



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
FRONTEIRIÇOS
CÂMPUS PANTANAL



JULIANE DA SILVA CORDEIRO

GESTÃO DO TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO: ATENDIMENTO AO MIGRANTE NA
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ-MS

Corumbá-MS

2024

JULIANE DA SILVA CORDEIRO

**GESTÃO DO TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO: ATENDIMENTO AO MIGRANTE NA
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Estratégias políticas, mobilidade humana e desenvolvimento territorial.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisa Pinheiro de Freitas

Corumbá-MS

2024

JULIANE DA SILVA CORDEIRO

**GESTÃO DO TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO: O ATENDIMENTO AO MIGRANTE
NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em ____/____/____

Conceito _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elisa Pinheiro Freitas
Orientadora

1.^a Avaliadora
Prof.^a Dr.^a Claudia Araújo de Lima
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

2.^a Avaliadora
Prof.^a Dr.^a Marcia da Silva
Universidade Estadual do Centro Oeste

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará”
(Bíblia Sagrada, Salmos 23:1-6)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me guiar e proteger;

À família, mãe e pai que são a minha razão e força, aos meus irmãos Josi e Junior, pela compreensão dos motivos de ausência, e por eu estar distante de vocês durante o tratamento de câncer da nossa matriarca foi o maior desafio durante a elaboração dessa dissertação;

Ao meu marido Eduardo Cabral, detentor de uma paciência incomparável sempre oferecendo apoio, compreensão e estímulo;

À minha orientadora Professora Dr.^a Elisa Pinheiro de Freitas, possuidora de uma delicadeza e sabedoria, soube me apoiar e acolher diante das adversidades da minha vida pessoal como a doença grave que acometeu com a minha mãe e o excesso de trabalho desgastante; desde o início me acolheu, orientou e me ensinou a crescer como pessoa, professora e enfermeira;

Aos professores do MEF que contribuíram para um novo conhecimento sobre fronteira e por me ajudarem a mudar meu preconceito sobre o migrante;

Aos meus colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF), que contribuíram para que eu tivesse novos conhecimentos sobre as questões referentes à fronteira, em especial à Joyce, que foi uma amiga e incentivadora durante essa trajetória;

À minha amiga, minha mãe pantaneira, Rosemarie, sem ela esse projeto não teria acontecido;

Aos meus amigos e colegas de trabalho do Samu, em destaque para o Dr. Anderson Oliveira, e da UniCesumar, em especial à Larissa, que compreenderam a minha dedicação e a importância dessa pesquisa;

Aos membros da banca examinadora, à Prof.^a Dr.^a Marcia da Silva e à Prof.^a Dr.^a Claudia Araújo de Lima, pelo carinho e acolhimento durante a qualificação, o carinho de vocês foi fundamental para um novo estímulo e a não desistência do projeto;

Aos meus colegas de trabalho da UPA, do Pronto-Socorro Municipal e da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que se dispuseram a participar dessa pesquisa;

A todos, a minha sincera gratidão!

APRESENTAÇÃO DA AUTORA

Meu nome é Juliane da Silva Cordeiro. Sou natural de São José do Rio Preto-SP, porém fui criada em Campo Grande-MS, e resido em Corumbá-MS. Sou graduada em Enfermagem, pela Uniderp em Campo Grande; sendo especialista em Atenção Básica em Saúde da Família, pela UFMS; possuo especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública, pelo Hospital Sírio-Libanês; Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar, pela Unyleya; e, atualmente, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal.

Minha trajetória profissional em Corumbá-MS iniciou-se em 2006 na Atenção Primária à Saúde em Unidade de Saúde da Família, estendendo-se por um período de 10 anos. A atuação na rede de urgência e emergência iniciou-se juntamente com a Atenção Primária à Saúde como plantonista do Pronto-Socorro Municipal de Corumbá e da Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Dr. José Abílio M. Barros. Em 2011, tornei-me plantonista intervencionista do Serviço de Atendimento Móvel Urgência (Samu) de Corumbá. Em 2017, desvinculei-me da Atenção Primária à Saúde e convergi para a urgência e emergência, atuando como coordenadora de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá. Já em 2019, dediquei-me ao Samu como enfermeira intervencionista e como coordenadora do serviço por 4 anos, em que me encontro até o presente momento como enfermeira intervencionista.

Juntamente com a atuação no Samu, desde 2022 desempenho a profissão de professora do curso de medicina da UniCesumar no câmpus Corumbá, como docente da disciplina de Emergências Clínicas em Simulação Realística.

Atuei por vários anos no Pronto-Socorro Municipal e na UPA, levando em consideração que a minha graduação não ofereceu oportunidade nem conhecimento específico para atuar com migrantes; esse primeiro contato profissional foi adquirido em Corumbá-MS. Entretanto, essa experiência ocorreu de forma confusa e sem uma informação adequada quanto à conduta e ao fluxo de atendimento correto e adequado, acarretando um atendimento angustiante e que causava desconforto.

A motivação desse estudo reside na curiosidade da própria pesquisadora, face à presença de migrantes em ambas as unidades de urgência e emergência, em situações vulneráveis na busca de assistência à saúde, associadas ao desconhecimento e à dificuldade no processo de trabalho, o que fez surgir a necessidade de aprofundamento no tema.

E com todos esses anos de experiência, o atendimento ao migrante ainda é instável em Corumbá. Sendo assim, iniciei essa trajetória de pesquisa e estudo em busca de compreender a fronteira, as legislações e vencer o meu próprio preconceito enquanto profissional de saúde.

CORDEIRO, Juliane da Silva. **Gestão do território fronteiriço**: o atendimento ao migrante na rede de urgência e emergência de Corumbá-MS. 145f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços) – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal, Corumbá, 2024.

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema a gestão do território fronteiriço e o atendimento ao migrante na rede de urgência e emergência de Corumbá-MS. O objetivo é identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no atendimento ao migrante nos serviços da Rede de Urgência e Emergência do município de Corumbá, situado na fronteira internacional Brasil-Bolívia, como forma de contribuir para a gestão desse território. É uma pesquisa qualitativa direcionada para profissionais atuantes e não atuantes na área de saúde, das Unidades de Pronto Atendimento – Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós”, e no Pronto-Socorro Municipal de Corumbá – Dr. Rogério Takaki Bento – feita por questionário como instrumento de coleta de dados. O direito à saúde foi uma conquista que transcorreu da longa caminhada, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos até a conquista da Lei da Migração; entretanto, essa trajetória é marcada por diversas dificuldades, tais como: o acesso aos serviços de saúde para o público migrante; o preconceito; o desconhecimento de legislação específica; o financiamento público; e o idioma como uma barreira de comunicação. A fronteira de Corumbá, no Brasil, com a Bolívia é corredor de passagem para diversas nacionalidades, bem como destino de moradia, e, dentre as diversas interações entre migrante e cidade acolhedora, o uso dos serviços de saúde merece destaque. Quanto à análise, a presença do migrante pendular em Corumbá é muito observada nos serviços de saúde, indo ao encontro com os dados do sistema de informação da saúde, em que predomina a nacionalidade boliviana nos atendimentos de saúde. Entre os resultados, constatou-se a presença de preconceito em relação ao atendimento a migrantes, a barreira linguística, a necessidade de protocolo de atendimento e o desconhecimento da legislação que garante a assistência à saúde. Diante disso, aponta-se a necessidade de adequar o processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência de Corumbá (BR) juntamente com a capacitação dos profissionais de saúde para, assim, oferecer assistência de saúde digna ao migrante no município.

Palavras-chave: Fronteira. Gestão de território. Serviços de urgência e emergência. Dificuldades dos profissionais de saúde. Bolívia.

CORDEIRO, Juliane da Silva. **Gestión del territorio fronterizo: atención a migrantes en la red de urgencia y emergencia de Corumbá-MS.** 145f. Tesis de Maestría (Programa de Maestría Profesional de Postgrado en Estudios de Fronteras) – Fundación Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Pantanal, Corumbá, 2024.

RESUMEN

Este estudio tiene como tema la gestión del territorio fronterizo y la atención al migrante en la red de urgencia y emergencia de Corumbá-MS. El objetivo es identificar las dificultades vivenciadas por los profesionales en la atención al migrante en los servicios de la Red de Urgencia y Emergencia del municipio de Corumbá, ubicado en la frontera internacional Brasil-Bolivia, como una forma de contribuir para la gestión de ese territorio. Es un estudio cualitativo dirigido a los profesionales que trabajan y no trabajan en el área de salud, de las Unidades de Pronto Atención – Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós”, y en el Pronto-Socorro Municipal de Corumbá – Dr. Rogério Takaki Bento –, a través de cuestionarios como instrumento de recolección de datos. El derecho a la salud fue una conquista que surgió de la larga trayectoria desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta la conquista de la Ley de Migración; sin embargo, esta trayectoria está marcada por diversas dificultades, tales como; el acceso a los servicios de salud para el público migrante, la discriminación, el desconocimiento de la legislación específica, el financiamiento público y el idioma como una barrera de comunicación. La frontera de Corumbá (BR) con Bolivia es un corredor de pase para diversas nacionalidades así como un destino de residencia, y entre las diversas interacciones entre migrante y ciudad receptora, el uso de los servicios de salud merece ser destacado. En cuanto al análisis, la presencia del migrante pendular en Corumbá es observada ampliamente en los servicios de salud, coincidiendo con los datos del sistema de información de salud, donde predomina la nacionalidad boliviana en las atenciones. Entre los resultados se constató la presencia de discriminación en relación con la atención a migrantes, la barrera lingüística, la necesidad de un protocolo de atención y el desconocimiento de la legislación que garantiza la asistencia a la salud. En consecuencia, se señala la necesidad de adecuar el proceso de trabajo en las unidades de urgencia y emergencia de Corumbá (BR) junto con la capacitación de los profesionales de salud para así ofrecer una asistencia de salud digna al migrante en el municipio.

