REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ATENÇÃO À SAÚDE PARA MULHERES IMIGRANTES NA FRONTEIRA TRINACIONAL: OLHARES E EXPERIÊNCIAS

HEALTH CARE FOR IMMIGRANT WOMEN ON THE TRINATIONAL BORDER: VIEWS AND EXPERIENCES

ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES INMIGRANTES EN LA FRONTERA TRINACIONAL: PERSPECTIVAS Y EXPERIENCIAS

Judette Anaika Antoine[1], Carlos Guilherme Meister Arenhart[2], Jean Bart David[3]

e676594
https://doi.org/10.47820/recima21.v6i7.6594

PUBLICADO: 7/2025

RESUMO

Este artigo analisa as experiências de mulheres migrantes no acesso à atenção à saúde na região transfronteiriça (Argentina, Brasil, Paraguai), com foco na cidade de Foz do Iguaçu-PR. Com base em uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres migrantes de diferentes nacionalidades, residentes no município e usuárias dos serviços públicos de saúde. A análise dos dados, fundamentada na análise temática de conteúdo e fundeado nos referenciais da saúde coletiva, permitiu identificar que os desafios enfrentados por essas mulheres extrapolam as dimensões estruturais do sistema de saúde, envolvendo barreiras linguísticas, institucionais, socioculturais e simbólicas que comprometem a integralidade do cuidado. Os resultados apontam ainda para a existência de redes de apoio comunitárias como estratégias de resistência e cuidado informal, bem como para o papel da saúde como um espaço de pertencimento e reconhecimento social. Conclui-se que o acesso pleno à saúde para mulheres migrantes exige políticas públicas sensíveis à diversidade, profissionais capacitados para o acolhimento intercultural e o fortalecimento de práticas de cuidado baseadas na equidade e na dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Imigração. Saúde coletiva. Mulheres. Fronteira. Acesso à saúde.

ABSTRACT

This article analyzes the experiences of migrant women in accessing healthcare services in the tri-border region (Brazil, Paraguay, and Argentina), focusing on the city of Foz do Iguaçu, Brazil. Based on a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with women's migrant of different nationalities, all residents of the municipality and users of public health services. The data, analyzed through thematic content analysis and grounded in the theoretical framework of collective health, revealed that the challenges these women face go beyond structural aspects of the health system. They include linguistic, institutional, sociocultural, and symbolic barriers that undermine the integrality of care. The findings also highlight the role of community-based support networks as informal care strategies and the significance of health services as spaces of social belonging and recognition. It is concluded that ensuring full access to health for migrant women requires public policies attentive to cultural diversity, professionals trained in intercultural care, and the strengthening of practices grounded in equity and dignity.

KEYWORDS: *Immigration. Collective health. Women. Border. Access to health care.*

[1] Discente do curso de saúde coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-americana.
[2] Docente do curso de saúde coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-americana.
[3] Sanitarista, Doutorando em Ciências da saúde pela Fundação Oswaldo Cruz.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RESUMEN
Este artículo analiza las experiencias de mujeres migrantes en el acceso a la atención médica en la región transfronteriza (Argentina, Brasil, Paraguay), con especial atención a la ciudad de Foz do Iguaçu-PR, Brasil. A partir de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con mujeres migrantes de diferentes nacionalidades, residentes del municipio y usuarias de servicios públicos de salud. El análisis de datos, basado en el análisis de contenido temático y en referencias colectivas de salud, permitió identificar que los desafíos que enfrentan estas mujeres van más allá de las dimensiones estructurales del sistema de salud, involucrando barreras lingüísticas, institucionales, socioculturales y simbólicas que comprometen la integralidad de la atención. Los resultados también apuntan a la existencia de redes comunitarias de apoyo como estrategias de resistencia y cuidado informal, así como al papel de la salud como espacio de pertenencia y reconocimiento social. Se concluye que el acceso pleno a la salud para las mujeres migrantes requiere políticas públicas sensibles a la diversidad, profesionales capacitados en la recepción intercultural y el fortalecimiento de prácticas de cuidado basadas en la equidad y la dignidad.

PALABRAS CLAVE*: Inmigración. Salud pública. Mujeres. Frontera. Acceso a la salud.*

INTRODUÇÃO

A nível mundial, muitas pessoas se movimentam a cada ano para se instalar em um país diferente do seu país de origem, A última estimativa global disponível fala que havia cerca de 281 milhões de migrantes internacionais no mundo em 2020, o que equivale a 3,6% da população global (Relatório Mundial sobre Migração 2024).

A decisão de imigrar se deve à presença de diversos fatores. Estes podem ser econômicos, políticos, religiosos ou ambientais, na maioria dos casos, os migrantes internacionais se mudam por motivos de trabalho, família ou estudo. Por outro lado, outras pessoas deixam as suas casas e países por uma série de razões convincentes e às vezes trágicas, como conflitos, perseguições e desastres. Em geral, são quase sempre as mais vulneráveis e que necessitam assistência e apoio (Relatório Mundial sobre Migração 2024).

De maneira geral, o Brasil não se destaca no quadro mundial das migrações internacionais. Os fluxos migratórios internacionais que por aqui ocorreram nos últimos trinta anos ganharam destaque por sua importância na economia nacional. Em 2024, foram registrados 1.700.686 Migrantes incluído residentes, temporários e fronteiriços com 1.018.132 homens, 682.330 Mulheres (Boletim da Migração, 2024).

