

ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TRÍPLICE FRONTEIRA SOB A ÓTICA DO BRASILEIRO NÃO RESIDENTE NO PAÍS

Access to Primary Care on the Triple Frontier on the view of the non-resident brazilian

Lisete Teixeira Palma de Lima¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9931-4082>. lisete.enf@hotmail.com

2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>. lb.toso@gmail.com

CONTATO: Lisete Teixeira Palma de Lima | Endereço: Rua Valentim Agostini, 214 – Polo Centro | CEP 85863766 | Foz do Iguaçu-PR | Telefone: (45) 99985-8105 | E-mail: lisete.enf@hotmail.com

COMO CITAR: Lima LTP, Toso BRGO. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(1):13-20.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O acesso a serviços de saúde geograficamente limitados pela fronteira entre três países faz com que a busca por cuidados de brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina seja um desafio. O objetivo do estudo foi descrever como ocorre o acesso na atenção primária à saúde de brasileiros não residentes no país. Pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso, utilizando-se o referencial do materialismo histórico. A coleta de dados foi realizada por meio de treze entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária do município de Foz do Iguaçu e a análise dos dados foi temática. Os resultados indicam facilidade no acesso e limitada progressão na rede de cuidados. Mudanças no processo de trabalho necessitam ocorrer para que as linhas de cuidado não sejam interrompidas ou haja barreiras que impeçam o encontro do usuário com o seu cuidado de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Suspensão de tratamento.

ABSTRACT Access to geographically limited health services due to the border of three countries makes the search for care by Brazilians residing in Paraguay or Argentina a challenge. The objective of this study was to describe how access occurs in the primary health care of non-resident Brazilians. This is a qualitative, exploratory case study, using the reference of historical materialism. Data collection was performed through thirteen semi-structured interviews with users of primary care in the city of Foz do Iguaçu, and data analysis was thematic. The results indicate ease of access, and limited progression in the care network. Changes in the work process need to occur so that care lines are not interrupted or nor no barriers appear to prevent the user from finding his or her health care.

KEYWORDS: Access to Health Services. Primary Health Care. Nursing. Treatment Interruption.

INTRODUÇÃO

No rol de necessidades que todos temos, eventualmente emerge como prioritária a de saúde. Nos encontros de cuidado em saúde, se misturam culturas, crenças, significados¹ e, frente a um desequilíbrio, aumenta a fragilidade e a sensação de impotência. Nessas situações, espera-se do setor saúde, encontrar as portas abertas, onde quer que elas estejam.

Em região de fronteira, como no caso desse estudo, a realidade tem mostrado que, em busca por cuidados de saúde, os brasileiros que migraram para o Paraguai ou a Argentina, predominantemente por razões econômicas, e residem próximo à fronteira,

retornam ao seu país de origem. Essa procura sofre influência de inúmeros fatores, dentre eles a sensação de pertencimento, as dificuldades de obtenção de direitos de forma equânime no país de residência, a questão econômica, a organização do sistema de saúde, entre outros².

Estes brasileiros estão residindo há muitos anos fora do Brasil, uma vez que os registros da migração datam das décadas de 1960 e 1970. Vieram de várias partes do país, em especial da região sul, e encontraram nos países vizinhos, Paraguai e Argentina, melhores condições para viver³. Atualmente, segundo dados do Ministério

das Relações Exteriores, relativos ao ano de 2014, vivem no Paraguai 349.842 e, na Argentina, 47.045 brasileiros⁴.

Desse modo, a tríplice fronteira, delimitada pelas cidades de Foz do Iguazu, no Brasil, Ciudad Del Este, no Paraguai e Puerto Iguazu, na Argentina, torna-se uma região que favorece encontros, trocas, mistura de culturas, intercâmbio monetário e também de atenção às necessidades, dentre elas, a de saúde⁵. A procura dos brasileiros não residentes por serviços de saúde no Brasil tem trazido dificuldades financeiras ao município de Foz do Iguazu, que presta o atendimento, mas não recebe o correspondente retorno financeiro do sistema de saúde, uma vez que o número de ações e serviços ultrapassa o número de cidadãos residentes⁶.