Palabras clave: Frontera. Gestión del territorio. Servicios de urgencia y emergencia. Dificultades de los profesionales de salud. Bolivia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dinâmica do atendimento a migrantes na UPA e no PSM	82
Tabela 2 – Atendimento de migrantes registrados em 2022 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde	86
Tabela 3 – Atendimento de migrantes registrados em 2023 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde	87
Tabela 4 – Atendimento de migrantes registrados em 2024 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde	88
Tabela 5 – Atendimento de migrantes registrados em 2022 na UPA no Sistema de Informação de Saúde	89
Tabela 6 – Atendimento de migrantes registrados em 2023 na UPA no Sistema de Informação de Saúde	90
Tabela 7 – Atendimento de migrantes registrados em 2024 na UPA no Sistema de Informação de Saúde	90
Tabela 8 – Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 na UPA	91
Tabela 9 – Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 no PSM	91
Tabela 10 – Barreiras no atendimento realizado a migrantes na UPA e no PSM	96
Tabela 11 – Sugestões dos entrevistados para melhorias de atendimento na UPA e no PSM	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Conurbação urbana na região fronteira Brasil-Bolívia	21
Figura 2- Fluxograma do desenvolvimento do marco teórico	28
Figura 3 – Fluxograma do percurso da análise de conteúdo temática de frequência	31
Figura 4 – Faixa de Fronteira do Brasil	34
Figura 5 – Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul	47
Figura 6 – Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul 2024	48
Figura 7 - Trajetória do acesso aos serviços de saúde	50
Figura 8 – Estabelecimentos de saúde da macrorregião de Corumbá-MS	69
Figura 9 – Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Espanhol	110
Figura 10 – Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Francês	112
Figura 11 – Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Inglês	114
Figura 12 – Carta de Sugestão proposta para Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – As regiões de saúde de Mato Grosso do Sul	49
Quadro 2 – Características do financiamento, da organização e prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul	62
Quadro 3 – Serviços de saúde da Atenção Básica da rede municipal de Corumbá-MS	67
Quadro 4 – Serviços de alta e média complexidade municipal de Corumbá-MS	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Categoria profissional dos entrevistados	77
Gráfico 2 – Unidades de saúde em que os entrevistados trabalham	78
Gráfico 3 – Nacionalidades de migrantes mais assistidas na UPA e no PSM	80
Gráfico 4 – Atendimentos a migrantes na UPA e no PSM registrados no Sistema de Informação da Saúde (SIS)	92
Gráfico 5 – Percentual total de atendimentos a migrantes na UPA e no PSM faturados e não faturados no SIS	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Dudh	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MS	Mato Grosso do Sul
Mercosul	Mercado Comum do Sul
NIS	Núcleo de Informação da Saúde
Noas	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIM	Organização Internacional para as Migrações
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PIDCP	Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos
PDI	Plano Diretor de Investimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PSM	Pronto-Socorro Municipal
PNCH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PPGEF	Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços
PNDR	Políticas Nacionais de Desenvolvimento Regional
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
Safci	<i>Programa de Salud Familiar Comunitária Intercultural</i>
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPAM	<i>Seguro de Salud para el Adulto Mayor</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Ações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
2.1	Proposta de pesquisa	25
2.2	Desenvolvimento teórico	27
2.3	Análise dos dados e resultados	28
3	FRONTEIRA E GESTÃO DO TERRITÓRIO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATO GROSSO DO SUL/BRASIL	32
3.1	A fronteira	33
3.2	Direito ao acesso à saúde	39
3.3	Políticas públicas de saúde em fronteira	50
4	MIGRAÇÃO E SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA	60
5	ATENDIMENTO AO MIGRANTE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ-MS: UM ESTUDO DE CASO	77
5.1	Processo e estrutura do atendimento do migrante nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM)	81
5.2	Possíveis barreiras no atendimento a migrantes nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM)	95
5.3	Sugestões elencadas pelos profissionais para melhorar o seu atendimento e a assistência ao público migrante	101
6	CONSIDERAÇÕES	104
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	136
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE	139
	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA DA	

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PREFEITURA DE CORUMBÁ	140
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	141

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das sociedades desde suas origens traz consigo a mobilidade humana como um evento histórico. Os registros da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam o aumento de 10% nos índices de deslocamento de pessoas de seus países, motivados por fatores de origem social, ambiental, religiosa, econômica e política (Barreto *et al.*, 2019).

Conforme Oliveira *et al.* (2018), as sociedades vão se desenvolvendo e novas demandas por direitos são geradas como resultado das novas percepções sobre direitos humanos que vão surgindo e, assim, entende-se que essa busca pela conquista e garantia dos direitos humanos é um movimento contínuo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dudh), aponta aos países quais são as necessidades para o cumprimento do respeito e da ética aos seres humanos; entretanto, o documento não designa a obrigatoriedade de todos os estados da Federação em acolher suas diretrizes. Os autores Costa e Lima (2023) esclarecem que a Dudh é um Tratado, sendo assim, não obriga os estados a acatarem, mesmo sendo indissociáveis o direito à vida e à saúde. Quando se olha para a amplitude das questões e abordagens dos Direitos Humanos, a garantia deles ocorre pelo respeito à individualidade, liberdade de escolha de crença, expressão, opção sexual e política com igualdade perante a justiça (Costa; Lima, 2023).

Em 1948, a Dudh foi constituída para assegurar a garantia da dignidade no valor humano, da igualdade de gêneros e da liberdade, como propõem os objetivos traçados pelas Nações Unidas. O Brasil assegurou os direitos sociais, civis e individuais dos cidadãos com a Constituição Federal de 1988, agregando a harmonia social ao comprometimento dos representantes dos povos brasileiros, instituindo-se os princípios fundamentais da República Federativa do Brasil (Brasil, 2000).

No ano de 2000, o Estado brasileiro trouxe à Constituição Federal do Brasil com a Emenda Constitucional n. 26, em seu art. 6.º, que “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 2000).

Assim, entende-se que o cumprimento das recomendações e normativas instituídas pela Constituição Federal e pela Dudh, o Estado está assegurando os direitos sociais e de acesso à saúde, unido ao gerenciamento de recursos e políticas públicas que garantam a

preservação da humanidade. Oliveira *et al.* (2018) acrescentam que a dignidade humana é um princípio inquestionável no plano político-legal, independentemente das diferenças sociais e culturais dos indivíduos.

Milesi e Carlet (2012), bem como Alpires e Freitas (2021), enfatizam que, na longa história da humanidade, o deslocamento humano é motivado por diferentes circunstâncias correspondentes de uma sociedade mais complexa, marcadas pelo desequilíbrio socioeconômico, pela violência, pelo desrespeito à igualdade e dignidade humana. Essa necessidade de mobilidade humana em busca de melhor qualidade de vida e esperança é observada nas regiões de fronteira, tanto como local escolhido pelo imigrante em viver na cidade fronteiriça, quanto como passagem até seu destino final.

Ainda no contexto das migrações, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) informa que o Brasil, no ano de 2020, foi classificado em 5.º lugar entre os 20 países da América Latina e do Caribe com maior número de migrações e complementa afirmando que esses movimentos migratórios podem favorecer a vulnerabilidade do imigrante, favorecendo o aparecimento de doença e risco à saúde (OIM, 2022).

Para Barreto *et al.* (2019), o Brasil tornou-se um destino de escolha para os imigrantes, devido à facilidade relativa de se cruzarem as fronteiras nacionais, pela boa localidade e pela possibilidade de adquirir visto de permanência de forma mais rápida e menos burocrática quando comparada a outros países.

Rodrigues e Dias (2012) defendiam que a intensidade dos movimentos migratórios desencadeava transformações recorrentes nos processos sociais, econômicos e demográficos das sociedades. Dentro desses processos de integração das sociedades, destaca-se a saúde como eixo fundamental e desafiador para a assistência dos imigrantes nos países de acolhimento.

Na fronteira, os serviços de uso coletivo, como educação, saneamento e saúde, são ofertados de forma assimétrica; para Mondardo e Staliano (2020), essa predominância para o Brasil ocorre devido à oferta do Sistema Único de Saúde (SUS) universal e gratuito, o que difere da maioria dos outros sistemas de saúde dos países vizinhos.

A OIM (2022) reforça que a condição de ser imigrante afeta o acesso qualificado aos serviços de saúde em junção com os determinantes sociais de gênero, orientação sexual, raça, idade, etnia e região de residência. Nesse cenário, as políticas públicas necessitam estar preparadas para a interferência dessas influências em todas as esferas de governo.

O estado de Mato Grosso do Sul, situado no Centro-Oeste do Brasil, detém o único município que faz fronteira com dois países – Paraguai e a Bolívia –, o município de Corumbá, que foi fundado a partir de um longo processo histórico de conflitos por posse de terras, por colonização e pela inaplicabilidade de tratados, até a nova redefinição de limites (Oliveira; Correia; Oliveira, 2017).