O fluxo de chegada das mulheres imigrantes no Brasil não para de crescer a cada dia. A trajetória das mulheres migrantes é permeada por experiências diversas que podem envolver relações de poder e quadros intersecionais de desrespeito, afetando a inserção na sociedade receptora e a construção de suas identidades. São presentes, em muitos casos, situações de xenofobia, racismo, violência de gênero e outras formas de discriminação que influem

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

negativamente nas vivências dessas mulheres, mas que, em contrapartida, podem motivar lutas sociais (Honneth, 2003).

De acordo com o Sistema Nacional de Registro Migratório, 16.954 migrantes internacionais foram registrados como residentes no município de Foz do Iguaçu-PR entre janeiro de 2000 e março de 2022, dos quais 52% eram homens, e 48%, mulheres (Indicadores de governança migratória local: cidade de foz do Iguaçu 2022).

As mulheres imigrantes enfrentam desafios específicos, como barreiras linguísticas, acesso limitado a serviços de saúde e vulnerabilidades relacionadas à violência de gênero. Estudos indicam que essas mulheres frequentemente enfrentam dificuldades no acesso a cuidados pré-natais e outros serviços de saúde devido a barreiras culturais e de comunicação.

O direito à saúde está presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo definido como uma condição essencial para uma vida digna e indispensável à efetivação de outros direitos, como a igualdade, a educação e a liberdade, todos componentes fundamentais para uma vida saudável.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS) preveem universalidade, equidade e integralidade no atendimento à saúde para todos os residentes no país, ou seja, para brasileiros e imigrantes (Brasil, 1988, 1990) A universalidade garante que todos possam “alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (Paim, 2009).

A migração impõe significativos desafios à Saúde coletiva, os quais correspondem à complexidade das determinações sociais em saúde dos imigrantes, associado à falta de informações quantitativas e qualitativas, nacionais e internacionais, a respeito da interface entre saúde e migração nos mais diferentes contextos. De maneira que podemos partilhar do diagnóstico de que a investigação neste campo temático é, ainda, muito incipiente (Maggi *et al.,* 2003; McKay, 2003).

O entendimento sobre o conceito ampliado de saúde requer tanto uma abordagem holística sobre os processos migratórios quanto o recorte de gênero nas questões que os acompanham. Esse conceito, defendido principalmente pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas diretrizes da saúde coletiva, ultrapassa a visão biomédica tradicional centrada na ausência de doenças. Ele compreende a saúde como resultado das condições de vida, trabalho, moradia, alimentação, acesso à informação, vínculos sociais, fatores ambientais, culturais e psicológicos. Nesse sentido, ao considerar o contexto das mulheres imigrantes, é fundamental reconhecer como desigualdades de gênero, violência, barreiras linguísticas e institucionais, além das vulnerabilidades sociais agravadas pelo deslocamento, impactam diretamente na sua saúde integral.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Portanto, analisar a saúde dessas mulheres sob essa perspectiva ampliada significa ir além do atendimento clínico (Paim *et al.,* 2018).

A saúde coletiva na América Latina e Caribe está em constante disputa nos espaços federativos, Inter federativos e internacionais nas políticas públicas em saúde. Em fronteiras internacionais, como Puerto Iguazú (Argentina), Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguai) os sistemas de saúde apresentam fragmentação do cuidado, falta de comunicação entre gestões e precarização da atenção, resultando em sofrimento social e desafios na garantia dos direitos humanos em saúde. (Aikes *et al.,* 2018; Arenhart, 2024).

É urgente refundar os sistemas públicos de saúde nos territórios de fronteira, ampliando a força de trabalho, assegurando processos de financiamento consistentes e adequados às densidades tecnológicas exigidas, e fortalecendo os sistemas universais de saúde com base na seguridade social. Essa perspectiva se alinha aos princípios da Reforma Sanitária latino-americana, que defende a saúde como direito e dever do Estado. Assim, mais do que um serviço, a saúde deve ser compreendida como um bem público, sustentado por valores como a equidade e a solidariedade; fundamentos indispensáveis para a construção de sociedades verdadeiramente justas.

