalho Fernandes, Itacyr Rezende Gomes, Deivedy Araújo de Almeida, Rayssa da Silva Santos, Jemima dos Santos Carvalho da Silva, Daniely de Souza Nakamura, Lorena Nicoly da Silva Lima Dorneles, Fagner Nascimento Jaques, Thaís Torisco Roy, Elayne Carolina do Nascimento Costa Sousa, Phillippe Stephano de Souza, Fernando da Silva Vieira, Eduarda Pedroso Pereira de Souza, Marcelo Fernandes de Souza, Marcel Kodi Yokohama, Midian Batisti, Eduarda De Queiroz Lemos Gonçalves, Isabela Lima e Silva, Paula Julia Gil, Luiz Felipe Almeida Oliveira, Jeniffer Almeida Garcia, Jaine Souza Garcia, Gedryka Tayana de Almeida Stein, Fabiola Herrero Sanchez, Hélvia Cristina Pires dos Reis, Bianca Sousa Ribeiro Cunha, Hugo Marcolino Araújo de Oliveira, Dahiana Elizabeth Carballo Amarilla, Isac Da Silva Macêdo, Elizeu Alves Ferreira, Patrícia de Jesus Gimenes, Laudelina Mary Luz Costa, Rosiene de Lima Dias, Jenilson de Oliveira Dias, Érica Taeti Mascarenhas de Oliveira, Franciane Pereira Xavier, Jessica Santos de Assis, Dionatta Santos do Nascimento, Marcos Vinicius Santos Souza, Gervásio Jovane Rodrigues, Jordão Pereira de Aguiar, Jean Betine Dos Santos, Leonardo Alencar Vieira, Itacyr Rezende Gomes, Amanda Nayara Marques Cunha, Lara Kallyé Marques Cunha, Karolaine Oliveira Bezerra, Renatha Gabrielly De Albuquerque Gonsalves, Danielle Borges de Melo.

**Diretora:** Bárbara Aline Ferreira Assunção

**Produção Gráfica, Capa, Diagramação:** Editora Aluz

**Jornalista Grupo Editorial Aluz:** Barbara Aline Ferreira Assunção, MTB 0091284/SP

**Bibliotecária Responsável:** Sueli Costa, CRB-8/5213

CARO LEITOR,

Queremos saber sua opinião sobre nossos livros. Após a leitura, siga-nos no

Instagram @revistarcmos e visite-nos no site

<https://submissoesrevistacientificaosaber.com/livros/>

Copyright © 2024 by Aldo Phelipe Nunes Ferreira Araújo; Ana Beatriz Ferreira Barros; Ana Isabel Leite Marques; Cintia Raquel Canhete; Dálita Emanuele de Araújo; Felipe Antonio Prechitko Neto; Francisco Rodrigues Martins; Gabriela Soares Montania; Marco Antônio de Assis Lopes; Nailton Cordeiro da Silva; Pedro Henrique de Souza Gonçalves; Samara Nunes Ferreira Araújo; Wesley Campanari de Araujo (ORG.)

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida sob quaisquer meios existentes

sem autorização por escrito do autor

EBPCA - Editora Brasileira de Publicação Científica Aluz

Contato:

Email: rcmos.rev@gmail.com

Telefone: +55 11 97228-7607

Prefixos Editoriais:

ISSN 2675-9128

ISBN 978-65-994914

ISBN 978-65-996149

ISBN 978-65-995060

DOI 10.51473

Endereço: Rua Benedito Carlixto, 143, térreo – Centro, SP, Mongaguá, Brasil |

CEP: 11730-000. CNPJ 30006249000175

<https://submissoesrevistacientificaosaber.com/livros/>

## USO DE LINGUAGEM

A grafia utilizada neste eBook segue as normas estabelecidas pelo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009, com o objetivo de padronizar a escrita e facilitar a comunicação entre os países lusófonos.

# **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão ao Professor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas e aos delegados e delegadas do curso de Medicina da Universidade Central do Paraguai (UCP) pela confiança depositada na EBPCA - Editora Brasileira de Publicação Científica Aluz. A parceria entre a EBPCA e a UCP, refletida na colaboração neste volume, é um marco na promoção da integração acadêmica e científica entre o Brasil e o Paraguai.

O compromisso do Professor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas com a excelência acadêmica e a educação de qualidade é notável, e sua liderança e dedicação ao desenvolvimento de pesquisas e estudos interinstitucionais têm sido fundamentais para fortalecer os laços entre nossos dois países.

A confiança depositada na EBPCA possibilita a realização deste projeto editorial, criando um ambiente propício para o compartilhamento de conhecimento, a troca de experiências e a consolidação de uma rede acadêmica concreta. A colaboração com a universidade paraguaia tem sido uma experiência enriquecedora, permitindo que nossos pesquisadores, autores e leitores se beneficiem de uma perspectiva binacional sobre questões de saúde, cultura e políticas públicas.

É com orgulho que celebramos essa parceria, que transcende fronteiras geográficas, contribuindo para o avanço do conhecimento científico e para a promoção de soluções sustentáveis para os desafios que as regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai enfrentam no âmbito da saúde pública.

A EBPCA reafirma seu compromisso com a qualidade e a relevância da produção acadêmica, buscando promover o intercâmbio científico entre os países da América Latina, e agradece, de maneira especial, a todos os envolvidos neste projeto. Que nossa parceria continue a gerar frutos para as futuras gerações de pesquisadores e profissionais da saúde. Aos professores, colaboradores, estudantes e parceiros que tornaram este projeto possível, o nosso franco agradecimento.

**Bárbara Aline Ferreira Assunção**

**Editora-chefe - EBPCA - Editora Brasileira de Publicação**

**Científica Aluz**

# **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

*Nos gustaría expresar nuestra sincera gratitud al Profesor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas y a los delegados y delegadas del curso de Medicina de la Universidad Central del Paraguay (UCP) por la confianza depositada en la EBPCA - Editora Brasileña de Publicación Científica Aluz. La colaboración entre la EBPCA y la UCP, reflejada en esta obra, es un hito en la promoción de la integración académica y científica entre Brasil y Paraguay.*

*El compromiso del Profesor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas con la excelencia académica y la educación de calidad es notable, y su liderazgo y dedicación al desarrollo de investigaciones y estudios interinstitucionales han sido fundamentales para fortalecer los lazos entre nuestros dos países.*

*La confianza depositada en la EBPCA hace posible la realización de este proyecto editorial, creando un ambiente propicio para el intercambio de conocimientos, el intercambio de experiencias y la consolidación de una red académica concreta. La colaboración con la universidad paraguaya ha sido una experiencia enriquecedora, permitiendo que nuestros investigadores, autores y lectores se beneficien de una perspectiva binacional sobre cuestiones de salud, cultura y políticas públicas.*

*Es con orgullo que celebramos esta colaboración, que trasciende fronteras geográficas, contribuyendo al avance del conocimiento científico y a la promoción de soluciones sostenibles para los desafíos que enfrentan las regiones fronterizas entre Brasil y Paraguay en el ámbito de la salud pública.*

*La EBPCA reafirma su compromiso con la calidad y relevancia de la producción académica, buscando promover el intercambio científico entre los países de América Latina, y agradece, de manera especial, a todos los involucrados en este proyecto. Que nuestra colaboración continúe generando frutos para las futuras generaciones de investigadores y profesionales de la salud. A los profesores, colaboradores, estudiantes y socios que hicieron posible este proyecto, nuestro sincero agradecimiento.*

**Bárbara Aline Ferreira Assunção**  
**Editora jefe - EBPCA - Editora Brasileña de Publicación Científica**  
**Aluz**

# APRESENTAÇÃO

O volume 1 da obra Saúde Fronteiriça: Estrutura, Políticas e Futuro da Integração Brasil – Paraguai aborda as interações de saúde entre os dois países que compartilham uma extensa fronteira. Organizado por acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Central do Paraguai (UCP) com orientação do Professor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas, o livro apresenta uma análise das questões relacionadas à saúde pública nas regiões fronteiriças, discutindo os desafios, as estratégias de cooperação, as políticas públicas e as particularidades culturais que afetam os sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai.

A obra se estrutura em 10 capítulos que abordam desde a importância da integração para o enfrentamento de doenças endêmicas até as perspectivas futuras para a saúde fronteiriça. Ao longo do texto, são discutidas as disparidades regionais, a mobilidade de pacientes, as políticas de saúde pública, a cooperação internacional, a infraestrutura existente, a formação de profissionais e o impacto da pandemia de COVID-19 na região.

Este livro propõe uma reflexão sobre a saúde global e as estratégias para integrar e fortalecer as políticas públicas, visando garantir a saúde e o bem-estar das populações nas regiões de fronteira.

# PRESENTACIÓN

*El volumen 1 de la obra Salud Fronteriza: Estructura, Políticas y Futuro de la Integración Brasil – Paraguay aborda las interacciones de salud entre los dos países que comparten una extensa frontera. Organizado por académicos del curso de Medicina de la Universidad Central del Paraguay (UCP) bajo la dirección del Profesor Dr. Cristian Basilio Díaz Cuevas, el libro presenta un análisis de las cuestiones relacionadas con la salud pública en las regiones fronterizas, discutiendo los desafíos, las estrategias de cooperación, las políticas públicas y las particularidades culturales que afectan los sistemas de salud de Brasil y Paraguay.*

*La obra se estructura en 10 capítulos que abordan desde la importancia de la integración para enfrentar enfermedades endémicas hasta las perspectivas futuras para la salud fronteriza. A lo largo del texto, se discuten las disparidades regionales, la movilidad de los pacientes, las políticas de salud pública, la cooperación internacional, la infraestructura existente, la formación de profesionales y el impacto de la pandemia de COVID-19 en la región.*

*Este libro propone una reflexión sobre la salud global y las estrategias para integrar y fortalecer las políticas públicas, con el objetivo de garantizar la salud y el bienestar de las poblaciones en las regiones fronterizas.*

# PRÓLOGO

A fronteira entre Brasil e Paraguai é um espaço de intercâmbio cultural, comercial e de desafios sanitários. A região fronteiriça enfrenta uma realidade caracterizada pela mobilidade das populações e pela coexistência de diferentes sistemas de saúde, o que torna a gestão da saúde pública um tema complexo.

Este livro nasce da necessidade de discutir as distinções dessa fronteira no que diz respeito à saúde pública. A mobilidade transnacional entre brasileiros e paraguaios, aliada à convivência com doenças endêmicas e outros desafios de saúde, exige uma abordagem colaborativa entre os dois países. A ideia central é destacar a importância da cooperação binacional, o compartilhamento de boas práticas e a construção de um sistema de saúde que transcendia as fronteiras políticas e promova o bem-estar das populações locais.

A pandemia de Covid-19, que impactou sociedades em todo o mundo, evidenciou a vulnerabilidade das áreas de fronteira, onde as conexões sociais e econômicas são intensas, mas as respostas sanitárias se mostram fragmentadas. Nesse cenário, a saúde fronteiriça destaca-se como um campo que demanda inovação nas políticas de saúde, flexibilidade nas estruturas de atendimento e colaboração estreita entre os países envolvidos.

Nos capítulos a seguir, os autores contribuem com sua experiência e conhecimento para construir um panorama sobre as questões de saúde nas regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai. A obra propõe uma reflexão para profissionais da saúde, pesquisadores e demais interessados sobre os desafios enfrentados e as possíveis soluções para assegurar um futuro saudável para as populações dessas áreas.

O futuro da saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai depende de um compromisso conjunto, que reúna esforços para superar as barreiras sanitárias, promover a integração, fortalecer as estruturas e desenvolver abordagens eficazes.

# SUMÁRIO

## **1. Saúde Fronteiriça: Importância da Integração Brasil – Paraguai.....11**

DOI: 10.51473/ed.al.sfe1

*Camila Pistore Meira; Erick Ferreira Batista Silva; Allan Rodrigues Batista; Valbert Felipe de Souza Novae; Mirla Stéfane Maia Monteiro; Geovanna Coelho da Silva; Antônio Carlos Caló Júnior; Sandy Livia Martins Pinheiro; Rafael Castro Bezerra; João Henrique de Oliveira Dias*

## **2. Panorama da Saúde Pública no Brasil e no Paraguai: Estrutura dos Sistemas de Saúde, Indicadores e Desafios.....38**

DOI: 10.51473/ed.al.sfe2

*Eduardo Gerônimo Tomé de Souza; Bruno Alves Filgueira; Camila Tavares da Silva Zampieri; Magno Santos Nascimento; Joana D'arc Araújo Costa; Andréia Fírmico Chaves; Luís Renato Pessôa de Souza; Filipe Grison; Thyago Alves Teixeira Leite; Breno Alves Filgueira*

## **3. Doenças Endêmicas e Epidemiologia na Região Fronteiriça (Brasil – Paraguai).....57**

DOI: 10.51473/ed.al.sfe3

*Izabela Cristine Vieira; Marcela Moraes Alingeri; Eduarda Nascimento da Silva; Khetleen Teixeira Silva; Khaylane Teixeira Vinciguera; Thaís Alves da Silva; Rayani Cáceres Martins; Thaline Henrique Conti*

## **4. Mobilidade de Pacientes e Serviços de Saúde na Fronteira: Políticas de Atendimento.....79**

DOI: 10.51473/ed.al.sfe4

*Bruno Albuquerque Rocha Lunardi; Catarina Campos Sousa; Milton Guilherme Rodrigues Ingles de Moraes; Rubens de Gomes Prates Junior; José Edisael de Souza; Queren Hapuque Vitória Gonçalves Silva; Varton Rogério Rego Ferreira Filho; Rodrigo Vilas Boas Antunes*

## **5. Educação Médica Binacional: Formação de Profissionais, Intercâmbio Acadêmico e Programas de Capacitação.....91**

DOI: 10.51473/ed.al.sfe5

*Matheus Henrique de Souza Melo; Rebeca Giombelli; Joyce Sabrine Carvalho Fernandes; Itacyr Rezende Gomes; Deivedy Araújo de Almeida; Rayssa da Silva Santos*

<b>6. Políticas Públicas de Saúde e Cooperação Internacional: Acordos Brasil – Paraguai.....</b>	<b>105</b>
DOI: 10.51473/ed.al.sfe6	
<i>Jemima dos Santos Carvalho da Silva; Daniely de Souza Nakamura; Lorena Nicoly da Silva Lima Dorneles; Fagner Nascimento Jaques; Thais Torisco Roy; Elayne Carolina do Nascimento Costa Sousa; Phillippe Stephano de Souza; Fernando da Silva Vieira; Pedro Henrique de Souza Gonçalves; Cintia Raquel Canhete</i>	
<b>7. Infraestrutura e Tecnologia na Saúde Fronteiriça.....</b>	<b>118</b>
DOI: 10.51473/ed.al.sfe7	
<i>Eduarda Pedroso Pereira de Souza; Marcelo Fernandes de Souza; Marcel Kodi Yokohama; Midian Batisti; Eduarda de Queiroz Lemos Gonçalves; Isabela Lima e Silva; Paula Julia Gil; Luiz Felipe Almeida Oliveira; Jeniffer Almeida Garcia</i>	
<b>8. Aspectos Culturais e Sociais na Prestação de Cuidados de Saúde: Influência Cultural, Desigualdades e Estratégias de Sensibilização.....</b>	<b>136</b>
DOI: 10.51473/ed.al.sfe8	
<i>Jaine Souza Garcia; Gedryka Tayana de Almeida Stein; Fabiola Herrero Sanchez; Hévila Cristina Pires dos Reis; Bianca Sousa Ribeiro Cunha; Hugo Marcolino Araújo de Oliveira; Dahiana Elizabeth Carballo Amarilla; Isac da Silva Macêdo</i>	
<b>9. Impacto da Pandemia de Covid-19 na Região Fronteiriça: Respostas Brasil – Paraguai.....</b>	<b>153</b>
DOI: 10.51473/ed.al.sfe9	
<i>Elizeu Alves Ferreira; Patrícia de Jesus Gimenes; Laudelina Mary Luz Costa; Rosiene de Lima Dias; Jenilton de Oliveira Dias; Érica Taieti Mascarenhas de Oliveira; Franciane Pereira Xavier; Jessica Santos de Assis; Dionatta Santos do Nascimento; Marcos Vinicius Santos Souza</i>	
<b>10. Cenários Futuros para a Saúde Fronteiriça: Recomendação de Políticas Sustentáveis.....</b>	<b>173</b>
DOI: 10.51473/ed.al.sfe10	
<i>Gervásio Jovane Rodrigues; Jordão Pereira de Aguiar; Jean Betine dos Santos; Leonardo Alencar Vieira; Itacyr Rezende Gomes; Amanda Nayara Marques Cunha; Lara Kallyê Marques Cunha; Karolaine Oliveira Bezerra; Renatha Gabrielly de Albuquerque Gonsalves; Danielle Borges de Melo</i>	

1

# Saúde Fronteiriça: Importância da Integração Brasil – Paraguai

*Salud Fronteriza: Importancia de la Integración Brasil - Paraguay*

**DOI:** [10.51473/ed.al.sfe1](https://doi.org/10.51473/ed.al.sfe1)

Camila Pistore Meira

Erick Ferreira Batista Silva

Allan Rodrigues Batista

Valbert Felipe de Souza Novae

Mirla Stéfane Maia Monteiro

Geovanna Coelho da Silva

Antônio Carlos Caló Júnior

Sandy Livia Martins Pinheiro

Rafael Castro Bezerra

João Henrique de Oliveira Dias



# INTRODUÇÃO

A saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai se configura como um campo essencial para a compreensão das interações sociais e culturais nas áreas de divisa. As dificuldades em harmonizar os sistemas de saúde dos dois países, destacadas nas análises de Aikes e Rizzotto (2020), revelam lacunas nas políticas públicas voltadas para a população que habita essa região. A coexistência de comunidades distintas, como os “brasiguaios”, que migraram para o Paraguai em busca de melhores condições de vida, intensifica a demanda por serviços de saúde adequados e acessíveis. A interdependência dessas comunidades e a complexidade das relações sociais desafiam a eficácia das estratégias de saúde implementadas, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada que considere as especificidades locais.

A presença de doenças endêmicas e epidemias na fronteira agrava ainda mais a situação. Com a mobilidade constante entre Brasil e Paraguai, as intervenções em saúde necessitam de uma coordenação eficiente para evitar a propagação de enfermidades. Programas como a Iniciativa do Cone Sul para o controle da doença de Chagas e outras ações colaborativas demonstram a importância de estratégias conjuntas entre os dois países. Assim, compreender a dinâmica de saúde na região fronteiriça é fundamental para atender às necessidades da população e para fomentar um desenvolvimento sustentável.

Este capítulo propõe uma análise sistemática sobre a saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai, considerando aspectos sociais, culturais e epidemiológicos. A metodologia empregada envolve revisão da literatura, que busca compilar e sistematizar

informações relevantes, a fim de proporcionar uma visão sobre os desafios na integração dos sistemas de saúde desses países.

## MARCO TEÓRICO

### Panorama da Saúde Fronteiriça entre Brasil e Paraguai

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo público brasileiro, é regido pelo princípio constitucional de garantir atendimento gratuito a todos os cidadãos. Em áreas fronteiriças, como nos municípios que fazem divisa com o Paraguai, muitos brasileiros residentes no exterior buscam esses serviços no Brasil. Essa procura cria desafios, pois o planejamento e o financiamento dos serviços de saúde nessas regiões são baseados na população residente, levando a uma sobrecarga do sistema com a chegada de não residentes (de Miranda Pires; Carnut; Mendes, 2021), o que acentua o desequilíbrio entre demanda e oferta de cuidados médicos, impactando a qualidade do atendimento disponível.

Para absorver a demanda, municípios fronteiriços enfrentam limitações, como escassez de recursos humanos especializados e equipamentos para procedimentos complexos. Em resposta, o Ministério da Saúde criou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) em 2005, com o objetivo de diagnosticar as condições de saúde em 121 municípios fronteiriços. No Mato Grosso do Sul, essa iniciativa foi conduzida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em parceria com os municípios

(Cazola *et al.*, 2011). Embora o SIS-Fronteiras busque organizar o sistema de saúde nessas regiões, sua implementação carece de articulação com gestores locais e internacionais, o que dificulta uma abordagem integrada. A ausência de regulamentação para o atendimento a estrangeiros aumenta a desigualdade de acesso e gera conflitos entre brasileiros e paraguaios (Brasil, 2005).

As falhas do programa em promover cooperação transnacional efetiva refletem a dificuldade de harmonização entre os sistemas de saúde dos dois países (Aikes & Rizzotto, 2020). Fatores como o baixo investimento e a resistência de gestores em atender estrangeiros sem documentação revelam uma lacuna na política de saúde. Essa falta de coordenação incentiva práticas informais, como o uso de endereços alugados, dificultando o acesso equitativo aos serviços e fragilizando o princípio do “SUS, um direito de todos” (Nascimento; Andrade, 2018).

No Mato Grosso do Sul, dos 12 municípios fronteiriços, seis possuem áreas urbanas contíguas com o Paraguai, o que facilita a livre circulação de pessoas entre os dois países, muitas vezes sem controle imigratório (Franco *et al.*, 2019). Municípios como Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, no Paraguai, ilustram essa proximidade. A ausência de barreiras para deslocamento contribui para o aumento da demanda de paraguaios pelos serviços de saúde do SUS, intensificando a pressão sobre os recursos locais.

A migração de brasileiros para o Paraguai, motivada por incentivos governamentais nas décadas de 1950 e 1960, resultou na formação da comunidade conhecida como “brasiguaios” (Muñoz Bravo, 2020). Com o tempo, muitos brasileiros se estabeleceram no Paraguai devido ao custo de vida mais baixo. Essa

presença gera demandas para o SUS nas cidades brasileiras de fronteira, pois esses brasileiros cruzam a divisa em busca de atendimento médico.

Além das questões institucionais, as percepções e identidades locais influenciam o cenário de saúde fronteiriça. Essa categorização identitária impacta aspectos das relações sociais, moldando alianças e resistências na faixa de fronteira. Para os brasileiros, a demanda de saúde dos paraguaios é vista como uma sobrecarga, enquanto, para os paraguaios, o acesso ao SUS é uma alternativa em situações de vulnerabilidade, embora dependa de estratégias para contornar exigências burocráticas (Nascimento; Andrade, 2018).

No esforço de promover a integração e o desenvolvimento regional, o governo brasileiro, por meio do Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, incentiva ações em parceria com países vizinhos. Esse programa converge com iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como o SISMERCOSUL, que visa estudar os sistemas de saúde nas cidades gêmeas fronteiriças (Aikes & Rizzotto, 2020). Em conjunto, esses esforços visam fortalecer o desenvolvimento local e a cooperação internacional nas regiões de fronteira.

A complexidade das dinâmicas sociais e culturais nas áreas de fronteira torna essencial que políticas de saúde nessas regiões considerem o caráter multifacetado dessas interações. Esses espaços apresentam uma mistura de identidades e relações sociais entre os habitantes de ambos os lados da fronteira. Tal configuração influencia tanto a implementação quanto a aceitação das políticas públicas locais (Cazola *et al.*, 2011).

O acesso à saúde para estrangeiros indocumentados

ocorre, em muitos casos, graças a redes de solidariedade ou estratégias como o uso de comprovantes de endereço alugados (Muñoz Bravo, 2020). Ainda que esses meios permitam o acesso aos serviços de saúde, geram tensões sociais, uma vez que parte dos brasileiros desaprova a prática, enquanto outros a facilitam por laços comunitários. Nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, essas práticas refletem a realidade da saúde fronteiriça, onde brasileiros e paraguaios buscam alternativas para superar as barreiras no acesso aos cuidados médicos (Cazola *et al.*, 2011).

Essa situação, em que o acesso à saúde se torna um ponto de conflito, revela também questões identitárias e culturais. A convivência e as interações diárias entre brasileiros e paraguaios nas cidades fronteiriças reforçam as distinções culturais e identitárias, ao mesmo tempo em que adaptam essas identidades conforme as necessidades das interações sociais e institucionais no contexto fronteiriço.

A busca por serviços de saúde na região fronteiriça entre Brasil e Paraguai, sobretudo nas cidades-gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã, levanta questões identitárias e culturais que refletem a dinâmica social existente ali (Franco *et al.*, 2019). A proximidade geográfica favorece um intercâmbio intenso entre brasileiros e paraguaios, enquanto também acentua diferenças e tensões, quando se trata do acesso aos recursos de saúde (Zavattiero, Fantin & Zavattiero Tornatore, 2019).

Nas cidades mencionadas, a sobrecarga no sistema de saúde brasileiro tem causado desconforto aos brasileiros, que percebem a utilização do SUS por paraguaios como um ônus ao sistema, apesar da real capacidade de atendimento depender

de diversos fatores, além de financeiros (Nascimento; Andrade, 2018). Essas divergências evidenciam que as dificuldades no atendimento de saúde na fronteira não se limitam ao financiamento ou à disponibilidade de recursos, mas também envolvem questões de integração entre políticas públicas.

Neste exposto, as cidades-gêmeas de Pedro Juan Caballero e Ponta Porã personificam os desafios enfrentados na saúde pública de áreas fronteiriças. A falta de regulamentação, as tensões identitárias e a inadequação dos recursos no atendimento à população transfronteiriça ilustram a necessidade de políticas públicas mais sensíveis às complexidades locais.

## **Doenças Endêmicas e Epidemias na Fronteira Brasil-Paraguai**

A circulação de pessoas e bens entre países, intensificada pela globalização, contribuiu para mudanças na compreensão e gestão de doenças. Embora a segunda metade do século XX tenha se concentrado em doenças crônicas, como câncer e enfermidades cardiovasculares, o século XXI vê o retorno de doenças infecciosas antes consideradas controladas ou restritas a áreas menos desenvolvidas. Esse fenômeno é agravado pela crescente resistência antimicrobiana, com agentes patogênicos, como *Mycobacterium tuberculosis* (XDR-TB) e *Staphylococcus aureus* (MRSA), se tornando mais resistentes aos tratamentos disponíveis.

Doenças como Ebola, sarampo e Zika, antes confinadas ou em declínio, reapareceram nos últimos anos, afetando áreas densamente povoadas e ultrapassando fronteiras nacionais.

Além dessas, as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), afetam milhões de pessoas em países tropicais e subtropicais (Mebiame, 2020). Esse grupo inclui patologias como dengue, raiva, tracoma, leishmaniose e a doença de Chagas, doenças que causam prejuízos nos indicadores de saúde e comprometem a produtividade econômica, afetando em especial populações em condições de pobreza (Pinto, 2023).

A pobreza é um fator importante na expansão das DTN, pois dificulta o acesso a tratamento adequado e enfraquece os esforços de prevenção e controle dessas doenças. Em muitos países, as DTN afetam populações em situação de precariedade habitacional, áreas com infraestrutura sanitária deficiente e aqueles com exposição a reservatórios naturais de água, que são ideais para vetores de doenças. A OMS também inclui algumas DTN na categoria de Doenças Zoonóticas Negligenciadas, caracterizadas pela transmissão entre animais e humanos, como raiva, leishmaniose e esquistossomose contaminados (Gomes *et al.*, 2022). Esses agravos, comuns em regiões tropicais, são suscetíveis a mudanças climáticas que impactam a dispersão de vetores.

Doenças anteriormente circunscritas a países menos desenvolvidos começaram a se expandir para nações mais ricas, impulsionadas por migrações, viagens e comércio internacional. No contexto geopolítico, áreas fronteiriças são vulneráveis, pois os limites nacionais dificultam a coordenação e o controle de surtos (Bassotto, 2020).

Nas regiões de fronteira Brasil-Paraguai, essa situação é agravada pelas dificuldades de integração dos sistemas de

saúde e pelo isolamento geográfico e administrativo dessas áreas (Zavattiero, Fantin & Zavattiero Tornatore, 2019; Franco *et al.*, 2019). A complexidade desses territórios, onde convivem diferentes culturas e padrões socioeconômicos, favorece a propagação de doenças e dificulta o acesso a serviços essenciais. A presença de atividades ilícitas, como tráfico e contrabando, além de condições de vida adversas, adiciona um obstáculo ao controle de doenças, o que exige estratégias de saúde pública coordenadas e voltadas para as particularidades desses contextos fronteiriços (Aikes & Rizzotto, 2020).

As intervenções de saúde em zonas de fronteira exigem uma abordagem colaborativa e adaptável, considerando as características locais e culturais das populações que habitam essas áreas. Um exemplo é a iniciativa de controle da oncocercose pela União do Rio Mano, na África Ocidental, envolvendo Serra Leoa, Libéria, Guiné e Costa do Marfim desde 2005 (Mebiame, 2020).

Outra medida importante é a Iniciativa do Cone Sul, que visa o controle da doença de Chagas e abrange Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desde 1991 (Benchimol, *et al.*, 2019). O objetivo é interromper a transmissão, pelo combate ao vetor *Triatoma infestans* e pelo controle das transfusões sanguíneas, uma estratégia fundamental para a erradicação regional da doença.

Na América do Sul, a Tríplice Fronteira, um ponto geográfico que conecta Brasil, Argentina e Paraguai, representa um cenário relevante para estudos socioeconômicos e de saúde, em doenças tropicais negligenciadas (Muñoz Bravo, 2020). As cidades de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e

Ciudad del Este (Paraguai) formam esse ponto, delimitado pelos rios Paraná e Iguaçu. A região é conhecida pela forte integração entre os três países e pelas Cataratas do Iguaçu, uma atração turística de destaque mundial (Oliveira, 2017).

Doenças como a **Úlcera de Buruli** (UB), causada pela bactéria *Mycobacterium ulcerans*, também apresentam risco potencial. A UB, terceira doença mais prevalente entre as micobacterioses, é caracterizada por úlceras debilitantes em regiões de clima tropical e próximos a corpos d'água. Embora a transmissão exata da UB ainda seja desconhecida, sua presença em áreas com características ambientais favoráveis levanta a possibilidade de condições endêmicas no Brasil, em regiões como o Pantanal, que compartilha semelhanças climáticas com áreas de incidência mais frequente na África (Mebiame, 2020).

Outra preocupação de saúde pública é a **dracunculose**, ou **Doença do Verme da Guiné**, provocada pelo parasita *Dracunculus medinensis*. Essa infecção debilitante ocorre ao consumir água contaminada, levando a uma recuperação longa e dolorosa. Embora não seja fatal, a *dracunculose* impacta a vida laboral e social, sobretudo em comunidades com acesso limitado a água potável segura (Oliveira, 2017).

Em 1986, foi iniciado o Programa Mundial para Erradicação do Verme-da-Guiné, doença considerada erradicável. Em 31 de outubro de 2016, dos 20 países endêmicos iniciais na África, Ásia e Oriente Médio, restavam quatro: Chade, Mali, Etiópia e Sudão do Sul. Naquela data, Mali não havia relatado casos; Chade registrava quinze, Etiópia três, e Sudão do Sul cinco casos. Segundo a OMS, o Brasil foi certificado como livre dessa doença em 1997, enquanto o Paraguai alcançou essa certificação em 2000.

A **Tripanossomose Humana Africana**, ou **doença do sono**, é transmitida por parasitas do gênero *Trypanosoma*, cujos vetores são moscas *tsé-tsé* infectadas. Exclusiva da África Subsaariana, a doença predomina em áreas rurais e se apresenta em duas formas: a crônica, causada pelo *Trypanosoma brucei gambiense* (responsável por 98% dos casos), e a aguda, pelo *Trypanosoma brucei rhodesiense* (2% dos casos). De acordo com a OMS, Brasil e Paraguai não possuem registros dessa doença (Rossini, 2022).

A **Filariose Linfática** (LF), também conhecida como **Elefantíase**, causa linfedema e é uma das principais causas de incapacidade no mundo. A doença é adquirida na infância, com sintomas manifestados em idade avançada. É causada por três espécies de filárias: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* e *Brugia timori*.

Em 2000, a OMS lançou o Programa Mundial para Erradicação da Filariose Linfática, com meta de eliminação até 2020. Dados de 2015 indicam que o Paraguai é considerado país não endêmico. O Brasil, por outro lado, ainda realiza distribuição de medicamentos preventivos em áreas endêmicas, visando interromper o ciclo de transmissão. As áreas afetadas incluem distritos de Pernambuco, como Recife, Jaboatão dos Guararapes, Paulista e Olinda, com cobertura de 100% para tratamentos preventivos. Na América do Sul, a transmissão ativa ocorre no Haiti, República Dominicana, Guiana e Brasil, com o *Wuchereria bancrofti* sendo transmitido pelo mosquito *Culex quinquefasciatus*. Desde 2005, a área endêmica no Brasil está restrita ao estado de Pernambuco, na região metropolitana de Recife.

No âmbito do “Plano Integrado de Ações Estratégicas de

eliminação de várias doenças tropicais” (PIAE), lançado pelo Ministério da Saúde em 2012, a estratégia para eliminação da FL envolve delimitação geográfica, identificação de áreas focais, e administração de medicamentos à população em risco (Zavattiero, Fantin & Zavattiero Tornatore, 2019). A particularidade do ciclo de transmissão restringe a doença a zonas tropicais, com casos reportados em viajantes e imigrantes provenientes de regiões endêmicas.

Por sua vez, a **Oncocercose**, ou “cegueira dos rios”, causada pelo *Onchocerca volvulus*, é transmitida por moscas pretas do gênero *Simulium*. Com mais de 99% dos casos concentrados na África Subsaariana e o restante no Iémen e em alguns países da América do Sul, incluindo o Brasil, a doença causa sintomas cutâneos e oculares, podendo levar à cegueira.

O tratamento inclui a administração anual de ivermectina nas áreas endêmicas, e programas de controle têm sido implementados nas últimas décadas, com foco na América Latina pelo Programa para Eliminação da Oncocercose nas Américas (PEOA). Conforme a OMS, em 2015, Paraguai foi classificado como país não endêmico para oncocercose, enquanto o Brasil permanece como área de transmissão ativa. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, estima-se que 15.323 pessoas no Brasil necessitavam de tratamento profilático para a oncocercose, representando cerca de 0,0083% da população total (Oliveira, 2017).