Corumbá possui uma particularidade em relação a outras regiões de fronteira do Brasil: uma variedade de imigrantes de diversas nacionalidades, que participaram da sua colonização devido à cidade fazer parte da Bacia Platina e após a Guerra do Paraguai (1864-1870). O município tornou-se atrativo para os estrangeiros, tais como italianos, sírios, portugueses, espanhóis, franceses, entre outros, acarretando uma grande ascensão social e econômica, com a instalação de indústrias em que, entre os proprietários, predominavam os imigrantes. O advento da construção da ferrovia em direção a Santa Cruz de la Sierra (Bolívia), em 1940, intensificou as relações com os bolivianos pelo comércio, pela mão de obra na construção civil e pela ferrovia, somadas à chegada dos palestinos fugidos da guerra em seus países, favoreceu as práticas comerciais e as relações com os vizinhos bolivianos (Oliveira; Correia; Oliveira, 2017).

No contexto da fronteira Brasil-Bolívia, o município de Corumbá possui uma estreita relação com Ladário, do lado brasileiro, e com as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suárez, na Bolívia. Destaca-se que, pela característica de “fronteira seca” e pelo Acordo de Roboré (1958), que favorece a passagem entre os territórios de cada país, os procedimentos foram simplificados devido a esse instrumento diplomático, que reduzia o tempo e os trâmites dos postos migratórios. Sendo assim, a circulação pela fronteira internacional Brasil-Bolívia se intensificou (Corumbá, 2024).

A cidade de Corumbá, sendo dotada de melhor infraestrutura na área da saúde, absorve, no serviço público, um fluxo significativo e com uma diversidade populacional em busca de assistência à saúde gratuita oferecida pelo SUS (Ferreira; Mariani; Braticevic, 2015).

A partir disso, a cidade de Corumbá, sendo a maior cidade da macrorregião de saúde Pantanal do estado de Mato Grosso do Sul, é referência de saúde para o município de Ladário e absorve as demandas de saúde das cidades vizinhas: Puerto Quijarro e Puerto Suarez (BO), que não gozam de acesso a serviços de saúde amplamente (Pereira; Sá; Freitas, 2020).

Na Figura 1, “Conurbação urbana na região fronteiriça Brasil-Bolívia”, podemos observar a situação geográfica, que engloba quatro centros urbanos que marcam as relações fronteiriças entre Brasil-Bolívia:

Figura 1 – Conurbação urbana na região fronteiriça Brasil-Bolívia



Fonte: Freitas (2022)

É interessante estabelecer alguns conceitos e entendimentos antes de se iniciar a análise do estudo. O deslocamento humano ocorre pelos movimentos de pessoas, independentemente da duração e da distância, e proporcionam uma mobilidade em determinado território. O ato de se deslocar de um determinado território é definido como migração pela OIM, seja pelo deslocamento temporário, seja pelo permanente; resultante de uma série de fatores, como econômicos, sociais, culturais ou naturais. Para Lira *et al.* (2019), no caso de região de fronteira internacional, deve-se pensar no fluxo constante e por diversos tipos de relações. O processo/motivo que sucede a migração é composto por atores distintos: o migrante, o transitório e o refugiado, que são motivados por questões singulares a cada processo.

Diante dessa diversidade de taxonomias motivadas por diferentes condições do processo migratório, estaremos esclarecendo as bases do estudo e das menções apresentadas no desenvolvimento do marco teórico. Considerando o Decreto n. 9.199, de 20 de novembro de 2017, que regulamenta a Lei Migração (Brasil, 2017a, n.p.), considera-se

[...] I - migrante - pessoa que se desloque de país ou região geográfica ao território de outro país ou região geográfica, em que estão incluídos o imigrante, o emigrante e o apátrida;

II - imigrante - pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalhe ou resida e se estabeleça temporária ou definitivamente na República Federativa do Brasil;

III - emigrante - brasileiro que se estabeleça temporária ou definitivamente no exterior;

IV - residente fronteiriço - pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserve a sua residência habitual em Município fronteiriço de país vizinho;

V - visitante - pessoa nacional de outro país ou apátrida que venha à República Federativa do Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional;

VI - apátrida - pessoa que não seja considerada como nacional por nenhum Estado, conforme a sua legislação, nos termos da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, de 1954, promulgada pelo Decreto n. 4.246, de 22 de maio de 2002, ou assim reconhecida pelo Estado brasileiro;

VII - refugiado - pessoa que tenha recebido proteção especial do Estado brasileiro, conforme previsto na Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997.

O elo entre a migração, a fronteira/gestão do território e a saúde deve ser considerado examinando os múltiplos fatores que os circundam, como: dificuldades de comunicação linguística, adaptação, ausência de suporte social formal ou informal, preconceito racial e étnico, discriminação e desvalorização profissional, que afetam os migrantes quando se instalam em outros países. Considerações essas que determinam e condicionam o processo de saúde e doença, resultando na busca por atendimentos emergenciais. Nesse universo, é clara a responsabilidade que o profissional de saúde tem quanto aos cuidados com os imigrantes (Barreto *et al.* 2019).

Os profissionais de saúde atuantes na região de fronteira enfrentam um desafio em prestar assistência a migrantes; Rodrigues e Dias (2012) defendem que as implicações na interação de ambos podem refletir na prática clínica, no nível de diagnóstico e na prescrição do tratamento adequado, gerando novos desafios à estrutura e organização dos serviços de saúde e na prática clínica propriamente dita.

No âmbito dos Direitos Humanos direcionados a saúde do indivíduo, a OMS trabalha em busca de estabelecer incansavelmente estratégias que assegurem que os países cumpram com suas obrigações. E, no vasto campo de abordagem da saúde, o acesso dos migrantes a esses serviços é um desafio para as autoridades brasileiras e de todo mundo.

As cidades localizadas nas regiões de fronteira internacional possuem um dinamismo diferente se comparado às outras cidades em posições geográficas centrais do País, e necessitam de olhares atentos das autoridades governamentais dos municípios para as suas particularidades, que impactam diretamente nos diversos tipos de políticas públicas locais. As políticas públicas de saúde exigem uma gestão do território de fronteira e parcerias que

abarcarem as especificidades aqui levantadas neste estudo realizado exatamente por um mestrado em estudos fronteiriços da região.

Dadas as particularidades sobreditas, considera-se relevante trazer conhecimento sobre o tema, resgatando conceitos sobre a fronteira como a base do estudo, estendendo as singularidades dessas regiões, resgatando a concepção e a evolução dos direitos dos migrantes no Brasil, desde a Constituição [Federal até a Lei da Migração, bem como as características do sistema de saúde local no Brasil e na Bolívia e, por fim, o atendimento ao migrante na fronteira Corumbá (BR) com a Bolívia.

Nesse sentido, o estudo foi direcionado para os profissionais de saúde das unidades de urgência e emergência que mais atendem a migrantes em Corumbá, esses profissionais são os protagonistas do atendimento e, por intermédio deles, o estudo busca a compreensão sobre as observações e as características que envolvem as territorialidades, com ênfase na assistência à saúde relacionada a esse espaço de fronteira.

Desse modo, este trabalho objetivou identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no atendimento ao migrante nos serviços da Rede de Urgência e Emergência do município de Corumbá, situado na fronteira internacional Brasil-Bolívia, como forma de contribuir para a gestão desse território. E, em específico, conhecer o processo de atendimento aos migrantes nas Unidades de Pronto Atendimento – Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós”, e no Pronto-Socorro Municipal de Corumbá – Dr. Rogério Takaki Bento; analisar os dados obtidos a partir dos questionários aplicados junto aos profissionais de saúde e elaborar carta de sugestão à Secretaria Municipal de Saúde para capacitação dos profissionais quanto ao Protocolo de Acolhimento de Atendimento aos Migrantes Internacionais e a sugestão da ficha de atendimento adaptada.

Após a próxima seção, de apresentação dos processos metodológicos que envolvem esta pesquisa, a seção três é destinada à compreensão dos aspectos gerais sobre fronteira e os aspectos geográficos da fronteira internacional Corumbá/Brasil-Puerto Quijarro/Bolívia. Abordaremos questões da trajetória do direito quanto ao acesso à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a estruturação do Sistema Único de Saúde e a atual configuração que compreende a assistência de saúde na rede de urgência e emergência. Ainda nessa seção, explica-se o que é a macrorregião Pantanal, a região Pantanal e o município de Corumbá e as políticas públicas de saúde com ênfase na fronteira Corumbá-Bolívia.

A seção quatro tem a finalidade de explicar as características que envolvem os sistemas de saúde na fronteira Brasil-Bolívia e os cenários que envolvem a gestão do território dessa fronteira.

Por fim, a quinta seção apresenta as características e a dinâmica do atendimento ofertado ao migrante na rede de urgência e emergência na fronteira Brasil-Bolívia, de acordo com a pesquisa realizada com os profissionais atuantes nas unidades de estudo; além disso, essa seção traz as sugestões dadas pelos profissionais pensando na melhoria da qualidade de assistência a ser prestada ao público migrante e para ajudar os próprios profissionais a executarem suas funções.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nas palavras de Köche (2015), a ciência decorre de um processo de investigação por meio de conhecimentos sistematizados e seguros, baseados em planejamento, a fim de buscar explicação para o problema investigado. Köche (2015) ressalta que pesquisar é identificar uma dúvida a ser esclarecida, depois construir e executar o processo que apresenta a solução do problema gerador da dúvida.

Gil (2017) reforça a mesma definição, de pesquisa sendo procedimento racional e sistemático, que busca a solução de determinado problema e acrescenta que, ao longo desse processo, a pesquisa caminha por diversas fases amparadas por métodos e técnicas de investigação científica.

2.1 Proposta de pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa exploratória, o problema a ser examinado decorre de uma dúvida ou de um tema pouco abordado e estudado, possui a intenção de discorrer, esclarecer e converter conceitos baseados neste problema levantado (Gil, 2017).