É necessário garantir a integração entre os três países da tríplice fronteira; Brasil, Paraguai e Argentina; não apenas do ponto de vista político e econômico, mas sobretudo no campo da saúde pública. A circulação constante de pessoas entre esses territórios exige articulações que ultrapassem os limites nacionais e que favoreçam o desenvolvimento de estratégias conjuntas e sustentáveis para a promoção da saúde coletiva. A pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais as fragilidades dos sistemas de saúde fronteiriços, escancarando desigualdades estruturais, assimetrias de acesso e a ausência de protocolos comuns de vigilância, prevenção e cuidado. Embora a cooperação internacional em saúde seja uma ferramenta essencial nesse contexto, ela, por si só, não é suficiente para enfrentar as complexas determinações sociais do processo saúde-doença que afetam as populações em situação de vulnerabilidade, como é o caso das mulheres imigrantes. É preciso avançar para modelos de integração em saúde que incluam financiamento adequado, reconhecimento dos determinantes sociais e culturais, políticas inclusivas e o fortalecimento das redes locais de atenção. Segundo Paulo Buss (2020), "a cooperação internacional em saúde é vital; ou seremos todos ou não seremos", reforçando a ideia de que a solidariedade entre as nações não deve ser apenas um ideal, mas um imperativo ético, técnico e político diante de um mundo profundamente interdependente. Portanto, pensar a saúde na fronteira exige não apenas diplomacia sanitária, mas também compromisso com a equidade, a justiça social e o direito universal à saúde, princípios historicamente defendidos pela Reforma Sanitária latino-americana.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Com base nos desafios enfrentados pelas mulheres imigrantes no acesso ao sistema de saúde em Foz do Iguaçu-PR, este artigo busca compreender seus olhares e experiências no cotidiano do cuidado em saúde. Ao dar voz a essas mulheres, a pesquisa pretende evidenciar não apenas as barreiras estruturais e simbólicas que permeiam o atendimento, mas também as estratégias de enfrentamento, percepções sobre o acolhimento e expectativas quanto ao direito à saúde. Dessa forma, o estudo contribui para uma reflexão crítica sobre a necessidade de um cuidado mais sensível, inclusivo e intercultural no contexto da tríplice fronteira.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo geral analisar de que forma as mulheres migrantes percebem o acesso à saúde na região transfronteiriça, bem como identificar os diferentes desafios enfrentados no âmbito da atenção à saúde. Para o alcance desse propósito, estabelecem-se como objetivos específicos: compreender a concepção do direito à saúde na fronteira a partir da percepção da população migrante; identificar como essas mulheres experienciam o acesso e a atenção à saúde; e investigar as barreiras que dificultam o exercício desse direito em um território internacional caracterizado por fluxos populacionais constantes e múltiplas jurisdições. A motivação para esta investigação decorre da constatação de uma lacuna na literatura acadêmica quanto à abordagem interseccional que considere, de modo articulado, gênero, migração e saúde no contexto da fronteira trinacional. Assim, ao privilegiar os olhares e experiências das mulheres migrantes, esta pesquisa pretende contribuir para a ampliação do debate sobre o direito à saúde em contextos marcados por desigualdades estruturais, apontando a necessidade de políticas públicas mais sensíveis, integradas e comprometidas com a equidade.

1. MÉTODO

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, conforme os pressupostos teóricos e metodológicos de Minayo (2008), que compreende a pesquisa qualitativa como um processo dinâmico, interativo e interpretativo, voltado à compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências e práticas sociais. O foco da investigação qualitativa, nesse sentido, não está na generalização estatística, mas na profundidade e na densidade da compreensão do fenômeno investigado, “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Interessa mais ao pesquisador penetrar no universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, do que determinar a frequência com que certos fenômenos ocorrem.” (Minayo, 2008, p. 21)

O presente artigo deriva de um projeto de Iniciação Científica vinculado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), voltado à compreensão das experiências de mulheres migrantes no acesso à saúde na região de fronteira. A etapa inicial consistiu em um levantamento bibliográfico e documental sobre temas como saúde coletiva, migração, gênero e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

atenção à saúde em territórios transfronteiriços, com o objetivo de embasar teoricamente o estudo e delimitar o problema investigado.

O trabalho de campo foi realizado nas dependências da própria universidade, onde foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com 10 mulheres migrantes adultas, de diferentes nacionalidades, que residem em Foz do Iguaçu-PR e que já tiveram alguma experiência com os serviços públicos de saúde no município. A escolha desse perfil teve como propósito reunir diferentes olhares e vivências sobre os desafios e estratégias relacionadas ao acesso e à atenção em saúde nesse contexto trinacional. “O trabalho de campo na pesquisa qualitativa é uma construção. É no contato com os sujeitos, na observação e no diálogo, que o pesquisador vai moldando o percurso da investigação” (Minayo 2010, p. 41).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2024 e fevereiro de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro previamente elaborado com base na revisão teórica e nos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, com consentimento das participantes, e posteriormente transcritas na íntegra.

O estudo foi autorizado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). As entrevistas com os informantes-chave foram conduzidas em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os registros asseguraram o total sigilo e anonimato dos envolvidos na pesquisa.

A análise seguiu os princípios da análise de conteúdo, conforme abordado por Minayo (2008), que considera essa técnica como uma via para acessar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, por meio de um processo sistemático de codificação e categorização.

A escolha pela abordagem qualitativa e pela análise de conteúdo, fundamentada em Minayo (2008), justifica-se pela complexidade e profundidade dos fenômenos investigados, permitindo apreender as múltiplas dimensões que atravessam as experiências de mulheres migrantes no acesso à saúde na região de fronteira. Assim, o percurso metodológico adotado revelou-se pertinente para alcançar os objetivos propostos, possibilitando uma leitura crítica e contextualizada das falas das entrevistadas, ao considerar os sentidos produzidos nas interações sociais e nas práticas institucionais que permeiam a atenção à saúde nesse território marcado por desigualdades e fluxos transnacionais.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a construção de categorias analíticas que expressam dimensões centrais da experiência de mulheres migrantes no acesso e na atenção à saúde na região trinacional. A formulação dessas categorias foi orientada pelo referencial da saúde coletiva,

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

que compreende o processo saúde-doença-cuidado como fenômeno social, historicamente determinado, e vinculado às condições de vida, trabalho, cultura, gênero e território (Ayres, 2009; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Ao considerar o contexto migratório, especialmente em territórios de fronteira, é necessário recorrer a uma abordagem ampliada da saúde, conforme preconizado por Czeresnia e Freitas (2003), que inclui aspectos simbólicos, afetivos e institucionais. Além disso, reconhece-se que o direito à saúde, embora garantido constitucionalmente, enfrenta desafios concretos de efetivação em populações em situação de mobilidade (Brasil, 1988; Organização Mundial da Saúde, 2018).