Assim sendo, o repasse financeiro per capita não corresponde aos gastos efetuados na atenção primária. Ainda, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro está nas unidades de atenção primária, em dois modelos de atenção, saúde da família e unidades básicas tradicionais. Desse modo, esse é o local que os usuários devem buscar, num primeiro momento, para adentrar ao sistema⁷. Nesse âmbito, deve-se acolher os usuários, promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, além de estabelecer mecanismos que assegurem a acessibilidade a todos que procuram os serviços, ofertando atendimento universal e integral.

Pergunta-se, a partir do explicitado, se há dificuldades para o acesso na atenção primária aos brasileiros não residentes, decorrentes da influência do contingenciamento de recursos ao município, em função de ultrapassar o efetivo pagamento. Estudos sobre atenção à saúde de brasileiros não residentes no país, eminentemente em região de fronteira, ainda são uma lacuna no conhecimento, para a qual essa pesquisa pretende contribuir.

Os conceitos de acesso e acessibilidade adotados são o de Starfield, os quais, apesar

dos distintos entendimentos, têm significados complementares. Enquanto ter acessibilidade se traduz em possibilitar a entrada das pessoas nos serviços de saúde, o acesso permite o uso no momento da necessidade dos usuários por saúde, alcançando os melhores resultados possíveis. Tem inter-relação, portanto, com a resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, econômica, cultural e funcional da oferta de serviços⁸.

Neste sentido, o objetivo do estudo foi descrever como ocorre o acesso na atenção primária à saúde de brasileiros não residentes.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, aplicada e exploratória, cujo método empregado foi o estudo de caso. Desenvolveu-se predominantemente, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim América, do município de Foz do Iguazu, unidade referência para atendimento de uma população local de 15.000 pessoas e para os brasileiros não residentes. Agregou-se a este local de pesquisa, a Feira Iguazu, em Puerto Iguazu, Argentina, no decorrer da coleta de dados, para a inclusão de brasileiros residentes na Argentina, uma vez que não foi possível entrevistá-los diretamente na unidade de saúde, à época da coleta de dados, devido à limitação do tempo que a pesquisadora dispunha para a coleta de dados, o qual compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016 e janeiro de 2017.

A população do estudo constituiu-se de brasileiros residentes em cidades do Paraguai e da Argentina que usualmente são assistidos na unidade de atenção primária mencionada, em Foz do Iguazu, Paraná, Brasil. A amostra constituiu-se daqueles que procuraram por cuidados de saúde nos períodos de coleta de dados definidos pela pesquisadora. Assim, trabalhou-se com a totalidade dos brasileiros não residentes que buscaram por cuidados na unidade de saúde, no período da coleta

de dados e que atendiam os critérios de inclusão na pesquisa, além daqueles trabalhadores na Feira Iguazu, mediante aceite em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro não residente; residir em cidades dos países vizinhos (Paraguai e Argentina); ter mais de 18 anos ou, se for menor, estar acompanhado de responsável e participar voluntariamente da pesquisa. E, como critério de exclusão, brasileiros ou estrangeiros residentes em Foz do Iguazu, no Brasil.

Como estratégias para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. O número de entrevistas não foi determinado a priori e definiu-se em 13 sujeitos (11 no Brasil e dois na Argentina), a partir das transcrições simultâneas à realização de cada entrevista, leitura do material e verificação da qualidade do material coletado, a fim de responder ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação⁹.

A coleta de dados ocorreu na unidade de saúde, em horário de funcionamento, em que as pessoas identificadas como brasileiros não residentes, que estavam aguardando atendimento, foram abordadas na área de espera e convidadas a participar da pesquisa. Ao aceitarem, foi realizada a coleta de dados em ambiente apropriado, enquanto aguardavam pelo atendimento.