Esse estudo teve a aplicabilidade de uma pesquisa de abordagem qualitativa acerca das questões que permeiam o atendimento aos migrantes no Pronto-Socorro Municipal Dr. Rogério Takaki Bento e na Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós”. Busca-se uma pesquisa de caráter descritivo-exploratória, a partir do contexto local da rotina e do fluxo de atendimento aos migrantes, e as percepções dos profissionais, que são os agentes do atendimento nessas unidades de saúde; considerando as especificações e relações nos aspectos sociais, políticos, geográficos, econômicos nesse determinado recorte escolhido, que é a fronteira Brasil-Bolívia.

No campo da saúde, um estudo qualitativo possibilita a compreensão das concepções de diferentes sujeitos – usuários, gestores, profissionais – sobre diversas questões relevantes, que vão desde o acesso a serviços de saúde, doenças e morte, injustiças sociais, entre outras tantas questões que vão além da quantificação (Dantas; Amorim, 2023).

Portanto, o recorte da pesquisa é a cidade de Corumbá, concentradamente nas duas unidades de saúde fixas de urgência e emergência:

- a) Pronto-Socorro Municipal Dr. Rogério Takaki Bento, localizado na região central de Corumbá, na rua Colombo, s/n, anexo ao Hospital Santa Casa de Corumbá, que

foi inaugurado em 20 de dezembro de 2022 (Corumbá, 2022), sendo referência para as demais unidades de saúde do município e da macrorregião de saúde;

- b) Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós”, localizada na região alta da cidade de Corumbá, na rua Luiz Feitosa Rodrigues, s/n, no bairro Guatós.

No decorrer do trabalho, referenciaremos o Pronto-Socorro Municipal Dr. Rogério Takaki Bento como PSM para facilitar o entendimento durante a análise dos resultados dos entrevistados; e a Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Abílio M. de Barros – UPA Guatós – como UPA, já que município dispõe somente de uma unidade de saúde nessa configuração de prontoatendimento de saúde (UPA), não havendo nenhuma possibilidade de confundir com outra unidade.

A população de estudo foi composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e pelos recepcionistas de ambas as unidades. Para ser critério de inclusão na pesquisa, os profissionais devem atuar no serviço há mais de seis meses, numa amostragem que seja conveniente para a coleta de dados, devido à alta rotatividade de profissionais.

O fato decorre do fluxo fronteiriço constante de profissionais, por causa da presença da Marinha do Brasil e do Exército Brasileiro na cidade de Corumbá. Anualmente, as duas Forças militares realizam a alternância de profissionais por conta do serviço obrigatório militar. Outro fator é o encerramento de contratos da prefeitura de Corumbá, há muito tempo foi feita a última efetivação do quadro de funcionários por concurso público.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam em tempo de atuação inferior a seis meses e os ausentes, por licença ou qualquer outro tipo de afastamento.

Diante dessa peculiaridade do município, a rotatividade dos profissionais torna esse número variável; sendo assim, foi estipulada a amostra de 1/4 dos profissionais dentro dos critérios de inclusão, correspondendo a 25 amostras necessárias, distribuídas entre as diversas categorias, sem nenhuma recusa de participação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS, 2012), e autorizada pelo parecer n. 6.512.842, de 20 de novembro de 2023 (ANEXO F).

O ambiente da pesquisa foram as próprias unidades de saúde, sem prejuízo do funcionamento da unidade nos turnos manhã, tarde e/ou noite, sendo autorizada pelos gestores

da Secretaria Municipal de Saúde, Secretária Municipal de Saúde (ANEXO D) e pela Gerente de Atenção à Saúde da Prefeitura de Corumbá (ANEXO E).

A anuência da coordenação imediata de ambas as unidades de saúde foi realizada por um projeto que apresentava a pesquisa. O intuito era para que todos pudessem colaborar, com disponibilidade de tempo dos profissionais participarem, no melhor horário e local para realização da pesquisa. Sendo assim, não ocorreu nenhum prejuízo ao entrevistado, à identidade, e o acesso às informações fornecidas foi preservado, oferecendo assim proteção, descrição e segurança para o entrevistado.

A coleta de dados ocorreu em uma única etapa com um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), de perguntas abertas, fechadas e escalas de atitude, conforme Gil (2017), sendo apresentado impresso, contendo informações sociodemográficas, variáveis profissionais e de processo de trabalho.

Os 25 questionários foram precedidos de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo fornecida uma cópia para o arquivo pessoal do(a) entrevistado(a). Caso o(a) profissional se sentisse constrangido(a) ao responder a alguma pergunta do questionário, houve a opção de não responder a ela, sem nenhum prejuízo ou constrangimento para ele(a); mas somente uma pergunta do questionário não foi respondida por um dos entrevistados.

Os entrevistados estavam cientes da opção de solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, pelos meios de contato explicitados no TCLE, e da preservação dos dados coletados na pesquisa, baseado na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Brasil, 2018).

2.2 Desenvolvimento teórico

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em revistas científicas nos bancos de dados do Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) entre outras, utilizando os descritores: urgência e emergência na fronteira; atendimento de saúde a imigrantes/migrantes; acesso de saúde na fronteira; fronteira; sistema de saúde na Bolívia; e percepção de profissionais de saúde na fronteira.

O marco teórico e os demais descritores foram baseados no fluxograma, como pode ser observado na Figura 2 “Fluxograma do desenvolvimento do marco teórico”, tendo o atendimento dos profissionais da urgência e emergência na fronteira como tema central.

Figura 2 – Fluxograma do desenvolvimento do marco teórico



Fonte: da própria autora

Sobre o atendimento específico dos profissionais de saúde da urgência e emergência em região de fronteira, pouco se encontra em bases de pesquisa; sendo assim, ampliou-se o campo de pesquisa bibliográfica para o atendimento de saúde, complementando com os estudos mais abrangentes das unidades básicas de saúde, em que constava a participação de profissionais de saúde, estratégia essa que colaborou para a pesquisa até como um dado comparativo.

2.3 Análise dos dados e resultados

A coleta de dados foi realizada após a aplicação do teste-piloto, sendo realizada nas unidades de saúde, respeitando a rotina de trabalho e anuência da coordenação para não prejudicar o atendimento à população no momento.

Lakatos e Marconi (2010) ressaltam que o objetivo do pré-teste é observar possíveis dificuldades de compreensão de linguagem do texto, falhas e inconsistências. Diante disso, o pré-teste foi aplicado em oito profissionais atuantes das unidades pesquisadas; foram observadas necessidades de modificar algumas perguntas fechadas para abertas, proporcionando maior liberdade de expressão para os entrevistados.

O questionário foi elaborado pela própria pesquisadora, aplicado na primeira quinzena de Abril 2024, na intenção de utilizar linguagem simples, objetiva e de fácil entendimento. As questões abertas foram uma estratégia para buscar mais informações das necessidades do objetivo da pesquisa. A realização de entrevistas era a opção inicial da pesquisa, ficando impossibilitada devido às questões relacionadas a prazo com CEP.

Diante do exposto, as questões abertas foram a melhor opção, com aplicação do questionário impresso feita pessoalmente pela própria pesquisadora a fim de esclarecer quaisquer dúvidas e garantir uma pesquisa de campo com maior rigor de detalhes.

O *corpus* da pesquisa contempla os entrevistados: membro da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), atuante no Núcleo de Informação da Saúde (NIS) (1); coordenador da UPA (1); coordenador do PSM (1); membros da equipe técnica da UPA e do PSM que exercem a função de recepcionista em suas respectivas unidades de lotação (2), contribuindo com informações do processo de trabalho, fluxo e dados do sistema de informação de saúde local.

A primeira análise corresponde às perguntas fechadas, com informações acerca da característica da amostra analisada, sem oferecer exposição ao participante, com informações básicas para compreender o perfil dos participantes e as suas experiências com atendimento a migrantes, sendo tabuladas em planilha eletrônica *Microsoft Office Excel* e apresentadas em forma de gráficos e tabelas.

A segunda análise foi realizada com algumas perguntas abertas, e os seus resultados foram planilhados e quantificados, sendo apresentados em forma de gráficos e tabelas. Outras perguntas abertas foram submetidas à técnica de análise de Bardin (2016):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

Não obstante, devido à variedade de narrativas do processo que decorre da análise de conteúdo por diversos autores, foram utilizados os descritivos de Laurence Bardin (2016) e Sampaio e Lycarião (2021).