As categorias analíticas organizadas a seguir refletem a intersecção entre os determinantes sociais da saúde, as barreiras institucionais e as estratégias de resistência protagonizadas por essas mulheres.

2.1. Acolhimento e invisibilidade no encontro com o sistema de saúde

O primeiro contato com os serviços de saúde é frequentemente marcado por um duplo movimento: a expectativa de acolhimento e o enfrentamento da invisibilidade. Esse paradoxo, vivenciado nos serviços públicos de saúde de Foz do Iguaçu, revela os limites entre o que o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe em seus princípios e o que se concretiza na prática cotidiana para populações em situação de vulnerabilidade social, cultural e institucional.

O conceito de acolhimento, amplamente debatido na saúde coletiva, não deve ser compreendido apenas como um procedimento de triagem ou como uma etapa do atendimento, mas como um modo de se relacionar com o outro, ético e político, que reconhece a singularidade do sujeito e seus determinantes sociais de saúde (Franco *et al.,* 1999). Acolher, portanto, é escutar, é responsabilizar-se, é permitir que o usuário se sinta parte legítima do sistema. Como ressalta Cecílio (2003), acolher é enfrentar as assimetrias presentes na relação usuário–serviço e produzir vínculos, e não apenas atendimentos pontuais.

Entretanto, os dados da pesquisa revelam que esse acolhimento, na experiência das mulheres migrantes, frequentemente não se efetiva. Elas relatam situações de não compreensão, de encaminhamentos mal explicados, de ausência de escuta qualificada e de sensação de serem tratadas como "casos", e não como sujeitos. Uma das entrevistadas sintetiza esse sentimento ao afirmar:

“Eu cheguei com dor e falei, mas a enfermeira disse que não era nada, que eu podia ir pra casa. Eu não me senti cuidada.” (Entrevistada 4)

“Um dia que eu fui na Unidade Básica de Saúde (UBS) tinha uma moça, eu sei o nome dela na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Porto Belo, eu cheguei e tinha só 3 pessoas antes de mim, eu precisava passar para consulta, primeiramente me colocou na fila de acolhimento,

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

chegaram dez pessoas depois de mim, tiveram mais de 5 pessoas que passaram antes de mim" (entrevistada 1)

É nesse ponto que se insere o conceito de invisibilidade institucional, conforme elaborado por Minayo (2014): trata-se da experiência de estar presente no serviço, mas não ser visto na sua totalidade, nas suas necessidades, na sua diferença. No caso das migrantes, a invisibilidade se manifesta na ausência de tradutores, na inexistência de materiais informativos em outros idiomas, no despreparo das equipes para lidar com costumes culturais distintos, e até mesmo na pressa com que muitas são atendidas.

"Quando eu cheguei, eu não falava português, nos primeiros dias eu tinha acompanhante pra me ajudar, mas depois eu tentei falar" (entrevistada 1)

"Aqui eu fico nervosa para ir conversar com o profissional da saúde, coisas que não acontecem quando estou no meu país. Mas eu fico nervosa. Eu quero entender tudo o que eles falam para nós. Só que eu não entendo "(entrevistada 2)

"Sim, as vezes eu nem consegui explicar como estou me sentido para os profissionais "(entrevistada 3)

Assim, quando o acolhimento não é oferecido de forma sensível e respeitosa, o sujeito migrante é colocado em uma posição de subalternidade simbólica: ele entra no sistema, mas não é reconhecido como parte legítima dele. Essa dissociação entre presença física e reconhecimento institucional aprofunda o que Ayres (2004) define como "cuidado tecnicamente correto e eticamente fracassado": práticas que seguem protocolos, mas não promovem vínculo, nem reconhecimento.

A análise crítica desses relatos permite compreender que a invisibilidade não é apenas um efeito colateral do sistema de saúde, mas um produto estrutural da ausência de políticas específicas e do racismo institucional que atravessa a vida dos corpos migrantes. Acolher, nesse sentido, não é apenas um gesto individual do profissional de saúde, mas uma prática que deve estar inserida em políticas públicas que reconheçam a diversidade cultural, linguística e social dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa conexão entre acolhimento e invisibilidade é especialmente importante em regiões de fronteira, onde a mobilidade humana é intensa e as diferenças culturais são parte constitutiva do território. Como já advertia o Ministério da Saúde (2014), o atendimento a populações migrantes exige estratégias de mediação cultural, políticas multilíngues e formação continuada das equipes. Quando essas diretrizes não são incorporadas, a promessa do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal se esvazia e o cuidado deixa de ser um direito pleno.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Portanto, os resultados da pesquisa indicam que acolher mulheres migrantes não é apenas recebê-las no serviço, mas reconhecê-las em sua trajetória, na sua condição de sujeito histórico e nos atravessamentos que as tornam socialmente vulneráveis. A ausência desse acolhimento produz não apenas sofrimento, mas desmobilização política e abandono do cuidado.