Cada entrevista durou em média 40 minutos e os relatos dos sujeitos foram gravados. Para minimizar o constrangimento em relação à participação para os entrevistados, a pesquisadora explicava que não fazia parte daquele serviço e que as respostas em nada influenciariam no atendimento na unidade de saúde. As falas estão citadas no texto, identificadas com a letra E, de entrevistado, seguida do número da entrevista, por exemplo, E1.

Com relação às técnicas de análise do material coletado, foi utilizada a análise temática¹⁰, seguindo-se as fases de pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus de análise), exploração do material, e tratamento e interpretação dos resultados.

Atendendo os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS (BRASIL, 2012), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob Parecer CEP nº 1.180.900.

RESULTADOS

Segundo a concepção de acesso e acessibilidade⁸, como resultado da análise temática do material empírico, foi possível construir a categoria "acesso e acessibilidade dos brasileiros não residentes na atenção primária de Foz do Iguazu", a qual é apresentada a seguir.

ACESSO E ACESSIBILIDADE DOS BRASILEIROS NÃO RESIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FOZ DO IGUAÇU

Relacionam-se os depoimentos que expressam a presença ou ausência de acessibilidade na utilização dos serviços da APS na unidade de saúde brasileira.

Foi fácil consultar aqui, Dra. I já tinha falado que era perto do Ceasa, [...] e vim, falei com uma senhora na fila, que falou que é só indo na fila, (a recepcionista) [...] primeira vez que venho aqui, única coisa que está enroscando é o meu cartão do SUS (cartão de cadastramento do usuário no Sistema Único de Saúde), que diz que está vencido [...]. (E1)

[...] dali mandou para UPA (unidade de pronto-atendimento). Lá nem ficamos meia hora, e já foi atendida e daí passou a noite lá e agora aqui [...] falei que era do Paraguai e atenderam mesma coisa, porque agora eu falo que não sou daqui [...] antigamente não podia falar. (E2)

Ah, um lugar pra gente ficar enquanto não abre a porta, hoje nós chegamos às quatro da manhã, e estou aqui até agora (11 horas) [...] eu era a sexta, daí tinham duas pessoas de prioridade, outras com dengue, eu respeito, mas fomos ficando

pra trás, entendi a prioridade [...] Acolhimento, funciona melhor, ainda uma senhora falou: Ah! mas ela é do Paraguai! Fiquei bem chateada [...]. (E3)

[...] só que naquela época eu nem tinha documento, identidade brasileira, mas acabou que eu vim igual, e dava certo, sempre falei que morava lá (Paraguai) e me atendiam. (E6)

[...] cheguei a Foz do Iguaçu às 6 horas, aproximadamente e já tinha fila, hoje peguei a senha número 08 [...]. (E7)

Cheguei perto das quatro horas da manhã com o filho, que veio no dentista [...] Sempre tem fila lá para tirar sangue, desde que eu tive filho e vinha. Agora pego ali os carimbos e volto para fazer, em jejum [...]. (E8)

Também consegui uma vaga pra dentista hoje, porque cheguei bem cedo, só tinha três vagas e eu consegui uma, agora comecei o tratamento, ainda bem [...]. (E9)

[...] eu resolvi ir fazer lá no materno-infantil (outro ponto de atenção no município), por ter menos gente [...] Porque lá eles atendem as gestantes [...]. (E11)

[...] como tenho endereço aqui (na Argentina) nunca fiz, nem sabia que podia (se referindo ao cartão SUS). (E12)

Percebe-se na dimensão acesso, alguns entraves de ordem burocrática e geográfica, como a necessidade do cartão SUS, atrelado ao endereço residencial, e que para os não residentes pode tornar-se um obstáculo. Ainda o horário de atendimento, que leva a formação de filas de madrugada para aguardar a distribuição de fichas. O depoimento de E3 aponta estratégias para resolver a fila, como o acolhimento, por experiência vivenciada em outro ponto de atenção da mesma cidade. Ressalte-se que essa é uma unidade básica de saúde tradicional.