A análise de Bardin (2016) traz a construção da análise de conteúdo em 3 fases:

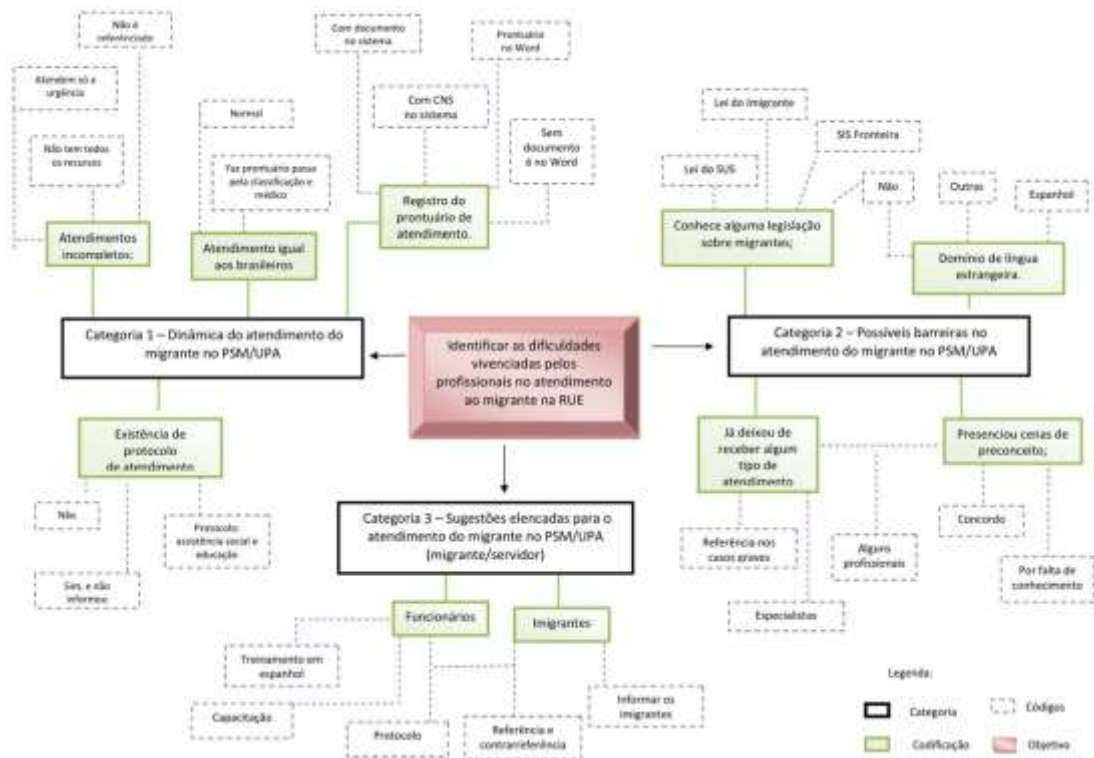
- a) a primeira fase: organização da análise; pela organização dos documentos que estarão no *corpus* de análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos, assim

como a elaboração dos indicadores para a interpretação final;

- b) a segunda fase: a codificação por meio da escolha das unidades, regras e até a classificação e agregação das categorias. Sampaio e Lycarião (2021) definem a codificação do conteúdo, como uma palavra ou frase curta que estabelece o predicado saliente ou essencial. Diante disso, deriva-se uma “etiqueta” um “rótulo” utilizado para classificar, qualificar e registrar partes do conteúdo conforme os objetivos da pesquisa. A codificação permite ao pesquisador organizar e agrupar os dados em categorias devido às suas características similares;
- c) a terceira fase: corresponde à categorização dos elementos de um conjunto que são reagrupados por um critério de categorização, que pode ser semântico – categorias temáticas; sintático – verbos e adjetivos; léxico – classificação das palavras segundo sentido, emparelhamento dos sinônimos e sentidos próximos; e expressivo – categorias que classificam as diversas perturbações de linguagem.

O percurso da análise das informações obtidas pelos questionários seguiu com a exploração do material, o tratamento e a interpretação dos dados com a técnica de análise de conteúdo temática de frequência. A primeira fase foi a leitura dos questionários para a compreensão do cenário que se encontrava nas respostas. Na fase seguinte, foram retirados dados para a caracterização do *corpus* da pesquisa, juntamente com recortes do texto e os códigos para estabelecer as categorias de análises. Na terceira fase, de tratamento e interpretação dos dados, as categorias definidas foram: “Variáveis da dinâmica do atendimento migrante na UPA e no PSM”; “Possíveis barreiras no atendimento a migrantes na UPA e no PSM”; e “Sugestões elencadas pelos profissionais para melhorar o seu atendimento e a assistência ao público migrante”; assim como demonstra a Figura 3 “Fluxograma do percurso da análise de conteúdo temática de frequência”:

Figura 3 – Fluxograma do percurso da análise de conteúdo temática de frequência



Fonte: da própria autora

3 FRONTEIRA E GESTÃO DO TERRITÓRIO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATO GROSSO DO SUL/BRASIL

O conceito de fronteira possui uma multiplicidade de sentidos, desde representações geográficas até adjetivos relacionados a contextos de interpretação de algo ou de alguma coisa distante ou desconhecida, como explicitou Costa (2009).

Raffestin (1993 *apud* Costa, 2023, p. 42) esclarece quais os termos necessários para se compreender e colaborar com o entendimento de fronteira e ressalta que, para se deter o poder de um local ou região, faz-se necessário repartir determinado território; e, para se ter um território, necessita-se da apropriação de um espaço; sendo assim, esse espaço necessita ser demarcado pelos limites, que podem ser marcações visíveis ou não, para a representação de um território. Esse território, assim demarcado, possui aspectos humanos, sociais e econômicos influenciados por determinado poder.

A estruturação de uma área de fronteira depende da compreensão sobre território e territorialidades, sobre flexibilidade e porosidade. Tais reflexões devem estar atreladas às práticas sociais, econômicas e culturais que envolvem as áreas fronteiriças (Costa, 2009).

Ainda Costa (2009) define que territorialidade é uma ação humana sobre o território, podendo ser uma ação individual, de um grupo, de uma empresa ou do Estado sobre determinado espaço geográfico, onde domina a dinâmica das relações das pessoas e dos recursos que atravessam frequentemente os territórios, causando diversos distúrbios de variadas grandezas mesmo em zonas fronteiriças.

Nogueira *apud* Costa (2009) destaca que a forma de se ver a fronteira depende dos olhos de quem vê e listou três maneiras de se visualizá-la:

a) *fronteira controlada*, vista pelo Estado e alimentada pelo controle de quem entra e quem sai, pela vigilância civil e militar do território; b) *fronteira percebida*, própria da sociedade do interior, bastante motivada pela ideologia do Estado-Nação, de como ela percebe a fronteira; e, c) *fronteira vivida*, como significado para a sociedade que está na fronteira (Nogueira, 2005 *apud* Costa, 2009, p. 68 – grifo no original).

As fronteiras na compreensão da geopolítica indicam um limite burocrático e administrativo entre municípios, regiões, unidades subnacionais, Estados nacionais e fronteiras; entretanto, as fronteiras identificadas nos mapas são também fronteiras simbólicas, resultado das relações sociais e de poder, que determinam questões de interesses de ambas as partes (Misoczky *et al.*, 2004).

3.1 A fronteira

A Constituição Federal do Brasil (1988), no art. 20, define o espaço fronteiriço de jurisprudência do Brasil e sua delimitação do Estado Nacional: “§ 2.º A faixa de até cento e cinquenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, designada como faixa de fronteira, é considerada fundamental para defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão reguladas em lei” (Brasil, 1988).

O Brasil possui uma extensa faixa de fronteira com os países da América do Sul: Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai. Contando com 588 municípios da faixa de fronteira, distribuídos em 11 estados e 33 cidades gêmeas, apresentando uma área total de 1.421.344,688 km², correspondendo a cerca de 16,7% do território brasileiro (IBGE, 2023).

Em 2022, foram realizadas algumas modificações nas composições municipais para a faixa de fronteira do Brasil, em que as cidades gêmeas foram incorporadas. As cidades gêmeas são caracterizadas por serem cidades que se encontram geograficamente uma ao lado da outra, porém localizadas em países diferentes; no estado de Mato Grosso do Sul, somente o município de Ponta Porã possui essa característica. A atualização torna-se relevante para as políticas públicas dessas regiões (IBGE, 2023). Na Figura 4 “Faixa de Fronteira do Brasil”, a seguir, podemos observar como se distribuem os 588 municípios que compõem a faixa de fronteira:

Figura 4 – Faixa de Fronteira do Brasil



Fonte: Freitas (2022)

A definição de fronteira não pode ser compreendida apenas como sendo linha de fronteira, como relata Costa (2009); a linha de fronteira é o limite do espaço em dado território terrestre que separa a soberania entre diferentes Estados; já a fronteira é uma área habitada que desenvolve atividades de intercâmbio. Vale destacar que uma nova interpretação contemporânea coloca a fronteira como comunidades inter-relacionadas social, econômica e politicamente e que necessitam de ações políticas direcionadas (Rodrigues, 2015).

Para os autores Mondardo e Staliano (2020), a fronteira é um ambiente de interação biossocial rico em transpasse e assume uma função mediadora e reguladora das relações

estabelecidas entre sociedade e natureza, proporcionando aos fronteiriços possibilidades de trabalho, de obter bens, de consumo e de acesso a políticas públicas em geral.

Em tese, os Estados Nacionais são construídos pela estabilização dos direitos civis, políticos e sociais, oferecendo monopólio jurídico, político e garantia de direitos à população sobre um determinado território pela cidadania nacional que articula entre os dispositivos de inclusão e exclusão territorial, delimitado por lugares de nascimento, moradia e pela existência ou não de documentos pessoais; e ser brasileiro significa ser nascido em território brasileiro ou ter sido naturalizado brasileiro (Albuquerque, 2015).

O cotidiano nas fronteiras, resultante das migrações e circulações de imigrantes entre as duas nacionalidades, envolvem procedimentos variados e complexas relações sociais, que variam, desde práticas que respeitam as políticas do Mercado Comum do Sul (Mercosul), por meio dos sistemas disciplinares, até as táticas e astúcias dessa população flutuante para contornar a fiscalização e o controle dos documentos pessoais e de residência nessa zona de fronteiras (Albuquerque, 2015).

As migrações e os processos migratórios vêm passando por profundas mudanças. Albuquerque (2015) considera as migrações internacionais como migrações fronteiriças, porque estabelecem relações, sendo elas conflituosas ou não, entre os imigrantes de diferentes nações e a população do país de destino. Esses deslocamentos fronteiriços, quando o objetivo é residir do outro lado do limite internacional, são tidos como migrações transfronteiriças; e quando ocorrem em região de fronteira aberta para fins de atividades cotidianas, tais como ir ao médico, ao trabalho, à escola, sem fixar residência, são consideradas circulações transfronteiriças; e ambas são movidas pelas diferenças e desigualdades políticas de cada lado da fronteira.