2.2. Desigualdades estruturais e barreiras de acesso

A análise das entrevistas revelou que o acesso à saúde, para mulheres migrantes em Foz do Iguaçu-PR, é atravessado por múltiplas formas de desigualdade que não se restringem à disponibilidade de serviços, mas dizem respeito às condições concretas de vida, ao funcionamento dos serviços públicos e às barreiras institucionais presentes no cotidiano do cuidado. Essas desigualdades operam em várias camadas: burocrática, social e simbólica — e interagem com os determinantes sociais da saúde, como moradia precária, informalidade no trabalho, insegurança alimentar e mobilidade constante.

Como apontam Buss e Pellegrini (2007), a equidade em saúde exige o reconhecimento da desigualdade como ponto de partida, considerando que sujeitos em situações distintas demandam respostas distintas. Entretanto, o que se evidencia nos relatos é uma homogeneização do atendimento, em que o cuidado é ofertado como se todos estivessem nas mesmas condições de acesso à informação, transporte, tempo e rede de apoio.

"Então às vezes eu tenho a vontade de fazer um check up, mas quando eu chego na Unidade Básica de saúde (UBS), a recepcionista disse que eu não preciso vir se eu não estou doente, precisa agendar para outro dia e nunca consegui fazer isso, eles atendem só pessoas que estão doente" (Entrevistada 6)

Essa fala revela uma dimensão muitas vezes invisibilizada na lógica do acesso: a gestão do tempo e dos deslocamentos. Para mulheres que acumulam tarefas domésticas, trabalho informal e cuidado com os filhos, os serviços de saúde tornam-se espaços inacessíveis, não apenas geograficamente, mas em termos de compatibilidade com o ritmo da vida.

Além disso, os obstáculos burocráticos e a exigência de documentação atualizada reforçam o sentimento de exclusão institucional. Algumas entrevistadas relataram dificuldade em acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) por não terem CPF, comprovante de residência ou por não entenderem como funciona o sistema de agendamento.

"Quando eu cheguei, eu não sabia o que era a Unidade Básica de Saúde (UBS), no meu país a gente chama hospital ou clínica. Eu fui à Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade nova, mas me mandaram pra outra. Fiquei rodando." (Entrevistada 7)

"Disseram que eu tinha que ter meu comprovante de residência, mas eu não sabia nada, eu tinha só 3 semanas no Brasil." (Entrevistada 10)

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Essa experiência remete ao conceito de racismo institucional (Lima *et al.,* 2020), entendido como a incapacidade das instituições públicas em lidar com a diversidade, resultando em condutas que não são abertamente discriminatórias, mas que produzem efeitos de exclusão. No caso das migrantes, essa exclusão se manifesta pela ausência de materiais informativos multilíngues, falta de intérpretes, ausência de preparo das equipes e ineficácia dos encaminhamentos.

A saúde coletiva, ao reconhecer a saúde como produção social, destaca que o acesso efetivo exige mais do que a existência de estruturas físicas ou profissionais. Exige que o sistema seja capaz de responder às diferentes realidades e subjetividades que o atravessam. Como reforça Paim *et al.*, (2011), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser integral e equitativo, ou seja, ofertar mais a quem mais precisa. No entanto, o que se observa é que justamente quem mais precisa, como as mulheres migrantes, pobres, marcializadas são aquelas que mais enfrentam barreiras.

Portanto, o que as entrevistas revelam é que o acesso à saúde para mulheres migrantes está condicionado por um conjunto de desigualdades estruturais que se reproduzem dentro dos próprios serviços, reforçando exclusões históricas sob a forma de barreiras práticas e simbólicas. O enfrentamento dessas desigualdades exige não apenas vontade política, mas uma mudança profunda na forma como os sistemas de saúde reconhece e incorpora a diversidade dos sujeitos que deles dependem.

2.3. Cuidado nas margens: redes de apoio e estratégias de resistência

Ao se depararem com um sistema de saúde que muitas vezes se mostra inacessível, indiferente ou ineficiente, as mulheres migrantes constroem e acionam estratégias de cuidado fora dos circuitos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas estratégias operam "nas margens" — ou seja, fora das institucionalidades formais — e são sustentadas por redes afetivas, comunitárias, religiosas e territoriais, onde o cuidado emerge como prática de solidariedade, pertencimento e resistência.

Essas experiências ilustram o que Merhy (2002) conceitua como “trabalho vivo em ato”, isto é, formas de cuidado que não estão prescritas em normas ou protocolos, mas que se realizam no cotidiano, em gestos, vínculos e práticas populares que produzem saúde mesmo sem o selo institucional. Ao mesmo tempo, esses modos de cuidado revelam a potência das redes sociais na mediação entre vulnerabilidade e proteção.

“Foi minha vizinha que me levou na Unidade Básica de Saúde (UBS) e falou por mim. Sem ela, eu nem sabia aonde ir.” (Entrevistada 2)

“Seria bom ter alguém para traduzir, alguém que fale crioulo haitiano.” (Entrevistada 1)

As redes de apoio, muitas vezes compostas por compatriotas, familiares, membros da igreja ou colegas de trabalho, funcionam como portas de entrada alternativas ao sistema de saúde formal.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Esses apoios são centrais para mulheres que enfrentam barreiras de idioma, medo institucional, desconhecimento dos serviços e ausência de familiares no novo país. Como ressalta Minayo (2014), a dimensão social do cuidado é inseparável do contexto em que ele se realiza — e, nesse sentido, essas redes atuam como estratégias coletivas de enfrentamento da exclusão institucional.