Sobre a **esquistossomose**, doença evitável e tratável endêmica em regiões tropicais e subtropicais sem saneamento adequado, estima-se que mais de 90% dos casos se concentram na África Subsaariana (Mebiame, 2020). No Brasil, onde o

*Schistosoma mansoni* é o vetor, a doença afeta 1.523.333 pessoas (0,692% da população total), nas regiões Nordeste e Sudeste. São endêmicos 19 estados, com maior prevalência em Alagoas, Bahia, Pernambuco, entre outros. Entre 1990 e 2010, a prevalência média foi de 8%, com 1.567 internações e 527 óbitos registrados no período. Na área endêmica do Paraná, 2.308 casos foram notificados entre 2000 e 2015, mas desde 2011, não houve novos registros.

Quanto às *treponematoses* endêmicas, como a **bouba**, uma infecção infantil causada pela bactéria *Treponema pallidum pertenue*, o Brasil já foi endêmico. Entre 1956 e 1961, o país executou o Programa de Erradicação da Bouba, erradicando a doença em 16 estados, principalmente no Nordeste e em Minas Gerais (Benchimol, *et al.*, 2019). Sobre o **tracoma**, uma infecção ocular que causa cegueira, o Brasil possui aproximadamente 4.402.470 pessoas em áreas necessitadas da estratégia SAFE para erradicação da doença. Em 2015, 23.856 pessoas receberam antibióticos e 1.478 passaram por cirurgias (Oliveira, 2017).

Esses dados fornecem um panorama sobre a situação epidemiológica do tracoma e da hanseníase no Brasil, com foco especial no estado do Paraná e na cidade de Foz do Iguaçu. Entre 2008 e 2015, o Brasil registrou uma média de 4,1% de exames positivos para tracoma, enquanto uma pesquisa de 2002 a 2008 em crianças em idade escolar indicou prevalência de 5,1%. A campanha nacional de 2013 a 2014, que incluiu o Paraná, não encontrou casos de tracoma em crianças no estado, mas o esforço resultou no tratamento de milhares de crianças afetadas (Miolla, 2023).

A **hanseníase** está presente no Brasil e Paraguai, com

uma incidência significativa no Brasil, apesar de avanços. Em 2015, havia casos registrados no Estado do Paraná, incluindo Foz do Iguaçu, e, em 2016, na Província de Misiones. A hanse-níase, de longa incubação, pode ter sua real prevalência subestimada sem testes adequados. Sendo uma doença relevante para a saúde pública, demanda estudos de prevalência e intervenções de controle e tratamento (Oliveira, 2017).

A **equinocose** é uma infecção parasitária causada por diferentes espécies do gênero *Echinococcus*, transmitida pelo contato com animais infectados ou pela ingestão de alimentos e água contaminados (Gomes *et al.*, 2022). A doença afeta órgãos como pulmões e fígado e requer tratamento dispendioso, que pode incluir cirurgia. Está distribuída, exceto na Antártida, sendo endêmica em áreas rurais com prática de abate de animais. Na América do Sul, a alta prevalência da doença representa um grave impacto econômico. Tanto a equinocose cística quanto a alveolar são encontradas no Brasil e no Paraguai, como uma área endêmica para ambas (Oliveira, 2017).

No Brasil, onde a doença é endêmica, dados oficiais são escassos, pois não é de notificação obrigatória, exceto no Rio Grande do Sul, onde esta medida é adotada devido à alta prevalência. Linhagens de *E. granulosus* são conhecidas na região. Casos de *E. vogeli*, causador da *hidatidose neotropical*, foram registrados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, e há alguns casos de *E. oligarthrus* na região Norte (Santana *et al.*, 2021).

Programas de controle estão em funcionamento no Rio Grande do Sul e no Paraná, com estudos mostrando prevalência da doença em matadouros entre 12% e 16% no Rio Grande do Sul, e em níveis variados em outros estados. A região da Tríplice

Fronteira é considerada endêmica para *E. granulosus*. No Paraguai, a doença não é de notificação obrigatória e não há dados específicos disponíveis, mas a hidatidose é considerada endêmica na região sul da América do Sul (Oliveira, 2017).

A **doença de Chagas**, causada pelo *Trypanosoma cruzi* e transmitida por triatomíneos, afeta cerca de 6 a 7 milhões de pessoas, segundo a OMS. É endêmica na América Latina, mas se espalhou para outros continentes. O tratamento, eficaz na fase inicial, é caro. Brasil e Paraguai são considerados endêmicos para a doença, com transmissão vetorial ativa (Benchimol, *et al.*, 2019).

No Brasil, casos crônicos predominam, com surtos na Amazônia, onde a transmissão domiciliar foi interrompida, mas a região Norte tem maior incidência. Em Foz do Iguaçu, oito óbitos foram registrados entre 2013 e 2015 (Miolla, 2023). No Paraná, uma espécie de triatomíneo, *Rhodnius neglectus*, representa um possível risco de transmissão, embora não haja transmissão ativa. A Província de Misiones foi certificada como livre de transmissão pelo vetor. As intervenções podem focar tanto na forma aguda quanto na crônica da doença (Oliveira, 2017).

A **leishmaniose** é uma doença causada por parasitas do gênero *Leishmania*, transmitidos por flebótomos, que são insetos dípteros (Pinto, 2023). Existem mais de 90 espécies de flebótomos conhecidas como vetores da doença, e uma fração dos infectados desenvolve sintomas. A doença está associada a fatores como mal nutrição, pobreza e um sistema imunológico comprometido. Segundo a OMS, entre 900 mil e 1,3 milhões de novos casos e 20 mil a 30 mil mortes são estimados anualmente (Bassotto, 2020).

A leishmaniose pode se manifestar de três formas:

1. **Leishmaniose visceral (LV)**, ou *Kala-azar*, é a forma mais grave e endêmica em áreas como o subcontinente indiano e partes da África Oriental. Os sintomas incluem febre irregular, perda de peso, anemia e aumento do baço e do fígado (Pinto, 2023). Em 2014, 90% dos novos casos ocorreram em países como Brasil, Etiópia, Índia, Somália, Sudão do Sul e Sudão.

2. **Leishmaniose cutânea (LC)** é a forma mais comum e causa lesões cutâneas, especialmente úlceras, resultando em cicatrizes permanentes. Os novos casos se concentram no Afeganistão, Argélia, Brasil, Colômbia, Irã e Síria (Bassotto, 2020).

3. **Leishmaniose mucocutânea (LM)**, prevalente no Brasil, causa destruição das membranas mucosas do nariz, boca e garganta.

O Brasil e o Paraguai são considerados endêmicos para leishmaniose cutânea e visceral, com o tratamento sendo de notificação obrigatória e gratuito. Os medicamentos disponíveis variam entre os países, com o antimonial de meglumina sendo comum (Benchimol, *et al.*, 2019).

Os indicadores epidemiológicos em 2014 mostram que o Brasil teve uma taxa de incidência de 16,71 casos por 100 mil habitantes, enquanto o Paraguai apresentou taxas mais baixas. A taxa de transmissão no Brasil é intensa, em contraste com a baixa nos outros dois países. A identificação das espécies de parasitas e vetores também varia entre os países, destacando a diversidade do problema (Bachur; Rocha; de Sousa Viana, 2021).

Em Foz do Iguaçu, não houve registros de LV até 2014, mas um aumento no número de casos confirmados de leishmaniose tegumentar americana (LTA) foi observado entre 2010 e

2015. A mortalidade por LV no Brasil foi significativa, com 239 mortes em 2014 e 272 em 2015 (Miolla, 2023). Esses dados ressaltam a importância de medidas de controle e prevenção da leishmaniose na região.

## **Relação Economia e Saúde com a Fragilidade no Controle e Combate à Endemias**

A economia vai além da relação entre investir e poupar; ela está entrelaçada com o desenvolvimento cultural, social, ambiental e tecnológico da sociedade. A ação econômica, conforme de Alencar Nogueira, Renata, *et al.* (2024) busca produzir, construir e criar melhorias que impulsionem o desenvolvimento e o crescimento social.

A macroeconomia foca no estudo das inter-relações globais e dos fatores que influenciam o sistema econômico em seu conjunto. Nesse contexto, a saúde é uma proposta intrínseca às questões econômicas e sociais, pois está ligada à qualidade de vida das pessoas. Assim, a interdependência entre economia e saúde exige que o governo implemente políticas públicas que invistam em saúde e em áreas estruturais, como o saneamento básico, com atenção constante às diversas complexidades dos problemas de saúde.

Sem essas intervenções, que visam melhorar as condições de vida da população, a economia pode falhar em seu desenvolvimento, pois o bem-estar da sociedade depende de um estado de saúde adequado. A economia da saúde surgiu como um ramo da economia focado na organização, funcionamento e financiamento do setor saúde. Nos últimos anos, tem ganhado

relevância como uma área de conhecimento, oferecendo modelos e instrumentos úteis para a análise e o gerenciamento dos serviços de saúde.

O interesse pela economia da saúde reflete a importância da qualidade do sistema de saúde, que, desde a década de 1940, gerou efeitos tanto benéficos quanto problemáticos no Reino Unido, que possui uma quantidade significativa de economistas da saúde, e a experiência acumulada pode ser comparada à de países de renda média e baixa, sugerindo que o desenvolvimento da saúde pode ter contribuído para equilibrar a demanda e a oferta no setor.

Dentro deste contexto teórico, a economia da saúde aplica conceitos econômicos tradicionais, como o sistema econômico e os agregados macroeconômicos, o orçamento do governo, déficits e dívidas públicas, teorias do consumidor e da produção, e o comportamento de empresas e famílias. Além disso, ela analisa a dinâmica de preços de mercado, a demanda e oferta de bens e serviços, e avalia projetos por meio de análises de custo, benefício, eficácia, efetividade e utilidade (Miranda Pires; Carnut; Mendes, 2021).

Assim, a economia da saúde investiga temas relevantes, como o papel dos serviços de saúde na economia, a produção e distribuição desses serviços, a medição do impacto de investimentos em saúde, e a correlação entre indicadores econômicos e de saúde com variáveis socioeconômicas (Muñoz Bravo, 2020). Outros aspectos incluem a oferta e salários de profissionais de saúde, a indústria da saúde no capitalismo avançado, e análises de custo-benefício e custo-efetividade de serviços ou bens específicos, além de avaliar políticas de saúde em diferentes níveis.

## METODOLOGIA

A abordagem metodológica deste capítulo consiste em uma revisão sistemática da literatura, visando reunir e analisar estudos e dados sobre a saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai. A pesquisa foi realizada em bases de dados acadêmicas, como *SciELO*, *PubMed* e *Google Scholar*, utilizando palavras-chave como “saúde fronteiriça Brasil Paraguai”, “cooperação transnacional em saúde” e “doenças endêmicas fronteira”. O período de análise abrange publicações dos últimos 5 anos, priorizando artigos que apresentem dados empíricos, revisões e análises críticas sobre as políticas de saúde e a situação epidemiológica nas regiões de fronteira.

Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos envolveram a relevância dos temas abordados, a qualidade metodológica das pesquisas e a originalidade das contribuições. Após a triagem inicial, foram extraídos dados pertinentes que permitiram identificar padrões e tendências nas questões de saúde que afetam as comunidades fronteiriças. Além disso, foram consideradas as implicações sociais e culturais associadas às práticas de saúde na região, com foco na identificação de lacunas e desafios que precisam ser enfrentados para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

Os resultados e discussões apresentadas neste capítulo baseiam-se na análise das evidências coletadas, proporcionando uma visão crítica e fundamentada sobre a saúde fronteiriça e a necessidade de uma integração eficaz entre Brasil e Paraguai.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Resultados

Para a revisão sistemática e análise dos resultados sobre “Saúde Fronteiriça: Importância da Integração Brasil - Paraguai”, foram identificados e categorizados os principais achados em duas tabelas que exploram, respectivamente, os desafios e estratégias de integração na saúde e o contexto epidemiológico de doenças endêmicas e epidêmicas na região fronteiriça. Essas tabelas visam organizar as informações de modo a facilitar a compreensão das barreiras e soluções para o desenvolvimento de uma cooperação mais eficiente entre os dois países, além de identificar condições de saúde prevalentes que exigem atenção prioritária para o controle e tratamento.

A Tabela 1 resume os principais desafios e estratégias para a integração da saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai. Este levantamento destaca questões como a sobrecarga do SUS devido ao atendimento de não residentes, a atuação do SIS-Fronteiras na identificação das condições de saúde em municípios fronteiriços, e a complexidade da comunidade “brasiguai”, que reflete a interculturalidade e os conflitos identitários na região. Esse conjunto de aspectos permite uma visão sobre os esforços de cooperação e os desafios que dificultam o acesso equitativo aos serviços de saúde para as populações da área de fronteira.

**Tabela 1: Desafios e Estratégias para Integração da Saúde Fronteiriça Brasil - Paraguai**

Aspecto	Descrição	Fonte
Sobrecarga do SUS	A demanda de saúde na fronteira sobrecarrega o SUS devido ao atendimento de não residentes	Miranda P. et al., 2021
SIS-Fronteiras	Programa criado para diagnosticar condições de saúde em municípios fronteiriços	Cazola et al., 2011
Deficiências na Cooperação	A dificuldade de harmonização impede o acesso equitativo aos serviços de saúde	Aikes & Rizzotto, 2020
Migração Brasileira ao Paraguai	Comunidade “brasiguai” reflete a complexidade identitária e cultural da fronteira	Muñoz Bravo, 2020
Programa de Desenvolvimento	Incentiva a cooperação com países vizinhos e integra ações de saúde	OPAS; SISMERCOSUL
Identidade e Conflitos	“Brasiguai” e “fronteiriço” demonstram exclusão e sobrecarga percebida por brasileiros	Nascimento & Andrade, 2018

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

Em seguida, a Tabela 2 apresenta uma visão geral das principais doenças endêmicas e epidêmicas que afetam a população na fronteira Brasil - Paraguai. Destacam-se doenças tropicais como dengue, Chagas e leishmaniose, que têm impacto econômico e social na região, agravado pelas condições climáticas e pela alta mobilidade populacional. A tabela também aponta os esforços para o controle dessas doenças, como a Iniciativa do Cone Sul para a doença de Chagas e campanhas de tratamento em massa para tracoma, refletindo a necessidade de intervenções coordenadas que envolvem ambos os países.

**Tabela 2: Doenças Endêmicas e Epidemias na Fronteira Brasil - Paraguai**

Doença/ Condição	Prevalência e Contexto	Fonte
<b>Doenças Tropicais</b>	Alto impacto econômico e social; doenças como dengue, Chagas e leishmaniose	Pinto, 2023; Gomes <i>et al.</i> , 2022
<b>Doença de Chagas</b>	Controlada pela Iniciativa do Cone Sul com apoio da OPAS	Benchimol <i>et al.</i> , 2019
<b>Dengue e Zika</b>	Reemergência associada a fatores climáticos e urbanos nas regiões de fronteira	Mebiame, 2020
<b>Oncocercose</b>	Presente no Brasil em áreas necessitadas de tratamento; risco maior em zonas tropicais	Oliveira, 2017
<b>Equinocose</b>	Endêmica na Tríplice Fronteira, no Rio Grande do Sul e outras áreas do Sul	Santana <i>et al.</i> , 2021; Oliveira, 2017
<b>Tracoma</b>	Campanha nacional resultou no tratamento em massa; prevalência alta nas zonas rurais	Miolla, 2023

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

Essas tabelas destacam a relevância das ações coordenadas e políticas binacionais para a mitigação de problemas de saúde que se intensificam na área de fronteira. No próximo tópico, será discutida a necessidade de aprimorar a cooperação entre Brasil e Paraguai, além de explorar a importância de políticas públicas para enfrentar os desafios apresentados.

## Discussão

A análise demonstra que a saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai enfrenta múltiplos desafios estruturais e culturais. A sobrecarga no SUS nas cidades de fronteira é um tema central, visto que a demanda de não residentes exerce pressão sobre um

sistema projetado para atender à população local. O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) apresentou limitações para estabelecer uma cooperação transnacional eficaz, evidenciando a dificuldade em harmonizar práticas de saúde e protocolos entre os países vizinhos, as questões de identidade e as diferenças culturais na região impactam o acesso e a percepção dos serviços de saúde.

A doenças endêmicas, como dengue, leishmaniose e a doença de Chagas, agrava o cenário da saúde fronteiriça. Esses problemas de saúde pública afetam as populações em condições de pobreza e estão ligadas à carência de saneamento e infraestrutura adequados. A reemergência de doenças, como o tracoma e a oncocercose, reflete a vulnerabilidade das áreas fronteiriças e a necessidade de estratégias de prevenção que contemplem a realidade desses locais. Embora iniciativas como o Plano Integrado de Ações Estratégicas (PIAE) tentem combater essas doenças, o controle é desafiado pela mobilidade populacional e pelo isolamento geográfico que caracterizam as fronteiras.

Por fim, a análise ressalta a importância de uma abordagem integrada que considere a singularidade cultural e social da fronteira Brasil-Paraguai. A complexidade desse contexto sugere que políticas eficazes de saúde fronteiriça precisam envolver o fortalecimento de iniciativas comunitárias, respeitando a identidade local e buscando soluções adaptadas às necessidades dessa população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As considerações finais deste capítulo destacam a relevância do tema da saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai, uma área que enfrenta desafios distintos e persistentes para a garantia de cuidados de saúde equitativos. A análise realizada, a partir de uma revisão sistemática das fontes, ressalta que a região de fronteira demanda políticas públicas e estratégias de integração que transcendam limites territoriais e atendam às necessidades de uma população caracterizada pela mobilidade, diversidade cultural e condições econômicas desiguais.

Observou-se que a sobrecarga do SUS em áreas fronteiriças reflete a demanda de brasileiros, de populações migrantes e de não residentes, o que evidencia a necessidade de cooperação binacional. Programas como o SIS-Fronteiras e a Iniciativa do Cone Sul, embora tenham resultados positivos, ainda enfrentam limitações de alcance e de sustentabilidade. A falta de harmonização entre os sistemas de saúde dos dois países e a ausência de protocolos específicos para a gestão de saúde na fronteira contribuem para desigualdades no acesso a tratamentos e ao diagnóstico precoce de condições endêmicas e epidêmicas.

Além disso, a análise das condições epidemiológicas da região revelou uma alta prevalência de doenças tropicais, como dengue, Zika, leishmaniose e Chagas, que impactam a saúde e a economia local. A presença dessas doenças reforça a importância da vigilância epidemiológica e de campanhas preventivas para as regiões de fronteira, que são vulneráveis a surtos devido à sua localização geográfica e às condições socioeconômicas. Contudo, as campanhas e os programas de saúde são desafiados pela

falta de infraestrutura e por barreiras culturais que dificultam a comunicação e a adesão a práticas preventivas.

As tensões identitárias e culturais, observadas em conceitos como “brasiguai” e “fronteiriço”, refletem a exclusão percebida e a relação dos migrantes com ambos os países. Esse contexto torna ainda mais urgente uma abordagem colaborativa que valorize a identidade híbrida da população fronteiriça e facilite a aceitação e o acesso aos serviços de saúde. A existência de conflitos de identidade demonstra que as políticas de saúde fronteiriça precisam incorporar elementos técnicos e epidemiológicos, além de aspectos sociais e culturais que influenciam o comportamento e as atitudes da população.

Portanto, conclui-se que, para mitigar os desafios da saúde na fronteira Brasil-Paraguai, é imprescindível intensificar a cooperação bilateral e investir em políticas que sejam projetadas considerando a especificidade da população local. Parcerias estratégicas entre Brasil, Paraguai e instituições de saúde regionais, como a OPAS, são fundamentais para fortalecer programas como o SIS-Fronteiras e expandir a cobertura de serviços essenciais em áreas de difícil acesso. O aprimoramento da infraestrutura de saúde, a capacitação de profissionais para atuação em contextos fronteiriços e a promoção de campanhas culturais de saúde são passos para o desenvolvimento de uma assistência integrada.

## **REFERÊNCIAS**

- Aikes, S., & Rizzotto, MLF. (2020). A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saúde e Sociedade*, 29 (2), e180196.

Alencar Nogueira, R., Araújo, FO., Silva, JDM., Alface, CJD., & Assunção, BAF. (2024). *Promoções da Saúde – Tópicos Atuais*. EBPCA-Editora Aluz.

Bassotto, D. (2020). *Perfil epidemiológico da Leishmaniose no estado do Paraná – 2001 a 2017* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel - PR.

Bachur, TPR., Rocha, AKA., & Sousa VT. (2021). *Parasitologia humana básica: resumos, mapas mentais e atividades*. Amplla Editora.

Brasil. (2005). *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Secretaria de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional.

Cazola, LHO., Pícoli, RP., Tamaki, EM., Pontes, ERJ. C., & Ajalla, ME. (2011). Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil - Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(3), 185–190.

Franco, DM., de Oliveira CLH., Pícoli, RP., & Souza, GRM. (2019). The more doctor for Brazil project in the borders of Brazil/Paraguay and Brazil/Bolivia in Mato Grosso do Sul. *Brazilian Journal of Development*, 5(10), 21490-21506.

Gomes, LGO., et al. (2022). Zoonoses: As doenças transmitidas por animais. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 25 (2), 158–174.

Mebiame, GCE. (2020). *Cenário das doenças tropicais negligenciadas na África* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.

Miolla, NG. (2023). *Análise epidemiológica das doenças negligenciadas de notificação compulsória no município de Foz do Iguaçu, no período de 2011 a 2021* (Bachelor's thesis).

Miranda PJS., Carnut, L., & Mendes, Á. (2021). Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. *JMPHC / Journal of Management &*

*Primary Health Care, 13, e021.* <https://doi.org/10.5768/jmphc.v13.e021>

Muñoz Bravo, TM. (2020). El camino hacia la formulación de una nueva política migratoria en Brasil: De la visión militar restrictiva a la apertura. *Desafíos, 32*(1), 1–37.

Nascimento, VA., & Andrade, SMO. de. (2018). As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. *Horizontes Antropológicos, 24*(50), 181–214. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832018000100007>

Oliveira, FSM. (2017). *Revisão sistemática da literatura de estudos observacionais e experimentais sobre intervenções em saúde para controle, prevenção e tratamento de doenças tropicais negligenciadas na área da Tríplice Fronteira, entre o Brasil, Paraguai e Argentina* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Pinto, ATCVF. (2023). *Kala-azar: Case study* (Tese de Doutorado).

Rossini, SM. (2022). *Estudo piloto de tripanossomose em cães na região da Ponta do Ouro e Machangulo, Moçambique* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa.

Santana, BTS, et al. (2021). Aspectos epidemiológicos da hidatidose: revisão. *Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária da FAEF, 1*, 36.

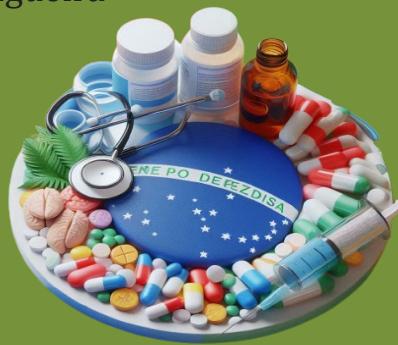
Zavattiero, C., Fantin, MA., & Zavattiero TG. (2019). *Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay.* 1<sup>a</sup>. Edición Asunción, 2019 Instituto de Ciencias Sociales Editorial Arandurâ 115 p.

# Panorama da Saúde Pública no Brasil e no Paraguai: Estrutura dos Sistemas de Saúde, Indicadores e Desafios

*Panorama de la Salud Pública en Brasil y en Paraguay: Estructura de los Sistemas de Salud, Indicadores y Desafíos*

**DOI:** 10.51473/ed.al.sfe2

Eduardo Gerônimo Tomé de Souza  
Bruno Alves Filgueira  
Camila Tavares da Silva Zampieri  
Magno Santos Nascimento  
Joana D'arc Araújo Costa  
Andréia Firmo Chaves  
Luís Renato Pessôa de Souza  
Filipe Grison  
Thyago Alves Teixeira Leite  
Breno Alves Filgueira



## INTRODUÇÃO

A saúde pública é um tema essencial para a construção de sociedades mais justas e igualitárias. No contexto das Américas, o Brasil e o Paraguai, países com realidades socioeconômicas e políticas distintas, enfrentam desafios comuns em relação à organização e acessibilidade de seus sistemas de saúde. No Brasil, com sua vasta e heterogênea população, o Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, enquanto o Paraguai, embora tenha avançado em algumas áreas, enfrenta desafios estruturais e regionais que dificultam a expansão do atendimento médico em áreas rurais e fronteiriças.

A pesquisa proposta tem como objetivo realizar uma análise comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai, destacando suas semelhanças e diferenças, os principais indicadores de saúde de ambos os países e os desafios enfrentados por ambos para melhorar as condições de saúde da população. A questão central que orienta este estudo é: Como as estruturas dos sistemas de saúde no Brasil e no Paraguai influenciam a saúde das populações fronteiriças, considerando as disparidades regionais e os fluxos migratórios?

A justificativa para este estudo é dada pela necessidade de compreender as dinâmicas de saúde pública na região fronteiriça entre Brasil e Paraguai, um espaço onde as interações entre os sistemas de saúde e as populações transfronteiriças são complexas e exigem soluções colaborativas. Esse entendimento pode fornecer insights para políticas públicas mais eficazes e para a melhoria do acesso a cuidados de saúde nessas áreas.

Os objetivos específicos incluem: Analisar as estruturas dos sistemas de saúde no Brasil e no Paraguai, focando em sua acessibilidade e cobertura; comparar os indicadores de saúde em ambos os países, como mortalidade infantil, acesso à saúde e doenças prevalentes; estudar os desafios enfrentados pelas populações nas regiões fronteiriças, considerando as desigualdades no acesso a serviços de saúde.

A metodologia será composta por uma análise comparativa bibliográfica e documental, utilizando dados oficiais sobre saúde, indicadores de saúde e estudos acadêmicos relevantes.

## **MARCO TEÓRICO**

### **A Saúde Pública no Brasil**

Nos primórdios da civilização, a assistência médica estava ligada ao misticismo e à religião. As doenças eram vistas como fenômenos sobrenaturais, e os médicos desempenhavam um papel que os aproximava dos sacerdotes, responsáveis por curas e intervenções místicas.

A atenção primária à saúde, tal como definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1979, foi introduzida como uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde. Seu conceito foi formalizado durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão. Nesta ocasião, a OMS lançou o lema “saúde para todos no ano 2000”, buscando reduzir as barreiras que limitavam o acesso da população mundial aos serviços de saúde.

A OMS, em parceria com o UNICEF, já reconhecia desde a década de 1950 que os problemas de saúde tinham raízes políticas, sociais e culturais, além de se manifestarem em contextos complexos. Fatores como recursos limitados, dificuldades de comunicação, distância, pobreza e falta de integração mantinham muitos países em um ciclo de pobreza que limitava o desenvolvimento (Cruz, 2021).

Com o avanço tecnológico e a incorporação de novas tecnologias, a saúde passou a ter um caráter mais curativo, mas o acesso aos serviços se tornou cada vez mais distante para a população de baixa renda. A OMS enfatizou que campanhas de controle de doenças só teriam resultados sustentáveis com o acompanhamento de serviços de saúde que integrassem prevenção, promoção e manutenção de saúde. Esse entendimento levou a OMS, em 1953, a reorientar sua cooperação técnica para fortalecer os serviços básicos de saúde, dando início a mudanças no enfoque de sua atuação e direcionando-se à atenção primária à saúde como meio de enfrentar os problemas de saúde pública.

Na década de 1960, houve um esforço global para modificar o modelo médico vigente, que focava no controle de doenças. Diversas conferências e relatórios surgiram nessa época, incluindo o Relatório Lalonde “Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” de 1974 e as visitas de Halfdan Mahler, então diretor-geral da OMS, à China entre 1973 e 1974. Essas iniciativas refletiam as ideias que impulsionariam o modelo atual de Atenção Primária à Saúde (APS) (Buss, 2018).

No Brasil, a implantação da APS foi inspirada em experiências de países em desenvolvimento, focadas no atendimento à população desassistida. Destaca-se o papel

da Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas, fundada em 1968, que contribuiu para disseminar os princípios da APS por meio dos “Cadernos Contact” e de sua colaboração com Ministérios da Saúde e a própria OMS (OMS/OPAS, 2005).

Em 1977 e 1978, a OMS e o UNICEF organizaram conferências com especialistas em cuidados primários de saúde para analisar e identificar fatores que contribuíram para o sucesso de diferentes sistemas de saúde, independentemente de suas estruturas políticas, econômicas ou administrativas. Concluiu-se que, apesar das adversidades econômicas, era possível atender a necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento, promovendo maior cobertura e elevando os níveis de saúde ao otimizar os recursos disponíveis (UNICEF/OMS, 1979).

Em 1977, durante a 30<sup>a</sup> reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi estabelecida uma ambiciosa meta social a ser atingida até o ano 2000: garantir a todos os cidadãos do mundo um nível de saúde que lhes permitisse viver uma vida saudável e economicamente produtiva (UNICEF/OMS, 1979). Esse objetivo refletiu-se no lema “Saúde para Todos no Ano 2000”, formulado durante as conferências que definiram os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e ampliaram sua divulgação, marcando um novo olhar sobre o papel da atenção primária na saúde pública.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, enfatizou a necessidade de os países redirecionarem seus sistemas de saúde para atender a toda a população. A atenção primária foi estabelecida como foco central das políticas de saúde, exigindo ações prioritárias e estratégias de alto impacto para melhorar as

condições de saúde das comunidades.

A Declaração de Alma-Ata descreveu a APS como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, disponíveis para todos os indivíduos e famílias. Esses cuidados deveriam ser oferecidos a um custo sustentável para a comunidade e o país, com ênfase em autoconfiança e autodeterminação. A APS foi, assim, integrada ao sistema de saúde de cada país, constituindo-se no primeiro ponto de contato da população com os serviços de saúde e contribuindo para o desenvolvimento social e econômico das comunidades (Cruz, 2021).

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde ratificou os compromissos estabelecidos em Alma-Ata, instando todos os países membros a instituírem estratégias para alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Conferência destacou que metade da população mundial não tinha acesso adequado a serviços de saúde, e a APS foi reconhecida como uma solução para reduzir as desigualdades entre os mais privilegiados e os menos favorecidos.

A Conferência de Alma-Ata também definiu oito elementos essenciais para as ações de atenção primária, incluindo: educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantil, imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas; tratamento das enfermidades mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental; e incentivo a uma alimentação saudável (Bordinhão, 2018). Esses elementos com premissas para o planejamento nacional, visavam integrar a APS aos planos de desenvolvimento, promovendo a participação de outros ministérios e fortalecendo

a política de recursos humanos e sistemas de informação.

Giovanella *et al.*, (2019) apontou que, para garantir a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, as ações deveriam ser desenhadas para atender às necessidades da população, com cobertura universal e abrangência em prevenção, promoção, assistência e reabilitação. As ações precisariam ser adaptadas às condições culturais e econômicas das comunidades, promovendo a participação popular para estimular a autorresponsabilidade e reduzir a dependência, integrando-se a uma rede de serviços de saúde hierarquizada.

Assim, a Conferência de Alma-Ata foi um marco para o desenvolvimento da saúde pública moderna, descentralizando o foco da doença e priorizando a APS. Segundo a OMS (1991), os sistemas nacionais de saúde foram então orientados a incorporar os princípios da APS como base para seus planos de desenvolvimento. Contudo, a implementação da APS apresentou desafios, pois as realidades sociais dos países variavam exigindo adaptações complexas.

Para enfrentar essas barreiras, a OMS e a OPAS (1991) recomendaram como prioridade a capacitação de recursos humanos, a organização de sistemas locais e a resposta a agravos com impacto imediato, fortalecendo, assim, as bases da atenção primária e da saúde global.

A atenção primária à saúde visa reorganizar o sistema de saúde para garantir uma gestão equilibrada dos serviços de saúde. A OPAS (1989, 1990) recomenda que, a nível local, sejam implementadas ações como análise da situação de saúde, coordenação de recursos de acordo com as necessidades populacionais, definição de prioridades, planejamento e avaliação das

ações realizadas. A APS é entendida, segundo a OMS e a OPAS (2005), como uma base de serviços essenciais de saúde, demandando uma “Nova Saúde Pública” que forme lideranças voltadas à renovação dos conceitos da Conferência de Alma-Ata, com foco na “Renovação da Saúde Para Todos” (RSPT).

No Brasil, a APS se tornou central nas políticas de saúde, refletindo-se na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família, com o objetivo de aprimorar a saúde pública. Barbosa *et al.*, (2021) aponta três interpretações para a APS: como atenção seletiva, como nível primário do sistema e como estratégia de modelo assistencial. O termo “atenção básica”, utilizado pelo Ministério da Saúde, refere-se a ações preventivas, promocionais, de assistência e reabilitação em nível primário.

As políticas de saúde são fundamentais para a qualidade de vida e refletem a relação entre o Estado e a sociedade, promovendo justiça social, conforme discutido por Cruz (2021). Com a industrialização, surgiram novos mecanismos de proteção e políticas de saúde, apesar das dificuldades econômicas e políticas no Brasil.

O movimento sanitarista no Brasil destacou-se em ações preventivas, como o Serviço Nacional de Febre Amarela, e expandiu-se com a reforma administrativa de Getúlio Vargas, centralizando as políticas públicas de saúde. Em 1979, o I Simpósio Nacional de Política de Saúde já sugeria um Sistema Único de Saúde, e pressões populares contribuíram para o aumento da cobertura primária, fruto dos debates da Conferência de Alma-Ata (Giovanella *et al.*, 2019).

As reformas sanitárias avançaram com o CONASP em

1981 e as Ações Integradas de Saúde (AIS), primeira experiência de integração do sistema. O movimento sanitarista contribuiu para a democratização e a universalização do acesso aos cuidados primários.

## Saúde Pública no Paraguai

O Paraguai, com cerca de 7 milhões de habitantes, enfrenta uma série de desafios em seu sistema de saúde pública, apesar dos esforços contínuos para expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços. O país possui um sistema de saúde caracterizado por uma estrutura segmentada, composta pelos setores público, privado e de seguro social. O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) é responsável pelo setor público, atendendo a maioria da população, especialmente os grupos mais vulneráveis e de baixa renda. Essa rede pública conta com postos de saúde, centros de atenção primária e hospitais regionais espalhados pelo país.