Tanto as migrações quanto as circulações transfronteiriças possuem características similares em diferentes contextos. Os fluxos possuem dupla direção e, de maneira pendular, um lado da fronteira pode ser mais atrativo em determinado aspecto, por exemplo a oferta de emprego, enquanto o outro pode ser interessante pelos serviços sociais que presta (Albuquerque, 2015).

Corumbá-MS, o município fronteiriço de interesse desse estudo, possui o nome de origem tupi-guarani: *Curupah*, que significa “lugar distante”. O município de Corumbá foi fundado em 1778 e localiza-se a oeste do estado de Mato Grosso do Sul; segundo dados do IBGE, em 2022, a população residente era composta por 96.268 pessoas; está inserido no

bioma Pantanal, à margem do Rio Paraguai, na fronteira com a Bolívia, tendo como cidades limites Ladário/Brasil e Puerto Quijarro/Bolívia (IBGE, 2022).

Por se tratar de uma cidade em posição central às demais de seu entorno, Corumbá é vizinha de Ladário, pelo lado brasileiro, e das cidades Puerto Suarez e Puerto Quijarro, pelo lado boliviano, estando conectadas, ao lado boliviano, por via pavimentada e servida por órgãos de fiscalização e controle, como Posto da Receita Federal, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal. O município de Corumbá destaca-se no que diz respeito às distribuições de atividades econômicas e profissionais (Oliveira; Correia; Oliveira, 2017).

Esse elo entre o Brasil e a Bolívia corresponde às cidades de Corumbá, Puerto Quijarro e Puerto Suarez, sendo esta última a capital da província de Germán Bush. Desempenham um papel de destaque como corredor de mercadorias entre São Paulo e Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia, devido às necessidades econômicas e demográficas da cidade boliviana (Costa, 2023).

Nesse mesmo sentido, devido a essa faixa de fronteira seca, Silva (2010) destaca que o livre trânsito de pessoas facilita para os bolivianos fronteiriços, brasileiros e residentes na Bolívia buscarem serviços de saúde mais sofisticados ou que não são encontrados em seu local de residência. Corumbá possui uma maior complexidade de serviços de saúde.

Para Zaslavsky e Goulart (2017), a mobilidade pendular, como também a migração pendular, equivale ao curso cotidiano das pessoas que residem em determinado município e trabalham ou estudam em outro.

Nessa mesma premissa, um estudo sobre as imigrações pendulares na fronteira de Corumbá observa:

Notamos o fluxo diário de pessoas que trabalham, estudam e/ou empreendem na Bolívia e retornam aos seus lares no Brasil. Da mesma maneira, isso ocorre no sentido inverso. É de relativa facilidade constatar que esses imigrantes pendulares fazem uso dos recursos que a vida de fronteira proporciona para adequarem-se às normas e leis impostas pela existência dos limites internacionais. Falamos aqui de braçais que trabalham com changa, caminhoneiros, comerciantes, feirantes, ambulantes, estudantes, entre outros, que cruzam o limite, senão diariamente, entre o Brasil e a Bolívia para trabalhar, fazer seus negócios e estudar (Oliveira; Correia; Oliveira, 2017, p. 8).

Oliveira; Correia; Oliveira (2017) retratam o imigrante como um ser nuncio de transformações, tanto na sociedade que ele deixa quanto na que o recebe. Essas transformações não somente envolvem questões de relações sociais como as de natureza

política, em que os Estados Nacionais necessitam elaborar soluções e entendimentos para as alegações de saúde, permissão de entradas e de interdições.

A globalização mudou a esfera mundial, novos desafios e problemas surgiram e se amplificaram e, diante da filantropia transfronteiriça, foi necessário administrar os problemas fronteiriços comuns em conjunto a fim de dividir responsabilidades entre os atores locais, resultando em um espaço fronteiro apto a responder com maior eficácia aos problemas (Alpires; Freitas, 2021).

Assim, para se pensar nas possibilidades e articulações para a gestão territorial em territórios fronteiriços, necessita-se de melhor compreensão das características desse determinado local frente às variáveis que se fazem presentes, em que vários elementos definem uma identidade local, ou seja, a identidade de uma fronteira é composta por diversas identidades compartilhadas, resultantes da integração cultural, econômica e social (Espírito Santo; Costa; Benedetti, 2017).

Corrêa (1992) esclarece que a gestão do território é uma faceta da gestão econômica, política e social, a ela está subordinada, mas também a condiciona. Sendo assim, é todo processo geral de gestão de um determinado local, por um conjunto de práticas que visam à criação, ao controle, à distribuição e função, ou seja, diversos determinantes do processo a fim de organizar determinado território em âmbito espacial.

Conduzindo o entendimento de gestão do território por Corrêa (1992) para as regiões de fronteira, Costa (2009) exprime sobre ordenamento territorial nas regiões de fronteira, trazendo a reflexão sobre a importância do planejamento político e judicial com práticas administrativas e ações públicas a fim de diminuir os problemas existentes nas regiões de fronteira, principalmente a fronteira seca. Julga-se a necessidade de atuação de um Conselho de Fronteira, composto por representantes da sociedade civil e do governo de cada município fronteiro, a fim de discutir e estabelecer ações integradoras sobre diversas áreas, como saúde, educação, comércio e transporte, dentre outros. Gadelha e Costa (2007) acrescentam que, em um contexto histórico e analítico, a faixa de fronteira ocupa uma parte expressiva do território brasileiro, caracterizada por precárias condições sociais e de cidadania e, para a solução das dificuldades no âmbito da saúde, faz-se necessário um planejamento integrado por intermédio dos comitês de fronteiras.

Em concordância aos autores supracitados, Espírito Santo e Voks (2023) também defendem a porosidade da fronteira e a permissividade de compartilhar atividades econômicas, sociais, políticas, culturais, ecológicas e de saúde. Em específico, a fronteira de

Corumbá e Bolívia recebe destaque quando se refere à saúde pública. O município do lado brasileiro sofre com vários problemas epidemiológicos relativos, como dengue, H1N1, Zika, Chikungunya, como o aumento de atendimentos por questões respiratórias, devido às queimadas, e outros atendimentos de emergência, devido ao fato dos estrangeiros buscarem os serviços do SUS local. “A gestão pública nas zonas de fronteira sofre ação direta dos laços históricos e culturais dos municípios limítrofes, além das dinâmicas sociais e comerciais atuais e demais interações das populações fronteiriças” (Espírito Santo; Voks, 2023, p. 7).

A fronteira de Corumbá dispõe de uma população flutuante de difícil mensuração, em que o boliviano utiliza das oportunidades contidas neste território e ao alcance de suas territorialidades, estando disperso em diversos cenários contidos no lado brasileiro, como o cenário econômico, da saúde, da educação, do turismo, social e político. A demanda espontânea da saúde, por meio do SUS, estende desde atendimentos característicos de atenção básica, com vacinas, consultas e procedimentos básicos, como atendimentos de média complexidade, como exames e consultas com especialistas, até de alta complexidade, que disponibiliza internações e procedimentos de alto custo (Silva, 2010).

Sendo assim, a fronteira Corumbá-Bolívia necessita da presença do Estado para que o desenvolvimento e a integração entre os países, com os acordos de celebração, diplomáticos e paradiplomáticos, a interação entre múltiplos atores, como as instituições de pesquisa e as organizações da sociedade civil de ambos os países, possam viabilizar o enfrentamento das situações problemáticas da região.

À vista disso, diante das dificuldades já vivenciadas pelas várias regiões de fronteira, sendo Corumbá a fronteira em questão, existe uma urgência social de gestão de saúde pública ao fronteiroço:

Não podemos ceder ao ceticismo da impossibilidade de diálogo e parceria transnacional. Novas estratégias precisam ser idealizadas, o que demanda reconhecer as possibilidades possíveis, além de uma articulação política que priorize a vida. Muito mais do que um estatuto jurídico, a governança vem mostrar a necessidade de se estabelecer um projeto de longo prazo com ética, força política e gestão compartilhada (Santos; Voks, 2023, p. 13).

Assim, as regiões de fronteira apresentam diversos aspectos que necessitam ser considerados para a gestão do território, como as particularidades de poder, territorialidades e condições geopolíticas. As cidades de fronteira mantêm interações entre os fronteiroços por necessidades sociais, econômicas e em busca de melhores condições de acesso a serviços e

bens. Outrossim, a saúde pública pelo SUS torna-se atrativa no Brasil para os migrantes, sendo um desafio para os governantes brasileiros.

3.2 Direito ao acesso à saúde

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dudh) foi uma conquista internacional da humanidade, uma jornada extensa que atravessou frequentes processos de construção e reconstrução, caracterizada por uma pluralidade de conquistas. Milesi e Carlet (2012) definem a Dudh com um marco nesse processo de construção dos direitos internacionais, tendo preponderantemente a ideia do ser humano como um ser único, com direito à dignidade e que não tenha seus direitos violados.

A ONU, em dezembro de 1948, em sua Assembleia Geral, divulgou os seus países-membros, independentemente da sua situação política e econômica, e a Dudh,

[...] como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição (Dudh, 1948, p. 2).

A Dudh teve uma crescente história, que foi descrita por diversos pactos, tratados e convenções internacionais, oferecendo suporte mundial para a proteção dos Direitos Humanos e instrumentos a serem cumpridos e implementados nos Estados nacionais, amparado nas premissas da universalidade, indivisibilidade e interdependência, assim como menciona o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNCH):

Universalidade estabelece que a condição de existir como ser humano é requisito único para a titularidade desses direitos. Indivisibilidade indica que os direitos econômicos, sociais e culturais são condição para a observância dos direitos civis e políticos, e vice-versa. O conjunto dos Direitos Humanos perfaz uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada. Sempre que um direito é violado, rompe-se a unidade e todos os demais direitos são comprometidos (Brasil, 2009b, n.p.).