Além disso, alguns participantes relataram o uso de medicamentos trazidos de seus países de origem ou enviados por familiares, bem como o cuidado por meio de remédios caseiros, práticas tradicionais e visitas esporádicas a médicos em países vizinhos, quando há afinidade linguística e cultural. ajusta

Como enfatiza Czeresnia (2003), saúde e cuidado não podem ser compreendidos apenas como produtos técnicos, mas como processos relacionais que envolvem confiança, afeto, linguagem e reconhecimento mútuo. As práticas de cuidado nas margens evidenciam a capacidade criativa das mulheres em produzir saúde para si e para os outros, mesmo em contextos de desamparo formal.

Essas estratégias, no entanto, não devem ser romantizadas. Embora revelem formas potentes de enfrentamento, também expressam os limites de um sistema que deveria garantir o cuidado como direito e política pública, e que frequentemente o terceiriza às redes informais. O que os dados mostram é que essas mulheres não desistem de cuidar de si — mesmo quando o Estado desiste delas.

Dessa forma, este eixo destaca que o cuidado nas margens é tanto uma resposta à negligência institucional quanto uma demonstração da força coletiva presente nos territórios da migração. É preciso reconhecer essas formas de cuidado como legítimas e, sobretudo, incorporá-las ao debate sobre redes de atenção e práticas comunitárias, em consonância com os princípios da promoção da saúde e da equidade.

2.4. Cidadania em saúde e reconhecimento no território

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua concepção constitucional, propõe-se como um sistema público que materializa o direito universal à saúde, ancorado nos princípios da integralidade, da equidade e da participação social. Contudo, para as mulheres migrantes entrevistadas, o direito à saúde ainda não se realiza como cidadania plena, mas como uma experiência fragmentada, permeada por tensões entre inclusão formal e exclusão vivida.

O que emerge das entrevistas é uma demanda por algo mais profundo que o acesso técnico aos serviços: trata-se de uma reivindicação por reconhecimento, por pertencimento e por um cuidado que considere o sujeito na sua inteireza. O sentimento de não ser tratada com escuta, paciência e respeito aparece repetidamente como um marcador simbólico da exclusão.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

"*Eu só quero ser tratada como qualquer outra pessoa. Não quero privilégio." (Entrevistada 3)*

"Na minha frente, eles foram gentis com outra mulher. Comigo foram frios. Eu percebi, e me senti menor." (Entrevistada 5)

Essas falas ilustram o que Ayres (2009) chama de "dimensão relacional do cuidado", que não se expressa apenas em ações técnicas, mas na maneira como se enxerga e se acolhe o outro. Quando não há escuta qualificada ou quando há indiferença, o que se comunica não é apenas desatenção, mas uma forma sutil de negar o direito de existir plenamente naquele território. Assim, a saúde, mais do que um serviço, aparece como um espaço de disputa por reconhecimento e dignidade.

De acordo com Fleury (2011), o acesso à saúde configura-se como um indicador concreto de cidadania em contextos de desigualdade. O modo como os sujeitos são acolhidos nos serviços públicos comunica o lugar que ocupam (ou não) na ordem social. No caso das migrantes, esse lugar é instável, muitas vezes invisibilizado por estruturas institucionais que não reconhecem suas especificidades culturais, linguísticas ou de trajetória.

Essa exclusão simbólica não está desvinculada da geopolítica da fronteira: a mulher migrante, ao transitar entre países, carrega em si a marca do "não pertencimento", o que se reflete nos modos como é recebida, orientada ou ignorada. Como explicita uma entrevistada:

"Quando eu vou na Unidade Básica de Saúde (UBS), me tratam como se eu não fosse daqui. Mas eu moro aqui, eu vivo aqui." (Entrevistada 6)

Essa fala nos interpela a pensar a cidadania não apenas como um status jurídico, mas como experiência vivida. A cidadania em saúde — na perspectiva da saúde coletiva — só se efetiva quando há acesso, escuta, vínculo e possibilidade de participação. Como lembram Franco, Merhy e Andrade (1999), o cuidado é produção de encontro, e o acolhimento é ferramenta política de inclusão do sujeito no território do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, quando o cuidado se reduz a protocolos técnicos e desconsidera a condição social, migratória e subjetiva do usuário, o Sistema Único de Saúde (SUS) falha em sua função mais fundamental: a de garantir o direito à saúde como parte do projeto democrático de sociedade. Nesse contexto, o território da saúde, que deveria ser um lugar de reparação, passa a reproduzir desigualdades, especialmente para quem carrega múltiplas vulnerabilidades.

Portanto, reconhecer essas mulheres como sujeitos de direito e produtoras de saúde exige mais do que campanhas de atendimento: requer mudanças institucionais, políticas públicas com mediação cultural e práticas profissionais que respeitem a diversidade. É a partir dessa escuta atenta e desse reconhecimento que o Sistema Único de Saúde (SUS) pode, de fato, constituir-se como espaço de cidadania ampliada e não apenas como rede de serviços.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A análise das entrevistas com mulheres migrantes Iguaçu evidencia que as dificuldades de acesso à saúde extrapolam os limites da infraestrutura e da oferta de serviços, alcançando dimensões socioculturais, institucionais e comunicacionais que impactam diretamente a qualidade do cuidado recebido. Como ressalta Spies (2011), tais barreiras não se limitam ao plano estrutural, mas operam de forma transversal, comprometendo o processo de acolhimento e a continuidade do cuidado.