A seguir apresentam-se depoimentos de acordo com a classificação de acesso focalizado,

seletivo, excludente e bem-sucedido, nessa ordem, respectivamente.

[...] trouxemos para UPA (unidade de pronto-atendimento) na segunda de manhã, ficou na UPA o dia todo e a noite toda, diz que é dengue, a menina ruim e manda para casa. Saímos de lá, ela estava ruim, fomos no Políambulatório (outro ponto de atenção à saúde no município) hoje de manhã e lá me mandaram para cá, não entendi, lá (na UPA) fizeram todo tipo de exame de dia e de noite, e mandou embora [...]. (E2)

Sim, mas não consegui o que eu queria, que era aquela consulta mais detalhada, queria fazer uns exames [...]. [...] vai vencer duas vezes e não consigo consultar, porque depois de seis meses não tem mais validade, a vaga para o gastro é para mais de seis meses, quando eu chegar lá o exame não vai adiantar mais [...]. (E3)

[...] e falou para a gente fazer o cartão SUS porque ele (médico cardiologista do SUS) precisava tratar sempre [...] no consulado, e fizemos daí, porque nós somos brasileiros, não somos paraguaios, não precisa de mentira nenhuma. (E4)

[...] como eu tenho os documentos, tudo certo, vim fazer as consultas aqui, cheguei às sete horas por aí, tinha consulta já marcada. (E5)

[...] e ele pediu uma ecografia e também uma endoscopia [...] uns oito, nove meses, depois mais um tempo para sair o agendamento com o médico de novo, mas consegui daí [...]. (E7)

Acredita que eu estou há três anos esperando consulta com o neurologista e hoje consegui para terça-feira, agora na outra semana [...]. (E9)

Tive que pagar umas vacinas, que valia 50 real, que o SUS (sistema único de saúde) não fornecia, outro exame que teve que fazer no Costa (instituição hospitalar) também, que eu gastei 500 reais, que o SUS não cobria, então é uma prevenção pra fazer a cirurgia, não pode ser feita assim de qualquer jeito [...]. (E10)

Mas daí um brasileiro amigo nosso foi lá e conseguiu passar tudo pro SUS, foi a salvação nossa [...]. (E12)

O acesso limitado leva as pessoas a buscarem o cuidado em outros níveis de atenção, como as unidades de pronto-atendimento (E2). Por outro lado, aparece também como focalizado, geralmente na atenção à queixa do indivíduo (E3). Ou operacionalizado de forma seletiva, quando alguns procedimentos não são oferecidos (E10). Também é excludente na acessibilidade, pois após o atendimento inicial, quando surge uma demanda para a atenção especializada, o tempo de demora leva à exclusão e/ou perda da validade do direito já garantido (E3, E4). Por outro lado, ao compreender a forma de organização, o trâmite burocrático, o acesso é possibilitado e o cuidado bem-sucedido (E4, E5).

DISCUSSÃO

Na concepção materialista em que este estudo se ancora, a forma de organização das sociedades reflete na assistência à saúde a que os indivíduos têm direito. Num primeiro momento, reflete-se que a própria organização do estado brasileiro nas décadas de 1960 e 1970 levou a migração de brasileiros aos países vizinhos. Isso se refletiu em seu processo de saúde-adoecimento e mais ainda na obtenção de cuidados da saúde. Uma vez que eles não são mais brasileiros residentes e tampouco cidadãos dos países para onde migraram, permanecem em suspensão sobre qual seu lócus de cuidado, como evidenciado nos depoimentos dos brasileiros não residentes, neste estudo.

A questão do acesso a serviços de saúde, alicerçada na concepção de Starfield, sofreu influência dessa condição, mas também das demais condições pelas quais passam os serviços de saúde dos países da América Latina, marcados pela segmentação de oferta de atenção primária que converge com a segmentação da proteção social em saúde, seja pela manutenção dos seguros sociais, dos seguros seletivos e focalizados, seja pela cobertura por seguros privados de saúde ou

ainda pela manutenção de populações excluídas do direito à saúde².