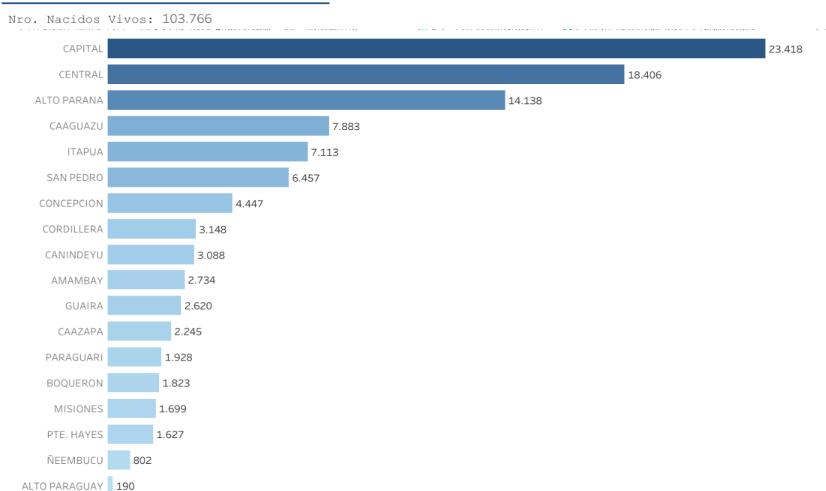
O setor de seguro social, por sua vez, é administrado pelo Instituto de Previsión Social (IPS), oferecendo cobertura aos trabalhadores formais e seus dependentes, abrangendo cerca de 17% da população, com financiamento proveniente de contribuições de empregadores e empregados (Higashi, 2019). Já o setor privado, composto por hospitais e clínicas, atende uma parcela menor da população de maior poder aquisitivo, e oferece serviços de alta complexidade, nem sempre disponíveis no setor público.

Os indicadores de saúde no Paraguai revelam tanto avanços quanto as disparidades que ainda persistem no acesso a cuidados médicos, como se verifica no gráfico 1 a seguir:

## Gráfico 1. Números de nascidos vivos no Paraguai em 2021

Número de Nacidos Vivos según Región Sanitaria de Ocurrencia

Año de Nacimiento  
2021



Fuente: MSPBS/DIGIES/Subsistema Informático de Estadísticas Vitales (SSIEV)

Fonte: <https://www.mspbs.gov.py/datos-epidemiologicos-estadisticos.html>

O gráfico 1 mostra o número de nascidos vivos no Paraguai em 2021, dividido por região sanitária de ocorrência, totalizando 103.766 nascimentos. A região com o maior número de nascidos vivos é a Capital, com 23.418 registros, seguida pela região Central com 18.406 e Alto Paraná com 14.138. Outras regiões, como Caaguazú, Itapúa e San Pedro, apresentam números significativos, variando entre cerca de 6.000 e 8.000 nascimentos. Em contrapartida, as regiões com o menor número de nascimentos são Ñeembucú e Alto Paraguay, com 802 e 190 registros, respectivamente.

Essa distribuição revela disparidades regionais na quantidade de nascimentos, refletindo tanto a densidade populacional quanto o acesso aos serviços de saúde nessas. Regiões urbanas e mais populosas, como a Capital e Central, apresentam números

mais altos, enquanto áreas rurais ou com menor infraestrutura, como Ñeembucú e Alto Paraguay, registram menos nascimentos (Gómez & Guillén, 2018). Essa concentração de nascimentos nas regiões centrais e urbanas pode indicar uma possível migração interna em busca de melhores condições de vida e de saúde, evidenciando desafios para a cobertura de saúde pública e para a distribuição justa de recursos. Outro indicador, é a taxa de mortalidade como se verifica na tabela 1 a seguir:

**Tabela 1. Taxa de mortalidade do Paraguai (2008-2017)**

EDAD	AÑOS									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 28 días	1.152	1.123	1.180	1.182	1.159	1.135	1.172	1.129	1.055	1.041
28 días a 11 meses	530	455	471	425	431	427	464	520	467	420
1- 4 años	318	334	302	249	245	257	251	251	266	217
5- 9 años	188	175	161	149	101	145	124	130	153	115
10-14 años	234	215	187	203	156	184	194	177	198	170
15-19 años	482	560	533	541	488	536	506	525	545	486
20-24 años	627	708	615	643	618	634	598	640	692	642
25-29 años	571	623	637	567	531	568	551	558	648	580
30-34 años	549	555	523	546	580	606	648	576	659	589
35-39 años	576	632	613	576	572	613	588	703	751	711
40-44 años	768	731	725	767	709	781	755	792	832	753
45-49 años	940	1.013	1.012	964	972	1.016	1.056	1.053	1.129	1.033

# **SAÚDE** *Fronteiriça*

50-54 años	1.202	1.336	1.385	1.331	1.348	1.429	1.405	1.418	1.598	1.418
55-59 años	1.323	1.548	1.625	1.571	1.630	1.754	1.712	1.878	1.977	1.898
60-64 años	1.682	1.782	1.813	1.864	1.907	2.030	2.081	2.219	2.371	2.274
65-69 años	1.772	1.939	2.030	2.028	2.187	2.260	2.184	2.355	2.654	2.523
70-74 años	1.921	2.126	2.372	2.342	2.422	2.606	2.378	2.665	2.953	2.855
75 y más	8.416	8.992	9.840	9.731	9.557	10.651	10.237	11.018	12.319	11.267
Ignor- ados	144	275	201	17	44	60	71	34	48	29
<b>TO- TAL</b>	<b>23.395</b>	<b>25.122</b>	<b>26.225</b>	<b>25.696</b>	<b>25.657</b>	<b>27.692</b>	<b>26.975</b>	<b>28.641</b>	<b>31.315</b>	<b>29.021</b>

**Fonte:** MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV)

Os dados apresentados mostram a mortalidade geral por faixa etária no Paraguai entre 2008 e 2017. Esse panorama permite identificar tanto tendências de mortalidade em diferentes idades quanto mudanças nos índices ao longo do tempo, fornecendo uma visão abrangente da saúde pública no país.

De forma geral, a faixa etária que concentra o maior número de óbitos é a de 75 anos ou mais, com um aumento considerável no número de mortes ao longo do período analisado, indo de 8.416 óbitos em 2008 para um pico de 12.319 em 2016, refletindo o impacto do envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas e degenerativas que afetam essa faixa etária, como doenças cardíacas, respiratórias e câncer. A elevada mortalidade nas idades mais avançadas é uma tendência comum em muitos países, evidenciando a necessidade de políticas de saúde específicas para idosos, como cuidados paliativos e suporte para doenças crônicas.

Nas faixas etárias intermediárias, observa-se um aumento gradual na mortalidade, dos 50 aos 69 anos, indicando o peso de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras condições que costumam se agravar com a idade. A faixa de 60 a 64 anos, por exemplo, passou de 1.682 óbitos em 2008 para 2.371 em 2016, refletindo o impacto de fatores de risco acumulados ao longo da vida, como sedentarismo e tabagismo.

A mortalidade em adultos jovens (20 a 39 anos) apresenta uma variação menos acentuada, mas significativa (Buss, 2018). O aumento nas faixas de 20 a 29 anos pode estar relacionado a causas externas, como acidentes de trânsito e violência, que afetam essa população de forma mais intensa.

Entre os menores de 28 dias e até 11 meses, houve uma tendência de leve redução na mortalidade ao longo dos anos, como no caso de menores de 28 dias, com uma queda de 1.152 óbitos em 2008 para 1.041 em 2017. Isso pode refletir melhorias no atendimento pré-natal e neonatal, além de avanços na atenção materno-infantil no Paraguai. No entanto, a mortalidade infantil ainda representa um desafio para o sistema de saúde e demanda esforços contínuos para a prevenção de causas evitáveis, como infecções e complicações perinatais.

Esses dados de mortalidade fornecem uma base para a análise de saúde pública no Paraguai. As políticas devem focar tanto na melhoria da atenção primária para a prevenção de doenças crônicas, que impactam a população de meia-idade e idosa, quanto na redução de mortalidade infantil. Além disso, estratégias de segurança no trânsito e de combate à violência podem ser decisivas para reduzir a mortalidade entre adultos jovens (Higashi, 2019).

Além das dificuldades no atendimento básico, o Paraguai também lida com uma crescente demanda por cuidados de saúde especializados, enquanto enfrenta limitações na infraestrutura e na distribuição de profissionais de saúde qualificados (Zilly & Silva, 2022). Os centros urbanos contam com uma melhor infraestrutura e disponibilidade de recursos médicos, mas regiões rurais e áreas de difícil acesso sofrem com a escassez de profissionais e de equipamentos. As campanhas de vacinação e os programas de controle de doenças transmissíveis, como tuberculose e dengue, são iniciativas importantes, mas encontram dificuldades logísticas para alcançar as áreas mais isoladas. Em adição, os esforços para melhorar o atendimento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão têm crescido, mas essas condições ainda estão longe de receber a atenção necessária em todas as regiões do país.

Um dos maiores desafios enfrentados pelo Paraguai é a falta de financiamento adequado para o setor de saúde. Embora o governo invista no fortalecimento do sistema, o orçamento destinado à saúde ainda é limitado em relação às necessidades da população. Com isso, muitos paraguaios ainda precisam recorrer ao setor privado ou ao pagamento de despesas médicas do próprio bolso, o que contribui para aprofundar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, a burocracia e a escassez de medicamentos e insumos básicos são problemas recorrentes no sistema público, que impactam a qualidade do atendimento oferecido (Zilly & Silva, 2022).

Em resposta aos desafios enfrentados, o Paraguai tem buscado parcerias com organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que colabora para o

fortalecimento dos serviços de saúde em áreas remotas e de difícil acesso (Buss, 2018). Essas colaborações são fundamentais para ampliar a cobertura de saúde e melhorar os indicadores, embora o sistema de saúde do país ainda necessite de reformas estruturais e de investimento.

Neste exposto, o Paraguai se encontra em uma fase de transição no setor de saúde pública, onde avanços são visíveis, mas as desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento permanecem como barreiras a serem superadas para garantir uma assistência à saúde mais eficaz para toda a população.

## METODOLOGIA

A pesquisa adota uma metodologia qualitativa, com foco em uma análise comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai. Para isso, utiliza-se dados secundários provenientes de fontes oficiais, como relatórios de organizações internacionais (como a OMS e o UNICEF), além de documentos dos ministérios da saúde de ambos os países e pesquisas acadêmicas sobre saúde pública. A análise inclui uma revisão bibliográfica e documental, com o objetivo de aprofundar a compreensão das semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde, considerando as influências geográficas e socioeconômicas na saúde das populações, com ênfase nas regiões fronteiriças.

São investigados três aspectos principais: primeiro, a estrutura dos sistemas de saúde, com foco nos modelos adotados por cada país, na cobertura e acessibilidade dos serviços, e na segmentação do atendimento, sobretudo, a divisão entre os setores público, privado e seguro social no Paraguai. Em seguida,

analisam-se os indicadores de saúde, incluindo dados sobre mortalidade infantil, expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas e acesso aos cuidados primários, a fim de realizar uma comparação entre os dois países.

Por fim, dá-se especial atenção aos desafios regionais e fronteiriços, considerando as disparidades entre áreas urbanas e rurais e o impacto das populações transfronteiriças nos sistemas de saúde, com destaque para as cidades fronteiriças onde cidadãos paraguaios recorrem aos serviços de saúde brasileiros.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Análise Comparativa entre a Saúde Pública no Brasil e no Paraguai e a Influência na Saúde Fronteiriça**

A saúde pública no Brasil e no Paraguai reflete diferentes trajetórias históricas, políticas e sociais que moldaram os sistemas de cada país, além de desafios e conquistas em comum. No Brasil, o sistema de saúde evoluiu após a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988, que consolidou o princípio da universalidade, garantindo o acesso a todos os cidadãos.

A estrutura do SUS é ampla e abrange desde a atenção básica até serviços de alta complexidade, apoiando-se em programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família, que têm como base a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse modelo descentralizado visa promover a prevenção, promoção e assistência à saúde,

enfrentando desigualdades regionais e socioeconômicas por meio de uma rede pública abrangente. Ainda assim, a desigualdade no acesso aos serviços e a capacidade de resposta às demandas crescentes, sobretudo nas regiões mais remotas, são questões ainda em aberto, exigindo políticas de financiamento adequadas e maior infraestrutura.

No Paraguai, o sistema de saúde é caracterizado por uma estrutura segmentada, composta pelos setores público, privado e de seguro social. O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) é responsável pela maior parte do atendimento de saúde, atendendo a população de baixa renda e as regiões rurais. O Instituto de Previsión Social (IPS) oferece serviços para trabalhadores formais e seus dependentes, abrangendo cerca de 17% da população. Já o setor privado atende uma parcela menor e mais abastada, com maior acesso a tecnologias e serviços de alta complexidade. Em termos de indicadores de saúde, o Paraguai apresenta disparidades regionais, com a capital e as regiões mais urbanizadas concentrando a maior parte dos nascimentos e um número elevado de recursos de saúde, enquanto áreas rurais e de menor infraestrutura, como Ñeembucú e Alto Paraguay, mostram índices mais baixos de nascimentos e acesso aos serviços. Essas diferenças refletem uma desigualdade no alcance da cobertura de saúde pública e um fluxo de migração interna em busca de melhores condições de vida e atendimento médico.

Comparativamente, enquanto o Brasil avançou na implementação de um sistema unificado e universal de saúde, o Paraguai ainda depende de um sistema mais fragmentado, onde o acesso pleno aos serviços é limitado pela situação socioeconômica e pelo local de residência. Esses contrastes

afetam a saúde nas regiões fronteiriças entre os dois países, onde ocorre um intenso trânsito de pessoas em busca de assistência. A falta de integração plena entre os sistemas resulta em desafios para a saúde fronteiriça, com questões como a sobrecarga de serviços de ambos os lados da fronteira e a busca por tratamento especializado em locais com maior estrutura.

Em muitas cidades fronteiriças, cidadãos paraguaios utilizam os serviços de saúde brasileiros, sobretudo, nas áreas de urgência e atenção básica, o que gera pressão sobre o sistema de saúde do Brasil e evidencia a necessidade de acordos bilaterais mais robustos para lidar com as demandas de uma população transfronteiriça. Essa interdependência cria um panorama complexo que exige cooperação regional e políticas integradas para assegurar que todos tenham acesso adequado aos cuidados essenciais de saúde, independentemente das fronteiras.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e do Paraguai revela tanto as semelhanças quanto as diferenças que moldam o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde em cada país. O Brasil, com seu Sistema Único de Saúde, oferece uma cobertura universal e gratuita, mas enfrenta desafios relacionados à gestão descentralizada e à desigualdade entre as áreas mais remotas e fronteiriças. No Paraguai, o sistema de saúde é mais segmentado, com uma maior dependência do setor privado e de seguros sociais, o que gera desigualdade no acesso aos serviços nas áreas rurais.

## REFERÊNCIAS

Barbosa, ACQ, *et al.* (2021). Eficiência e gestão pública em saúde na APS. Universidade Federal de Minas Gerais, *APS em Revista* <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.209>

Bordinhão, R. (2018). The Brazilian National Immunization Program and Its Challenges for Modernization and Improvement. *J Clin Immunol Res.* 2(1): 1-7.

Cruz, MSSF da. (2024). Gestão em qualidade hospitalar em serviços de saúde pública no Brasil. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, 1(9), 100-107. <https://doi.org/10.51473/rccmos.v1i9.2021.146>

Giovanella, L, *et al.* (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública* 35: e00012219.

Gómez, C; Cristina G. (2018). Acceso a los servicios de salud y equidad tributaria. CADEP. DECIDAMOS. Fiscalidad para la Equidad Social 2: 9-47.

Higashi, P. (2019). *Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira-dificuldades e estratégias de superação*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.

Zilly, A; RM. Silva. (2022). *Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina*. São Carlos: Pedro & João Editores.

# Doenças Endêmicas e Epidemiologia na Região Fronteiriça (Brasil – Paraguai)

*Enfermedades Endémicas y Epidemiología en la Región Fronteriza (Brasil Paraguay)*

*DOI: 10.51473/ed.al.sfe3*

Izabela Cristine Vieira

Marcela Moraes Alingeri

Eduarda Nascimento da Silva

Khetleen Teixeira Silva

Khaylane Teixeira Vinciguera

Thaís Alves da Silva

Rayani Cáceres Martins

Thaline Henrique Conti



## INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica constitui a base para o funcionamento das demais vigilâncias em saúde, organizando uma coleta sistemática de dados e permitindo uma análise detalhada de indicadores e condicionantes de saúde. Esse sistema possibilita uma compreensão abrangente de contextos específicos e, por consequência, fornece uma base sólida para a criação de políticas públicas e estratégias de controle de doenças (Brasil, 2016).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela gestão e regulamentação dos serviços de saúde pública, incluindo o papel primordial da vigilância. A vigilância no Brasil atua de forma integrada com outras áreas, como as Vigilâncias Epidemiológicas, Sanitárias e de Saúde do Trabalhador, sob a orientação da Lei nº 8.080/1990, que estabelece os princípios e diretrizes fundamentais do SUS (Brasil, 1990). Para garantir a eficiência das notificações de doenças, o poder público estabelece prazos e condições, orientando os entes federativos e as secretarias de Saúde municipais e estaduais a reportarem dados de forma regular e adequada.

A frequência dessas atualizações varia conforme o tipo de agravo, permitindo ao sistema de saúde reagir em tempo hábil. A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), vinculada ao Ministério da Saúde, é a responsável pelo monitoramento da regularidade de alimentação dos dados de saúde pelos entes federativos (Brasil, 2018).

No Paraguai, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica apresenta características universais, atendendo todas as

pessoas residentes no país e abrangendo os setores público, privado e de segurança social, bem como organizações não governamentais. Este sistema é coordenado pela Direção Geral de Vigilância em Saúde (DGVS), que está vinculada ao Vice Ministério de Coordenação e Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS). A rede paraguaia de vigilância opera em três níveis: o nacional, coordenado pela DGVS; o regional, composto por 18 Unidades Epidemiológicas Regionais; e o local, englobando 1.445 unidades notificadoras (Paraguai, 2022).

Neste exposto, este capítulo tem como objetivo analisar as práticas de vigilância epidemiológica na região fronteiriça entre o Brasil e o Paraguai, destacando a organização e funcionamento dos sistemas de saúde pública de ambos os países. O capítulo busca explorar a importância da coleta sistemática de dados e da integração das vigilâncias em saúde para a identificação e controle de doenças endêmicas, considerando as especificidades dessa região e as políticas públicas implementadas para o monitoramento e resposta a agravos à saúde.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Panorama das Principais Doenças Endêmicas na Região Brasil - Paraguai**

A crescente urbanização, as mudanças climáticas e a maior mobilidade populacional contribuem para a expansão dessas doenças, ao favorecerem a proliferação dos mosquitos

vetores. Na região Brasil - Paraguai, a dinâmica das arboviroses é preocupante, uma vez que o aumento da interação entre as populações e a proximidade de áreas com baixos índices de saneamento básico favorecem a disseminação dessas infecções (Souza, 2021). A prevenção dessas doenças foca no controle dos vetores, com medidas direcionadas ao combate da prevenção de mosquitos e, em algumas situações, na vacinação, como ocorre com a febre amarela.

A dengue é uma doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, que representa um desafio de saúde pública em várias partes do mundo, sendo mais prevalentes na fronteira entre Brasil e Paraguai. O diagnóstico da doença é feito com base em uma série de critérios, sendo importante a definição precisa para a identificação e manejo adequado dos casos.

Um caso suspeito de dengue é identificado quando o indivíduo apresenta febre, entre dois e sete dias, acompanhado de pelo menos duas manifestações adicionais, como náuseas ou vômitos, oração sincera (exantema), dores musculares ou articulares (mialgia ou artralgia), cefaleia ou dor retro orbital (ao redor dos olhos), petéquias ou prova do laço positivo (sinal de sangramento subcutâneo), e leucopenia (diminuição dos leucócitos no sangue). Além disso, o indivíduo deve residir em áreas com registros de casos da doença ou ter viajado para locais com transmissão do vírus. A combinação desses sinais clínicos e do histórico de exposição ao mosquito vetor permite que o caso seja identificado como suspeito (Brasil, 2022).

O manejo adequado da dengue depende de uma correta definição do caso, o que facilita a escolha do tratamento e a implementação de medidas de controle, tanto no nível individual

quanto coletivo, como a eliminação de criadouros do transmissor de mosquitos. Assim, a classificação de casos suspeitos, prováveis e confirmados é primordial para o controle e prevenção da doença.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil indicam que, em 2022, a região Sul apresentou um aumento significativo no número de casos, nas áreas próximas ao Paraguai (Brasil, 2022). A proximidade entre países, somada à circulação intensa de pessoas, facilita a transmissão e a reinfestação de áreas urbanas com o transmissor de mosquitos, ampliando o risco de surtos. Segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2020), o Paraguai também registrou números elevados de casos de dengue nos últimos anos, reforçando a necessidade de ações coordenadas entre as nações fronteiriças para combater a doença.

Nesse contexto, é fundamental analisar os dados sobre a incidência da dengue, a letalidade e a mortalidade específica, que são apresentados nas tabelas a seguir. Esses indicadores fornecem uma visão mais detalhada da gravidade da situação, permitindo uma avaliação mais precisa da evolução da doença e dos impactos nas populações das regiões afetadas.

**Tabela 01: Taxa de incidência de dengue por 100 mil habitantes no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa de Incidência de Dengue por 100.000 Habitantes (%)
Brasil	1.393.684	213.317.639	653,34
Paraguai	599	7.453,69	8,04

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

**Tabela 2: Taxa de letalidade de dengue no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa de Letalidade da Dengue (%)
Brasil	1.053	1.393.684	0,07
Paraguai	0	0	0

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

**Tabela 3: Taxa de mortalidade específica por dengue por 100 mil habitantes nos países do Mercosul em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa de Mortalidade Específica por Dengue (%)
Brasil	1.053	213.317.639	0,49
Paraguai	0	7.453.695	0

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

A análise dos dados de 2022 revela diferenças importantes entre o Brasil e o Paraguai no que diz respeito à incidência, letalidade e mortalidade específica por dengue. No Brasil, com uma taxa de incidência de 653,3 casos por 100 mil habitantes, o número de casos prováveis foi vantajoso mais alto em comparação ao Paraguai, que apresentou uma taxa de 8,04 casos por 100 mil habitantes.

Apesar da quantidade de casos no Brasil, a letalidade foi baixa, com 1.053 óbitos confirmados, o que resultou em uma taxa de letalidade de 0,07%. Já no Paraguai, não foram registrados óbitos em 2022, o que pode indicar uma resposta mais eficaz ao controle da doença ou a diferentes características epidemiológicas. A mortalidade específica por dengue no Brasil foi de 0,49 óbitos por 100 mil habitantes, um indicador importante

para avaliar a gravidade da doença em relação à população total, enquanto o Paraguai não apresentou dados sobre esse aspecto.

Esses dados sugerem que, apesar do Brasil registrar um número muito maior de casos, a mortalidade e a letalidade permanecem em níveis controláveis, o que pode ser reduzido aos esforços de controle e tratamento da doença. No entanto, a diferença nas taxas de incidência e a ausência de óbitos no Paraguai indicam que as abordagens de prevenção e controle nos dois países podem ser distintas, sendo necessária uma análise aprofundada para entender os resultados dessas divergências.

É importante ressaltar que no Brasil, a vacina contra a dengue foi incorporada ao Sistema Único de Saúde, em dezembro de 2023, tornando o país o primeiro no mundo a oferecer esse imunizante no sistema público. A vacina escolhida, chamada *Qdenga*, fabricada pela farmacêutica Takeda, foi priorizada para regiões com alta incidência de dengue nos últimos anos. Em 2024, foi iniciada a vacinação para crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos, grupo escolhido com base em dados epidemiológicos que indicam alta vulnerabilidade e hospitalizações nessa faixa etária (Brasil, 2024). No Paraguai, até o momento, a vacinação contra a dengue ainda não está disponível no sistema público de saúde (Paraguay, 2022).

A malária, embora mais comum em áreas rurais e amazônicas, também é um desafio nas regiões de fronteira, em comunidades ribeirinhas e zonas florestais do Brasil. No entanto, com a intensificação dos programas de controle de vetores, observou-se uma redução no número de casos nos últimos anos (Ministério da Saúde, 2022). Ainda assim, a presença do mosquito *Anopheles*, vetor da malária, em áreas de contato entre os dois

países, representa um risco constante, em épocas de menor controle sanitário e climático favorável para a proteção dos vetores.

Outro problema persistente na região é a leishmaniose, uma doença parasitária transmitida por flebotomíneos, conhecida como “mosquito-palha”. O cão atua como o reservatório natural do protozoário causador dessa doença, e a transmissão ocorre pela picada de um mosquito infectado. Assim, quando o mosquito pica um cão infectado e, posteriormente, um ser humano, a transmissão é completa.

Essa doença representa um desafio para a saúde pública e apresenta-se em duas formas: a leishmaniose manifesta, que afeta a pele, e a leishmaniose visceral, uma forma mais grave e com potencial letal. A leishmaniose visceral compromete o funcionamento da medula óssea, do fígado e do baço, e pode ser fatal. Seu desenvolvimento é lento e manifesta-se por sintomas como perda de peso, febre, anemia e aumento no tamanho do baço e do fígado.

A leishmaniose visceral é endêmica em diversas áreas do Brasil e afeta o Paraguai, exigindo controle rigoroso, em áreas de vulnerabilidade socioeconômica e com alta densidade de vetores (Silva *et al.*, 2019). Dados epidemiológicos mostram que tanto o Brasil quanto o Paraguai enfrentam dificuldades para reduzir a transmissão devido ao ambiente propício para o vetor e à ausência de campanhas preventivas integradas (OPAS, 2020).

A tabela a seguir apresenta as últimas estimativas sobre a incidência, mortalidade e letalidade das leishmanioses no Brasil e Paraguai, com base em dados de 2018 a 2022. As informações se concentram na leishmaniose visceral, a forma mais grave e de maior impacto dessas infecções na América Latina.

**Tabela 4: Estimativas sobre a incidência, mortalidade e letalidade das leishmanioses no Brasil e Paraguai, com base em dados de 2018 a 2022**

Métrica	Brasil	Paraguai
Taxa de Mortalidade	0,6 por 100 mil habitantes (2020)	Não disponível
Taxa de Letalidade	8% (casos graves)	5-8%
Taxa de Incidência	5,05 por 100 mil habitantes (2018)	0,4-0,5 por 100 mil (2020)

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

No Brasil, uma taxa de letalidade de leishmaniose visceral gira em torno de 8% nos casos graves, com maior prevalência nas regiões Norte e Nordeste, onde as condições de vida favorecem a prevenção do vetor. No Paraguai, a taxa de letalidade é diversificada, embora o país apresente uma taxa de incidência menor devido às diferenças geográficas e de controle epidemiológico.

A febre amarela, uma doença viral grave também transmitida por mosquitos, é outra endemia que afeta a região de fronteira, embora os surtos sejam menos frequentes em áreas urbanas. Com a expansão das áreas de risco no Brasil, incluindo regiões de fronteira, a vacinação tornou-se uma medida essencial de prevenção. Em 2018, o Ministério da Saúde do Brasil intensificou as campanhas de vacinação nas áreas de risco fronteiriças, resultando em uma redução significativa de casos na última década (Brasil, 2022). No entanto, a natureza móvel da população de fronteira aumenta o risco de novas transferências, sobretudo, entre aqueles que não são vacinados ou que se movimentam entre áreas endêmicas e não endêmicas.

**Tabela 5: Taxa de incidência de febre amarela por 100 mil habitantes no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa Calculada (%)
Brasil	4	213.317.639	0
Paraguai	0	7.453.695	0

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

**Tabela 6: Taxa de letalidade de febre amarela no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa (Calculada) %
Brasil	2	4	50
Paraguai	0	0	0

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

Uma análise dos dados de febre amarela no Brasil e Paraguai para 2022 apresentados nas tabelas acima mostra uma diferença nos cenários epidemiológicos entre os dois países, objetos desse estudo. No Brasil, foram confirmados quatro casos de febre amarela em humanos, com dois óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 50%. Essa alta taxa de letalidade indica que, embora o número absoluto de casos seja baixo, o risco de mortalidade continua relevante em áreas onde o vírus ainda circula, refletindo a necessidade de continuar com as campanhas de vacinação e de vigilância ativa, em áreas endêmicas e de risco.

No Paraguai, por outro lado, não foram registrados casos humanos de febre amarela em 2022, o que indica um controle eficaz ou a ausência de circulação ativa do vírus entre humanos naquele ano. O último surto registrado foi em 2008, com 28 casos confirmados, o que demonstra que o país conseguiu evitar novos surtos significativos desde então. Essa ausência de casos

pode ser atribuída a medidas de controle, campanhas de vacinação e à vigilância epidemiológica.

A tuberculose, uma doença bacteriana contagiosa, é outro desafio para a saúde pública na região Brasil - Paraguai, em áreas com alta concentração populacional e pobreza. Segundo dados da OPAS (2023), o Paraguai registra uma alta taxa de incidência de tuberculose, enquanto o Brasil apresenta desafios na erradicação da doença em áreas vulneráveis. A dificuldade no diagnóstico e o acesso limitado ao tratamento em áreas rurais e fronteiriças complicam o controle da tuberculose, fazendo com que sua transmissão persista nessas regiões.

**Tabela 7: Número de casos novos e taxa de incidência de tuberculose no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Número de Novos Casos de Tuberculose	População Residente	Taxa de Incidência / 100.000 Habitantes
Brasil	81.539	214.828.540	38,0
Paraguai	3.250	7.453.695	43,6

**Fonte: (Brasil, 2022; Paraguay, 2022)**

**Tabela 8: Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Número de Óbitos por Tuberculose	População Residente	Taxa de Mortalidade/100 Mil Habitantes
Brasil	5.824	214.828.540	2,7
Paraguai	104	7.453.695	1,4

**Fonte: (Brasil, 2022; Paraguay, 2022)**

Os números apresentados nas tabelas 7 e 8 demonstram que no ano de 2022, o Brasil registrou 81.539 casos de tuberculose, com uma taxa de incidência de 38 casos por 100 mil

habitantes, enquanto o Paraguai teve uma taxa maior, de 43,6 por 100 mil habitantes. Em termos de mortalidade, o Brasil registrou 5.824 óbitos, resultando em uma taxa de 2,7 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto o Paraguai teve uma taxa de 1,4 óbitos por 100 mil habitantes. Embora o Brasil tenha mais casos e óbitos absolutos, sua taxa de mortalidade foi o dobro da do Paraguai. Isso sugere a necessidade de melhorar as estratégias de prevenção e tratamento da tuberculose no Brasil.

A *Chikungunya*, também transmitida pelo *Aedes aegypti*, é uma infecção viral que causa febre e dores nas articulações. Os primeiros casos na região fronteiriça surgiram em meados de 2014, após o primeiro surto em larga escala registrado no Brasil. A proximidade entre o Brasil e o Paraguai, com a presença constante do vetor, favorecendo o surgimento de surtos. Estudos recentes apontam que surtos de Chikungunya em áreas de fronteira, como a cidade brasileira de Ponta Porã e o paraguaia de Pedro Juan Caballero, se espalham entre os países, o que exige ações coordenadas de combate ao mosquito transmissor (Barros Filho *et al.*, 2024).

**Tabela 9: Taxa de incidência de chikungunya por 100 mil habitantes no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa (Calculada) %
Brasil	175.956	213.317.639	82,4
Paraguai	3.811	7.453.695	51,1

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

**Tabela 10: Taxa de letalidade de Chikungunya no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Numerador (Valor Absoluto)	Denominador (Valor Absoluto)	Taxa (Calculada) %
Brasil	100	175.956	0,05
Paraguai	1	3.811	0,02

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

**Tabela 11: Taxa de mortalidade por Chikungunya por 100 mil habitantes no Brasil e Paraguai em 2022**

País	Número de Óbitos (Valor Absoluto)	População Residente (Valor Absoluto)	Taxa de Mortalidade %
Brasil	100	213.317.639	0,05
Paraguai	1	7.453.695	0,01

**Fonte:** (Brasil, 2022; MSPBS, 2022).

Em análise das tabelas apresentadas, observa-se que em 2022, o Brasil teve uma taxa de incidência de Chikungunya de 82,4 casos por 100 mil habitantes, superior ao Paraguai, que registrou 51,1 casos. Apesar de uma taxa de letalidade ser baixa em ambos os países (0,05% no Brasil e 0,04% no Paraguai), o Brasil teve um número maior de óbitos, refletindo o maior número de casos. A mortalidade específica foi mais alta no Brasil (0,04 óbitos por 100 mil habitantes), em comparação com o Paraguai (0,01), o que destaca a necessidade de intensificar estratégias de prevenção e controle de doenças no Brasil em regiões com maior incidência.

Esse panorama das doenças endêmicas na região de fronteira entre Brasil e Paraguai evidencia a necessidade de ações de saúde pública adaptadas ao contexto fronteiriço, considerando a mobilidade populacional e as condições ambientais propícias

para vetores. Essa compreensão é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle. No entanto, além das questões sanitárias, é fundamental entender os impactos sociais e econômicos dessas doenças, que têm repercussões diretas na qualidade de vida da população local e no desenvolvimento econômico da região.

## **Impactos Sociais e Econômicos das Doenças Endêmicas na População Fronteiriça**

As doenças endêmicas geram impactos na qualidade de vida, produtividade e no desenvolvimento econômico das regiões fronteiriças, como as áreas que conectam Brasil e Paraguai. Doenças como dengue, malária, leishmaniose e *Chikungunya* afetam a saúde da população, causando não só sofrimento físico e psicológico, mas comprometendo o bem-estar geral das comunidades locais. Acometidos por essas enfermidades, os indivíduos enfrentam períodos de incapacidade, o que reduz a força de trabalho disponível e afeta a produtividade econômica regional. Outrossim, a pressão sobre os serviços de saúde é significativa, com o aumento na demanda por atendimentos médicos, gerando custos substanciais para governos e famílias afeitas (Jesus *et al.*, 2024).

No aspecto econômico, a persistência dos surtos endêmicos prejudica setores chave da economia local, como o turismo e a agricultura. (Silva *et al.*, 2024) ressaltam que em regiões fronteiriças, que mantêm um fluxo constante de pessoas e mercadorias, sofrem com a redução do turismo durante surtos de doenças como dengue e malária. O receio de contágio afasta

visitantes, impactando os setores de hotelaria, alimentação e comércio. Essa queda na atividade turística provoca uma retração no consumo e afeta a economia local, tornando muitas cidades fronteiriças vulneráveis a alterações nas condições sanitárias.