Entre os principais elementos que emergem das narrativas está a experiência de desorientação frente a um sistema de saúde desconhecido, muitas vezes acessado por meio de tentativas e erros. O desconhecimento sobre o funcionamento das unidades, a falta de orientação institucional e a ausência de material informativo em outras línguas geram um percurso solitário de busca por atendimento. Tal cenário é agravado por uma “cultura da escassez”, identificada nas falas como uma lógica de sobrevivência em que as necessidades básicas se sobrepõem ao cuidado preventivo.

Como destaca Ayres (2004), o cuidado em saúde é uma prática situada, atravessada pelas condições concretas da vida cotidiana. Isso explica por que, para muitos migrantes, a saúde torna-se prioridade apenas em contextos de emergência. Tal racionalidade instrumental do cuidado contribui para o agravamento de condições evitáveis e revela a fragilidade das políticas públicas em lidar com as desigualdades sociais de maneira efetiva.

Além disso, torna-se evidente a precariedade da comunicação entre usuárias e profissionais de saúde. A ausência de tradutores, a dificuldade com a língua portuguesa e a ausência de formação das equipes para lidar com diversidade cultural resultam em incompreensão, diagnósticos imprecisos e abandono do tratamento. Hiordana (2023) aponta que a comunicação ineficaz, além de comprometer o cuidado clínico, aprofunda a sensação de exclusão vivida pelos migrantes.

Nesse sentido, compreender a cultura, como afirmam Kleinman e Benson (2006), vai além de reconhecer hábitos alimentares ou costumes religiosos: é entender como os sentidos da saúde e da doença são construídos por referenciais históricos, sociais e simbólicos. Ignorar essas camadas de significado produz um cuidado tecnicamente correto, mas culturalmente ineficaz.

O próprio Ministério da Saúde (2014) já reconhecia a necessidade de estratégias específicas de acolhimento e mediação cultural nos serviços de saúde, com ênfase na escuta qualificada e no respeito à diversidade. A ausência dessas práticas fortalece barreiras de acesso e contribui para a persistência de desigualdades no interior de um sistema que se pretende universal.

A fragmentação do cuidado é outro ponto crítico nas trajetórias das mulheres migrantes. As longas esperas, a dificuldade em conseguir consultas especializadas e a escassez de medicamentos afetam diretamente a confiança no sistema. Conforme argumenta Giovanella *et al.,* (2015), a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) só se concretiza quando há articulação

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

entre os níveis de atenção e capacidade resolutiva das unidades — o que, no caso dos migrantes, mostra-se frequentemente comprometido.

A partir disso, muitas mulheres relataram buscar atendimento nos países vizinhos, como Paraguai e Argentina. Essa mobilidade transfronteiriça é motivada não apenas por questões de tempo de espera, mas também pela afinidade linguística e cultural com os profissionais locais. Como aponta Silva *et al.* (2021), a dinâmica de saúde nas fronteiras é fluida e reflete as lacunas dos sistemas nacionais em responder às necessidades dos sujeitos em trânsito.

A percepção de qualidade do atendimento também se articula fortemente à dimensão relacional. Quando as profissionais demonstram empatia, paciência e escuta ativa, as migrantes relatam sentimentos de acolhimento e pertencimento. Em contrapartida, a frieza ou a pressa são vividas como formas de exclusão simbólica. Franco, Merhy e Andrade (1999) argumentam que a qualidade do cuidado não se reduz a métricas de eficiência, mas reside na dimensão subjetiva do encontro clínico, onde a dignidade do sujeito é ou não reconhecida.

A comparação com os sistemas de saúde dos países de origem também aparece nas falas como um elemento de contraste. Ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja valorizado pela sua gratuidade e abrangência, a experiência concreta nos serviços, marcada por desinformação e demora, gera frustração. Esse desencontro entre expectativa e realidade pode ser entendido como um “choque institucional” (Donabedian, 1988), no qual o migrante, ao deparar-se com um sistema estranho, se vê sem instrumentos para compreendê-lo e, muitas vezes, sem apoio para se adaptar a ele.

Dessa forma, os dados apontam que o acesso à saúde na fronteira não é apenas um desafio técnico, mas um problema político e ético. A ausência de políticas interculturais e o despreparo das equipes de saúde para lidar com as diferenças contribuem para reproduzir desigualdades históricas no interior do próprio sistema universal. Como mostra a experiência das entrevistadas, o cuidado só se concretiza quando há escuta, vínculo e reconhecimento das dimensões que estão no cerne da proposta da saúde coletiva.