No Brasil, a fim de construir uma democracia e lutar contra a ditadura militar, o Estado e a sociedade civil iniciaram um movimento de debates sobre as políticas públicas que desencadearam no processo nomeado de Constituição Federal de 1988, este grande marco nas

políticas gerais, que consagrou o direito à saúde e pormenorizou seus princípios e diretrizes (Preuss, 2018).

O advento da Constituição Federal de 1988 desencadeou avanços na democratização dos estados brasileiros, e os Direitos Humanos foi o alicerce na busca de uma sociedade justa com práticas humanistas, contra a devastação humanitária causada pelas guerras (Brasil, 2009a).

No ano de 1996, as diretrizes nacionais desenvolvidas para orientar o poder público brasileiro nas questões referente aos Direitos Humanos sobrevieram do primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), com ênfase nos direitos civis e políticos. Em 2002, o programa foi revisado e assim ampliados os direitos para as demandas de natureza econômica, social e cultural, culminando no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II). Em 2008, com a 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, foi instituída a terceira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH III). O PNDH III foi estruturado por eixos orientadores resultantes das discussões ocorridas na 11ª Conferência, levando ao direcionamento dos objetivos e das diretrizes correspondentes a cada uma das três esferas federais (Brasil, 2009b).

“Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”: essa foi a primeira afirmação da garantia dos direitos no âmbito da saúde, presente no do art. 3.º da Dudh (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948). Em 1978, diante da necessidade de se discutirem amplamente os aspectos referentes à saúde da população, ocorreu a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários da Saúde, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e com a OMS, que expressou a necessidade dos governos em todo mundo de proteger e promover saúde, reafirmando que a saúde é

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Alma-Ata, 1979, p. 4).

Compreender a saúde como um direito humano exige que os Estados, além de garantirem cuidados de saúde de qualidade, adequados, aceitáveis e acessíveis, promovam também ações que impactem nos determinantes subjacentes da saúde, tais como a garantia de água potável, saneamento, informação, educação, segurança alimentar, habitação e igualdade de gênero (Oliveira *et al.*, 2018).

Preuss (2018) pontua que o acontecimento histórico no sistema de gestão de saúde pública no Brasil foi a Lei Orgânica da Saúde, regulamentada pela Lei n. 8.080, de 19 de dezembro de 1990, que institui o SUS, oferecendo um novo conceito de gestão e direção para as políticas públicas para a saúde.

O Congresso Nacional sancionou a Lei n. 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a proteção, promoção, recuperação, organização e funcionamentos dos serviços do SUS:

Art. 2.º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1.º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990a).

O Estado, ao longo do tempo, vem construindo a política pública do SUS baseado nos princípios da universalidade, em que todo cidadão em território nacional tem o direito e acesso a todos os serviços públicos de saúde; o princípio da integralidade, com acesso a todos os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; o da igualdade, com equidade na assistência à saúde, descentralização, regionalização, e hierarquização dos serviços de saúde e da participação social.

Contribuindo com a regulamentação do SUS, a Lei n. 8.148, de 28 de dezembro de 1990, vem para ordenar as instâncias colegiadas, em cada esfera de governo, e a participação da comunidade na gestão e nos recursos financeiros (Brasil, 1990b).

A consolidação do SUS contou com instrumentos que contribuíam para a descentralização das ações, dos serviços e repasses de recursos financeiros por intermédio das normas operacionais: Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), que direcionaram para o cumprimento das regras; entretanto, desconsiderava-se a diversidade territorial, as características regionais e as regiões de fronteira (Preuss, 2018).

O autor traz uma cronologia da implantação das normas operacionais e suas características; a NOB 91, que foi instituída pela Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991 (Brasil, 1991), como uma nova política de financiamento do SUS e deliberava uma conotação centralizadora direcionada para a assistência médica como de cultural na época, em que os repasses federais baseavam-se em dois instrumentos de gestão, sendo um por meio de pré-pagamento renda *per capita* e outro pela remuneração por produção. Já a NOB 93 estabelece

o início do processo de descentralização da gestão, de forma lenta e gradual, em que as unidades federativas tinham a liberdade de adesão e, quando habilitadas, ordenavam com maior autonomia de gestão institucional e técnica, com a descentralização dos recursos de fundo a fundo. O Fundo Nacional de Saúde repassa para o Fundo Municipal de Saúde recursos correspondentes ao teto do financiamento estabelecido para custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares realizadas pela própria rede ou da unidade contratada (Preuss, 2018).

A NOB 96 representa um marco importante nessa redefinição do modelo de gestão e consolidação do SUS, em que o município é responsável por absorver as necessidades da população e das intervenções saneadoras em seu território (Brasil, 1996).

Assim, Ugá e Marques *apud* Preuss (2018) acrescentam:

Com esse novo modelo assistencial houve mudanças no sistema de transferências intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB). Estas consistiram na criação de um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica, correspondentes aos procedimentos de assistência básica e na criação de incentivos financeiros para a implantação de programas e ações específicos. O financiamento de média e alta complexidade ambulatorial, medicamentos e insumos excepcionais mantiveram a estrutura de remuneração por serviços produzidos, exceto para os municípios em gestão plena de sistema que recebiam *fundo a fundo*, nos limites do teto financeiro da assistência para eles estabelecidos, os recursos para este campo de provisão do sistema. Salienta-se ainda que, no âmbito do SUS, é este o modelo de alocação intergovernamental de recursos que vigora até os dias atuais (Ugá; Marques, 2005 *apud* Preuss, 2018, p. 327 – grifo no original).

Na continuidade do processo de descentralização do SUS, a Noas-SUS 01/2001 atualiza e regulamenta a assistência, aprimorando algumas necessidades observadas ao longo do processo de consolidação do SUS, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com prioridade nas ações e intervenções de saúde de sua região na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações em todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais e doenças bucais de mais ocorrências; suprimento e a dispensação dos medicamentos da farmácia básica; acesso de todos os cidadãos a serviços necessários para os

seus problemas de saúde; ampliação da Atenção Básica; qualificação das microrregiões na assistência à saúde e a organização da média e alta complexidade (Brasil, s.d.[a]).

Aperfeiçoando a Noas 01/2001, foi instituída a Noas 01/2002 pela Portaria ministerial n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, em que se manteve o objetivo da regionalização do sistema de saúde pelas regiões e microrregiões e os módulos assistenciais por intermédio das redes hierarquizadas, com fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, garantindo, assim, a integralidade na assistência e o acesso da população a todos os serviços e ações de saúde conforme a sua necessidade (Brasil, s.d.[b]).

As normas operacionais contribuíram para a descentralização dos serviços e ações de saúde; entretanto, no contexto da extensão geográfica do Brasil, a diversidade e especificidade de cada região ocorreu em 2006 quando foi fundado o Pacto pela Saúde, nas dimensões do Pacto pela Vida, pela defesa e gestão do SUS, em que o compromisso compreende as responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de ações e resultados, respeitando a realidade de cada município (Preuss, 2018).

O Pacto pela Saúde foi institucionalizado na perspectiva de superar as dificuldades apontadas pelos gestores do SUS, devido à necessidade de compreender que um país de dimensões continentais como o Brasil possui necessidades distintas. O Pacto em Defesa do SUS envolve os compromissos entre Estado e a sociedade civil, respeitando o que consta na Constituição Federal. O Pacto pela Vida compreende os compromissos entre os gestores do SUS para se atingirem as metas sanitárias que atinjam a necessidade de saúde da população brasileira. O Pacto da Gestão do SUS define as responsabilidades sanitárias nas três esferas de gestão – municipal, estadual e federal – nos aspectos da educação na saúde, descentralização, regionalização, gestão do trabalho, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, monitoramento, avaliação, auditoria, participação e controle social e regulação das ações e serviços (Brasil, s.d.[e]).

Ainda dentro da reestruturação do SUS, mais precisamente no que diz respeito ao Pacto pela Gestão, em que o compromisso é expandir com a regionalização e descentralização do SUS, ancorado aos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde. Essa nova repaginação do SUS, favorece as regiões de fronteiras que, pela autonomia na gestão da saúde, permite que os municípios fronteiriços estabeleçam estratégias para lidar com as peculiaridades e suas diferenças regionais, sendo assim uma importante ferramenta de gestão (Preuss, 2018).

Em junho de 2011, o Governo Federal publicou o Decreto n. 7.508, que busca fortalecer as ações interfederativas, com princípios para organização e regionalização dos serviços de saúde já preconizados no Pacto pela Saúde, e organiza as Regiões de Saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que contemplam ações e serviços na atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e de vigilância de saúde, Mapa da Saúde para planejamento e identificação das necessidades e definição de metas, Acesso Universal e Igualitário, Assistência Farmacêutica, Serviços Especiais de Acesso Aberto e as Portas de Entrada, que corresponde a serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS, sendo elas: porta de entrada de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (Brasil, s.d.[g]).

No que se refere às regiões de fronteira, o mesmo Decreto institui que as Regiões de Saúde situadas na região de fronteira com outros países devem respeitar as normas que regem as relações internacionais (Brasil, s.d.[g]).

A implantação da RAS pelo Ministério da Saúde representa uma nova fase de estruturação do SUS, que garante a integralidade e a produção de mudanças no cuidado à saúde com as temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças Crônicas e Rede de Urgências e Emergências (Tofani *et al.*, 2023).