O setor agrícola também é impactado pela propagação das doenças endêmicas. Trabalhadores rurais expostos a vetores de transmissão, como mosquitos, estão sujeitos a infecções que podem afastá-los de suas funções, o que gera atrasos na produção e perdas financeiras. A redução da força de trabalho afeta a competitividade da produção agrícola da região nos mercados internos e internacionais, comprometendo a oferta de alimentos e outros produtos agrícolas (Silva *et al.*, 2024).

A necessidade de tratamento das doenças endêmicas sobrecarrega os sistemas de saúde, que redirecionam recursos financeiros para o combate aos surtos e assistência aos pacientes. Como consequência, outros setores essenciais ao desenvolvimento regional, como educação e infraestrutura, recebem menos investimentos, limitando o progresso das cidades fronteiriças. Esse ciclo de enfermidade e afastamento do trabalho cria uma espiral negativa, onde a baixa produtividade e o aumento dos custos com saúde pública restringem as possibilidades de crescimento econômico e social (Jesus *et al.*, 2024).

## METODOLOGIA

A metodologia deste estudo é bibliográfica e documental, uma vez que busca compreender as práticas de vigilância epidemiológica e a gestão das doenças endêmicas na região

fronteiriça entre o Brasil e o Paraguai. A pesquisa bibliográfica envolve uma revisão de estudos, artigos científicos, livros e relatórios de organizações de saúde, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além de dados epidemiológicos fornecidos pelos Ministérios da Saúde dos dois países e outras entidades internacionais.

A pesquisa também é complementada com análise documental, focando em documentos oficiais, como as leis e normas que orientam as ações de vigilância e controle sanitário tanto no Brasil quanto no Paraguai. Além disso, se realizada uma análise das estratégias de cooperação internacional para o controle das doenças endêmicas, com o objetivo de identificar tendências e particularidades regionais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Resultados**

A análise das estratégias de cooperação internacional para o controle de doenças endêmicas, entre Brasil e Paraguai, revelou a importância das ações conjuntas para enfrentar os desafios impostos por doenças que ultrapassam fronteiras. O Mercosul, apesar de sua ênfase na integração econômica, tem se destacado por fomentar iniciativas em saúde pública. De acordo com Ricarte (2023), a colaboração entre as autoridades de saúde dos dois países tem sido fundamental para o sucesso de várias ações de prevenção, controle e resposta a surtos, incluindo o compartilhamento de informações, recursos e a realização de campanhas de conscientização, fortalecendo a capacidade de

resposta a emergências sanitárias e promovendo uma abordagem integrada que considera os fluxos populacionais e comerciais nas regiões fronteiriças.

A atuação de organismos internacionais como a OPAS e a OMS também tem sido decisiva. A OPAS tem coordenado ações entre os países da América Latina e Caribe, promovendo estratégias de controle de doenças e oferecendo suporte técnico e treinamento. Já a OMS contribui com diretrizes essenciais para o controle e erradicação de doenças endêmicas, além de coordenar campanhas de vacinação e outras iniciativas de saúde pública (García, 2024).

Entre as estratégias mais eficazes no controle das doenças endêmicas, destaca-se a vacinação em massa contra a febre amarela, que é coordenada entre Brasil e Paraguai. A vacinação tem garantido a imunização das populações em áreas de risco, prevenindo surtos futuros. O controle de vetores, em particular o *Aedes aegypti*, também se mantém como uma prioridade, com programas que incluem o uso de inseticidas, eliminação de focos de proliferação e campanhas educativas, com o apoio da OPAS e da OMS (Ricarte, 2023).

Além disso, as campanhas de saneamento básico têm mostrado sua eficácia na redução da disseminação de doenças transmitidas por água contaminada. Com a parceria entre os governos do Brasil e do Paraguai, e apoio de organismos internacionais, tem sido possível melhorar a infraestrutura sanitária nas regiões fronteiriças, criando uma base para a prevenção de surtos (García, 2024).

## Discussão

A cooperação internacional tem se mostrado essencial para o controle de doenças endêmicas, nas regiões fronteiriças onde os riscos são amplificados pela mobilidade populacional e o fluxo de mercadorias. As iniciativas do Mercosul, embora voltadas para a integração econômica, têm ampliado sua atuação para a saúde pública, promovendo acordos de colaboração que resultaram em avanços significativos no controle de doenças como dengue, malária e Chikungunya. A troca de informações e a realização de campanhas conjuntas entre os governos do Brasil e Paraguai, como apontado por Ricarte (2023), são fundamentais para a resposta rápida a surtos e a implementação de medidas preventivas eficazes.

A contribuição de organismos internacionais, como a OPAS e a OMS, é outro fator crítico para o sucesso dessas ações. A OPAS tem desempenhado um papel central na coordenação de estratégias de controle de doenças na América Latina, enquanto a OMS, com seu suporte técnico e financeiro, tem sido fundamental para garantir a implementação de programas de saúde pública com base nas melhores práticas internacionais (García, 2024). A colaboração entre essas organizações e os governos locais tem garantido uma resposta integrada frente às doenças endêmicas.

No contexto das doenças como a febre amarela e doenças transmitidas pelo Aedes aegypti, as estratégias de vacinação e controle de vetores têm se mostrado eficazes. A vacinação em massa, coordenada entre Brasil e Paraguai, tem sido uma ferramenta indispensável na prevenção de surtos, enquanto

o controle de vetores, com ações integradas de eliminação de focos e campanhas educativas, continua a ser uma prioridade nas políticas de saúde pública, com impacto na redução da incidência dessas doenças (Ricarte, 2023).

Além disso, as campanhas de saneamento básico, que envolvem melhorias na infraestrutura sanitária nas regiões de fronteira, são uma medida complementar importante. A colaboração entre os governos de Brasil e Paraguai, com o apoio de organismos internacionais, tem resultado em progressos na prevenção de doenças transmitidas por água contaminada. A melhoria das condições sanitárias é uma base para a proteção das populações em áreas vulneráveis e para a promoção da saúde pública a longo prazo (García, 2024). Essas ações têm promovido maior integração entre os países envolvidos, destacando a importância da cooperação internacional em saúde pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O panorama das principais doenças endêmicas na região Brasil - Paraguai evidencia desafios para a saúde pública nas áreas de fronteira entre os dois países. A expansão das arboviroses, como a dengue, malária, leishmaniose e febre amarela, é um reflexo da crescente urbanização, das mudanças climáticas e da intensa mobilidade populacional. A análise comparativa dos dados de incidência, letalidade e mortalidade desses agravos revelou nuances entre os dois países, que, embora compartilhem características geográficas e demográficas, apresentam diferenças nos contextos epidemiológicos e nas respostas ao controle dessas doenças.

A dengue, com sua elevada incidência na região Sul do Brasil, próxima ao Paraguai, ilustra a dinâmica da doença nas regiões de fronteira e destaca a importância do controle dos vetores e da vigilância ativa. O Brasil, ao incorporar a vacina contra a dengue ao SUS, posiciona-se como pioneiro na oferta pública dessa vacina, o que representa um avanço significativo na prevenção. Em contraste, o Paraguai não possui um programa de vacinação em seu sistema público, o que reflete diferentes abordagens no controle da doença entre os dois países.

No caso da malária e da leishmaniose, ambos os países enfrentam desafios comuns, como a presença de vetores em áreas rurais e de difícil acesso, o que exige políticas de controle que considerem a realidade socioeconômica e as condições ambientais dessas regiões. A leishmaniose visceral representa um risco constante, exigindo estratégias integradas e abrangentes para o controle da doença.

A febre amarela, embora com surtos menos frequentes na região de fronteira, continua sendo uma ameaça importante, com a vacinação como principal medida de prevenção. A discrepância nas taxas de incidência e letalidade da febre amarela entre Brasil e Paraguai reforça a importância da continuidade das campanhas de vacinação e de vigilância ativa, em áreas endêmicas.

Por fim, a tuberculose, apresenta uma taxa de incidência mais alta no Paraguai, destacando a necessidade de intensificar as ações de diagnóstico, tratamento e prevenção nas áreas mais vulneráveis e de difícil acesso. Deste modo, conclui-se que a cooperação transnacional, a implementação de políticas públicas eficazes e o fortalecimento das medidas de prevenção e controle

são fundamentais para enfrentar as doenças endêmicas e melhorar a saúde das populações nas áreas de fronteira.

## **REFERÊNCIAS**

Brasil, (2020). Semanas Epidemiológicas. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti (dengue, Chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 26, 2020. *Boletim Epidemiológico* Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde, v. 51, n. 28.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. *Ampliação da vacinação contra a dengue*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024>

Brasil. Ministério da Saúde. (1990). 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*, 20 set.

Brasil. (2022). Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Brasil. (2016). *Portaria n. 47, de 3 de maio de 2016*. Define os parâmetros para monitoramento de regularidade na alimentação do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (Sinan). Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documents/Portarias/Portaria\\_47\\_de\\_03052016.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documents/Portarias/Portaria_47_de_03052016.pdf)

Brasil. (2018). *Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018*. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

Barros Filho, MVP., et al. (2024). Chikungunya: Revisão das evidências científicas sobre epidemiologia, diagnóstico e manejo clínico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 545–556.

García, GSM. (2024). *Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas no SUS*:

Perspectivas epidemiológicas e operacionais para Hanseníase e Doença de Chagas no sudoeste do estado da Bahia.

Jesus Cruz, D et al. (2024). Artropatia severas, limitações físicas e emocionais na vida da pessoa pós-infecção com o vírus Chikungunya. *Saúde. com*, v. 20, n. 1.

MSPBS. (2022). *Guía Nacional de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria*. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Paraguay. Disponível em: <https://dgv.smspbs.gov.py/>

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2023). *Dengue nas Américas: Número de casos e óbitos em 2023*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/file/143522/download?token=r3TzOU08>

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. (2020). *Casos de dengue nas Américas chegam a 1,6 milhão, o que destaca a necessidade do controle de mosquitos durante a pandemia*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-6-2020>

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Org.). (2022). *Paraguay continúa en su lucha permanente contra la tuberculosis*. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/26067/paraguay-continua-en-sulucha-permanente-contra-la-tuberculosis.html>

Ricarte, ED. (2023). *A crise da saúde e o meio ambiente: Proposta de um modelo integrado de cooperação em uma tríplice fronteira*.

Silva, LC., et al. (2024). Doenças emergentes e reemergentes: Uma revisão de literatura. *Europub Journal of Health Research*, 5(1), 45–74.

Souza, CL. (2021). *As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde*.

# Mobilidade de Pacientes e Serviços de Saúde na Fronteira: Políticas de Atendimento

*Movilidad de Pacientes y Servicios de Salud en la Frontera: Políticas de Atención*

DOI: [10.51473/ed.al.sfe4](https://doi.org/10.51473/ed.al.sfe4)

Bruno Albuquerque Rocha Lunardi

Catarina Campos Sousa

Milton Guilherme Rodrigues Ingles de Moraes

Rubens de Gomes Prates Junior

José Edisael de Souza

Queren Hapuque Vitória Gonçalves Silva

Varton Rogério Rego Ferreira Filho

Rodrigo Vilas Boas Antunes



## INTRODUÇÃO

A mobilidade de pacientes e a oferta de serviços de saúde nas regiões de fronteira refletem questões de desigualdade social e de acesso à saúde. Em contextos de fronteira, onde a circulação de pessoas e a presença de doenças endêmicas são intensificadas, a relação entre mobilidade social e saúde torna-se mais complexa.

Estudos demonstram que há uma correlação direta entre o nível socioeconômico e o risco de doença, sendo que quanto menor a classe social, maior a exposição a condições de saúde adversas (Quadros *et al.*, 2016). Esse risco aumenta à medida que ocorre uma mobilidade social descendente, enquanto a mobilidade ascendente tende a oferecer melhores oportunidades de acesso à saúde e maior qualidade de vida. Este capítulo visa refletir sobre o direito do cidadão ao acesso aos serviços de saúde nas áreas fronteiriças, onde a mobilidade é uma questão central tanto para o atendimento quanto para a prevenção de doenças.

A discussão inclui a importância da mobilidade como facilitadora do acesso à saúde pública, observando os desafios que impactam a distribuição desses serviços em áreas de vulnerabilidade epidemiológica e social, oferecendo uma contribuição para o campo acadêmico, trazendo à tona diferentes perspectivas sobre mobilidade social e saúde pública, com ênfase nas políticas de atendimento que atendam às especificidades das regiões de fronteira.

Portanto, o objetivo deste capítulo é identificar as principais barreiras voltadas para a mobilidade de pacientes

e políticas de atendimento em regiões de fronteira, avaliando como as condições sociais, econômicas e de infraestrutura influenciam o acesso à saúde e a qualidade de vida.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Mobilidade Social e Saúde Pública**

A mobilidade de pacientes e a oferta de serviços de saúde em áreas de fronteira exigem a consideração de fatores geográficos e políticos que influenciam a capacidade de acesso a cuidados médicos. Mobilidade, nesse contexto, pode ser entendida como a capacidade de movimentação e troca de informações em espaços geográficos, condicionada pela proximidade e pelo intercâmbio entre diferentes populações e sistemas de saúde.

A partir de movimentos históricos, como o Movimento Sanitário de 1830, a saúde das populações passou a ser uma questão central nas políticas urbanas, considerando-se a relação entre ocupação, ambiente e condições de vida para compreender os determinantes de saúde e definir intervenções eficazes. Esse movimento reforçou a visão de saúde como direito, impulsionando políticas de melhoria urbana que relacionam os espaços de convivência com a saúde coletiva (Aguinaga *et al.*, 2016).

Com o avanço da tecnologia e a identificação de agentes patogênicos, o planejamento urbano e a infraestrutura de saúde passaram a ser tratados como componentes para a prevenção e o combate a doenças. A mobilidade de pacientes em regiões de fronteira, portanto, se insere em uma estrutura de desigualdades globais, onde o direito de atravessar fronteiras e acessar

serviços de saúde varia conforme a posição social e econômica. A capacidade de movimentar-se para além das fronteiras reflete uma estratificação social, na qual direitos de mobilidade são diferenciados, afetando e os menos privilegiados.

Além dos recursos financeiros, o direito de mobilidade se torna um aspecto essencial no acesso a serviços de saúde, estabelecendo uma hierarquia de acesso que limita a liberdade e a igualdade de oportunidades, nas fronteiras onde direitos civis e de cidadania são segmentados. Dentro desse cenário, filósofos políticos argumentam que não deveriam existir barreiras à mobilidade, considerando a liberdade individual como princípio central. Assim, a mobilidade geográfica e social está interligada, permitindo que indivíduos busquem melhores condições e alternativas de vida fora de contextos restritivos.

Da perspectiva da cidadania, as restrições à mobilidade representam uma limitação ao princípio de igualdade de *status*, pois, em muitos casos, o local de nascimento e o histórico social também determinam os privilégios de acesso em contextos de fronteira. Dessa forma, as políticas de atendimento de saúde nas fronteiras devem considerar tanto o direito de mobilidade quanto a equidade no acesso a cuidados, ampliando as estratégias de integração e cooperação entre os sistemas de saúde das regiões fronteiriças.

## **Mobilidade de Pacientes nas Regiões de Fronteira**

A mobilidade de pacientes e serviços de saúde em regiões de fronteira é um fenômeno impulsionado por fatores geográficos, econômicos e sociais que conectam cidadãos de diferentes

países, promovendo o intercâmbio de recursos e o compartilhamento de serviços de saúde.

Nas áreas de fronteira, como a que separa o Brasil de países como Paraguai, Argentina e Uruguai, essa mobilidade é facilitada pela proximidade dos centros urbanos, pelo fluxo de trabalhadores e turistas, e pelas redes familiares transnacionais que fortalecem o movimento constante entre esses territórios (Cardin, 2016). Esses deslocamentos permitem o acesso a tratamentos que podem ser mais acessíveis ou com melhores condições em outro país, ao mesmo tempo em que criam desafios logísticos e econômicos para os sistemas de saúde locais (Martinez, 2020).

O sistema de saúde brasileiro, regulado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está entre os que oferecem serviços a cidadãos estrangeiros em zonas de fronteira, em um contexto onde o Brasil adota uma postura de assistência universal e gratuita (Soares, 2021). Pacientes vindos de países vizinhos, que residem ou estão temporariamente no Brasil, acessam atendimentos médicos em unidades de saúde municipais ou estaduais próximas à fronteira, criando uma demanda adicional para esses locais.

Essa busca por atendimento é motivada tanto pela gratuidade dos serviços do SUS quanto pela variedade de tratamentos disponíveis, o que inclui atendimentos emergenciais e procedimentos preventivos. Em contrapartida, há situações em que brasileiros buscam serviços em países vizinhos, onde o custo de consultas, medicamentos ou procedimentos específicos pode ser inferior (Martinez, 2020).

As políticas de atendimento em zonas fronteiriças se dispõem a equilibrar o oferecimento de serviços de saúde de forma

segura e organizada para atender tanto à população local quanto aos pacientes estrangeiros. No Brasil, o governo federal instituiu ações voltadas para o fortalecimento da atenção básica nas regiões fronteiriças, como o Projeto de Integração da Atenção à Saúde nas Fronteiras (PIF), que apoia as redes de atenção e amplia a cooperação entre municípios fronteiriços, garantindo que o atendimento de saúde tenha continuidade (Cardin, 2016).

Além disso, são feitas colaborações bilaterais com o Paraguai e a Argentina, para implementar protocolos de atendimento e acordos de cooperação que regulam o fluxo de pacientes e minimizam o impacto financeiro sobre os sistemas de saúde locais (Soares, 2021). Essa articulação busca evitar a sobrecarga dos serviços e promover o compartilhamento de custos e responsabilidades entre os países envolvidos.

Outro aspecto relevante é a atuação de organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentivam a criação de políticas transnacionais de saúde para a fronteira (Faria, Giovanella & Bermudez, 2015).

Essas entidades promovem o desenvolvimento de estratégias de atenção primária e o fortalecimento da vigilância sanitária para controlar doenças transmissíveis e monitorar surtos nas regiões fronteiriças. Além disso, incentivam o compartilhamento de informações entre os países, o que permite a implementação de programas de vacinação e de controle de doenças infecciosas de forma conjunta, visando proteger tanto os cidadãos locais quanto os migrantes.

## Mobilidade e Controle Epidemiológico

A mobilidade de pacientes nas regiões de fronteira está ligada ao contexto epidemiológico, que apresenta características para o controle e monitoramento de doenças endêmicas. A epidemiologia estuda essas doenças com foco nas condições ambientais, sociais e econômicas que permitem sua persistência em determinadas áreas. Doenças como dengue, malária e tuberculose, comuns em áreas fronteiriças, têm um comportamento endêmico, mantendo-se constantes ao longo do tempo devido à presença de fatores que favorecem sua circulação, como o clima, a densidade populacional e as práticas culturais locais (Santos-Melo *et al.*, 2023; Fogaça, 2024).

Nas regiões de fronteira, onde o fluxo de pessoas é intenso, como entre o Brasil e o Paraguai, as condições são propícias para a transmissão de doenças entre as populações dos dois lados. A circulação constante de pessoas, seja por motivos migratórios, comerciais ou turísticos, contribui para a vulnerabilidade epidemiológica, facilitando a disseminação de agentes infecciosos. Esse contexto exige políticas de atendimento que considerem a realidade transfronteiriça, uma vez que o monitoramento isolado por um único país se mostra insuficiente para o controle de doenças endêmicas (Haum *et al.*, 2020).

Outro aspecto a infraestrutura de saúde das regiões de fronteira, que apresenta limitações em termos de recursos humanos e materiais para atender à demanda de pacientes e realizar um controle epidemiológico adequado. A falta de cooperação e de sistemas de compartilhamento de dados entre os países fronteiriços agrava esse cenário, pois dificulta

o rastreamento de surtos e a implementação de estratégias conjuntas de controle de doenças. Essa deficiência de integração enfraquece a capacidade dos sistemas de saúde de responderem a surtos de doenças endêmicas com a rapidez e eficiência necessárias (Zilly; Silva, 2022).

Fatores socioeconômicos também exercem um papel importante na dinâmica epidemiológica das fronteiras. A pobreza, a ausência de saneamento básico adequado e as condições de habitação precárias são comuns em muitas dessas regiões e aumentam a exposição da população a doenças endêmicas transmitidas por vetores e pela água, como dengue e febre amarela. Esses fatores reforçam a necessidade de uma abordagem integrada que considere tanto a saúde pública quanto os determinantes sociais da saúde na formulação de políticas de atendimento (Haum *et al.*, 2020).

Portanto, a mobilidade de pacientes e os serviços de saúde nas fronteiras exigem uma resposta coordenada e abrangente que vá além do atendimento médico convencional, incorporando ações de vigilância epidemiológica e estratégias de cooperação entre os países. Tais políticas devem ser adaptadas às características das regiões fronteiriças, onde fatores ambientais, sociais e econômicos interagem para criar um cenário epidemiológico complexo. Para um controle eficaz de doenças endêmicas em áreas de fronteira, é fundamental que os sistemas de saúde implementem uma abordagem integrada, que considere tanto a circulação constante de pessoas quanto os desafios estruturais e socioeconômicos próprios dessas regiões.

## METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão de literatura sobre mobilidade de pacientes, políticas de saúde em regiões de fronteira, barreiras ao acesso a serviços de saúde, e determinantes sociais e econômicos que influenciam a mobilidade social e o direito à saúde. Documentos oficiais, como legislações nacionais e acordos internacionais sobre saúde em fronteiras, além de relatórios de organizações de saúde que monitoram as condições epidemiológicas e o acesso à saúde em áreas de fronteira foram utilizados.

Além disso, foi realizada uma análise da fronteira entre Brasil e Paraguai acerca das práticas de atendimento de saúde e dos desafios enfrentados por essas regiões, por meio de dados locais de saúde, como incidência de doenças endêmicas e recursos disponíveis. Os dados foram coletados à luz das teorias de mobilidade social, direito à saúde e políticas públicas e os resultados foram comparados para identificar variáveis que influenciam o acesso à saúde e a qualidade de vida.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da mobilidade de pacientes e das políticas de atendimento em áreas de fronteira revela barreiras ao acesso à saúde, que variam desde fatores geográficos e políticos até socioeconômicos e estruturais. Um dos principais desafios é a vulnerabilidade epidemiológica dessas regiões, onde o fluxo constante de pessoas, devido a migrações, comércio e turismo, favorece a disseminação de doenças endêmicas, como dengue, malária e tuberculose (Santos-Melo *et al.*, 2023; Fogaça, 2024).

Esse movimento contínuo demanda políticas transfronteiriças de saúde, pois o monitoramento isolado por um país é insuficiente para o controle dessas enfermidades (Haum *et al.*, 2020).

A infraestrutura de saúde nas regiões de fronteira muitas vezes carece de recursos e não possui integração adequada entre os sistemas de saúde dos países envolvidos, o que dificulta o monitoramento das condições epidemiológicas e a coordenação de respostas a surtos de doenças. A ausência de compartilhamento de dados e de esforços de cooperação entre os países representa uma das principais barreiras para a mobilidade de pacientes e a oferta de atendimento integral nessas áreas (Zilly; Silva, 2022). Essa deficiência de integração se torna um agravante no controle de surtos e limita a resposta rápida dos sistemas de saúde.

Outro ponto que merece são os determinantes sociais da saúde, que exacerbam as condições epidemiológicas nessas regiões. A pobreza, o saneamento básico precário e as condições de habitação inadequadas são realidades em muitas áreas de fronteira, o que aumenta a exposição da população a doenças transmitidas por vetores e pela água, como a febre amarela e outras enfermidades infecciosas (Haum *et al.*, 2020), refletindo uma disparidade na mobilidade social e evidenciam como o nível socioeconômico afeta a capacidade de acesso a cuidados de saúde e à qualidade de vida.

Autores como Aguinaga *et al.* (2016) destacam que, além de uma estrutura de saúde adequada, é essencial integrar políticas de mobilidade social para que populações vulneráveis possam acessar os serviços de saúde. A mobilidade social e geográfica está, portanto, interligada, pois ao promover a acessibilidade a áreas com infraestrutura, possibilita-se uma melhor qualidade

de vida e maior proteção contra doenças endêmicas.

Conforme os princípios da cidadania e da igualdade, restrições de mobilidade nas fronteiras representam um obstáculo para o acesso à saúde e para a busca de melhores condições de vida. Assim, políticas de saúde em áreas de fronteira devem buscar maior equidade, incorporando estratégias de cooperação internacional e de vigilância epidemiológica que atendam às especificidades locais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a mobilidade social descendente está associada a condições de saúde precárias, refletindo o impacto cumulativo de uma posição socioeconômica desfavorável ao longo da vida. Há uma relação entre saúde e mobilidade intergeracional, na qual os idosos, com maior estabilidade social, apresentam menor vulnerabilidade em comparação aos jovens, que enfrentam maior exposição aos fatores de risco para a saúde.

Nesse sentido, o efeito da saúde sobre a mobilidade social se torna relevante ao considerar as dinâmicas de entrada e saída do mercado de trabalho. A falta de saúde leva os indivíduos a riscos de exclusão do mercado, seja pelo desemprego ou pela aposentadoria precoce.

O estudo da mobilidade de pacientes em regiões de fronteira demonstra que, para um atendimento eficaz, as políticas de saúde precisam incorporar tanto os desafios epidemiológicos quanto as barreiras socioeconômicas e estruturais dessas áreas. A falta de integração entre sistemas de saúde, aliada a condições socioeconômicas, limita o acesso a cuidados de

qualidade, comprometendo a qualidade de vida e ampliando a vulnerabilidade epidemiológica das populações fronteiriças.

## REFERÊNCIAS

- Aguinaga, AF., et al. (2016). Mobilidade e saúde urbana: O direito à saúde e à cidade. *Com Ciência*.
- Cardin, EG. (2016). *A expansão do capital e as dinâmicas das fronteiras*. Paco Editorial.
- Faria, M., Giovanella, L.; Bermudez, L. (2015). A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: Posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Saúde em Debate*, 39(107), 920–934.
- Fogaça, TK. *Geografia da saúde*. (2024). Editora Intersaberes.
- Haum, NDAP et al. (2020). O exercício do controle social das políticas de saúde em município de região de fronteira.
- Martínez, VR de MEM. (2020). *O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil*. 154 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu.
- Quadros, L de CM de. (2016). Efeitos da mobilidade social na saúde mental de adultos: uma revisão sistemática da literatura. *Revisão. Ciênc. saúde colet.* 21 (2) Fev.
- Santos-Melo, GZ et al. (2023). Importância e desafios da vigilância em saúde em uma região de fronteira internacional: um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, v. 32, p. e220433pt.
- Soares, WTB. (2021). *Sistema Único De Saúde*: Um Direito Fundamental de Natureza Social e Cláusula Pétreia Constitucional: A Cidadania e a Dignidade da Pessoa Humana como Fundamentos do Direito à Saúde no Brasil. Editora Dialética.
- Zilly, A; Silva, RM. (2022). *Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina*. São Carlos: Pedro & João Editores.

# Educação Médica Binacional: Formação de Profissionais, Intercâmbio Acadêmico e Programas de Capacitação

*Educación Médica Binacional: Formación de Profesionales, Intercambio Académico y Programas de Capacitación*

*DOI: 10.51473/ed.al.sfe5*

Matheus Henrique de Souza Melo

Rebeca Giombelli

Joyce Sabrine Carvalho Fernandes

Itacyr Rezende Gomes

Deivedy Araújo de Almeida

Rayssa da Silva Santos



## INTRODUÇÃO

A educação médica binacional tem ganhado destaque como uma estratégia eficaz para o fortalecimento das formações profissionais, na América Latina, onde a integração regional e a mobilidade acadêmica são cada vez mais valorizadas. A parceria entre países como Brasil e Paraguai, por exemplo, oferece uma oportunidade de intercâmbio acadêmico, programas de capacitação e intercâmbio de experiências que promovem o aprimoramento dos profissionais de saúde, em áreas críticas como a medicina. No entanto, os desafios para a implementação de programas de formação que atendam às necessidades de ambos os países, respeitando as particularidades regionais e as exigências do mercado de trabalho, ainda persistem.

O problema central desta pesquisa reside na análise da eficácia da formação de profissionais de saúde a partir de modelos binacionais, com ênfase nos intercâmbios acadêmicos e programas de capacitação. O objetivo deste capítulo é investigar os impactos da formação binacional no aprimoramento da educação médica e na construção de uma rede integrada de profissionais de saúde, que possa responder às necessidades de ambos os países.

Justifica-se a relevância deste estudo pela demanda por profissionais qualificados na saúde, no contexto do Mercosul, onde a mobilidade de trabalhadores e acadêmicos tem se intensificado. Além disso, as iniciativas de formação binacional e de capacitação acadêmica são fundamentais para o fortalecimento da integração regional, proporcionando melhoria na qualidade da saúde pública. Esse estudo é pertinente para

o desenvolvimento de políticas educacionais que possam ser adaptadas e ampliadas para beneficiar outros países da região.

Os objetivos deste estudo são: analisar o impacto dos programas de intercâmbio acadêmico e capacitação binacional na formação de profissionais de saúde; avaliar os desafios e oportunidades dessas iniciativas no contexto da educação médica; e propor estratégias para o fortalecimento da educação médica binacional, considerando as especificidades dos países envolvidos.

## **MARCO TEÓRICO**

### **A Qualificação Profissional em Saúde e os impactos da Educação Médica Binacional**

As mudanças no modelo produtivo capitalista trouxeram impactos para as práticas de saúde, transformando a educação e a qualificação dos profissionais da área. No contexto da formação de profissionais de saúde, o termo qualificação profissional assume um caráter amplo e variável, englobando conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais voltados para a produção de bens e serviços. Esse processo pode ocorrer em ambientes educacionais ou no setor produtivo, proporcionando aos trabalhadores a oportunidade de desenvolver habilidades relevantes para o mercado de trabalho e para a sociedade.

A criação de órgãos governamentais, como o Ministério da Educação e da Saúde e a Inspetoria do Ensino Profissional Técnico, na década de 1930, representou um marco nas reformas educacionais, consolidando o papel da educação profissional

na formação dos trabalhadores. Essas instituições ajudaram a moldar as políticas de qualificação, adaptando-as às demandas de saúde da época e promovendo uma relação contínua entre os trabalhadores e o processo de trabalho.

A educação profissional na área da saúde, é moldada pelas prioridades de setores industriais, como o farmacêutico e pelas tecnologias voltadas ao mercado privado (Rocha *et al.*, 2021). Essa formação profissional é interpretada como um meio de desenvolver profissionais produtivos para o sistema, uma abordagem que reflete um ajuste do trabalhador ao mercado, ao mesmo tempo que levanta discussões sobre as implicações dessa perspectiva.

Ao longo da segunda metade do século XX, políticas públicas de saúde e previdência expandiram a oferta de serviços no Brasil. O aumento no número de hospitais e a ampliação dos serviços públicos de saúde ilustram essa expansão, impulsionada pela unificação da previdência na década de 1960.

Ainda assim, persistiam desafios na equidade do acesso aos cuidados de saúde, levando o Estado brasileiro a experimentar novos modelos assistenciais na década de 1970. A reorganização estrutural implementada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) buscava promover uma assistência médica acessível e diminuir desigualdades, com um foco crescente na universalização dos serviços de saúde.

A colaboração binacional entre Brasil e Paraguai no campo da educação médica oferece uma oportunidade estratégica para o intercâmbio acadêmico e programas de capacitação. Essa parceria visa a construção de um conhecimento compartilhado entre os dois países, facilitando o aprimoramento da formação

de profissionais de saúde que atendam às necessidades de ambas as populações. Iniciativas como programas de intercâmbio acadêmico e capacitação especializada promovem a troca de experiências e tecnologias, contribuindo para a consolidação de uma rede integrada de educação médica que beneficia o desenvolvimento de profissionais qualificados para atuar em sistemas de saúde diversificados.

Entre as décadas de 1950 e 1970, o Brasil passou por uma expressiva expansão dos serviços públicos de assistência à saúde, impulsionada pelo aumento do número de hospitais e pela unificação dos sistemas previdenciários. Embora essas mudanças tenham ampliado a oferta de serviços, persistiam desigualdades no acesso à saúde, levando o Estado a reavaliar a estrutura organizacional do setor.

Nesse processo, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) assumiu a responsabilidade pela coordenação e execução da assistência médica. As transformações promovidas visavam atenuar as disparidades regionais e assegurar um acesso mais amplo e justo aos cuidados de saúde, reforçando o compromisso com a equidade nos serviços de saúde oferecidos à população.

## **A Iniciação Científica e a Formação de Profissionais de Saúde no Paraguai**

Nas instituições acadêmicas brasileiras, ainda prevalece o ensino tradicional, caracterizado pela transmissão de conhecimentos prontos e tidos como verdades absolutas pelos professores (Pivetta *et al.*, 2010). Em contraste, defendemos

uma abordagem que estimule o desenvolvimento cognitivo dos estudantes. Assim, a função do professor é criar situações de aprendizagem que incentivem a investigação. Carvalho (2014) complementa afirmando que um ensino que visa à aculturação científica deve permitir que os alunos construam seus próprios conceitos e pratiquem o raciocínio crítico, em vez de receber respostas definitivas ou uma visão fechada das ciências.

A iniciação científica atua como um meio de introduzir estudantes à pesquisa científica, oferecendo suporte teórico e metodológico para a realização de projetos que contribuem para sua formação profissional. Esse processo visa despertar a vocação científica e incentivar talentos potenciais, permitindo que estudantes participem de projetos e desenvolvam competências científicas. Para isso, o orientador desempenha um papel essencial ao produzir trabalhos de relevância e potencial de publicação em periódicos de alcance nacional, que beneficiam o ensino em todos os níveis.

O avanço do conhecimento global depende de pesquisas e inovações técnicas, que promovem o desenvolvimento físico e intelectual da sociedade. Cientistas, ao explorarem métodos e técnicas, contribuem para o progresso da vida e da sociedade, abordando questões relacionadas à saúde, ao ambiente e aos fatores sociais e econômicos que influenciam a qualidade de vida. A ética, transmitida durante a formação profissional e social, também desempenha um papel capital na aplicação desse conhecimento.