3. CONSIDERAÇÕES

A presente pesquisa teve como objetivo compreender, a partir das narrativas de mulheres migrantes residentes em Foz do Iguaçu-PR, como se configuram as experiências de acesso e atenção à saúde em um contexto marcado pela interculturalidade, pelo deslocamento e pela desigualdade. A fronteira trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina, constitui-se como território de circulação, encontro e, também, exclusão. Nesse cenário, as práticas de cuidado vividas por mulheres em situação migratória revelam tanto as potências quanto às fragilidades do Sistema

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Único de Saúde (SUS), sobretudo no que diz respeito à efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A análise qualitativa, ancorada nas contribuições de Minayo (2014) e fundamentada nas bases teóricas da saúde coletiva, permitiu identificar que os desafios enfrentados pelas mulheres migrantes não se limitam à ausência de estrutura física ou recursos humanos, mas envolvem barreiras comunicacionais, institucionais, culturais e simbólicas que produzem descontinuidades no cuidado e exclusões silenciosas. Conforme argumenta Cecílio (2003), o acesso à saúde não pode ser compreendido apenas como presença física de serviços, mas como um processo relacional, político e ético que demanda escuta, vínculo e reconhecimento.

Nesse sentido, o estudo evidencia que a atenção à saúde de populações migrantes exige uma abordagem ampliada, crítica e intercultural, como já apontado por autores como Ayres (2004) e Kleinman e Benson (2006). O cuidado, enquanto prática ética e situada, precisa considerar as condições materiais de existência, os saberes populares e os sentidos atribuídos à saúde por cada sujeito. Ignorar essas dimensões é perpetuar um cuidado tecnicamente correto, porém culturalmente ineficaz e politicamente excludente.

As falas das participantes também revelam estratégias de resistência e reinvenção do cuidado que ocorrem para além dos serviços institucionais. A presença de redes de apoio, à mediação por pares, a solidariedade comunitária e até a busca por atendimento nos países vizinhos são expressões do que Merhy (2002) denominou de “trabalho vivo em ato”: ações que subvertem as normas burocráticas e produzem saúde nas margens, de forma criativa e resiliente.

Além disso, é preciso destacar que o cuidado é, para essas mulheres, mais do que atendimento clínico. É também espaço de pertencimento, dignidade e reconhecimento. O sentimento de ser acolhida — ou, ao contrário, de ser invisibilizada — nos serviços públicos de saúde impacta diretamente na relação que essas mulheres estabelecem com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por consequência, com o território que agora habitam. Como bem pontuam Franco, Merhy e Andrade (1999), a qualidade do cuidado não pode ser reduzida a indicadores de produtividade, pois reside na construção de vínculos humanos, na escuta qualificada e na produção de sentidos compartilhados entre profissionais e usuários.

A experiência das mulheres migrantes, ao tensionar os limites e as promessas do Sistema Único de Saúde (SUS), também convoca a repensar a formação dos profissionais de saúde. Torna-se urgente consolidar processos formativos críticos, capazes de formar sujeitos implicados com os direitos humanos, com a justiça social e com a produção de cuidado em contextos complexos. Como argumenta Almeida Filho (2005), a saúde coletiva deve ser campo de emancipação, ruptura e invenção — não apenas de reprodução de saberes.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Por fim, esta pesquisa não pretendeu oferecer respostas conclusivas, mas abrir caminhos de reflexão sobre a saúde em territórios de fronteira e sobre os modos de produzir cuidado para e com populações migrantes. A partir do que foi escutado, compreende-se que garantir o direito à saúde para essas mulheres é, ao mesmo tempo, um desafio técnico, ético, político e epistemológico. Exige escuta sensível, políticas públicas comprometidas com a equidade e profissionais formados para atuar com sensibilidade cultural e responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Saúde coletiva e fronteira: os desafios da atenção à saúde na Tríplice Fronteira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 26, 2018.

ALMEIDA FILHO, N**.** Reconhecer Flexner: o ideário da reforma sanitária e a educação médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 380–391, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200013. Acesso em: 11 jun. 2025.

AYRES, J. R. C. M**.** Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação***,* v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. [S.l.]: Cepesc, 2009.

BRASIL, Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, **Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Imigrante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P. M. A Cooperação Internacional em Saúde e a Pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública***,* v. 36, n. 7, e 00168420, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/jD4ZhnGJdSvnNbmbGxRKrRm/. Acesso em: 11 jun. 2025.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A**.** A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CECÍLIO, L. C. O**.** As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 113–126.

CZERESNIA, D**.** O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FLEURY, S. Reforma Sanitária e Cidadania: a saúde como direito. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 233–239, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O acesso ampliado e as redes de produção de saúde: considerações sobre a organização do processo de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, n. 27, 2003.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, L. O. M**.** A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 54, p. 30–42, 1999.

GIOVANELLA, L. et a**l.** Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. **Saúde em Debate,** v. 39, n. esp., p. 34–49, 2015.

HIORDANA, B**.** A importância da competência intercultural e dos mediadores interculturais no cuidado à saúde dos migrantes. **MigraMundo,** 19 abr. 2023. Disponível em: https://migramundo.com. Acesso em: 24 maio 2025.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S**. O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PAIM, J. S. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet,** v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

SABOIA, L. A interseccionalidade como categoria de análise das desigualdades em saúde. **Interface,** v. 25, 2021.

SASS, A. C**.** O cuidado nas fronteiras e o papel das redes solidárias. **Saúde e Sociedade**, 2020.

SILVA, J. F. et al**.** Dinâmicas de saúde transfronteiriça na Tríplice Fronteira. **Revista de Saúde Pública da Região Sul,** v. 15, n. 2, p. 97–113, 2021.

SPIES, M. A. **Brasileiros e o acesso ao SUS:** a cidadania na região fronteiriça de Foz do Iguaçu. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.