Outro aspecto a ser considerado é a determinação social do processo saúde-adoecimento para essa população específica, cujas condições de vida e trabalho influenciam em suas decisões a respeito da saúde individual e familiar. A maioria dos brasileiros não residentes trabalha no setor agrícola e reside em zona rural ou periferias de pequenas cidades, nos países vizinhos à fronteira, nos quais a oferta de serviços de saúde também é limitada¹¹.

Buscar cuidados de saúde, devido a essas características, em seu país de origem é usual. Contudo, as experiências divergem entre si ao mesmo tempo em que são similares às vivenciadas pelos demais brasileiros, como as filas de espera, a limitação do número de consultas, a baixa resolutividade, a procura pelo serviço de pronto-atendimento, dentre outros exemplos mencionados nos depoimentos. A recente mudança na PNAB⁷ poderá impactar ainda mais na qualidade do acesso e resolutividade na atenção primária.

Segundo estudo¹², ao optar por manter os dois modelos de atenção, unidade básica tradicional e saúde da família, as dificuldades de acesso até então existentes poderão se perpetuar ou se agravar, somadas às dificuldades de financiamento, do processo de trabalho, das estruturas e de recursos humanos.

Percebeu-se que chegar às unidades de saúde foi possível, contudo defrontar-se com as unidades que não acolhem, nas quais a estrutura física não dispõe de espaço para a permanência em longas filas de espera, assim como a necessidade de formação da própria fila torna-se um elemento excludente, contingenciado pela distribuição de um número limitado de fichas para consulta médica. Esse mecanismo induz a formação de longas filas e a exclusão de indivíduos já no processo de chegada à unidade, uma vez que os atendimentos são limitados. Uma forma de superar esse modelo é a introdução do acolhimento. Este é considerado um

elemento essencial para a qualificação do cuidado no SUS¹³.

Nas unidades de atenção primária, entrada preferencial no sistema, deve-se acolher e coordenar o cuidado dos usuários, direcionando-os aos demais serviços que compõem a rede. Quando isso ocorre, os principais benefícios são a qualificação da assistência e a satisfação dos usuários. Entretanto, tem-se desafios como as dificuldades no processo de trabalho, predomínio do modelo biomédico e interação pouco efetiva da equipe multiprofissional com os usuários. Ao contrário, o acolhimento promove a humanização das relações interpessoais, promovendo melhor desempenho profissional e fortalecendo o atendimento prestado aos usuários, com a reorganização e qualificação no serviço¹³.

Ademais, percebeu-se nos depoimentos a limitada progressão no sistema de saúde, marcadamente em relação à necessidade de exames de apoio e diagnóstico e também das consultas com as especialidades. A continuidade nos cuidados em saúde foi limitada por longos tempos de espera, os quais determinaram a exclusão do sistema, uma vez que os resultados de exames, quando concluídos, perderam a validade em decorrência da demora para a consulta especializada.

Sobre esse problema, um artigo menciona que a acessibilidade se constitui um enorme desafio em busca de integrar a atenção à saúde, pois os usuários percebem o acesso aos serviços da atenção primária como burocrático e demorado, induzindo a que busquem outras formas de atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS. Por outro lado, aspectos como a inclusão de médicos generalistas, com gestão do cuidado e responsabilização terapêutica sobre o usuário, somando-se ao aumento da capacidade resolutive da APS, decorrente de adequada destinação de recursos, de aumento dos serviços ofertados, de referência e contrarreferência eficiente, promoveriam a resolutividade da APS¹⁴.