O valor da pesquisa científica é evidente no impacto que gera no Brasil e no mundo. Novas técnicas e descobertas abrem horizontes e permitem que indivíduos expandam seu

entendimento do mundo, contribuindo para a criação de novos saberes e para o progresso científico e social. Assim, estratégias metodológicas eficazes no processo de ensino e aprendizagem, em qualquer nível, são essenciais para o desenvolvimento de práticas pedagógicas significativas.

O progresso do conhecimento é visível quando olhamos para o desenvolvimento exponencial das ideias ao longo da história. Nos últimos séculos, a sociedade passou por transformações, refletindo uma evolução intelectual cada vez mais acelerada. Comparar o Brasil atual com sua realidade científica e social de cem anos atrás evidencia como a ciência e o pensamento crítico continuam a atuar no desenvolvimento humano e na criação de novos paradigmas sociais.

O trabalho científico se destaca como um dos principais motores das mudanças sociais e tecnológicas no mundo, promovendo o conhecimento e aprimorando técnicas para o avanço tanto tecnológico quanto social (Rocha *et al.*, 2021). Exemplos disso podem ser encontrados em teorias como as Teorias Gerais da Administração, que impactaram a estruturação da sociedade empresarial.

Desde a Administração Científica de Taylor até a Administração Clássica de Fayol, teorias foram desenvolvidas e confrontadas por novos paradigmas, que buscam responder a problemas organizacionais que emergiram ao longo do tempo. Esses paradigmas, ao serem reavaliados, destacam a importância do trabalho científico na área da saúde. É essencial que a sociedade valorize esses estudos, pois eles contribuem para a formação do indivíduo e da sociedade como um todo (Vital & Paiva, 2019).

Através das pesquisas, visualiza-se a aplicabilidade do conhecimento, proporcionando um melhor entendimento das disciplinas. No entanto, a ausência de disciplinas integradoras (Ghedin, Oliveira & Almeida, 2018), que poderiam proporcionar uma visão multidisciplinar no ensino, é um desafio. Além de sua contribuição para o ensino, a iniciação científica também é fundamental para a inovação tecnológica. Muitos projetos buscam investigar temas na fronteira do conhecimento, promovendo descobertas e avanços importantes (Rocha *et al.*, 2021). Ainda, ela serve como um elo entre a educação básica e o ensino superior (Pivetta *et al.*, 2010), desempenhando papel crucial em cursos de medicina onde contribui para a formação profissional.

A importância da produção científica para a vida acadêmica e profissional pode ser compreendida através de conceitos fundamentais como lógica, metodologia e produção científica. A lógica, por exemplo, examina as relações de coerência entre pensamento e discurso, enquanto a metodologia congrega métodos e técnicas habituais para administrar pesquisas e desenvolver teorias. A união desses conceitos se expressa na lógica científica, que utiliza ferramentas metodológicas para a criação de novas descobertas e teorias.

A produção científica, por sua vez, representa o desenvolvimento intelectual e a especialização do pesquisador. Para Ghedin, Oliveira & Almeida (2018), a trajetória do pesquisador vai desde o estágio inicial até alcançar o status de autor reconhecido. A escrita, uma das manifestações mais antigas da humanidade, revela essa necessidade de expressar e preservar conhecimento, o que também marca o desenvolvimento da leitura e da

compreensão, fundamentais para a evolução da sociedade.

Nos cursos superiores, a prática pedagógica busca o desenvolvimento de competências e sua integração, conforme apontado por Pivetta *et al.*, (2010) que critica a separação entre educação teórica e prática. Vital e Paiva (2019) reforça que o vínculo entre trabalho e educação é vital para se entender melhor o mundo do trabalho, deixado de lado nas reflexões pedagógicas.

Por isso, os projetos didáticos se destacam como uma estrutura organizativa no ensino, com início em situações-problema que incentivam o desenvolvimento da pesquisa científica. Trabalhar com projetos estimula o interesse pela investigação e inovação nos alunos, proporcionando o desenvolvimento de competências fundamentais.

Nesse contexto, as universidades latino-americanas vêm intensificando a cooperação científica e os intercâmbios no âmbito do Setor Educativo do Mercosul (SEM). Desde a assinatura do Tratado de Assunção em 1991, países como Brasil, Paraguai, Uruguai e Argentina estabeleceram metas educativas conjuntas. Entre essas metas, destacam-se o fortalecimento da consciência cidadã em prol da integração regional, a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento e a harmonização dos sistemas educacionais. Esse movimento representa uma oportunidade de intercâmbio e valorização mútua dos sistemas educativos na formação dos profissionais da saúde, em carreiras binacionais de medicina.

Avanços ocorreram em 1993, quando a “Ley de Universidades” (Lei n. 136) foi promulgada no Paraguai, regulamentando as atividades das instituições de ensino superior e estabelecendo o Conselho de Universidades (Reimers, 2000).

Esse órgão desempenha um papel fundamental na supervisão e na garantia da qualidade acadêmica, um aspecto para a mobilidade acadêmica e a valorização dos diplomas binacionais.

O ensino a distância (EAD) também teve uma função de destaque no Paraguai, com sua introdução em 1994, por meio de proposta metodológica realizada pela Universidade a Distância de Madrid (UNED), que firmou parcerias com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e outras instituições locais. Desde então, a modalidade EAD acendeu, permitindo maior acessibilidade à educação superior para estudantes de medicina e outras áreas da saúde que procuram por qualificação binacional (González, 2022).

A partir de 2000, o Compromisso de Gramado ampliou as diretrizes para a Educação Superior na região, consolidando o Mecanismo Experimental de Acreditação (MEXA) que abrange carreiras como Agronomia, Engenharia e Medicina. Esse sistema busca padronizar a qualidade do ensino na região, garantindo o reconhecimento mútuo de diplomas e facilitando a mobilidade dos profissionais de saúde entre os países do Mercosul. A integração acadêmica e a cooperação interinstitucional se tornaram os pilares desse processo, visando promover uma educação que atenda aos desafios regionais e permita que os estudantes sejam reconhecidos em toda a região (Plan de Acción del Sem 2001-2005).

Esses esforços culminaram, em 2003, com a criação da Agência Nacional de Avaliação e Acreditação Universitária do Paraguai (ANEES), que passou a estabelecer critérios para a avaliação acadêmica. Esse avanço representou um marco para a qualidade educacional no Paraguai, alinhando-se aos esforços

de harmonização regional que beneficiam os estudantes de cursos binacionais e contribuem para o fortalecimento da integração acadêmica (Cericato *et al.*, 2008).

Em 2016, o Paraguai deu um passo com a regulamentação do ensino superior híbrido e virtual através da Resolução n. 62/2016 do Conselho Nacional de Educação Superior (CONEs), que permite a combinação entre ensino presencial e remoto, um formato adotado durante a pandemia de Covid-19. Esse modelo se mostrou vantajoso, reduzindo custos e permitindo que estudantes, inclusive da área médica, tenham acesso a uma educação de qualidade sem precisar se deslocar, o que é fundamental para a formação de profissionais qualificados no contexto binacional (Vitale *et al.*, 2020).

Neste exposto, o fortalecimento da integração acadêmica entre Brasil e Paraguai, no campo da medicina, beneficia a formação de profissionais aptos a atuar em ambos os países. Com iniciativas que variam desde a acreditação de cursos até o desenvolvimento de metodologias de ensino híbridas, o ensino superior na região avança para atender as demandas dos estudantes e do mercado de trabalho, promovendo uma formação que contribui para o desenvolvimento regional e o fortalecimento da saúde pública nesses países.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa adotou abordagem qualitativa, classificando-se como pesquisa aplicada, com o objetivo de produzir conhecimento para a área da educação médica binacional. A metodologia utilizada foi bibliográfica e documental, com levantamento de materiais acadêmicos, documentos governamentais

e relatórios de programas de intercâmbio acadêmico entre o Brasil e o Paraguai. Foram analisados estudos sobre a integração educacional na saúde e os modelos binacionais de formação de profissionais, com foco em cada país.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos evidenciam a importância das iniciativas binacionais no fortalecimento da educação médica, proporcionando aos profissionais de saúde uma formação mais integrada e diversificada. Os intercâmbios acadêmicos entre Brasil e Paraguai, por exemplo, oferecem uma oportunidade para os alunos e profissionais de saúde vivenciarem realidades distintas, o que enriquece o aprendizado e amplia o repertório teórico e prático.

Contudo, a análise também revela desafios. Um dos principais obstáculos encontrados foi a falta de uniformidade nos currículos e nas metodologias de ensino, o que dificulta a integração entre as instituições de ensino dos dois países. Além disso, embora haja avanços na mobilidade acadêmica, questões logísticas e financeiras limitam o acesso de muitos estudantes aos programas de intercâmbio.

Outro ponto destacado na discussão foi a relevância dos programas de capacitação especializados, que contribuem para a formação contínua dos profissionais da saúde, permitindo a atualização em um campo em evolução. A formação binacional se mostrou fundamental para a troca de tecnologias e boas práticas, em áreas como a saúde pública e medicina de família.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A educação médica binacional entre Brasil e Paraguai tem mostrado um potencial para a formação de profissionais de saúde mais qualificados para enfrentar os desafios regionais. A integração acadêmica e o intercâmbio de experiências são ferramentas para a melhoria da qualidade da formação médica, promovendo o desenvolvimento de habilidades que atendem às demandas de ambos os países.

No entanto, é essencial superar as barreiras de compatibilidade entre os currículos e metodologias de ensino. Além disso, é necessário melhorar o acesso dos alunos e profissionais, considerando os aspectos financeiros e logísticos. Por fim, este estudo contribui para a compreensão dos benefícios e desafios da educação médica binacional e oferece diretrizes para o fortalecimento dessas iniciativas, visando à criação de uma rede integrada de profissionais de saúde que possam atuar em contextos diversos, promovendo o avanço da saúde pública na região.

## **REFERÊNCIAS**

- Carvalho, GE. (2014). *Política externa e política comercial brasileira entre 1930 e 1942: Comércio e defesa nacional* [Dissertação de mestrado, UFRJ, Instituto de Economia de Pós-Graduação em Economia Política Internacional].
- Cericato, D., Melo, PA. de M., & Costa, AM. (2008). Sistemas de avaliação do ensino superior: Uma análise comparativa dos países do Mercosul. *RACI*, 3(7), fevereiro-julho.
- Ghedin, E., Oliveira, ES., & Almeida, WA. (2018). *Estágio com pesquisa*. Cortez Editora.

Gonzalez, MC (2022). Ensino híbrido nas universidades: Escopo e limitações. *Brazilian Journal of Business*, 4 (2), 812–826.

Pivetta, HMF., et al. (2010). Ensino, pesquisa e extensão universitária: Em busca de uma integração efetiva. *Linhas Críticas*, 377–390.

Reimers Arias, F. (2000). Educación, desigualdad y opciones de política en América Latina en el siglo XXI. *Revista Iberoamericana de Educación*, 23, 21–50, mayo-agosto.

Rocha, KCR. et al. (2021). *Estratégias para institucionalização do processo de incorporação e avaliação de tecnologia em saúde por instituições estratégicas do CEIS: Um estudo a partir da experiência de Bio - Manguinhos*. [Tese de doutorado].

Vital, MS., & Paiva, KCM. (2019). Qualidade de vida no trabalho e vínculos organizacionais: Proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisas. *Gestão & Planejamento - G&P*, 20.

Vitale, et., al, (2020). O dinamismo da educação a distância e híbrida da américa latina e Brasil. *Revista Prâksis*. Novo Hamburgo | a. 17 | n. 2, mai./ago.

# Políticas Públicas de Saúde e Cooperação Internacional: Acordos Brasil – Paraguai

*Políticas Públicas de Salud y Cooperación  
Internacional: Acuerdos Brasil – Paraguay*

*DOI: 10.51473/ed.al.sfe6*

Jemima dos Santos Carvalho da Silva

Daniely de Souza Nakamura

Lorena Nicoly da Silva Lima Dorneles

Fagner Nascimento Jaques

Thais Torisco Roy

Elayne Carolina do Nascimento Costa Sousa

Phillipe Stephano de Souza

Fernando da Silva Vieira

Pedro Henrique de Souza Gonçalves

Cintia Raquel Canhete



## INTRODUÇÃO

O estudo do Paraguai no contexto das políticas públicas de saúde e da cooperação internacional, é fundamental para compreender as dinâmicas regionais no Mercosul e a importância da integração sul-americana para o desenvolvimento de estratégias de saúde. Embora o Paraguai seja ofuscado por seus vizinhos de maior peso econômico e político, como Brasil e Argentina, seu papel no bloco e as relações bilaterais com o Brasil são fundamentais para a cooperação em áreas essenciais, como a saúde pública. A interdependência entre os países membros do Mercosul, com destaque para as questões de saúde, reflete um esforço para fortalecer os sistemas de saúde nas regiões de fronteira, melhorar o acesso a serviços médicos e implementar ações conjuntas no enfrentamento de doenças transnacionais.

O Paraguai, com sua história política marcada por instabilidade, possui um contexto de desafios em sua relação com os países vizinhos. Desde as Guerras do Paraguai e do Chaco até o longo regime de Stroessner, o país enfrentou períodos de autoritarismo e instabilidade política que impactaram seu desenvolvimento (Acevedo, 1990). A ascensão de Fernando Lugo à presidência em 2008 trouxe esperanças de uma mudança democrática, mas o processo de *impeachment* que culminou em sua destituição gerou reações políticas internas e externas. O episódio teve repercussões no Mercosul, levando à suspensão do Paraguai do bloco até a realização de novas eleições democráticas.

A cooperação internacional, entre o Brasil e o Paraguai, tem se mostrado vital para o enfrentamento de desafios na área da saúde pública, como o controle de doenças endêmicas, a

promoção de campanhas de vacinação e a melhoria do acesso a serviços de saúde nas regiões de fronteira. O Brasil tem sido um parceiro estratégico para o Paraguai na área da saúde, por meio de acordos bilaterais que visam a integração e a melhoria das condições de vida das populações fronteiriças.

O objetivo deste capítulo é analisar as políticas públicas de saúde e a cooperação internacional entre o Brasil e o Paraguai, com ênfase nos acordos e iniciativas bilaterais no âmbito do Mercosul. O capítulo também abordará as implicações políticas e sociais das mudanças no cenário político do Paraguai, no que diz respeito à suspensão do país do Mercosul, e como essas dinâmicas afetaram as políticas de saúde pública e a cooperação regional.

## MARCO TEÓRICO

### A Saúde como Direito Fundamental

A saúde como direito fundamental ganha relevância nas fronteiras, como a que separa o Brasil do Paraguai, onde as populações buscam acesso a serviços de saúde de um lado e de outro. Esse movimento é impulsionado pela universalidade da saúde pública, que se fortaleceu com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 e a posterior Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (Faria, Giovanella & Bermudez, 2015). O referido documento reconhece a dignidade e a igualdade de direitos para todos, estabelecendo uma base para os direitos fundamentais, inclusive o direito à saúde, considerado essencial para a garantia de liberdade e igualdade reais.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 incorpora a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, inserindo-a no conjunto dos direitos fundamentais sociais (Brasil, 1988). Tais direitos são concebidos para proporcionar igualdade material por meio da compensação das desigualdades, garantindo que liberdades básicas sejam fruídas de maneira efetiva.

A Constituição brasileira determina a aplicabilidade adjacente das normas de direitos e garantias fundamentais (art. 5º, §1º), o que implica na obrigação do Estado em viabilizar a promoção aos serviços essenciais de saúde para todos os que vivem no território nacional, incluindo, em muitos casos, os residentes de áreas fronteiriças (Brasil, 1988).

Para fortalecer essa normatividade, a Constituição inclui as normas de direitos fundamentais entre as cláusulas pétreas, protegendo-as contra alterações que possam restringir seu alcance. Contudo, conforme José Afonso da Silva (2006), a aplicabilidade de algumas normas que definem direitos sociais e coletivos depende de legislação subsequente, sendo que certos direitos exigem regulamentação específica para se tornarem efetivos, o que cria desafios em regiões fronteiriças onde a demanda por serviços de saúde, muitas vezes, ultrapassa a capacidade instalada, pressionando ainda mais o sistema de saúde.

Ingo Sarlet (2002) adverte que as normas de direitos fundamentais, compreendendo os direitos sociais, têm um caráter de “norma-princípio”, configurando um mandato de otimização que requer dos órgãos estatais a maximização da eficácia desses direitos. Esse princípio orienta os gestores públicos a adotar ações que otimizem o acesso à saúde, um direito inalienável e que depende de políticas públicas efetivas e contínuas para se

concretizar. A saúde, ao lado de outros direitos como a educação, é considerada um direito fundamental e exige um esforço do Estado para que seu oferecimento seja pleno.

Nas regiões de fronteira, observa-se que a busca por serviços de saúde dificultando a resposta eficaz do sistema e ampliando os desafios para uma assistência de qualidade (Brito *et al.*, 2024). Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha conquistado avanços no acesso à saúde pública, persistem desafios no acolhimento dos usuários e na organização dos serviços, em áreas de fronteira onde a infraestrutura é insuficiente para lidar com a demanda (Soares, 2021).

Nos hospitais e centros de saúde, a cooperação entre profissionais é essencial para proporcionar atendimento adequado, mas a falta de recursos, profissionais e insumos, como leitos e medicamentos, limita a capacidade de resposta e prejudica o atendimento humanizado. Os hospitais, são locais onde se verificam infrações aos direitos dos cidadãos, que ocorre em contextos de sobrecarga e limitações operacionais, que relegam os cidadãos a uma posição de submissão em face do sistema. Essas dificuldades são pronunciadas nas regiões de fronteira, onde o aumento da demanda desafia a capacidade do Estado em cumprir o direito fundamental à saúde, evidenciando a necessidade de estratégias que promovam a cooperação internacional e otimização dos recursos disponíveis (Zilly e Silva, 2022).

O contexto atual da saúde envolve a reflexão sobre a garantia do direito humano fundamental e a assistência humanizada, cabendo ao Estado normatizar e implementar serviços públicos adequados. Entre os direitos sociais, a chamada eficácia mínima exige que o Estado assegure a assistência social básica

e a saúde, incluindo a disponibilização de hospitais, médicos e demais serviços para atender a população.

Esse padrão mínimo requer que materiais e equipamentos estejam acessíveis aos profissionais de saúde, de modo que tenham condições adequadas para prestar assistência aos cidadãos. O descumprimento dessa exigência configura uma violação da Constituição Federal, comprometendo o atendimento à saúde da população (Brito *et al.*, 2024).

A saúde, como direito de todos, deve ser promovida pelo Estado alicerçado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e de participação da sociedade. Caso esses direitos sejam violados, a Constituição prevê mecanismos jurídicos para a sua restauração (Falleiros & Lima, 2010).

Conforme o art. 103, §2º da CF, a omissão na garantia desses direitos pode ser questionada por meio de uma ação de inconstitucionalidade por omissão. O mandato de injunção (art. 5º, LXXI da CF) além disso, opera como um instrumento de proteção judicial, assegurando a efetividade dos direitos fundamentais (Brasil, 1988).

As garantias constitucionais servem como instrumentos de reparação quando os direitos fundamentais são violados. Gaivão Filho e Freitas (2020) destaca três tipos de garantias associadas aos direitos fundamentais: a primeira são as defesas impostas a direitos específicos, limitando o poder para prevenir sua violação. A segunda é a garantia institucional, representada pelo sistema judiciário, que organiza a defesa dos direitos. A última constitui o elo entre as outras duas, pois protege direitos enquanto aciona o sistema de proteção institucionalizado, como ocorre com os remédios constitucionais e as ações previstas

para assegurar os direitos fundamentais.

Nesse cenário, muitas dessas garantias podem ser vistas como direitos fundamentais e exercidas por ações diretas de constitucionalidade ou iniciativas judiciais (Zilly e Silva, 2022). Contudo, as políticas de ajuste econômico têm imposto desafios à política de saúde, como a morosidade na efetivação do SUS, evidenciando-se em dificuldades de acesso, como a espera por consultas e exames, e problemas de qualidade nos atendimentos prestados.

A área da saúde enfrenta também a interferência de interências políticas, que aproveitam as equipes dos programas de saúde como espaços de apoio eleitoral, prejudicando o ambiente de trabalho dos profissionais e, em alguns episódios, hostilizando-os. Deste modo, essa prática compromete a atuação dos assistentes sociais e limita o controle social nas comunidades. A sobrecarga dos profissionais, associada à carência de planejamento estratégico, dificulta a visão de longo prazo necessária para uma saúde integral e controlada socialmente, impactando na efetivação das ações de saúde pública.

## **A Cooperação Internacional e as Políticas Públicas de Saúde nas Regiões de Fronteira**

O Paraguai, como um dos países de menor peso econômico e político no Mercosul, é vulnerável às políticas adotadas pelos países vizinhos, tanto de maneira bilateral quanto no âmbito dos blocos regionais. Sua economia, voltada para o setor primário, depende das exportações para o Brasil e a Argentina, sendo beneficiado pelo Fundo de Convergência Estrutural do

Mercosul (FOCEM). Uma possível exclusão do bloco acarretaria consequências econômicas e políticas para o país, gerando instabilidade interna e afetando as relações comerciais com seus vizinhos.

De maneira similar, a saída do Paraguai do Mercosul não seria do interesse dos outros membros (Brasil, Argentina e Uruguai), que possuem uma relação de interdependência com o país, no que diz respeito à integração econômica e política. Uma crise no Paraguai traria repercussões para os países vizinhos, como impactos econômicos e sociais (Oliveira; Onuki, 2000).

A ascensão do presidente Lugo e sua política externa representaram uma mudança na relação do Paraguai com os Estados Unidos e fortaleceram os laços com o Brasil (Borón, 2012). Contudo, o golpe que resultou no *impeachment* de Lugo e a ascensão de Federico Franco à presidência provocaram uma reação imediata no Mercosul, levando à suspensão do Paraguai do bloco em 2012, como uma forma de defender o compromisso democrático. No entanto, a diplomacia brasileira, sob a liderança da então presidente Dilma Rousseff, buscou manter as relações com o Paraguai, ressaltando a importância da cooperação e integração regional para a estabilidade política e econômica da região (Presse, 2013).

As políticas públicas de saúde nas regiões fronteiriças entre Brasil e Paraguai são um reflexo dessa interdependência. A cooperação entre os dois países, no que diz respeito à saúde pública, tem sido essencial para garantir o acesso a serviços médicos em áreas de fronteira, onde a mobilidade de pacientes é intensa. O SUS oferece assistência a cidadãos paraguaios, enquanto políticas bilaterais visam fortalecer os sistemas de saúde

de ambos os países, minimizando os impactos de surtos e melhorando a vigilância epidemiológica (Hofmann, 2005).

O reingresso do Paraguai ao Mercosul em 2014, teve implicações nas políticas de saúde pública. A reconciliação política entre os membros do bloco trouxe maior cooperação no desenvolvimento de políticas transnacionais de saúde, incluindo o enfrentamento de doenças endêmicas, como dengue e malária, que afetam as regiões de fronteira. A colaboração entre Brasil e Paraguai permitiu o compartilhamento de recursos e informações para o controle de doenças e o fortalecimento da infraestrutura de saúde nas áreas fronteiriças.

Além disso, a atuação de organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tem sido fundamental para promover a cooperação entre os países fronteiriços, garantindo a implementação de programas de vacinação e controle de surtos de doenças infecciosas.

Neste exposto, as políticas públicas de saúde nas regiões de fronteira entre o Brasil e o Paraguai são ligadas ao contexto político e econômico da região. A cooperação internacional e a diplomacia regional têm sido fundamentais na implementação de políticas de saúde eficazes, que consideram a mobilidade de pacientes e a necessidade de controle de doenças endêmicas, impactando as populações das áreas de fronteira.

## METODOLOGIA

O presente estudo é fundamentado em revisão de literatura e análise documental, com o objetivo de entender as dinâmicas de cooperação e as implicações políticas e sociais dos

acordos bilaterais para a saúde pública, nas áreas de controle de doenças endêmicas e melhorias no acesso a serviços de saúde.

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre as políticas públicas de saúde, cooperação internacional no Mercosul, saúde nas regiões de fronteira e o impacto das dinâmicas políticas no desenvolvimento de estratégias de saúde. Foram analisados documentos sobre os acordos bilaterais de saúde entre Brasil e Paraguai, relatórios de cooperação internacional e políticas públicas de saúde na fronteira, como também informações sobre a gestão do SUS nas áreas de fronteira.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos revelaram uma interdependência entre o Brasil e o Paraguai no que diz respeito às políticas públicas de saúde nas regiões de fronteira, onde a mobilidade de pacientes e as condições de saúde transnacionais são desafios constantes. A cooperação bilateral tem sido essencial para garantir o acesso à saúde em áreas de difícil alcance, refletindo a preocupação com a universalidade e a equidade do atendimento.

A pesquisa indicou que, apesar dos avanços, há lacunas na integração dos sistemas de saúde de ambos os países. O SUS tem sido fundamental para a assistência a cidadãos paraguaios, mas a falta de uma infraestrutura de saúde nas áreas de fronteira, aliada à escassez de profissionais de saúde, limita a eficácia das políticas. A falta de recursos e a sobrecarga dos sistemas de saúde nas regiões de fronteira resultam em dificuldades no atendimento das demandas da população.

Os acordos bilaterais entre o Brasil e o Paraguai têm atuado no fortalecimento da infraestrutura de saúde nas áreas fronteiriças no combate a doenças endêmicas. No entanto, as pesquisas apontaram que a cooperação entre os dois países esbarra em desafios logísticos e administrativos, como a falta de coordenação entre os serviços de saúde e as limitações financeiras dos programas de saúde.

A suspensão do Paraguai do Mercosul em 2012 teve implicações para a cooperação em saúde, uma vez que gerou instabilidade política e enfraqueceu os laços regionais. A volta do país ao bloco em 2014, contudo, representou um passo importante para retomar e fortalecer as ações de saúde conjuntas, com maior foco no controle de surtos e na vigilância epidemiológica. A cooperação se intensificou no enfrentamento de epidemias como a dengue, com o Brasil fornecendo suporte técnico e recursos para o Paraguai.

A análise evidenciou que as políticas públicas de saúde na região de fronteira entre Brasil e Paraguai são influenciadas por contextos políticos e econômicos. O reingresso do Paraguai ao Mercosul proporcionou um ambiente favorável à implementação de programas de saúde conjunta, embora haja uma dependência de iniciativas internacionais, como as da OPAS, para garantir a continuidade das ações de controle e prevenção de doenças.

Apesar das iniciativas bilaterais, a pesquisa apontou que a saúde nas regiões de fronteira continua a enfrentar desafios, incluindo a insuficiência de infraestrutura, a falta de médicos especializados e a precariedade nos serviços de saúde oferecidos às populações. As políticas de saúde pública precisam ser mais

adaptadas às realidades locais, garantindo uma resposta eficaz às necessidades de saúde das comunidades transnacionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A cooperação internacional entre o Brasil e o Paraguai no campo da saúde, nas regiões de fronteira, tem sido uma estratégia para melhorar o acesso a serviços médicos e enfrentar desafios de saúde pública, como as doenças endêmicas. Embora tenha havido progressos, como a reconciliação do Paraguai com o Mercosul e a intensificação da cooperação em saúde, existem desafios que precisam ser superados, incluindo a melhoria da infraestrutura de saúde, a coordenação entre os serviços de saúde e a formação de profissionais. A continuidade e o fortalecimento dessa cooperação são essenciais para a promoção da saúde e o bem-estar das populações nas áreas de fronteira entre os dois países.

## **REFERÊNCIAS**

Acevedo, E. (1990). Paraguay: Transición Politica y consolidación democrática. *El conosur. Lat. America Documentos y Estudios* 72 – Fundación Friedrich Ebert, Madri.

Borón, A. (2012) *¿Por qué derrataron a Lugo?* Disponível em: <<http://www.atilioboron.com.ar/2012/06/por-que-derrocaron-lugo.html>>

Brito, VM da C et al. (2024). *Para nós aqui na fronteira, nós deveríamos ter mais um pouco de atenção: violência sexual e saúde de mulheres na região de fronteira (Brasil e Guiana Francesa)*. Tese de Doutorado.

Falleiros, I; Lima, JCF. (2010). Saúde como direito de todos e dever do estado. Ponte CF, Falleiros I, organizadores. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 239-278.

Faria, M; Giovanella, L; Bermudez, L. (2015). A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 920-934.

Gavião Filho, AP; Freitas, LFC. (2020). Direitos Fundamentais Estatuídos não Diretamente ou Implícitos? *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, v. 25, n. 3, p. 232-257.

Hofmann, AR. (2005). Avaliando a influência das organizações regionais de integração sobre o caráter democrático dos regimes dos seus Estados-partes: O caso do Mercosul e o Paraguai. *Revista Cena Internacional*, 7(2), 83-95.

Oliveira, AJ., & Onuki, J. (2000). Brasil, Mercosul e a segurança regional. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 43(2).

Presse, F. (2013). Mercosul aborda reingresso do Paraguai e caso Morales. *G1*. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/07/mercosul-aborda-reingresso-do-paraguai-e-caso-morales.html>

Sarlet, IW. (2022). Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Diálogo Jurídico*, v. 10.

Soares, WTB. (2021). *Sistema Único de Saúde: Um Direito Fundamental de Natureza Social e Cláusula Pétrea Constitucional: A Cidadania e a Dignidade da Pessoa Humana como Fundamentos do Direito à Saúde no Brasil*. Editora Dialética.

Zilly, A; Silva, RM. (2022). *Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022.

# Infraestrutura e Tecnologia na Saúde Fronteiriça

*Infraestructura y Tecnología en la Salud  
Fronteriza*

**DOI:** [10.51473/ed.al.sfe7](https://doi.org/10.51473/ed.al.sfe7)

Eduarda Pedroso Pereira de Souza

Marcelo Fernandes de Souza

Marcel Kodi Yokohama

Midian Batisti

Eduarda de Queiroz Lemos Gonçalves

Isabela Lima e Silva

Paula Julia Gil

Luiz Felipe Almeida Oliveira

Jeniffer Almeida Garcia



# INTRODUÇÃO

As regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai, como as cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, enfrentam desafios em saúde pública, impulsionados pelo fluxo migratório e pela interdependência econômica e social. Nessas áreas, a mobilidade constante de pessoas e a diversidade de necessidades demandam soluções acessíveis para garantir a saúde de suas populações. No entanto, a oferta de serviços de saúde se revela complexa, com barreiras e limitações que dificultam o atendimento adequado tanto para residentes quanto para os fluxos migratórios.

Dante desse cenário, este capítulo tem como objetivo analisar a infraestrutura e as tecnologias de saúde disponíveis nas regiões fronteiriças entre Brasil e Paraguai, destacando os principais avanços, pontos críticos e desafios que cada país enfrenta para atender às demandas de uma população em constante movimento. A análise busca compreender como os sistemas de saúde de ambos os países lidam com o contexto de alta mobilidade populacional e identificar oportunidades de cooperação que possam fortalecer o atendimento nas áreas fronteiriças.

## MARCO TEÓRICO

### Infraestrutura e Tecnologia na Cooperação Bilateral de Saúde entre Brasil e Paraguai

As relações bilaterais entre Brasil e Paraguai na área da saúde têm sido marcadas por uma trajetória de cooperação

mútua, impulsionada pela necessidade de enfrentar desafios comuns em uma região com intensa mobilidade populacional. Desde o final do século XX, a fronteira entre os dois países tem sido cenário de diversas iniciativas que visam o aprimoramento dos serviços de saúde, com destaque para áreas fronteiriças de alta demanda, como Foz do Iguaçu, no Brasil, e Ciudad del Este, no Paraguai.

O Tratado de Assunção, assinado em 1991, representou um marco importante nesse processo, ao estabelecer o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e incluir a saúde como um dos pilares para a integração regional (Ferreira, 2024). Esse tratado possibilitou a formalização de parcerias que visavam facilitar o acesso ao atendimento médico para cidadãos dos dois países (Nascimento, 2020). O Mercosul, enquanto plataforma de integração, tem desempenhado papel central na criação de redes de saúde transfronteiriças, ampliando o acesso a tratamentos médicos e tecnologias de saúde.

Na esfera da saúde pública, os governos do Brasil e do Paraguai adotaram acordos para o enfrentamento de doenças endêmicas que afetam a região, como malária, dengue e a Covid-19 (Costa *et al.*, 2022). A circulação de pessoas e a transmissão de doenças sem fronteiras geraram a necessidade de esforços conjuntos para melhorar o controle e a resposta a surtos epidemiológicos. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem atuado como facilitadora dessas parcerias, promovendo campanhas de vacinação e estratégias de vigilância sanitária, essenciais para o controle das doenças.

Nos anos 2000, o Brasil avançou em graus elevado na expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o

que beneficiou a população transfronteiriça. Programas como o Mais Médicos permitiram a alocação de profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, inclusive as regiões de fronteira, atendendo tanto cidadãos brasileiros quanto paraguaios. Durante o mesmo período, o Paraguai decidiu limitações em seu sistema de saúde público e recebeu apoio de organizações internacionais para fortalecer sua infraestrutura em cidades vizinhas ao Brasil. Essa colaboração evidenciou a importância de uma gestão compartilhada entre os dois países.

Em 2015, novos acordos foram firmados no âmbito do Mercosul, ampliando o acesso da população transfronteiriça aos serviços de saúde. Esses acordos facilitaram a criação de protocolos de atendimento e sistemas de referência entre os países, permitindo que pacientes fossem atendidos em unidades de saúde de ambos os lados da fronteira, em casos de urgência e cirurgias de alta complexidade (Ferreira, 2024).

Apesar dos avanços, as iniciativas de cooperação enfrentam desafios financeiros e logísticos. A alocação desigual de recursos e a escassez de profissionais especializados em algumas áreas dificultam a implementação de soluções mais eficazes. Além disso, a troca de informações entre os sistemas de saúde é limitada, e a criação de um prontuário médico compartilhado entre os dois países, que facilitaria o acompanhamento contínuo dos pacientes, continua sendo um desafio.