A questão da referência, com longos tempos de espera, assim como o acesso limitado a exames

e insumos, relatados nos depoimentos, também sofre influência de sua condição de brasileiros não residentes, seja pelo fato de desconhecem os trâmites burocráticos para acesso aos demais níveis de assistência à saúde, seja por anseio de que sua demanda não seja atendida sem contrapartida financeira. Autores^{15,213} mencionam a questão do copagamento como medida para controlar a demanda e reduzir gastos em saúde, o que tem como efeitos a "redução do acesso a medidas de promoção e prevenção, piora na adesão ao tratamento, renúncia ou postergação do uso de serviços", ainda que os usuários "abdicam de serviços necessários e renunciam à atenção em tempo oportuno, elevando custos assistenciais".

Outro fator influente e talvez específico desse grupo de usuários diz respeito à intermediação para conseguir acesso aos serviços no Sistema Único de Saúde. A fragilidade da condição de cidadão não residente cria uma dependência de outros sujeitos de direitos, como um amigo, mencionado em depoimento, para conseguir o atendimento em saúde no Brasil. Estudos com a mesma população demonstram que isso tem ocorrido também em outros setores produtivos, como educação e trabalho¹⁶.

CONCLUSÃO

A prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde da população é de competência dos municípios, local onde acontece o encontro entre as necessidades e os serviços de saúde. Momento este em que deve ocorrer o acesso com acessibilidade. Se as condições da porta de entrada escolhida pelo usuário estiverem de acordo, ele estará dentro do sistema de saúde e, na sequência, se o fluxo em seu interior estiver funcionando terá resolutividade.

Na atenção primária mencionada pelos usuários não residentes, faltaram estratégias para a acessibilidade e coordenação do cuidado, entretanto tiveram acesso. A unidade de saúde

opera o modelo tradicional, o que não impede a adoção de novos processos de trabalho. Além disso, o planejamento local das ofertas de atenção precisa considerar o tamanho da população a ser assistida, nesse caso, incluindo os brasileiros não residentes. Somadas, essas ações poderiam resultar em aumento na resolutividade do cuidado a esses brasileiros.

Como limitação do estudo, evidencia-se o fato de ter sido adotado somente os discursos dos usuários, podendo ter se efetuado também entrevistas com os trabalhadores e gestores acerca dessa temática, sugerindo-se assim novos estudos para aprofundar a questão.

REFERÊNCIAS

- 1 Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev Baiana de Enferm.* 2017;31(1): e 21847.
- 2 Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(Sup 2):e00118816.
- 3 Gambetta LC, Buche P. Os fatores que contribuíram para a migração brasileira no Paraguai. *100 Fronteiras.* 2016;13138.
- 4 Brasil, Ministério das Relações Exteriores. Estimativas populacionais das comunidades. Tabela de Estimativas de Brasileiros no Mundo 2014. Disponível em: <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/estimativas-populacionais-brasileiras-mundo-2014/Estimativas-RCN2014.pdf>. Acesso em: 11 Jun 2018.
- 5 Frasson M, Schlosser MTS. Fronteiras na fronteira: a trajetória dos migrantes brasiguaios e a influência econômico-jurídico-político-ideológica dos Estados nacionais (BR e PY), a origem do aluno brasiguai. *Caderno de Geografia.* 2015; 25(44):70-96.
- 6 Foz do Iguaçu, Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015. [acesso 2017 Jan 6]. Disponível em: <http://www.pmf.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=97328>.
- 7 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 [acesso 2018 Fev 2]-. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 8 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- 9 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad.*

Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

11 Piori A, Klauk RC. O retorno dos brasiguaios. *Rev. Espaço Acadêmico.* 2010;10(109):95-102.

12 Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(116):11-24.

13 Villani RAG, Lima EH, Silva MS. Acolhimento da atenção primária à saúde: uma revisão dos benefícios e desafios. *Veredas.* 2017;10(1):42-58.

14 Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate.* 2017;41(114):741-752.

15 Holst J, Giovanella L, Andrade GCL. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde Debate.* 2016;40(n. esp):213-226.

16 Albuquerque JL. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. *TOMO.* 2015;26:97-122.

RECEBIDO: 17/03/2019

ACEITO: 08/05/2019