As trocas sociais, culturais e econômicas na região de fronteira entre Brasil e Paraguai trazem benefícios, mas impõem obstáculos ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde (Hirano *et al.*, 2023). A elevada mobilidade das pessoas e as desigualdades econômicas impedem uma infraestrutura de saúde, capaz

de atender à demanda crescente. Nesse contexto, a presença de hospitais e centros de saúde bem equipados é essencial para compreender tanto as iniciativas quanto as limitações enfrentadas por ambos os países na busca por soluções eficazes para o atendimento da população.

O sistema de saúde no Brasil e no Paraguai é composto por duas esferas: pública e privada. No entanto, as diferenças estruturais entre os dois países impactam a qualidade e o acesso aos serviços de saúde nas regiões fronteiriças, em que a demanda por atendimento médico é específica devido à alta mobilidade entre os países (Nascimento, 2020).

No Brasil, o SUS é responsável por fornecer atendimento universal e gratuito, cobrindo desde a atenção básica até tratamentos especializados. No entanto, apesar da amplitude do SUS, o sistema enfrenta desafios nas áreas fronteiriças, onde a procura pelos serviços de saúde excede a capacidade das unidades locais, sobrecarregando a infraestrutura existente e gerando longas filas para atendimentos complexos. Mesmo com investimentos em infraestrutura, existem lacunas na oferta de tecnologias avançadas, como os equipamentos de diagnóstico por imagem, fundamentais para acelerar o atendimento e aprimorar a precisão nos diagnósticos (Hirano *et al.*, 2023).

No Paraguai, o sistema público de saúde é mais fragmentado e com limitações de recursos. O país não possui um sistema de saúde universal como o SUS, e parte da população depende de serviços para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Em áreas de fronteira, como Cidade do Leste, a escassez de recursos e a infraestrutura deficiente comprometem a capacidade de atendimento, o que leva a população a buscar alternativas

no setor privado ou a se deslocar para outros centros urbanos, onde as condições para exames e tratamentos especialistas são melhores (Lima, 2017). Essa situação reflete a carência de serviços médicos especializados nas regiões fronteiriças e agrava as dificuldades de acesso a cuidados de saúde de qualidade.

No Brasil, o setor privado complementa o sistema público, oferecendo serviços médicos de maior qualidade, mas com custos elevados. As clínicas e hospitais privados possuem infraestrutura moderna e profissional especializada, oferecendo atendimentos mais rápidos. No entanto, esses serviços são inacessíveis para parte da população, em áreas mais periféricas ou em regiões de fronteira. Em Foz do Iguaçu, por exemplo, muitos brasileiros e paraguaios com melhores condições financeiras recorrem ao sistema privado, que, apesar de oferecer maior qualidade e agilidade, acentuam as desigualdades no acesso à saúde.

No Paraguai, o sistema de saúde privado é mais restrito e atende uma pequena parte da população com melhores condições econômicas. Embora ofereça serviços rápidos e de maior qualidade, a capacidade de atendimento é limitada. A maioria da população nas regiões de fronteira, depende do sistema público, o que agrava a situação da saúde nessas áreas.

Esta realidade de desigualdade e escassez de recursos é partilhada por ambos os países, onde a população enfrenta dificuldades tanto para o acesso aos serviços públicos como aos privados de saúde (Nascimento, 2020). A criação de um sistema de saúde binacional, que integra as estruturas públicas e privadas de ambos os países, poderia ser uma solução para otimizar os recursos e garantir um atendimento equitativo à população fronteiriça. Tal sistema integraria as infraestruturas existentes

e permitiria um uso mais eficiente dos recursos, ampliando o acesso a tratamentos para aqueles que se destacam. No entanto, a implementação de um sistema binacional exigiria esforços de ambos os países para superar barreiras financeiras, logísticas e políticas (Ferreira, 2017).

Uma análise da infraestrutura e da tecnologia médica na saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai revela um cenário de limitações. Embora o Brasil disponha de um sistema de saúde público estruturado, enfrenta dificuldades em absorver a demanda transfronteiriça, enquanto o Paraguai, com sua dependência de apoio internacional, não consegue oferecer a mesma cobertura. A cooperação binacional é uma necessidade evidente, mas sua implementação requer esforços diplomáticos, financeiros e logísticos consideráveis para garantir um atendimento adequado e contínuo à população que reside nas áreas de fronteira.

Nesse contexto, Foz do Iguaçu, no Brasil, e Ciudad del Este, no Paraguai, representam dois polos dessa dinâmica fronteiriça, situados na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. As duas cidades são interdependentes, tanto econômicas quanto socialmente, o que reflete em sua integração nas trocas comerciais, culturais e, de forma crescente, no fluxo de pessoas que transitam entre elas. A proximidade geográfica impulsionou um movimento constante de indivíduos que buscam melhores condições de vida e de saúde, ampliando as demandas para ambos os lados da fronteira (Lima, 2017).

Em Foz do Iguaçu, o sistema de saúde é caracterizado por uma rede integrada que inclui unidades públicas, como o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, e privadas, que atendem em sua maioria a uma população de melhor poder aquisitivo. No

entanto, a infraestrutura de saúde da cidade enfrenta desafios, como a sobrecarga nos serviços de emergência e a escassez de recursos em algumas áreas (Ferreira, 2017).

Esses problemas impactam a qualidade do atendimento, dificultando o acesso aos cuidados médicos necessários. Além disso, as condições de acesso à saúde para a população paraguaia, muitas vezes limitadas pela infraestrutura e pelos recursos disponíveis em seu próprio país, resultam em uma alta demanda pelos serviços de saúde oferecidos em Foz do Iguaçu. Embora existam esforços para incluir todos, a cidade ainda encontra dificuldades para atender a todos que buscam tratamento médico, refletindo a desigualdade no acesso.

Em Ciudad del Este, a situação é bastante distinta. A cidade tem seu foco econômico no comércio informal e nas atividades de mercado, o que cria desafios consideráveis para o sistema de saúde pública local. As unidades de saúde em Ciudad del Este são, em parte, precárias, com infraestrutura limitada e falta de profissionais especializados. A população local, que depende dos serviços públicos, sofre com a escassez de equipamentos e com a alta demanda, o que resulta em longas filas e tempos de espera para tratamentos médicos básicos. A situação de saúde na cidade reflete uma carência de acesso a cuidados médicos adequados.

Devido a essas limitações, muitos moradores de Ciudad del Este procuram serviços médicos em Foz do Iguaçu, onde a infraestrutura e a oferta de serviços de saúde são mais avançadas. No entanto, o custo do atendimento privado em Foz do Iguaçu é elevado, o que limita a capacidade da maioria da população de acesso a esses serviços, criando uma dependência de Ciudad del

Este em relação ao sistema de saúde brasileiro para tratamentos especializados que não estão disponíveis localmente. A disparidade entre os dois sistemas de saúde intensifica a necessidade de uma abordagem conjunta para melhorar o acesso e garantir serviços de saúde adequados para a população fronteiriça (Nascimento, 2020).

A dinâmica fronteiriça entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este evidencia a necessidade urgente de uma cooperação mais estruturada no setor de saúde. Embora existam algumas iniciativas de integração, como o Programa de Assistência aos Pacientes da Fronteira, os esforços até o momento não têm sido suficientes para resolver as dificuldades de acesso e a sobrecarga nos serviços de saúde em ambas as cidades. Nesse contexto, a criação de um sistema de saúde binacional, que permita um atendimento contínuo e eficiente entre os dois países, surge como uma solução viável. Isso ajudaria a minimizar as desigualdades de acesso a cuidados médicos e atender à demanda crescente de serviços na região.

Nos últimos anos, algumas iniciativas de cooperação têm buscado melhorar o atendimento na região da tríplice fronteira. Programas como o Projeto de Saúde da Tríplice Fronteira promoveram a troca de informações entre os profissionais de saúde de ambas as cidades e facilitaram o treinamento conjunto de médicos e enfermeiros. No entanto, a implementação de soluções práticas exige um esforço conjunto mais amplo, que envolve a construção de políticas públicas que integrem as necessidades das situações transfronteiriças (Ferreira, 2017).

Por fim, Foz do Iguaçu e Ciudad del Este exemplificam a necessidade de uma abordagem compartilhada e cooperativa

para enfrentar os desafios da saúde na fronteira. A forte interdependência entre as duas cidades, caracterizada pelo intenso fluxo de pessoas e pela busca por cuidados médicos de qualidade, exige soluções conjuntas que integrem os sistemas de saúde e assegurem um atendimento adequado a todos. O futuro da saúde na região da tríplice fronteira depende da capacidade dos dois países em superar suas diferenças e trabalhar juntos para garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde para a população local e para aqueles que transitam entre os países.

A criação de um sistema de saúde binacional entre Brasil e Paraguai na região da tríplice fronteira é uma solução estratégica para superar as limitações atuais e atender de forma eficaz à população que reside nessa área. A interdependência das cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, com seu fluxo constante de pessoas e mercadorias, impõe a necessidade de um modelo de cooperação que vá além das fronteiras nacionais e que permita a integração das políticas públicas de saúde, de forma a garantir um atendimento equânime para todos (Lima, 2017).

Uma das principais propostas é a implementação de centros de saúde compartilhados, localizados em pontos estratégicos da fronteira, que atendem tanto cidadãos brasileiros quanto paraguaios. Esses centros poderiam oferecer serviços médicos básicos, emergenciais e especializados, com equipamentos e tecnologia compatíveis, diminuindo a sobrecarga dos sistemas de saúde de ambos os países. Para que esse modelo funcione, é necessário que haja um planejamento, onde os países poderão definir as responsabilidades e os custos dos serviços prestados.

Outro aspecto fundamental para o sucesso de um sistema de saúde binacional é a harmonização das políticas de saúde

pública, envolvendo a padronização de procedimentos e protocolos médicos, para que os profissionais de saúde dos dois países possam trabalhar de forma integrada. Além disso, uma troca de informações sobre a saúde da população da região pode ser facilitada por meio de sistemas de dados compartilhados, respeitando as normas de privacidade e segurança, mas garantindo a agilidade no acesso aos prontuários médicos e históricos de tratamentos (Nascimento, 2020).

A formação de uma força-tarefa binacional para a gestão da saúde fronteiriça também seria um passo importante. Com representantes dos dois países, esse grupo teria a função de coordenar e monitorar as ações de saúde na região, além de buscar recursos internacionais para garantir a continuidade dos serviços. O financiamento do sistema poderia contar com a participação de organismos multilaterais de saúde, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de parcerias com organizações não governamentais que atuam na região.

Por fim, é necessário que haja uma ampla mobilização da sociedade civil e dos profissionais de saúde para apoiar e viabilizar o sistema de saúde binacional. A educação em saúde deve ser um componente essencial desse projeto, promovendo a conscientização da população sobre a importância de buscar os serviços de saúde disponíveis e sobre os benefícios da cooperação internacional. A integração de práticas preventivas e educativas entre os dois países pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população da fronteira, aliviando, assim, as desigualdades no acesso à saúde e promovendo o bem-estar social e coletivo.

## METODOLOGIA

Este estudo utiliza a metodologia de revisão sistemática da literatura para investigar a infraestrutura e as tecnologias aplicadas nos serviços de saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai. A revisão sistemática da literatura é um método que permite uma síntese das evidências sobre o tema.

Para a coleta de dados, foram realizadas buscas em bases de dados científicas, como Scopus, PubMed, e SciELO, utilizando descritores como “infraestrutura de saúde”, “tecnologia na saúde”, “cooperação Brasil - Paraguai” e “saúde fronteiriça”. Foram incluídos estudos publicados entre 2017 e 2024, com foco em artigos que tratem da saúde pública nas regiões de fronteira e nas dinâmicas de cooperação entre os dois países.

Os estudos selecionados foram analisados quanto aos seguintes critérios: tipo de infraestrutura de saúde existente, uso de tecnologia em diagnósticos e tratamentos, políticas de cooperação entre Brasil e Paraguai e impacto dessas políticas na qualidade e no acesso aos serviços de saúde. Os dados foram categorizados de acordo com suas contribuições para a compreensão das particularidades e dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde fronteiriços, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão integrada e estruturada sobre o tema.

# RESULTADOS E DISCUSSÃO

## Resultados

A tabela a seguir apresenta um resumo dos resultados da revisão sobre os desafios da saúde pública em áreas de fronteira. Os estudos incluídos abordam a disseminação de doenças como dengue, malária, Zika e Chikungunya, além das dificuldades enfrentadas na continuidade do atendimento e na inclusão de estrangeiros e imigrantes indocumentados nos sistemas de saúde. As metodologias variam de revisões de literatura e análises históricas a estudos de caso e pesquisa etnográfica, fornecendo uma visão dos principais problemas e soluções propostas para essas áreas fronteiriças.

**Tabela 1. Resultados da Revisão**

Autor(es)	Título	Metodologia	Principais Achados
Costa, F., Erique, <i>et al.</i>	A Fronteira interna- cional e a disseminação das doenças dengue, malária, Zika e Chikungunya	Revisão de lite- ratura e análise de dados epidemiológicos	Identificou a fronteira como área crítica para a disseminação de doenças e a impor- tância de políti- cas de controle.
Ferreira, MF.	Trajetória e Desa- fios: A Evolução do Mercosul na In- tegração Regional da América Latina	Análise histórica e revisão documen- tal	Discutiu o papel do Mercosul na integra- ção regional e desa- fios enfrentados en- tre países-membros.
Ferreira, REY.	O processo de in- clusão de estran- geiros nas polí- ticas públicas de saúde: a experiê- ncia no município de Foz do Iguaçu	Estudo de caso e entrevistas com profissionais de saúde	Analisa as bar- reiras enfrentadas por estrangeiros no acesso à saúde pú- blica e as estratégias locais para facilitar a inclusão.

Autor(es)	Título	Metodologia	Principais Achados
Hirano, AR., et al.	Continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira	Pesquisa de campo e entrevistas com profissionais de saúde	Destacou a falta de continuidade no atendimento de crianças em regiões de fronteira e falta de estratégias para melhorar a integração de serviços.
Lima, LTP.	Itinerário terapêutico de usuários na atenção primária à saúde em triplíce fronteira	Entrevistas com pacientes e análise qualitativa	Identificou dificuldades dos pacientes em acessar serviços de saúde e desafios no atendimento nas regiões de fronteira.
Nascimento, VA.	Subvertendo a ordem: os indocumentados e as estratégias de acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY	Pesquisa etnográfica com observação participante e entrevistas	Descreveu estratégias adotadas por imigrantes indocumentados para obter acesso a serviços de saúde e as desigualdades enfrentadas.

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Os resultados evidenciam que as áreas de fronteira são vulneráveis tanto à disseminação de doenças quanto à exclusão de grupos marginalizados dos sistemas de saúde. As políticas de integração regional, como o Mercosul, têm papel significativo, mas são limitadas por divergências entre os países. Além disso, a continuidade dos cuidados na atenção primária, enfrenta barreiras estruturais que afetam crianças e pacientes crônicos. Essas questões refletem a complexidade dos contextos fronteiriços e serão discutidas em detalhes na próxima seção.

## Discussão

Na análise dos resultados da revisão sistemática sobre infraestrutura e tecnologia em saúde nas regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai, foi possível identificar barreiras e avanços decorrentes da cooperação entre os dois países. Os autores contribuíram com perspectivas distintas sobre a integração dos sistemas de saúde e as limitações enfrentadas nas regiões de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, evidenciando a importância de parcerias institucionais para enfrentar a demanda por saúde pública e o intenso fluxo migratório na fronteira.

Ferreira (2024) destacou a importância do Tratado de Assunção e da criação do Mercosul para promover a integração regional em saúde, que permitiu o desenvolvimento de redes transfronteiriças de saúde, proporcionando maior acesso a serviços médicos para brasileiros e paraguaios. O autor evidenciou como essa integração tem sido fundamental na formalização de protocolos e troca de tecnologias de saúde entre as regiões fronteiriças, além de abrir caminhos para a expansão de atendimentos de urgência por meio de um sistema integrado.

Nascimento (2020) abordou as desigualdades de infraestrutura entre os sistemas de saúde de ambos os países. Segundo o autor, enquanto o SUS no Brasil proporciona atendimento universal, enfrenta dificuldades nas áreas de fronteira, onde a demanda excede a capacidade de atendimento. Nascimento apontou a necessidade de investimentos adicionais e a criação de prontuários médicos compartilhados para facilitar o acompanhamento dos pacientes em ambas as regiões, sugerindo que a integração dos sistemas poderia mitigar essas limitações.

Costa *et al.* (2022) examinaram os desafios sanitários enfrentados nas áreas de fronteira, como a incidência de doenças endêmicas, exemplificando com a dengue e a Covid-19. Os autores destacaram o papel da OPAS como mediadora das parcerias sanitárias, implementando campanhas de vacinação e controle epidemiológico que têm sido vitais para a saúde pública nas regiões fronteiriças.

Hirano *et al.* (2023) exploraram a questão da mobilidade populacional e sua influência na estrutura de saúde. A análise mostrou como a alta mobilidade nas regiões de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este pressiona os serviços de saúde, expondo desigualdades no acesso aos cuidados médicos.

Lima (2017) contribuiu com uma perspectiva sobre a saúde pública e privada nas regiões fronteiriças, enfatizando as diferenças estruturais. No Paraguai, a falta de um sistema de saúde universal e a limitação de recursos reforçam as desigualdades e incentivam os paraguaios a buscar atendimento no Brasil, o que evidencia uma dependência do sistema de saúde brasileiro, apesar das limitações também enfrentadas por este.

Esses autores, ao analisarem os desafios e as colaborações em saúde na fronteira, concordam que uma abordagem binacional integrada poderia contribuir para superar as desigualdades no atendimento. A criação de um sistema de saúde binacional que integre as estruturas existentes e otimize os recursos foi identificada como uma estratégia essencial. Tal cooperação seria uma solução viável para lidar com a crescente demanda e melhorar a qualidade do atendimento nas regiões de fronteira.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As considerações finais deste capítulo destacam a complexidade da saúde pública nas regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai, exemplificada pelas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. O cenário fronteiriço exige soluções que integrem infraestrutura e tecnologia de saúde, considerando as particularidades locais e a mobilidade populacional. A análise realizada evidencia que, embora haja esforços bilaterais e iniciativas promovidas pelo Mercosul, como a inclusão da saúde como pilar de integração regional, ainda persistem desafios.

Os acordos de cooperação entre os dois países demonstram que o compartilhamento de recursos e a criação de protocolos binacionais são essenciais para atender às demandas de saúde transfronteiriças. Programas como o SUS no Brasil, e a assistência recebida pelo Paraguai de organizações internacionais, têm contribuído para melhorias, mas o sistema de saúde do Paraguai apresenta fragilidades estruturais.

Os desafios de um sistema de saúde binacional incluem barreiras financeiras, logísticas e políticas. No entanto, a criação de um modelo colaborativo entre Brasil e Paraguai para áreas de fronteira, que integre os setores públicos e privados de ambos os países, surge como uma solução promissora.

Por fim, a interdependência entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este ressalta a importância de políticas públicas binacionais, com foco em infraestrutura, tecnologia e compartilhamento de dados de saúde, podendo oferecer uma resposta aos desafios de saúde pública nas regiões fronteiriças, atendendo os fluxos migratórios diários que caracterizam essas áreas.

## REFERÊNCIAS

Costa F, Erique, *et al.* (2022). "A Fronteira internacional e a disseminação das doenças dengue, malária, Zika e Chikungunya." *Revista Portuguesa de Ciências e Saúde* 3.01: 31-43.

Ferreira, MF. (2024). Trajetória e Desafios: A Evolução do Mercosul na Integração Regional da América Latina. *Avances de investigación*, 11(1), 172-201.

Ferreira, REY. (2017). *O processo de inclusão de estrangeiros nas políticas públicas de saúde: a experiência no município de Foz do Iguaçu*. 101 f. Dissertação (Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Hirano, AR *et al.* (2023). Continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220697.

Lima, LTP de. (2017). *Itinerário terapêutico de usuários na atenção primária à saúde em triplice fronteira*. 134 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel.

Nascimento, Valdir Aragão. (2020). Subvertendo a ordem: os indocumentados e as estratégias de acesso à saúde na fronteira de Ponta Porã/BR e Pedro Juan Caballero/PY. *Revista de Antropologia* 63.2: e161823-e161823.

# Aspectos Culturais e Sociais na Prestação de Cuidados de Saúde: Influência Cultural, Desigualdades e Estratégias de Sensibilização

*Aspectos Culturales y Sociales en la Prestación de Cuidados de Salud: Influencia Cultural, Desigualdades y Estrategias de Concienciación*

DOI: [10.51473/ed.al.sfe8](https://doi.org/10.51473/ed.al.sfe8)

Jaine Souza Garcia

Gedryka Tayana de Almeida Stein

Fabiola Herrero Sanchez

Hévila Cristina Pires dos Reis

Bianca Sousa Ribeiro Cunha

Hugo Marcolino Araújo de Oliveira

Dahiana Elizabeth Carballo Amarilla

Isac da Silva Macêdo



## INTRODUÇÃO

A região de fronteira entre o Brasil e o Paraguai é marcada por uma complexidade na prestação de cuidados de saúde, dada sua localização geográfica e diversidade cultural. Situada em um ponto de convergência de sistemas de saúde, normas e costumes distintos, essa área enfrenta desafios na oferta de assistência à população. Compreender as práticas e as dinâmicas envolvidas na prestação de cuidados de saúde é fundamental para promover condições de acesso e atendimento.

Um dos aspectos desse cenário é o aumento expressivo de cidadãos paraguaios que atravessam a fronteira em busca de cuidados médicos no Brasil, sobretudo em cidades próximas à divisa (Alves, 2018). A sobrecarga do sistema público de saúde brasileiro nas áreas fronteiriças reflete essa alta demanda, impactando a disponibilidade de serviços e a qualidade de atendimento aos usuários locais. A situação agrava-se quando esses pacientes apresentam doenças endêmicas, como malária e dengue, associadas a complicações decorrentes da escassez de recursos e medicamentos em seu país de origem (Nucci, 2016).

Além disso, a falta de controle vacinal conjunto entre os dois países gera riscos à saúde pública, como a reintrodução de doenças já erradicadas no Brasil. Diante dessa realidade, o governo brasileiro tem redirecionado atenção para questões de saúde na fronteira, reconhecendo a necessidade de ações coordenadas para responder aos desafios sanitários compartilhados.

Frente o exposto, o objetivo deste capítulo é analisar os fatores culturais e sociais que permeiam a prestação de cuidados de saúde na região de fronteira Brasil - Paraguai, abordando

a influência cultural, as desigualdades no acesso ao sistema de saúde e as estratégias de sensibilização que podem ser implementadas para melhorar o atendimento.

## MARCO TEÓRICO

### A Evolução da Saúde Pública no Brasil

No início do século XX, o Rio de Janeiro, então capital do Brasil, enfrentava graves problemas de saúde pública, com a presença de doenças como varíola, malária, febre amarela e peste. Para enfrentar essa situação, o presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública (Rouquayrol; Gurgel, 2021). Com a missão de erradicar a febre amarela, Cruz implementou uma ampla reorganização do sistema de saúde, criando órgãos como um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária, inspetorias de isolamento e desinfecção, e o Instituto Soroterápico Federal, mais tarde conhecido como Instituto Oswaldo Cruz (Carvalho Junior, 2022).

Oswaldo Cruz introduziu o modelo de campanhas de saúde pública para combater epidemias urbanas e depois focado nas endemias rurais. Esse sistema, centralizado e vinculado à oligarquia médica, encontrou forte resistência popular durante a Revolta da Vacina em 1904, quando a população se opôs à vacinação obrigatória contra a varíola (Vieira *et al.*, 2023).

Na década de 1920, Carlos Chagas sucedeu a Oswaldo Cruz, promovendo reformas no Departamento Nacional de Saúde, com a introdução de propaganda e educação sanitária, e a

criação de órgãos especializados para combater tuberculose, lepra e doenças venéreas (Kucharski *et al.*, 2023). A partir desse período, o desenvolvimento de políticas sociais visava incorporar a classe média e os trabalhadores urbanos ao projeto de modernização do país, incluindo a criação da Previdência Social, iniciada em 1923 pela Lei Eloi Chaves, que estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) (Rouquayrol; Gurgel, 2021).

Na década de 1930, o presidente Getúlio Vargas criou os Institutos de Aposentadoria e Pensões, organizados por categoria profissional, para estender o acesso à Previdência Social. Durante seu governo, a saúde coletiva alcançou destaque, e em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), para atender áreas ainda carentes de cobertura. A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 padronizou os serviços de saúde, assegurando acesso a todos os segurados. No entanto, a inclusão de trabalhadores rurais e outros grupos só foi garantida em 1963 com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Em 1966, o governo militar unificou as instituições previdenciárias no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), firmando convênios com médicos e hospitais, o que aumentou o consumo de medicamentos e equipamentos hospitalares (Sousa, 2021; Vieira *et al.*, 2023).

O crescimento desordenado dos serviços de saúde impulsionou a criação do Plano de Pronta Ação em 1974, buscando regular a oferta de serviços e universalizar o atendimento médico (Kucharski *et al.*, 2023). Na década de 1970, a mobilização pela democratização resultou em maior participação social na gestão de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde foi consolidada na Constituição de 1988,

garantindo acesso universal, descentralizado e financiado com recursos públicos.

Em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) surgiu como um projeto de modernização da saúde pública, embora tenha enfrentado desafios financeiros nos anos 1980. Nesse período, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS) incentivaram a integração entre os governos estadual e municipal, ampliando os direitos e investimentos em saúde (Rouquayrol; Gurgel, 2021).

Embora o SUS tenha sido regulamentado em 1990, a Constituição de 1988 já o reconhecia como um direito fundamental, fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Carvalho Junior, 2022; Kucharski *et al.*, 2023). Estruturado em níveis hierárquicos de atenção, o SUS oferece uma rede organizada de serviços com a Atenção Primária como porta de entrada e atenção secundária e terciária para casos especializados.

A participação da comunidade na área de saúde, conhecida como controle social, foi assegurada pela Constituição de 1988, marcando um importante avanço democrático. Dessa forma, a trajetória da saúde pública no Brasil, ao longo do século XX, culminou na criação de um sistema de saúde universal e consolidou o SUS como uma conquista de cidadania (Rouquayrol; Gurgel, 2021).

## O Direito Internacional e a Evolução dos Direitos Humanos

O Direito Internacional, composto por preceitos e regras normativas que regulam a sociedade internacional, encontra nos tratados uma de suas principais fontes de estruturação. A origem dos tratados remonta à Antiguidade, com registros que indicam, segundo Rezek (2016), o primeiro tratado internacional datando de aproximadamente 3000 a.C., entre cidades da Mesopotâmia para resolver conflitos de fronteira.

Os tratados estabeleciam relações diplomáticas e comerciais entre Estados soberanos, incluindo acordos sobre fronteiras, comércio e alianças militares, em um contexto dominado pela ideia de soberania. Essa estrutura consolidou o princípio de que os direitos humanos são inerentes a todos, independente de cor, raça, classe social ou gênero, devendo ser protegidos pelo Estado e pela sociedade. Nesse sentido, todo indivíduo é reconhecido como sujeito de direitos, o que implica tanto a proteção de seus direitos quanto a responsabilidade de não violar os direitos dos outros.

A evolução dos direitos humanos destaca sua natureza histórica, influenciada pelas condições sociais e culturais de cada época. Bobbio (2004) argumenta que esses direitos surgem das lutas pela liberdade contra poderes estabelecidos, tornando-os contextuais, ou seja, o que é fundamental em uma época pode não ser em outra. Dessa forma, os direitos humanos são universais e indivisíveis, abrangendo direitos econômicos, sociais, civis, políticos e culturais, sem que haja hierarquia entre eles.

A globalização, porém, intensifica a tensão entre direitos

de liberdade e direitos sociais, uma vez que a economia global, focada no lucro, nem sempre acompanha a defesa dos direitos humanos (Piovesan, 2018). Os sistemas globais e regionais de proteção dos direitos humanos, embora distintos, complementam-se ao fornecer mecanismos de responsabilização para os Estados que não implementam esses direitos, garantindo o acesso à alimentação, saúde, moradia e educação de forma universal (Schwenck, 2001).

O princípio da primazia da norma mais favorável à proteção dos direitos humanos está consagrado em instrumentos internacionais, como o artigo 5º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que assegura a proteção desses direitos em qualquer Estado-parte. Mesmo com a distinção entre tratados tradicionais e tratados de direitos humanos, o direito brasileiro ainda não reflete essa diferenciação, o que evidencia os desafios na implementação de uma constitucionalização do direito internacional. Vieira (2018) aponta barreiras como a soberania estatal e conflitos culturais que dificultam a adaptação do direito internacional às normas internas.

A fundamentação moral cosmopolita dos direitos humanos, desenvolvida por pensadores como Kant, sustenta a importância de direitos que transcendem as fronteiras nacionais. Em 1795, Kant, ao propor o conceito de paz perpétua, antecipou a relevância do direito cosmopolita como um mecanismo para garantir os direitos individuais no plano internacional (Comparato, 2009). Essa perspectiva inspirou o desenvolvimento do direito internacional contemporâneo e da teoria dos direitos humanos, ao destacar a necessidade de uma comunidade global que, ao

proteger direitos humanos universais, contribua para a paz.

Habermas (1996) reforça essa concepção ao propor que a cidadania cosmopolita se torna um fenômeno emergente, incentivado pela consciência política que busca proteger valores e interesses comuns em escala global, como resposta aos desafios da modernização. Essa evolução pode ser considerada a criação de um modelo universal de organização política e social, apoiado em valores compartilhados e que, como previa Kant, considera uma violação de direitos em qualquer parte do mundo como um impacto para a humanidade como um todo.

## **Cooperação Internacional em Saúde nas Regiões de Fronteira**

As políticas públicas visam definir as prioridades para investimentos e programas que garantam os direitos dos cidadãos, em áreas como saúde, onde a cooperação internacional pode ampliar o acesso e a qualidade dos serviços, em regiões de fronteira. No caso da fronteira Brasil - Paraguai, a interação entre os dois países se mostra essencial para a oferta de cuidados de saúde, pois o Brasil, com maior estrutura hospitalar, atende paraguaios que residem em áreas próximas à fronteira.

Com a crescente demanda por serviços de saúde em regiões fronteiriças, iniciativas conjuntas de cooperação internacional têm buscado aprimorar a infraestrutura e o acesso ao atendimento médico nesses locais. Para tanto, o Estado brasileiro, em parceria com autoridades paraguaias e com apoio de organizações internacionais, tem adotado estratégias que visam ampliar a eficiência e a cobertura dos serviços de saúde. Essas

iniciativas, como aponta Tavares (2014), envolvem a articulação de recursos e ações conjuntas que se adaptam às realidades locais, respeitando as soberanias e limitações dos Estados, mas atuando em prol do bem-estar coletivo.

O conceito de soberania estatal é um fator relevante, pois, conforme Scherma (2012), os Estados possuem a prerrogativa legal de atuação em suas fronteiras sem interferência externa. No entanto, nas últimas décadas, a cooperação internacional no desenvolvimento de políticas públicas de saúde tem transcendido essas limitações, com a inclusão de atores não estatais e a criação de novos modelos de cooperação, possibilitando parcerias multilaterais que envolvem mais de dois países. Esses esforços colaborativos são essenciais para o equilíbrio das relações internacionais e o fortalecimento das redes de saúde.

Além disso, a Organização das Nações Unidas (ONU) e outras entidades multilaterais tiveram papel estratégico, oferecendo suporte financeiro e técnico para a implementação de políticas de saúde em zonas de fronteira. Souza (2015) salienta que a compreensão e o uso dos recursos e das possibilidades de cooperação oferecidas pela ONU são fundamentais para alcançar um ambiente internacional mais estável e igualitário, onde o acesso à saúde é promovido de maneira equilibrada e inclusiva.

No contexto da fronteira Brasil - Paraguai, as carências estruturais do Paraguai e a demanda por serviços de saúde geram desafios que são abordados por meio de ações colaborativas. A atuação de profissionais de saúde nas regiões de fronteira, como documentado por Vale (2010), reflete a importância da medicina como elemento de integração e suporte às necessidades de saúde da população.

## Cultura e Saúde na Fronteira Brasil – Paraguai

A complexidade do processo civilizatório e a formação do arcabouço cultural são aspectos indissociáveis, pois é a partir desse desenvolvimento cultural que se moldam as interações entre diferentes grupos. Cada cultura carrega uma relação singular com o ambiente, tanto natural quanto social, influenciada por sua história e particularidades geográficas. No contexto da fronteira entre o Brasil e o Paraguai, essas diferenças são evidentes e têm um papel importante na maneira como as práticas de saúde são concebidas e implementadas. A cultura, para esses grupos, orienta os modos como eles projetam seu futuro e integram com sistemas de saúde.

Além disso, a cultura é um fenômeno dinâmico, impossível de ser reduzido a definições formais impostas por instituições políticas ou tipologias fixas. Sua natureza variada permite interpretações distintas, dependendo do foco de análise. No campo da saúde, compreender a cultura de uma comunidade exige considerar aspectos que vão além das práticas médicas, englobando valores, crenças e modos de vida (Rabello, 2010). Na região fronteiriça, a interação entre brasileiros e paraguaios cria um cenário cultural diversificado, o que torna o atendimento em saúde um desafio que precisa ser adaptado às realidades e tradições locais.

As Ciências Sociais, por exemplo, tratam a cultura como o conjunto de práticas, costumes e tradições que estruturam a vida social, enquanto a Sociologia vê a cultura como algo que é aprendido e compartilhado dentro de um grupo, proporcionando identidade e fortalecendo o sentimento de pertencimento.

Esse sentimento de identidade cultural é relevante em áreas fronteiriças, onde o contato entre diferentes comunidades exige uma compreensão mútua e respeito às práticas de cada grupo. Essa abordagem é essencial para a prestação de cuidados de saúde adequados, que considerem as práticas e valores locais, promovendo o respeito e evitando a imposição de modelos externos que possam ser conflitantes.

Dessa forma, ao considerar a saúde na fronteira Brasil - Paraguai, é necessário reconhecer a cultura como uma realidade enraizada em grupos e comunidades com elementos históricos, filosóficos e sociais que influenciam o processo de cuidado (Rezende, 2002). Cada indivíduo que compõe esses grupos se vê inserido em uma cultura que molda sua percepção sobre o que é saúde e bem-estar, influenciando desde a aceitação de tratamentos médicos até a maneira como buscam auxílio e interpretam as práticas oferecidas. Assim, integrar elementos culturais no cuidado em saúde é uma necessidade política e social, pois a cultura exerce um papel fundamental na formação do indivíduo e na construção de sua identidade dentro de uma coletividade.

Reconhecer a cultura como um direito humano é um passo importante nesse contexto. Esse entendimento foi consagrado em documentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que garantiu a todo indivíduo o direito de participar da vida cultural de sua comunidade. Ao longo das décadas, outras declarações e convenções, como a Declaração da Cidade do México sobre Políticas Culturais e a Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Imaterial de 2003, ampliaram essa perspectiva, afirmando o direito à identidade cultural e o respeito à diversidade cultural como componentes

para o bem-estar individual e coletivo. Na área da saúde, respeitar a diversidade cultural significa reconhecer as particularidades de cada grupo, promovendo um atendimento que respeite as tradições dos pacientes (Rezende, 2002).

Na fronteira, onde culturas diversas coexistem, os desafios para a integração cultural na prestação de serviços de saúde são notáveis. Muitas vezes, a tentativa de inserir novos membros da comunidade implica negligenciar ou minimizar as tradições culturais locais, o que dificulta a adaptação e o bem-estar dos envolvidos. Portanto, a adaptação cultural é um componente para que o indivíduo se sinta integrado, sem precisar abandonar sua identidade (Rabello, 2010).

Considerando esses fatores, a prestação de cuidados de saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai exige mais do que conhecimento médico. Exige empatia e respeito pela complexidade cultural da região, incorporando práticas de saúde que sejam culturalmente sensíveis e inclusivas. Dessa maneira, é possível criar um ambiente de saúde que respeite a diversidade cultural e ofereça condições para que cada indivíduo mantenha sua identidade enquanto participa da comunidade, promovendo, assim, uma integração que vai além do aspecto físico e alcança o bem-estar cultural e social.

## **METODOLOGIA**

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por uma pesquisa bibliográfica, que possibilitou a coleta e análise de referencial teórico por meio de obras, livros, artigos científicos e periódicos especializados. Essa abordagem

permitiu uma compreensão dos temas centrais da pesquisa, além de oferecer um panorama das discussões acadêmicas existentes sobre o assunto. A seleção das fontes foi feita de forma criteriosa, priorizando a relevância, a qualidade e a atualidade das publicações, com o intuito de embasar os conceitos e as análises apresentadas ao longo do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados evidenciam que a região de fronteira entre Brasil e Paraguai enfrenta desafios complexos na prestação de cuidados de saúde, em parte devido à superpopulação e à mobilidade constante, que sobrecarregam os serviços locais e intensificam tensões sociais. Conforme Vasconcellos (2019), a demanda excessiva por serviços médicos e outras necessidades básicas reflete conflitos na disputa por recursos, o que muitas vezes se agrava em contextos de diferenças culturais e socioeconômicas.

A pandemia de Covid-19 exacerbou essas dificuldades ao restringir o acesso aos serviços de saúde e ao dificultar a circulação transfronteiriça. O fechamento da fronteira pelo Brasil em março de 2020, por exemplo, conforme apontam Rodrigues *et al.* (2020), impôs barreiras adicionais, criando obstáculos tanto logísticos quanto políticos para os paraguaios que buscavam atendimento no Brasil. Além disso, essas restrições e as exigências burocráticas para comprovação de documentação foram acompanhadas de episódios de xenofobia e racismo, contribuindo para a exclusão dos migrantes e para a redução das relações transfronteiriças.

A análise dos fatores culturais e sociais também revela que, para alcançar uma integração efetiva, é essencial promover a adaptação mútua entre as comunidades. Esse processo envolve o reconhecimento ativo das identidades culturais e o envolvimento dos migrantes nas esferas econômicas, sociais e políticas. Modelos como o multiculturalismo emancipatório são destacados por sua abordagem inclusiva e sustentável, promovendo a convivência pacífica e a valorização das diferenças sem forçar a assimilação cultural. Esse modelo, ao contrário do assimilacionismo ou da segregação, evita a alienação das minorias e fortalece o reconhecimento e o respeito entre os grupos culturais, o que é crucial para reduzir tensões e criar um ambiente de cooperação mútua.

Nesse sentido, estratégias de sensibilização devem focar na criação de espaços de diálogo e interação entre os grupos culturais na região fronteiriça, promovendo inclusão e respeito mútuo. O Estado tem o papel de garantir os direitos fundamentais dessa população, respeitando, protegendo e implementando medidas que assegurem sua segurança e acesso a serviços.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os aspectos culturais e sociais na prestação de cuidados de saúde, este estudo revela a importância da integração entre os médicos de Brasil e Paraguai, que, ao unirem esforços, favorecem o fortalecimento do vínculo entre as corporações médicas dos dois países. Esse trabalho conjunto amplia a compreensão sobre as necessidades da população local, garantindo um atendimento mais eficaz.

A pesquisa reforça a ideia de que o planejamento e a coordenação adequados são elementos para garantir uma assistência de saúde de qualidade nas áreas de fronteira. A participação ativa da equipe médica no processo de planejamento é imprescindível para a prontidão das ações. Nesse sentido, a integração entre as equipes de saúde, considerando as especificidades culturais e sociais da população, é necessária para o sucesso das políticas públicas e das intervenções em saúde.

A crise de saúde global provocada pela pandemia de Covid-19 evidenciou as fragilidades do sistema social e de saúde brasileiro. O fechamento das fronteiras, medida adotada para tentar controlar a disseminação do vírus, gerou falhas no atendimento aos direitos dos paraguaios, impossibilitando aqueles que atravessavam a fronteira para trabalhar de obter assistência médica adequada.

Esse cenário agravou as desigualdades já presentes em áreas de fronteira, e expôs como as políticas de saúde precisam ser ajustadas para atender as populações transnacionais. A pandemia, além de ser um desafio para a saúde, foi um momento de reflexão sobre a eficácia do Sistema Único de Saúde, cujas limitações foram evidenciadas pela sobrecarga de trabalho e pelo aumento das necessidades de atendimento.

Importa destacar que um aspecto que se tornou visível durante a pandemia foi o aumento de discursos que associavam a presença de estrangeiros a um suposto desprezo pelos cidadãos brasileiros, com alguns grupos propagando a ideia de que estariam tomando o território brasileiro para usufruir de benefícios governamentais, incluindo atendimentos médicos gratuitos. Contudo, a realidade observada no campo é diferente,

uma vez que as populações de fronteira, tanto brasileiras quanto paraguaias, enfrentam dificuldades semelhantes no acesso aos cuidados de saúde e vivem em condições precárias, muitas vezes dependendo da colaboração entre os países para a efetivação de políticas de saúde.

A partir dos dados e análises apresentados ao longo deste estudo, foi possível perceber a necessidade de estratégias de sensibilização que envolvam tanto os profissionais de saúde quanto os gestores públicos e a população, a fim de promover uma maior compreensão sobre as questões culturais e sociais que envolvem a prestação de cuidados médicos nas regiões fronteiriças. Tais estratégias devem focar na valorização da diversidade cultural e no respeito às práticas locais, criando um ambiente de cooperação que favoreça a promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Bobbio, N. (2004). *A era dos Direitos*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 13. tir. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: DF: Senado, 1988.
- Carvalho Júnior, ARB de *et al.* (2022). *A judicialização da saúde (medicamentos): uma ponderação entre o direito individual e o coletivo*. PUCSP.
- Comparato, FK. (2009). *A Proteção dos Direitos Humanos nos 20 Anos de Vigência da Constituição Atual*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.
- Habermas, J. (1996). *La paix perpétuelle*. Tradução Rainer Rothlitz. Paris: Cerf.
- Kant, I. (1970). “*Perpetual Peace*”, In Kant’s Political Writings. Tradução H. B. Nisbet. Cambridge, Cambridge: University Press.

Kucharski, KW *et al.* (2023). Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Uma Trajetória do Império Criação do SUS. *Revista Contexto & Educação*, v. 37, n. 117, p. 38-49.

Piovesan, F. (2018). *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 18.ed. São Paulo: Saraiva Educação.

Rabello, LS. (2010). *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Editora Fiocruz.

Rezek, F. (2016). *Direito Internacional Público*: curso elementar. 16. ed. São Paulo: Saraiva.

Rezende M, Estevão C. (2002). *Relações internacionais: cultura e poder*. Iibri.

Rouquayrol, MZ; Gurgel, M. (2021). *Rouquayrol: epidemiologia e saúde*. Medbook.

Scherma, MA. (2012). As fronteiras nas relações internacionais. *Revista Monções*. v. 1, n.1.

Sousa, EB de. (2021). *A privatização da atenção oncológica na política de saúde: o estado do Tocantins*. UFT.

Souza, PHN. (2015). *A Organização das Nações Unidas e a cooperação internacional para o desenvolvimento no Brasil*: Um breve relato sobre a incorporação de projetos de cooperação Sul-Sul como prioridade para as Nações Unidas no Brasil desde 2007 [Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília].

Tavares, SMB. (2014). *O médico militar brasileiro e os desafios éticos da profissão* [Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].

Vasconcelos, I. dos S. (2019). *Articulações familiares transnacionais*: Estratégias de cuidado e manutenção familiar na fronteira Brasil. [Dissertação de mestrado, UFPE/UFRR].

Vieira, G. (2018). A constitucionalização do direito internacional. *Revista Acadêmica Universo Salvador*, 3 (6).

Vieira, RV *et al.* (2023). A influência da gestão hospitalar eficiente na promoção da saúde: como está a relação entre administração e saúde atualmente? *Revista PSIPRO*, v. 2, n. 4, p. 16-41.

# Impacto da Pandemia de Covid-19 na Região Fronteiriça: Respostas Brasil – Paraguai

*Impacto de la Pandemia de Covid-19 en la Región Fronteriza: Respuestas Brasil – Paraguay*

*DOI: 10.51473/ed.al.sfe9*

Elizeu Alves Ferreira  
Patrícia de Jesus Gimenes  
Laudelina Mary Luz Costa  
Rosiene de Lima Dias  
Jenilton de Oliveira Dias  
Érica Taieti Mascarenhas de Oliveira  
Franciane Pereira Xavier  
Jessica Santos de Assis  
Dionatta Santos do Nascimento  
Marcos Vinicius Santos Souza



## INTRODUÇÃO

A região fronteiriça entre Brasil e Paraguai é uma área estratégica marcada pela intensa troca de bens, serviços e pessoas, desempenhando um papel importante na dinâmica econômica e social dos dois países. Essa região, composta por estados brasileiros como Mato Grosso do Sul, Paraná e, em menor grau, Santa Catarina, compartilha uma extensa linha de fronteira com o Paraguai, criando um espaço de alta interação entre as populações. As cidades de Ponta Porã, no Brasil, e Pedro Juan Caballero, no Paraguai, exemplificam essa interdependência, sendo exemplos de cidades gêmeas, onde as fronteiras políticas são elementos de uma convivência cotidiana.

A interconexão entre essas cidades se dá sobretudo através do comércio, com um fluxo constante de mercadorias e produtos, como alimentos, roupas e eletrônicos, além da movimentação de trabalhadores e turistas. A troca entre os dois países é facilitada por uma série de acordos e pela proximidade física entre as cidades, o que, em um contexto normal, contribui para uma economia vibrante e fluida. Apesar disso, essa mobilidade apresenta desafios em tempos de crise sanitária, como a pandemia de covid-19.

A pandemia de covid-19, que teve início no final de 2019, chegou a essas regiões de fronteira devido à alta circulação de pessoas entre os dois países. Com o fechamento temporário das fronteiras, uma medida adotada por ambos os países para tentar controlar a disseminação do vírus, a economia local foi impactada. O fechamento das fronteiras afetou tanto o comércio transfronteiriço quanto o trabalho informal, principal fonte de renda

para muitas famílias da região. Ao mesmo tempo, a população das cidades fronteiriças experimentou mudanças no cotidiano, com a imposição de restrições à mobilidade e o fechamento de comércios e serviços não essenciais.

A interação entre as populações fronteiriças não se limita ao comércio. Muitas famílias têm membros de ambos os lados da fronteira, e o fechamento temporário dificultou o contato e as relações sociais, o que gerou um impacto emocional considerável. Essa proximidade e interdependência entre as populações brasileiras e paraguaias fizeram da região uma área vulnerável às consequências sanitárias da pandemia, tornando as respostas à crise sanitária um desafio para ambos os países.

O objetivo deste capítulo é analisar a dinâmica da região fronteiriça entre Brasil e Paraguai, destacando sua importância estratégica no comércio, nos fluxos de pessoas e na interdependência social e econômica entre os dois países. A partir dessa análise, visa discutir as vulnerabilidades sanitárias dessa área.

## **MARCO TEÓRICO**

### **A Covid-19 e o Impacto Inicial na Região de Fronteira**

A chegada da Covid-19 à região de fronteira entre Brasil e Paraguai trouxe desafios para os sistemas de saúde locais, que se viram sobrecarregados com a disseminação do vírus em cidades que dependiam da mobilidade transfronteiriça para manter suas atividades econômicas e sociais. As cidades de Ponta Porã

e Pedro Juan Caballero foram impactadas, enfrentando uma rápida escalada de casos nos primeiros meses de 2020. Como consequência, as instituições de saúde pública precisaram adaptar suas operações para lidar com a crise, enquanto o fechamento temporário das fronteiras alterou o cotidiano dos moradores.

Os primeiros casos de Covid-19 na região foram detectados no final de março de 2020, e logo houve um aumento nas taxas de contágio. Essa rápida disseminação se deu, em parte, pela alta circulação de pessoas, algo comum em regiões fronteiriças, além da falta de preparação dos sistemas de saúde locais para uma emergência dessa escala (Pêgo Filho *et al.*, 2020). No início da pandemia, hospitais e postos de saúde em ambas as cidades enfrentaram dificuldades em suprir a demanda por leitos e equipamentos médicos, ventiladores e máscaras (Abdon, 2024).

Em Ponta Porã, por exemplo, o sistema de saúde público operava com infraestrutura limitada, o que resultou em uma maior pressão sobre hospitais e postos de atendimento locais. Em Pedro Juan Caballero, a situação não foi diferente: hospitais paraguaios enfrentaram limitações de recursos e pessoal, tornando a resposta ao aumento de casos ainda mais desafiadora (Negamine *et al.*, 2020).

As taxas de infecção e mortalidade foram consideráveis, e, ao longo do primeiro ano da pandemia, Ponta Porã registrou uma taxa de mortalidade superior à média nacional brasileira (Prada *et al.*, 2022). Dados atualizados para o período inicial da pandemia apontam que a escassez de recursos hospitalares, como leitos de UTI, fez com que a taxa de ocupação hospitalar permanecesse próxima de 100% em diversos momentos críticos. No lado paraguaio, Pedro Juan Caballero experimentou

altos índices de infecção, sendo que muitos dos casos mais graves precisaram ser transferidos para centros maiores, como Assunção, devido à incapacidade local de lidar com a gravidade dos quadros.

O impacto no cotidiano das comunidades foi profundo. Para conter a disseminação do vírus, as autoridades locais impuseram medidas de isolamento social, limitando o funcionamento do comércio e restringindo eventos públicos. As ruas, que antes fervilhavam com a movimentação de compradores e turistas, ficaram desertas, afetando a renda de muitas famílias que dependiam do comércio informal e transfronteiriço. Além disso, o fechamento das fronteiras interrompeu atividades essenciais e deixou muitas famílias separadas, uma vez que residentes de ambos os lados tinham parentes e amigos no país vizinho.

## **Respostas Sanitárias de Brasil e Paraguai**

As respostas sanitárias à COVID-19 na região fronteiriça entre Brasil e Paraguai revelaram diferenças importantes nas abordagens de contenção da pandemia adotadas pelos dois países, no que se refere ao fechamento de fronteiras, restrições de circulação e medidas para controlar a disseminação do vírus. Tanto o Brasil quanto o Paraguai tomaram medidas para conter o avanço do vírus, mas o fizeram com estratégias e ritmos distintos, o que resultou em impactos variados na eficácia das políticas de saúde pública e no cotidiano das populações locais.

No Paraguai, o governo federal adotou uma postura antecipada, implementando o fechamento total de fronteiras já no início de março de 2020, mesmo antes de o país registrar um

grande número de casos. Essa medida foi acompanhada de uma quarentena nacional obrigatória, que incluía o fechamento de estabelecimentos comerciais, escolas e espaços públicos. O Paraguai também impôs toques de recolher e restrições severas à circulação entre cidades, o que buscava evitar a sobrecarga de um sistema de saúde com recursos limitados. No caso das cidades fronteiriças como Pedro Juan Caballero, essas restrições foram mais rigorosas, visando controlar a interação com a cidade vizinha de Ponta Porã, no Brasil, onde a circulação de pessoas era maior e as medidas menos restritivas.

No Brasil, por outro lado, a resposta ao coronavírus foi marcada por divergências entre os níveis de governo federal, estadual e municipal. O governo federal adotou um tom mais moderado em relação às restrições de circulação, deixando a aplicação das políticas de isolamento e distanciamento social para os governos estaduais e municipais (Pêgo Filho *et al.*, 2020).

No estado do Mato Grosso do Sul, onde se localiza a cidade de Ponta Porã, o governo estadual seguiu as recomendações do Ministério da Saúde, porém, optou por decretar medidas de controle como o fechamento de estabelecimentos comerciais e a implementação de um toque de recolher noturno em momentos críticos da pandemia (Negamine *et al.*, 2020).

As administrações municipais de cidades fronteiriças, como Ponta Porã, procuraram implementar ações complementares, como campanhas de conscientização e orientações para o uso de máscaras e álcool em gel. Entretanto, a falta de coordenação centralizada resultou em variações nas respostas entre as diferentes cidades e estados brasileiros (Abdon, 2024).

O fechamento de fronteiras foi um ponto de destaque e

tensão entre Brasil e Paraguai. A medida imposta pelo Paraguai, por exemplo, limitou o fluxo de pessoas e mercadorias, o que gerou dificuldades econômicas para as comunidades que dependiam do comércio transfronteiriço (Prada *et al.*, 2022). No Brasil, a reação inicial foi mais flexível, com um fechamento parcial que permitia a passagem de residentes e trabalhadores essenciais, ainda que sob um controle rígido.

As fronteiras permaneceram fechadas para atividades não essenciais por um longo período, o que impactou o comércio e afetou a renda das famílias que dependiam da circulação transfronteiriça para se manter. Por outro lado, a posição paraguaia de fechamento rigoroso foi alvo de críticas pela falta de flexibilidade para as necessidades locais, mas teve impacto positivo em reduzir as taxas de infecção em comparação com as áreas brasileiras adjacentes (Abdon, 2024).

Essas diferentes abordagens refletiram nas taxas de infecção e no controle da pandemia. Enquanto o Paraguai conseguiu manter taxas de contágio mais baixas, o Brasil enfrentou uma disseminação mais acelerada do vírus, em áreas onde as restrições foram menos inconsistentes. Essa disparidade nas políticas, aliada à cooperação limitada entre os governos locais e federais dos dois países, dificultou a implementação de uma estratégia coordenada para a região de fronteira, expondo a população local a riscos adicionais (Negamine *et al.*, 2020).

Esse cenário de respostas divergentes e impactos desiguais traz à tona a importância das campanhas de vacinação, que foram lançadas em ambos os países em 2021. A análise dessas campanhas e da forma como cada país lidou com a vacinação na região de fronteira é fundamental para entender os avanços

e desafios no controle da pandemia e no retorno à normalidade.

## **Campanhas de Vacinação**

As campanhas de vacinação contra a Covid-19 na região fronteiriça entre Brasil e Paraguai evidenciaram abordagens distintas e enfrentaram desafios logísticos que afetaram a velocidade e a abrangência da imunização nas comunidades locais. Cada país estruturou seu plano de vacinação em fases, priorizando e grupos mais vulneráveis, como profissionais de saúde, idosos e pessoas com comorbidades. No entanto, as estratégias de implementação e o ritmo de cobertura variaram, refletindo as condições socioeconômicas e os recursos de saúde pública de cada nação.

No Brasil, a campanha de vacinação começou em janeiro de 2021, com a aplicação de vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incluindo a CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer e, Janssen (Pêgo Filho *et al.*, 2020). Embora a vacinação fosse coordenada pelo governo federal, a distribuição e aplicação ficaram sob responsabilidade dos estados e municípios, gerando variações regionais. Nas cidades fronteiriças, como Ponta Porã, as autoridades enfrentaram desafios logísticos relacionados ao armazenamento e transporte das vacinas, devido à distância de centros urbanos maiores e à infraestrutura limitada para a manutenção de vacinas sob refrigeração. Essas dificuldades contribuíram para um ritmo mais lento de vacinação nas fases iniciais, resultando em uma cobertura vacinal reduzida no início da campanha.

No Paraguai, a vacinação começou em fevereiro de 2021,

mas com um ritmo ainda mais lento, devido à dificuldade de acesso às vacinas. Dependendo de doações de países como Rússia e China, além de organismos internacionais, o Paraguai conseguiu doses de vacinas como Sputnik V e Sinopharm. Essa dependência limitou a quantidade de doses disponíveis, atrasando a imunização dos grupos prioritários e dificultando a execução de uma campanha em larga escala nas cidades fronteiriças. Em Pedro Juan Caballero, a vacinação avançou de forma mais lenta, expondo a população ao vírus por um período mais prolongado, em comparação com as áreas brasileiras vizinhas, onde a vacinação progredia de maneira mais consistente.

A logística de transporte e armazenamento representou um desafio tanto para o Brasil quanto para o Paraguai. No Brasil, vacinas como a *Pfizer*, que exigiam condições de refrigeração, enfrentaram dificuldades para chegar às áreas mais remotas e de difícil acesso, como as regiões fronteiriças (Abdon, 2024).

No Paraguai, a capacidade de armazenamento refrigerado e de transporte de vacinas era ainda mais limitada, o que atrasou o processo e gerou desigualdades na distribuição entre a capital, Assunção, e cidades menores. Essas disparidades agravaram o impacto da pandemia nas regiões de fronteira, onde o intercâmbio com o Brasil aumentava o risco de contágio.

Com o avanço da vacinação ao longo de 2021 e 2022, a cobertura vacinal começou a crescer em ambos os lados da fronteira. No Brasil, até o final de 2022, a maioria da população adulta em Ponta Porã já havia recebido pelo menos duas doses, e muitas pessoas contavam também com doses de reforço, o que contribuiu para a redução das hospitalizações e da mortalidade (Prada *et al.*, 2022).

No Paraguai, a cobertura vacinal em Pedro Juan Caballero melhorou, mas em um ritmo mais lento, continuando a depender de doações internacionais para ampliar a disponibilidade de doses de reforço. Dados atualizados indicam que, em meados de 2023, a cobertura vacinal nas regiões fronteiriças alcançou uma paridade razoável entre os dois países, reduzindo as taxas de contágio e proporcionando uma maior proteção comunitária.

A diferença na velocidade de implementação da vacinação nas áreas fronteiriças gerou impactos visíveis nas taxas de contágio e mortalidade, reforçando como uma resposta rápida e coordenada poderia ter atenuado os efeitos da pandemia na região. À medida que a vacinação avançava, ambos os países observaram uma queda nas hospitalizações e nos óbitos, destacando a importância da imunização para o controle da covid-19.

## **Taxas de Contágio e Surtos na Região Fronteiriça**

As taxas de contágio da Covid-19 nas cidades fronteiriças de Ponta Porã, no Brasil, e Pedro Juan Caballero, no Paraguai, ilustraram a complexidade de controlar a disseminação do vírus em áreas de alta mobilidade e interação contínua entre os dois lados da fronteira. O fluxo constante de pessoas entre essas localidades, facilitado por atividades comerciais e vínculos familiares, dificultou a implementação de barreiras eficazes, mesmo durante os períodos de maior restrição. Dados levantados no início da pandemia mostram que as taxas de infecção nessas regiões se mantiveram elevadas em comparação com outras áreas de menor circulação, evidenciando a influência direta da mobilidade na propagação da Covid-19.

Além do alto fluxo de pessoas, as condições sociais e econômicas nas cidades fronteiriças contribuíram para o aumento das taxas de infecção. Ponta Porã e Pedro Juan Caballero abrigam populações que, em parte, dependem de empregos informais e do comércio local, o que limita a capacidade de muitos indivíduos de se isolarem ou de aderirem a medidas restritivas, uma vez que seus meios de subsistência dependem da circulação contínua de bens e pessoas (Prada *et al.*, 2022).

A vulnerabilidade econômica impacta o acesso à saúde, uma vez que muitos moradores possuem recursos limitados para buscar atendimento médico de qualidade ou para adquirir materiais de prevenção, como máscaras e álcool em gel. Em especial, a precariedade de infraestrutura e recursos no sistema de saúde paraguaio agravou o cenário, dificultando o diagnóstico precoce e a resposta rápida ao aumento dos casos.

Durante os surtos mais graves, os sistemas de saúde de ambas as cidades ficaram sobrecarregados, refletindo as limitações de recursos e a dificuldade de coordenar uma resposta conjunta entre os dois países (Abdon, 2024). No lado brasileiro, o sistema público de saúde em Ponta Porã enfrentou momentos de lotação nos hospitais, necessitando transferir pacientes para cidades vizinhas ou outros centros maiores.

No Paraguai, a situação era mais crítica em Pedro Juan Caballero, onde a escassez de leitos e de profissionais de saúde dificultou o atendimento à população local. O compartilhamento de recursos, como vacinas e medicamentos, e a criação de políticas integradas para reduzir a circulação nas áreas de fronteira poderiam ter mitigado o impacto das taxas de contágio, mas a coordenação entre Brasil e Paraguai permaneceu limitada,

restringindo a eficácia das ações (Negamine *et al.*, 2020).

Essas condições sociais e econômicas reforçaram o risco para as populações mais vulneráveis, intensificando a disseminação do vírus e os surtos periódicos na região. Além disso, os impactos das desigualdades nas condições de vida ficaram evidentes, uma vez que grupos em situação de maior vulnerabilidade social enfrentaram uma exposição mais intensa ao vírus e menos acesso a cuidados preventivos e hospitalares. A análise das taxas de contágio e dos surtos na fronteira Brasil - Paraguai indica, portanto, que a superação de futuras crises sanitárias dependerá de um enfoque que considere as condições locais e desenvolva respostas coordenadas entre os países envolvidos.

## **Cooperação e Desafios na Gestão Conjunta da Pandemia**

A cooperação entre Brasil e Paraguai na gestão da pandemia na região de fronteira, embora tivesse o potencial de melhorar o controle da COVID-19, encontrou limitações que impactaram a eficácia das respostas de ambos os lados. Em meio ao avanço do vírus, os dois países tentaram estabelecer alguns canais de comunicação e troca de informações sobre as taxas de contágio e os recursos de saúde disponíveis, buscando apoiar medidas de controle e prevenção. No entanto, a complexidade de alinhar diretrizes sanitárias em diferentes sistemas de saúde e a ausência de uma estratégia unificada tornaram o processo de coordenação um desafio constante.

Em relação ao apoio logístico, ambos os países realizaram alguns esforços isolados para facilitar o transporte de recursos

essenciais, como insumos hospitalares e vacinas, para regiões remotas e vulneráveis (Pêgo Filho *et al.*, 2020). O Paraguai, por exemplo, dependia do apoio internacional e de doações para suprir a demanda por vacinas e materiais médicos, o que resultava em uma defasagem em relação ao Brasil. Embora o Brasil tenha, em alguns momentos, facilitado a transferência de recursos de saúde, as dificuldades administrativas e as diferenças nas prioridades políticas de cada governo limitaram o alcance dessas iniciativas de assistência mútua.

A falta de uma estratégia sanitária unificada também teve repercussões diretas no controle da pandemia na região de fronteira (Abdon, 2024). Enquanto o Brasil implementava políticas descentralizadas, permitindo que estados e municípios adotassem medidas específicas, o Paraguai enfrentava desafios adicionais devido à escassez de recursos e à dependência de orientações centralizadas. Essa disparidade nas abordagens gerou inconsistências que afetaram o controle da pandemia. Por exemplo, as medidas de fechamento de fronteiras e restrição de circulação, essenciais para reduzir o fluxo de pessoas entre os países, foram implementadas de forma pouco coordenada, levando a dificuldades de fiscalização e a um cumprimento desigual entre as cidades fronteiriças.

A ausência de uma abordagem colaborativa mais estruturada para o controle da COVID-19 na região destacou a necessidade de uma gestão integrada de futuras crises sanitárias. A criação de protocolos conjuntos e a implementação de estratégias de apoio mútuo poderiam ter facilitado a contenção do vírus e reduzido o impacto sobre as populações vulneráveis na área de fronteira. Dessa forma, a pandemia serviu de lição para os

países, evidenciando que a cooperação internacional e uma resposta coordenada são essenciais para enfrentar crises de saúde pública em regiões onde a interação entre fronteiras é intensa.

## **Enfrentamento de Futuros Desastres Sanitários**

A pandemia de Covid-19 trouxe à tona importantes lições para o Brasil e o Paraguai, em relação à gestão de crises de saúde que afetam regiões transnacionais. Um dos principais aprendizados foi a necessidade de uma resposta coordenada que considere a interdependência entre as áreas fronteiriças. Em crises sanitárias futuras, a criação de mecanismos de cooperação específicos para regiões de fronteira poderia facilitar a troca de informações em tempo real sobre surtos, além de permitir uma resposta mais ágil na distribuição de recursos e na implementação de medidas de contenção.

A pandemia revelou deficiências nos sistemas de saúde dos dois países, desde a falta de infraestrutura adequada até a carência de profissionais de saúde e de insumos médicos em áreas remotas. No caso do Paraguai, a dependência de doações internacionais e a limitação de recursos comprometeram o atendimento nas cidades fronteiriças, destacando a importância de investimentos sustentáveis no sistema de saúde nacional. O Brasil, enfrentou desafios relacionados à coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal, evidenciando a necessidade de mecanismos de governança que harmonizem as diretrizes de saúde pública em momentos de emergência (Abdon, 2024).

Outra lição diz respeito à vulnerabilidade econômica das populações locais e seu papel na propagação de doenças. Em

áreas fronteiriças, onde a economia depende de comércio e serviços informais, as restrições de circulação e os fechamentos impactam os meios de subsistência, gerando resistência à adesão às medidas sanitárias. Incluir políticas de suporte financeiro e de segurança alimentar em futuros planos de emergência poderia minimizar o impacto econômico e social, incentivando uma adesão maior às diretrizes de saúde e tornando as medidas preventivas mais eficazes (Prada *et al.*, 2022).

A criação de protocolos sanitários conjuntos entre Brasil e Paraguai também foi identificada como uma prioridade para o enfrentamento de desastres futuros. Protocolos padronizados permitiriam uma resposta mais integrada e coerente, reduzindo as variações nas medidas de prevenção e contenção que causaram discrepâncias durante a Covid-19. Essa estratégia de alinhamento é fundamental em áreas de fronteira onde a interação diária entre as populações é inevitável (Negamine *et al.*, 2020).

Essas lições sugerem que, para um enfrentamento eficaz de futuras crises sanitárias, é preciso investir em infraestrutura de saúde resiliente e em estratégias de cooperação regional. A pandemia de Covid-19 mostrou que, sem uma preparação conjunta e coordenada, as respostas sanitárias ficam limitadas em sua eficácia em áreas onde a mobilidade e a proximidade entre os países amplificam os riscos de contágio.

## **Reflexões sobre a Vulnerabilidade das Regiões Fronteiriças em Crises Sanitárias**

A pandemia de Covid-19 evidenciou de forma intensa a vulnerabilidade das regiões fronteiriças em crises sanitárias,

onde a mobilidade transnacional e as divergências nas políticas de saúde pública entre os países podem intensificar a propagação de doenças e agravar as condições de vida. Na fronteira entre Brasil e Paraguai, cidades como Ponta Porã e Pedro Juan Caballero são caracterizadas por uma integração socioeconômica que torna o controle epidemiológico mais complexo. Nessa área, a circulação constante de pessoas e mercadorias entre os dois lados da fronteira favorece a disseminação rápida de doenças, criando um desafio particular para as autoridades sanitárias.

As diferenças nas políticas de saúde pública entre Brasil e Paraguai ampliam essa vulnerabilidade. Durante a pandemia, as variações nas estratégias de testagem, no acesso à vacinação e nas restrições de circulação causaram uma resposta fragmentada que prejudicou o controle do vírus (Pêgo Filho *et al.*, 2020). Enquanto o Brasil, com seu sistema de saúde descentralizado, adotou políticas de contenção diversificadas entre estados e municípios, o Paraguai, com menos recursos e um sistema de saúde mais centralizado, enfrentou dificuldades em prover respostas adequadas para a população na região de fronteira. Essa disparidade demonstrou a importância de políticas de saúde coordenadas que contemplem as necessidades e vulnerabilidades específicas dessas áreas (Prada *et al.*, 2022).

Outro fator de vulnerabilidade é a dependência econômica local de atividades informais e do comércio transfronteiriço, que foi afetado pelas medidas de contenção, como o fechamento de fronteiras e as restrições de circulação. Para as populações dessas áreas, o fechamento temporário da fronteira entre Brasil e Paraguai durante a Covid-19 resultou em uma queda abrupta na renda, exacerbando as dificuldades econômicas

e comprometendo a adesão às orientações de saúde pública. Assim, integrar políticas de saúde com suporte econômico e assistência social é importante para garantir que medidas de contenção em crises futuras sejam mais eficazes (Negamine *et al.*, 2020).

Para enfrentar a vulnerabilidade das regiões de fronteira em futuras crises sanitárias, é essencial desenvolver políticas de saúde pública que reconheçam as particularidades locais. Protocolos sanitários que sejam compatíveis entre os países e que considerem a necessidade de resposta coordenada são fundamentais para proteger as populações dessas regiões. A criação de uma rede binacional de monitoramento epidemiológico e o fortalecimento dos recursos de saúde, tanto em infraestrutura quanto em profissionais capacitados, são passos essenciais para garantir que regiões de fronteira estejam melhor preparadas para enfrentar emergências sanitárias.

## METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa bibliográfica, com ênfase em fontes acadêmicas e documentos institucionais relevantes sobre as regiões fronteiriças entre Brasil e Paraguai, a pandemia e suas consequências para a saúde pública. A coleta de dados foi realizada a partir de livros, artigos científicos, relatórios de organizações de saúde, documentos governamentais e publicações de organismos internacionais. A análise teve o objetivo de identificar as vulnerabilidades das regiões fronteiriças e compreender como as disparidades nas políticas de saúde pública e a dinâmica de circulação de pessoas e mercadorias influenciaram a resposta à crise sanitária.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A pandemia de Covid-19 demonstrou as vulnerabilidades das regiões fronteiriças, nas áreas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero, onde a alta circulação de pessoas e mercadorias entre os dois países tornou o controle do vírus um desafio. A mobilidade e a dependência de atividades informais e do comércio transfronteiriço evidenciaram a complexidade do enfrentamento da pandemia nessas localidades. O fechamento das fronteiras entre Brasil e Paraguai, embora necessário para tentar conter a propagação do vírus, gerou impactos econômicos, afetando as famílias que dependem dessas trocas comerciais para sua subsistência.

Além disso, a resposta sanitária foi fragmentada, com políticas de saúde pública diferentes entre os dois países. No Brasil, a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) levou a medidas de contenção variadas, enquanto no Paraguai, o sistema centralizado não conseguiu responder de forma eficaz às necessidades da região de fronteira. A ausência de uma estratégia binacional coordenada contribuiu para a propagação do vírus, prejudicando a saúde das populações fronteiriças.

Outro aspecto importante foi a dificuldade de adesão à saúde pública nas comunidades locais, devido à precariedade das condições econômicas. O fechamento das fronteiras prejudicou a economia e dificultou o acesso das populações à saúde, gerando desinformação e resistência a medidas preventivas. A falta de recursos e de uma resposta integrada agravou ainda mais os efeitos da pandemia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo confirma que as regiões de fronteira, como a que existe entre Brasil e Paraguai, são vulneráveis em situações de crises sanitárias, como a pandemia de Covid-19. A mobilidade transnacional e as diferenças nas políticas de saúde pública entre os dois países exacerbaram os impactos da pandemia, tornando o controle epidemiológico um desafio. A dependência econômica local de atividades informais e o comércio transfronteiriço também agravaram as dificuldades de implementação de medidas de contenção.

É fundamental que, em futuras crises sanitárias, haja uma resposta coordenada entre os países fronteiriços, com protocolos de saúde pública, considerando as particularidades das populações locais. A criação de uma rede binacional de monitoramento epidemiológico e o fortalecimento da infraestrutura de saúde são passos essenciais para melhorar a resiliência dessas regiões a emergências sanitárias. Além disso, políticas de saúde devem ser integradas com suporte econômico e social para mitigar os impactos negativos da crise e garantir a adesão da população às medidas preventivas.

O estudo também destaca a importância de políticas públicas que promovam a integração socioeconômica e a colaboração entre os países, para que as populações fronteiriças não sejam negligenciadas durante as crises. A partir dos aprendizados da pandemia, é possível desenvolver estratégias mais eficazes para enfrentar futuras emergências sanitárias, garantindo a proteção da saúde e o bem-estar das populações vulneráveis.

## **REFERÊNCIAS**

Abdon, F dos SS. (2024). *Crise do Federalismo Sanitário: análise a partir da aplicação das políticas públicas municipais*. Editora Dialética.

Nagamine, LY., Ferreira, G., Gruger, C., & Moura, R. (2020). *Disseminação da Covid-19 nas faixas de fronteira terrestre e litorânea do Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Pêgo Filho, B., et al. (2020). Pandemia e fronteiras brasileiras: Análise da evolução da COVID-19 e proposições, n. 16. *Dirur - Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais*.

Prada, YLC. et al., (2022). *Efeitos da reabertura de fronteiras terrestres em cidades-gêmeas na disseminação do SARS-CoV-2: estudo antes-depois controlado*. 60 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu - PR.

**10**

# Cenários Futuros para a Saúde Fronteiriça: Recomendação de Políticas Sustentáveis

*Escenarios Futuros para la Salud Fronteriza:  
Recomendación de Políticas Sostenibles*

*DOI: 10.51473/ed.al.sfe10*

Gervásio Jovane Rodrigues

Jordão Pereira de Aguiar

Jean Betine dos Santos

Leonardo Alencar Vieira

Itacyr Rezende Gomes

Amanda Nayara Marques Cunha

Lara Kallyê Marques Cunha

Karolaine Oliveira Bezerra

Renatha Gabrielly de Albuquerque Gonsalves

Danielle Borges de Melo



## INTRODUÇÃO

A região de fronteira entre Brasil e Paraguai destaca-se pela sua dinâmica de mobilidade populacional, impulsionada por fatores econômicos, sociais e sanitários. A sobrecarga do sistema de saúde na região é exacerbada por fatores como a dificuldade de acesso a serviços especializados, a escassez de profissionais de saúde e a limitação de insumos e tecnologias médicas.

Essas características tornam a fronteira Brasil - Paraguai vulnerável à transmissão de doenças endêmicas e infecciosas, além de facilitar a emergência de epidemias. Diante desse cenário, este capítulo analisa os desafios futuros para a saúde pública na fronteira e discute recomendações para políticas sustentáveis que possam promover uma resposta coordenada aos desafios de saúde na região.

O objetivo deste capítulo é explorar os cenários futuros para a saúde pública na fronteira entre Brasil e Paraguai, com foco nos desafios e vulnerabilidades dessa região, e apresentar recomendações para políticas sustentáveis. Essas políticas visam fortalecer o sistema de saúde fronteiriço, integrando estratégias de cooperação binacional, melhoria de infraestrutura e engajamento comunitário para enfrentar os desafios de saúde de forma adaptativa, contribuindo para uma maior segurança sanitária e bem-estar das populações locais.

## MARCO TEÓRICO

### Perspectivas Futuras em Saúde Pública Fronteiriça

O futuro do controle de doenças endêmicas nas regiões fronteiriças entre Brasil e Paraguai aponta para o uso crescente de novas tecnologias e abordagens inovadoras em saúde pública. Essas inovações estão revolucionando o monitoramento, diagnóstico e prevenção, aumentando a eficiência das respostas a surtos e epidemias.

Uma das principais áreas de avanço é o uso de tecnologias de informação e mapeamento para monitoramento em tempo real. Ferramentas baseadas em geolocalização, como Sistemas de Informações Geográficas (SIG), têm sido usadas para mapear áreas de risco e acompanhar a disseminação de doenças endêmicas, permitindo que as autoridades de saúde identifiquem padrões de transmissão e áreas críticas, facilitando uma alocação de recursos mais precisa. Big data e análises preditivas também contribuem para antecipar surtos e identificar focos de infecção, garantindo uma resposta mais ágil (Fogaça, 2024).

A telemedicina e os aplicativos móveis são inovações importantes para o monitoramento e atendimento de pacientes em áreas remotas. A telemedicina permite que profissionais de saúde realizem consultas e diagnósticos à distância, evitando a necessidade de deslocamento e melhorando o atendimento nas regiões fronteiriças. Aplicativos móveis têm sido desenvolvidos para ajudar na detecção precoce e na educação em saúde, permitindo que os moradores das regiões fronteiriças registrem sintomas e recebam orientações sobre prevenção (Moser, 2024).

Essas tecnologias facilitam a gestão de dados epidemiológicos, promovendo a integração dos sistemas de saúde e uma comunicação mais eficaz entre Brasil e Paraguai. Dessa forma, campanhas de prevenção e respostas a surtos tornam-se mais rápidas, garantindo que a população fronteiriça tenha acesso a informações precisas. Nesse contexto, o programa SIS-Fronteiras, descrito por Azevedo (2012), se destaca como uma importante iniciativa federal que, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, tem o objetivo de atender a população migrante da fronteira. Os municípios incluídos no programa devem oferecer atenção básica e emergencial, mesmo para aqueles que não estão cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) ou têm dificuldades para acessar os serviços de saúde em suas localidades.

Um exemplo de implementação bem-sucedida dessa política ocorre em Foz do Iguaçu, que aderiu ao programa SIS-Fronteiras em 2007. Parte da verba destinada ao município foi utilizada para construir o Centro Materno Infantil (CMI), com o objetivo de realizar o acompanhamento pré-natal de gestantes brasileiras residentes no Paraguai, assegurando que, ao reconhecerem seu direito ao serviço, as gestantes possam ter seus desfechos de saúde semelhantes aos das gestantes residentes no Brasil (Zaslavsky; Goulart, 2017).

Na área de prevenção, Zara *et al.* (2016) ressaltam que o desenvolvimento de vacinas mais eficazes contra doenças endêmicas, como dengue, febre amarela e Chikungunya, tem sido um foco constante de pesquisa. O avanço dessas vacinas é necessário para aumentar a cobertura e melhorar a logística de distribuição, em áreas de difícil acesso. Além disso, abordagens

inovadoras no controle de vetores, como o uso de mosquitos geneticamente modificados, estão oferecendo soluções mais sustentáveis para combater os transmissores dessas doenças, com menor impacto ambiental.

## **Principais Desafios**

Nos próximos anos, a continuidade dos desafios epidemiológicos e sociais na região de fronteira dependerá da implementação de políticas adaptativas e de integração entre os sistemas de saúde de Brasil e Paraguai. Dados recentes revelam que os postos de saúde das cidades fronteiriças enfrentam limitações em recursos humanos, materiais e tecnológicos, o que compromete a capacidade de realizar diagnósticos e tratamentos eficazes (Brasil, 2023). Além disso, a ausência de uma rede integrada de vigilância epidemiológica dificulta o monitoramento eficiente de surtos e o controle de doenças que cruzam as fronteiras geográficas, exacerbadas pelo intenso fluxo de pessoas.

A mobilidade transfronteiriça gera uma série de problemas na área da saúde para as populações locais. No Brasil, o principal obstáculo está na forma como o SUS repassa os investimentos, baseado no critério de contingente populacional. Esse modelo não contabiliza as populações estrangeiras ou os brasileiros que residem em países vizinhos, mas que buscam os serviços de saúde no lado brasileiro. Como resultado, o planejamento local se torna ineficiente, pois a demanda supera os recursos e investimentos destinados aos municípios (Azevedo, 2012).

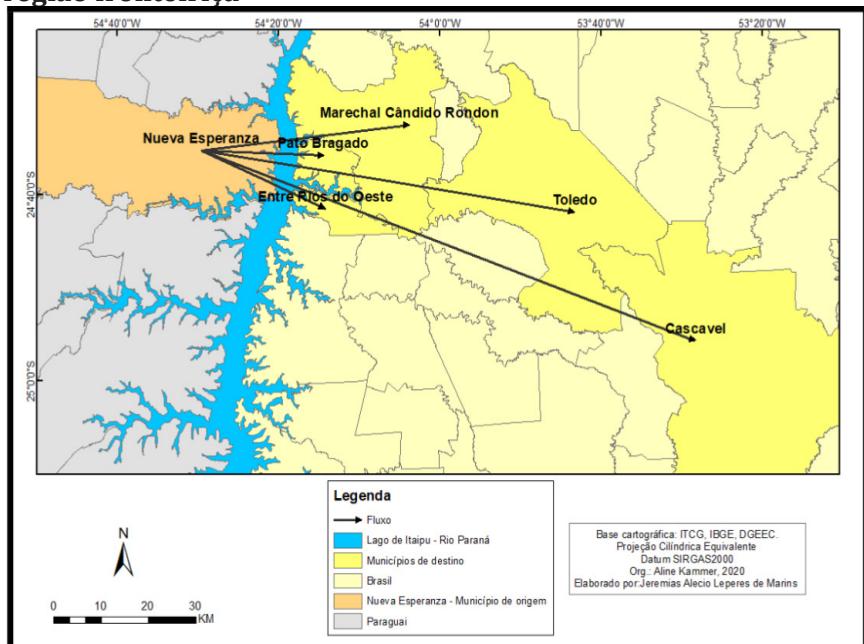
Observa-se o caso da região de fronteira entre Pato Bragado, no oeste do Paraná, e Nueva Esperanza, no Paraguai. Nesse

local, as vias terrestres precárias e não pavimentadas dificultam a mobilidade transfronteiriça, e a região conta com um único posto de saúde para atendimento de primeiros socorros, o que evidencia a falta de serviços básicos no lado paraguaio, que muitas vezes obriga os moradores a buscar atendimento médico do lado brasileiro.

As redes de atendimento à saúde são, portanto, estabelecidas por brasileiros residentes no Paraguai. Além disso, imigrantes brasileiros e seus filhos, que vivem no lado paraguaio, recorrem aos serviços de saúde em Pato Bragado ou em outras cidades brasileiras, tanto pela falta de serviços médicos especializados no Paraguai quanto pela confiança maior nos serviços oferecidos no Brasil. Muitos desses moradores conseguem atendimento no SUS mediante apresentação do cartão do SUS e/ou cadastro de município. A proximidade de propriedades de moradores de Nueva Esperanza em Pato Bragado também facilita o acesso aos serviços de saúde brasileiros, garantindo o tratamento necessário (Kammer; Ferrari, 2020).

Portanto, a rede de atendimento à saúde na região fronteiriça não se limita a Pato Bragado, se estendendo a outros municípios da região oeste paranaense, como Entre Rios do Oeste, Marechal Cândido Rondon, Toledo e Cascavel, como se verifica no mapa 1, evidenciando a importância de uma integração mais eficaz entre os dois países para atender às necessidades de saúde dessa população (Kammer; Ferrari, 2020).

**Mapa 1: Fluxos em busca de serviços médico-hospitalares na região fronteiriça**



Fonte: Kammer; Ferrari, 2020.

Neste contexto, uma alternativa viável para aliviar a sobrecarga nos sistemas municipais de saúde seria a implementação de uma política pública bilateral, voltada para o financiamento das áreas fronteiriças. A proposta envolveria a destinação de recursos financeiros conjuntos entre Brasil e Paraguai, com o objetivo de fortalecer os sistemas de saúde locais, melhorar a infraestrutura e ampliar a capacidade de atendimento médico. Essa ação seria importante para garantir que as populações das regiões fronteiriças, que enfrentam desafios de acesso à saúde, tenham a assistência necessária, aliviando a pressão sobre os serviços de saúde municipais e promovendo uma resposta a surtos e doenças endêmicas.

## METODOLOGIA

Para desenvolver uma análise dos cenários futuros e propor recomendações de políticas sustentáveis para a saúde pública na fronteira Brasil - Paraguai, este estudo adotou uma abordagem metodológica centrada em levantamento bibliográfico em bases de dados científicas, como *Scielo*, *PubMed* e *Google Scholar*, focando em artigos e relatórios governamentais publicados nos últimos cinco anos.

A revisão contemplou temas como políticas de saúde em regiões de fronteira, integração de sistemas de saúde, desafios epidemiológicos e as práticas de vigilância e cooperação internacional na América Latina. A partir dos dados coletados e das análises realizadas, foram elaboradas recomendações de políticas sustentáveis para enfrentar os desafios de saúde pública na fronteira Brasil - Paraguai.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Recomendações de Políticas Sustentáveis

Para enfrentar os desafios do futuro na saúde fronteiriça entre Brasil e Paraguai, recomenda-se o desenvolvimento de políticas sustentáveis baseadas em três pilares fundamentais: cooperação binacional, infraestrutura de saúde e engajamento comunitário.

**1. Fortalecimento da Cooperação Binacional** - É fundamental criar um programa de cooperação formal entre os

sistemas de saúde de Brasil e Paraguai. As recomendações são:

- **Integração da Vigilância Epidemiológica:** A implementação de uma rede integrada de vigilância, com compartilhamento de dados em tempo real, permitiria monitorar e controlar surtos de maneira mais eficaz.
- **Capacitação e Intercâmbio de Profissionais:** A realização de programas de capacitação conjunta para profissionais da saúde pode melhorar a resposta a emergências e fortalecer o atendimento básico.
- **Acordos de Atendimento Recíproco:** Desenvolver acordos para que cidadãos de ambos os países tenham acesso a serviços de saúde nos postos fronteiriços, com repasse financeiro entre os países para compensar os custos.

**2. Melhoria da Infraestrutura e Ampliação de Recursos de Saúde** - A infraestrutura de saúde em regiões fronteiriças, muitas vezes sobrecarregada, necessita de investimentos, devendo incluir:

- **Investimento em Estruturas Hospitalares e Centros de Diagnóstico:** Construir e equipar postos de saúde e hospitais próximos à fronteira, com capacidade para atender a demanda populacional de ambos os lados.
- **Tecnologia e Telemedicina:** A implementação de plataformas de telemedicina para consultas e diagnósticos a distância pode ser uma solução para regiões carentes de especialistas e equipamentos.
- **Acesso a Medicamentos e Tratamentos:** Criar um sistema de fornecimento e distribuição contínua de medicamentos essenciais para doenças endêmicas e infecciosas nas regiões fronteiriças, assegurando que os estoques sejam mantidos.

### **3. Engajamento Comunitário e Educação em Saúde -**

A saúde fronteiriça sustentável depende também do engajamento da comunidade e da educação em saúde, o que pode reduzir a propagação de doenças e melhorar a adesão a medidas de prevenção. São recomendadas as seguintes ações:

- **Programas de Educação e Prevenção:** Campanhas educativas sobre prevenção de doenças transmissíveis, como dengue, tuberculose e HIV, são fundamentais para engajar a população.

- **Participação Comunitária em Políticas de Saúde:**

Incluir a população local na formulação e implementação de políticas, por meio de conselhos de saúde ou grupos de trabalho, permite uma abordagem mais adequada à realidade regional.

- **Promoção da Saúde e Saneamento Básico:** Ações

sustentáveis devem incluir o saneamento básico como uma prioridade para reduzir a proliferação de doenças transmitidas pela água e vetores.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As perspectivas futuras para a saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai dependem de uma estratégia de saúde binacional que integre cooperação, infraestrutura e engajamento social. A implementação de políticas sustentáveis voltadas para essas áreas é essencial para fortalecer a saúde pública na região e garantir a qualidade de vida das populações fronteiriças.

Conclui-se que a promoção de políticas e o investimento em infraestrutura e tecnologia poderão contribuir para uma resposta eficaz a futuras crises de saúde. Ao mesmo tempo, o

engajamento comunitário é essencial para construir uma base de apoio para essas políticas, tornando a região mais resiliente para os desafios de saúde pública que se avizinham.

## **REFERÊNCIAS**

Azevedo, ST de. O Transfronteiriço e o Atendimento Público de Saúde na Fronteira Brasil/Paraguai. *Perspectiva Geográfica*. Unioeste v.7, n.8 2012

Fogaça, TK. (2024). *Geografia da saúde*. Editora Intersaberes.

Kammer, A., & Ferrari, M. (2020). Mobilidade transfronteiriça entre Pato Bragado e Nueva Esperanza na fronteira Brasil-Paraguay (1982). *Geografia em Questão*, 13(4). <https://doi.org/10.48075/geoq.v13i4.26340>

Moser, D. (2024). *Tecnologia digital e saúde pública: O papel da consulta remota na prestação de serviços de saúde*.

Zaslavsky, R., & Goulart, BNG. de. (2017). Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 3981-3986. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>

Zara, AL de SA *et al.* (2016). Estratégias de controle do Aedes aegypti: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 391-404.

# EPÍLOGO

Esta obra abordou as interações de saúde entre Brasil e Paraguai, focando nas regiões de fronteira. O objetivo foi examinar os desafios e as soluções possíveis para melhorar a saúde pública nessas áreas. Ao longo do livro, foram discutidos os sistemas de saúde, as políticas públicas e as estratégias de cooperação entre os dois países, considerando as diferenças e as semelhanças.

A pandemia de Covid-19 evidenciou a necessidade de uma resposta coordenada em áreas de fronteira, onde a mobilidade e as interações sociais são intensas, exigindo que as políticas de saúde sejam adaptáveis e que os sistemas de atendimento se ajustem às necessidades locais.

O trabalho realizado por todos os envolvidos nesta obra aponta para a importância da colaboração entre Brasil e Paraguai. A integração das políticas de saúde e o fortalecimento das estruturas são fundamentais para enfrentar os desafios das regiões de fronteira.

Acreditamos que as discussões aqui apresentadas possam servir de base para ações futuras. As questões de saúde nas regiões de fronteira demandam atenção contínua e envolvimento dos dois países. A troca de conhecimento, a adaptação das políticas e a ação conjunta são passos essenciais para alcançar resultados concretos. Esperamos que os leitores reflitam sobre o conteúdo e considerem as possibilidades de melhoria na saúde pública nas regiões de fronteira entre Brasil e Paraguai.

# ORGANIZADORES

## Ana Beatriz Ferreira Barros

É natural do Maranhão, mas foi criada em Paragominas, no Pará, o que lhe proporcionou uma rica experiência cultural e uma forte conexão com a natureza. Desde cedo, sempre foi apaixonada pela área da saúde. Durante o ensino médio, buscou enriquecer seus conhecimentos participando de um curso técnico florestal. Entretanto, o sonho de se tornar médica sempre esteve presente. Ao finalizar o ensino médio, teve a oportunidade de estudar medicina no Paraguai. Hoje, está no 4º ano de Medicina na Universidade Central do Paraguai, onde integra as ligas acadêmicas de Semiologia e Cirurgia. Além disso, possui um curso de formação de socorrista, que complementa sua formação na área da saúde.



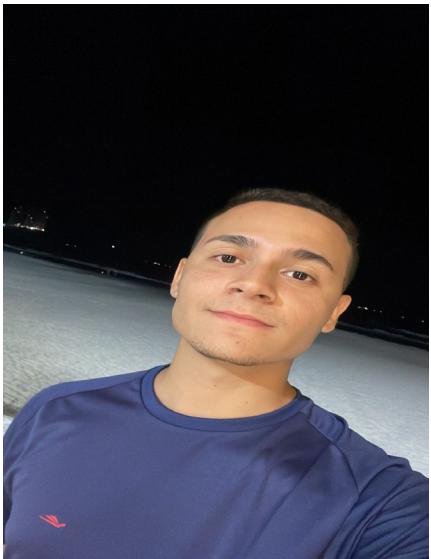
## **Ana Isabel Leite Marques**

Bacharela em Enfermagem, pelo Centro Universitário Luterano de Palmas, TO - ULBRA, (2006). Pós Graduada Lato Sensu em Saúde Pública, com Ênfase em Saúde Coletiva e da Família, pela Faculdade ITOP - Palmas, TO, (2011). Especialista MBA em Serviços de Saúde na área Administrativa, pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo - SP, (2015). Especialista em Formação de Docentes, para Ensino em Enfermagem nível Técnico e Superior na Área de Educação, pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo - SP, (2015). Há 1ano faço parte das ligas de clínica Médica e Medicina da Família e Comunidade. Graduanda em Medicina, 4º Ano, pela Universidad Central del Paraguay (UCP).



## **Marco Antônio de Assis Lopes**

Nascido em Dourados-MS. Graduando no curso de medicina (3º ano) em Pedro Juan Caballero. Possui participação ativa na liga de Cirurgia Plástica e Queimados, LUCIPQ.



## **Francisco Rodrigues Martins**

Enfermeiro assistencial na UTI Pediátrica do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU UFGD). Possui mestrado em Pesquisa Clínica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2019), graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2005), Licenciatura em Matemática pela UNISUL (2017) e cursando Medicina pela Universidad Central del Paraguai (UCP). Concluiu especializações em Saúde da Família (UFC), Gestão da Clínica no SUS (Instituto Sírio-Libanês), Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica, além de Gestão Escolar e Metodologia no Ensino de Matemática e Física (ambas pela Faculdade Futura, 2017). Atuou como Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, foi Coordenador de Vigilância e Atenção à Saúde e Diretor de Enfermagem no Hospital Acrísio Figueira (MA). Também possui experiência como docente de Matemática, Física e Biologia no Ensino Médio e como professor-tutor de Física na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). É membro da Comissão de Avaliação em Pesquisa (CAPE) e do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) no HU UFGD.



## **Cintia Raquel Canhete**

Nascida em Ponta Pontâ- MS, (15/12/87). Funcionária pública desde 2006. Atualmente trabalha no ministério do trabalho. Graduada pela Universidade Anhanguera em Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos (2019) e pós graduada em cálculos trabalhistas (2022). Graduanda do 4º ano em medicina pela Universidad Central Del Paraguay (UCP).



## **Pedro Henrique de Souza Gonçalves**

Natural de Torixoréu - MT, nascido em 21 de janeiro de 2003. Formado em Técnico em Informática pela Secretaria de Estado de Educação (SEDUC) Goiás em 19 de março de 2021. Graduando em medicina pela Universidade Central do Paraguai (UCP).



### **Gabriela Soares Montania**

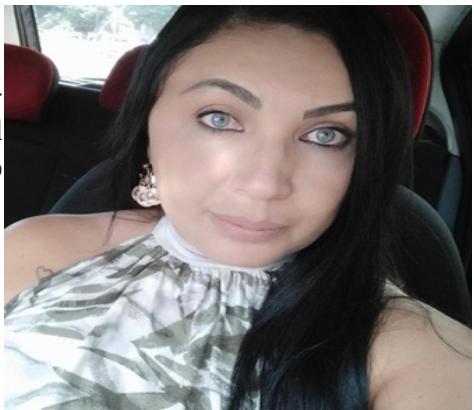
É natural de Ponta Porã, MS, na fronteira com Pedro Juan Caballero, Paraguai. Formou-se recentemente no curso técnico de enfermagem e atualmente cursa o 4º ano de Medicina na Universidade Central do Paraguai. Ela participa da equipe de Urgência e Emergência da universidade, onde auxilia na avaliação inicial dos pacientes e no direcionamento dos atendimentos, fortalecendo sua experiência prática na área da saúde.



### **Samara Nunes Ferreira**

#### **Araújo**

Natural de Patos-PB. Graduanda em Medicina na Universidad Central Del Paraguay, em Pedro Juan Caballero, (4º ano).



## **Aldo Phelipe Nunes Ferreira Araújo**

Natural de Patos-PB, graduando em Medicina pela Universidad Central Del Paraguay (5º ano) em Pedro Juan Caballero.



## **Dálita Emanuele de Araújo**

Natural de Paranavai/PR e criada em Cacoal/RO. Graduada em Farmácia (2016) e Pós-Graduada em Análises Clínicas (2018) pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED. Mãe da Bela, a razão de sua vida e a inspiração pela coragem e luta constante. Em sintonia com a natureza e grata a Deus por todas as bênçãos. Graduanda em medicina pela Universidade Central do Paraguai - UCP. Atualmente é Presidente da Liga de Semiologia Médica - LUS.



## Nailton Cordeiro da Silva

Nascido em 10/03/1979 e criado na Bahia. Ex-aluno do curso de Educação Física da Faculdade Maria Milza (FAMAM) 2006. Ex-aluno do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA) 2017. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Maria Milza - FAMAM (2012) no Recôncavo da Bahia. Funcionário Público Federal, atuando com duplo vínculo como Enfermeiro Assistencial no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU UFSC em Florianópolis/SC pela EBSERH, e Enfermeiro Área Pela Universidade Federal de Santa Catarina UFSC, colaborador no setor de Urgência e Emergência do Hospital Universitário de Florianópolis, membro da Comissão de Assuntos Terapêuticos de Farmácia Clínica, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Especialista em APH - Atendimento Pré-Hospitalar. Ex Enfermeiro da UTI do Hospital Naval de Salvador e Ex Enfermeiro do HU de Dourados/MS. Formado em Terapias Materiais Integrativas, como Hipnose não verbal, Acupuntura, Terapia Tântrica, Massoterapia e outras Técnicas da Medicina Oriental, ex-aluno do curso de Pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa pelo Instituto Universalis. Acadêmico do 4º ano de Medicina da UCP Universidad Central del Paraguay, PJC/PY.



### **Wesley Campanari de Araujo**

Nascido em Presidente Epitácio-SP. Enfermeiro graduado pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE em 2017. Pós-graduado em UTI e Gestão do paciente Crítico pela FAVENI. Pós-graduado Enfermagem em Nefrologia pela FAHE. Enfermeiro atuante no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto de Ponta Porã-MS, desde 2022. Graduando em medicina, cursando 11º semestre, atualmente interno do Hospital Regional de Pedro Juan Caballero.



### **Felipe Antônio Prechitko Neto**

Médico egresso da Universidad Central del Paraguay (2018-2023). Monitor da cátedra de Histologia (2019-2022), pós-graduando em Didática Superior (2024).



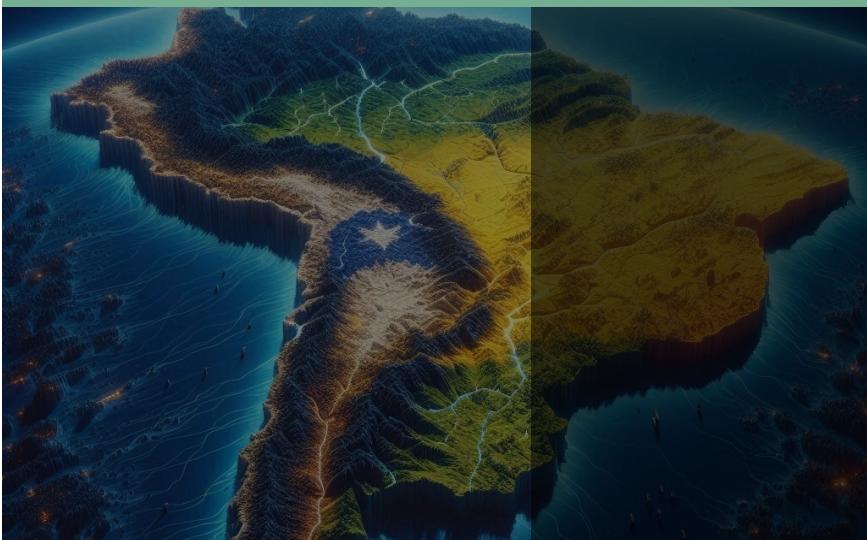
# **AUTORES**

**Allan Rodrigues Batista**  
**Amanda Nayara Marques Cunha**  
**Andréia Firmo Chaves**  
**Antônio Carlos Caló Júnior**  
**Bianca Sousa Ribeiro Cunha**  
**Bruno Alves Filgueira**  
**Bruno Albuquerque Rocha Lunardi**  
**Camila Pistore Meira**  
**Camila Tavares da Silva Zampieri**  
**Catarina Campos Sousa**  
**Cintia Raquel Canhete**  
**Danielle Borges de Melo**  
**Daniely de Souza Nakamura**  
**Dahiana Elizabeth Carballo Amarilla**  
**Deivedy Araújo de Almeida**  
**Dionatta Santos do Nascimento**  
**Eduarda Nascimento da Silva**  
**Eduardo Gerônimo Tomé de Souza**  
**Eduarda Pedroso Pereira de Souza**  
**Eduarda de Queiroz Lemos Gonçalves**  
**Elayne Carolina do Nascimento Costa Sousa**  
**Elizeu Alves Ferreira**  
**Érica Taieti Mascarenhas de Oliveira**  
**Erick Ferreira Batista Silva**  
**Fabiola Herrero Sanchez**  
**Fagner Nascimento Jaques**  
**Fernando da Silva Vieira**  
**Franciane Pereira Xavier**  
**Gedryka Tayana de Almeida Stein**  
**Gervásio Jovane Rodrigues**  
**Geovanna Coelho da Silva**  
**Hévila Cristina Pires dos Reis**  
**Hugo Marcolino Araújo de Oliveira**  
**Isabela Lima e Silva**  
**Itacyr Rezende Gomes**  
**Isac da Silva Macêdo**

**Itacyr Rezende Gomes**  
**Izabela Cristine Vieira**  
**Jaine Souza Garcia**  
**Jemima dos Santos Carvalho da Silva**  
**Jean Betine Dos Santos**  
**Jenilton de Oliveira Dias**  
**Jeniffer Almeida Garcia**  
**Jessica Santos de Assis**  
**Joana D'arc Araújo Costa**  
**João Henrique de Oliveira Dias**  
**Jordão Pereira de Aguiar**  
**José Edisael de Souza**  
**Joyce Sabrine Carvalho Fernandes**  
**Khaylane Teixeira Vinciguera**  
**Khetleen Teixeira Silva**  
**Karolaine Oliveira Bezerra**  
**Lara Kallyê Marques Cunha**  
**Laudelina Mary Luz Costa**  
**Leonardo Alencar Vieira**  
**Lorena Nicoly da Silva Lima Dorneles**  
**Luís Renato Pessôa de Souza**  
**Luiz Felipe Almeida Oliveira**  
**Magno Santos Nascimento**  
**Marcel Kodi Yokohama**  
**Marcelo Fernandes de Souza**  
**Marcela Moraes Alingeri**  
**Marcos Vinicius Santos Souza**  
**Matheus Henrique de Souza Melo**  
**Midian Batisti**  
**Milton Guilherme Rodrigues Ingles de Moraes**  
**Mirla Stéfane Maia Monteiro**  
**Patrícia de Jesus Gimenes**  
**Paula Julia Gil**  
**Pedro Henrique de Souza Gonçalves**  
**Phillipe Stephano de Souza**  
**Queren Hapuque Vitória Gonçalves Silva**  
**Rafael Castro Bezerra**  
**Rayani Cáceres Martins**  
**Rayssa da Silva Santos**  
**Rebeca Giombelli**

**Renatha Gabrielly de Albuquerque Gonsalves**  
**Rodrigo Vilas Boas Antunes**  
**Rosiene de Lima Dias**  
**Rubens de Gomes Prates Junior**  
**Sandy Livia Martins Pinheiro**  
**Thais Torisco Roy**  
**Thaline Henrique Conti**  
**Thaís Alves da Silva**  
**Thyago Alves Teixeira Leite**  
**Valbert Felipe de Souza Novae**  
**Varton Rogério Rego Ferreira Filho**

*Aldo Phelipe Nunes Ferreira Araújo - Ana Beatriz Ferreira Barros  
Ana Isabel Leite Marques - Cintia Raquel Canhete  
Dálita Emanuele de Araújo - Felipe Antonio Prechitko Neto  
Francisco Rodrigues Martins - Gabriela Soares Montania  
Marco Antônio de Assis Lopes - Nailton Cordeiro da Silva  
Pedro Henrique de Souza Gonçalves - Samara Nunes Ferreira Araújo  
Wesley Campanari de Araújo*



# SAÚDE Fronteiriça

## ESTRUTURA, POLÍTICAS E FUTURO

INTEGRAÇÃO BRASIL - PARAGUAI