Com a Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011, foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências, ocorreu com a instituição da Rede de Urgências e Emergências (RUE), no SUS, com as diretrizes de ampliar o acesso e os acolhimentos nas necessidades de saúde em todos os tipos de agravos; garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e relacionadas às causas externas; articulando com as diversas redes de saúde, na oferta e qualificação multiprofissional; integrando equipamentos de saúde em todos os pontos de atenção, de forma ágil e oportuna, com acolhimento e classificação de risco (Brasil, s.d.[h]).

A Portaria ainda estabelece os componentes da RUE: a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e o conjunto de serviços de urgência 24 horas Hospitalar e a Atenção Domiciliar (Brasil, s.d.[h]).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são estabelecimentos de saúde hierarquizados entre a Atenção Básica e a rede hospitalar, sendo de complexidade intermediária, com objetivo de oferecer atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes que se encontram em quadros agudos, também de natureza clínica e cirúrgica, promovendo diagnóstico, estabilizando e definindo o direcionamento conforme a necessidade do paciente, que pode ser referenciá-lo a uma unidade de maior complexidade ou a outro componente da rede de atenção à saúde. Essa estruturação da RUE tem a proposta de promover uma redução da superlotação das portas hospitalares e integrar a rede de assistência à saúde (Tofani *et al.*, 2023).

A Portaria ministerial de 10 de janeiro de 2017 redefine as diretrizes do modelo assistencial e financiamento das Unidades de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS; e instituiu as seguintes diretrizes: o funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados e pontos facultativos; equipe assistencial multiprofissional, acolhimento e classificação de risco. A classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica baseada em protocolo, com linguagem universal para as emergências clínicas e traumáticas, executadas por profissionais treinados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente, com atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro, de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes (Brasil, s.d.[j]).

Carvalho (2019) defende a utilização da classificação de risco como um instrumento útil para a gestão do risco clínico nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, pois auxiliam no gerenciamento das demandas de acordo com os níveis de prioridade estabelecidos:

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato, a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser de aproximadamente 10 minutos, enquanto a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ocorrer em cerca de 60 minutos, os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até 120 minutos, e os de cor azul, por sua vez, são considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo máximo de 240 minutos (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 *apud* Carvalho, 2019, p. 53).

Konder e O'Dwyer (2015), no estudo *As unidades de prontoatendimento na política nacional de atenção às urgências*, no decorrer da análise das portarias ministeriais,

destacaram as competências atribuídas às UPAs e que as unidades possuem caráter assistencial, por meio dos acolhimentos às demandas dos usuários e, sobretudo, com natureza assistencial de pronto atender, com consultas médicas que abrangem desde consultas de menor às de maior gravidade, sendo ilegal a recusa de atendimento, independentemente do nível de gravidade, tendo a expressa obrigatoriedade de articulação com os outros componentes da rede, com retaguarda para o Samu e a Atenção Básica e recorrendo a hospitais e centros de maior complexidade, pelas centrais de regulação pactuadas nas grades de referência e contrarreferência.

Tofani *et al.*, em estudo realizado recentemente, em 2023, trazem uma revisão integrativa da política pública da RUE, abrangendo diversas regiões do País e mapeando observações distintas da implantação das UPAs como estratégia do Ministério da Saúde. Em um estudo com usuários da UPA de Araraquara, em São Paulo, foi expressa a satisfação do atendimento recebido, apesar de ser desorganizado, pois é ainda caracterizado pelo modelo de atenção centrado no médico, em uma medicina curativa. No Rio de Janeiro, nas UPAs estudadas, observou-se a pouca interação entre as unidades e as demais componentes da rede, fragmentando a rede de assistência. Em São Paulo, destaca-se a estratégia de integração assistencial entre UPAs e Atenção Básica somente para os usuários acometidos por doenças crônicas. Belo Horizonte apresentou singularidades que contribuíram para a efetivação do modelo estrutural das UPAs, com uma positiva articulação com as redes de atenção à saúde nos contextos micro e macro-organizados, gestão e fluxo de pessoas, planejamento, avaliação e gestão dos serviços de saúde.

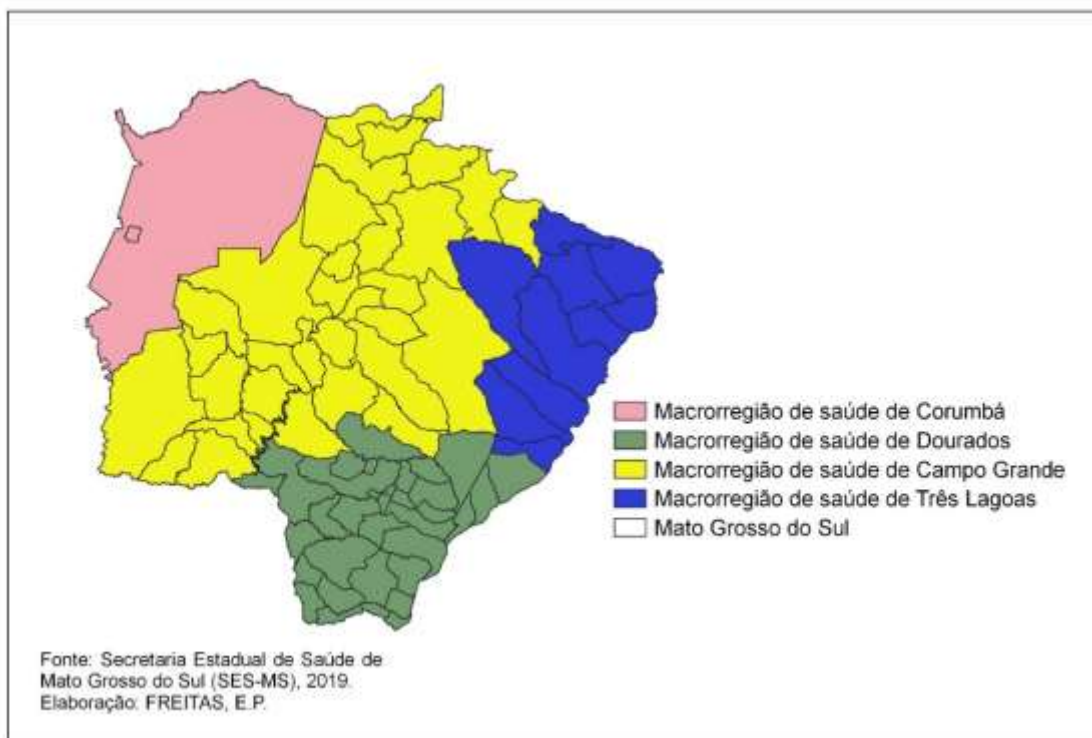
Assim, as dificuldades de integração acarretam um significativo prejuízo para a integralidade do cuidado e tornam-se um desafio para os gestores na superação desse modelo fragmentado e na redução da superlotação dos prontos-socorros. Esses impasses podem ser trabalhados com a implantação de processos de articulação dos pontos de atenção, com a qualificação do cuidado na urgência pelos profissionais e gestores e com a melhor estruturação da Atenção Básica a fim de realmente fazer o enfrentamento dos problemas de atenção às urgências (Konder; O'Dwyer, 2015; Tofani *et al.*, 2023).

O outro componente da rede de atenção às urgências é a Atenção Hospitalar, que corresponde: às portas hospitalares de urgência, enfermarias de retaguarda, aos leitos de cuidados intensivos, serviços de laboratório e imagem diagnóstica e às linhas de cuidados prioritários (Brasil, s.d.[h]).

Dentro do Pacto de Gestão do SUS e da regionalização da saúde, os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: o Plano Diretor de Investimento (PDI), a Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sendo este o responsável pelo desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde de cada estado e do Distrito Federal (Brasil, 2006).

Seguindo o caminho da descentralização da saúde, o estado de Mato Grosso do Sul, com a Resolução n. 4, da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul (MS), de 2013, alterada pela Resolução n. 90/SES/MS, de 11 de novembro de 2014, as macrorregiões de saúde eram distribuídas conforme ilustrado na Figura 5 “Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul”. Recentemente essa alterada pela Resolução CIB/SES n. 545, de 06 de dezembro de 2024 estabeleceu as novas quatro macrorregiões – Macro Pantanal, Macro Centro, Macro Costa Leste e Macro Costa Sul – e as nove Regiões de Saúde (Mato Grosso do Sul, 2024), conforme podem ser observadas na Figura 6 “Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul - 2024” abaixo:

Figura 5 – Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: Mato Grosso do Sul (2019). Org. Freitas (2024)

Quadro 1 – As regiões de saúde de Mato Grosso do Sul

Macrorregião	Regiões de saúde	Municípios
Centro	Região do Centro	Bandeirantes, Camapuã, Jaraguari, Campo Grande, Corguinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos.
	Região Baixo Pantanal	Anastácio, Aquidauana, Bela Vista, Bodoquena, Bonito, Caracol, Dois Irmãos do Buriti, Guia Lopes da Laguna, Jardim, Maracaju, Porto Murtinho e Nioaque.
	Região do Norte	Alcinópolis, Coxim, Figueirão, Pedro Gomes, Rio Negro, Rio Verde de Mato Grosso, São Gabriel do Oeste e Sonora.
Sul	Região Centro Sul	Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapã, Rio Brilhante e Vicentina.
	Região Sudeste	Anaurilândia, Angélica, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul e Taquarussu.
	Região Sul Fronteira	.
	Microrregião de Ponta Porã	Amambai, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti, Mundo Novo, Naviraí, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas e Tacuru.
Costa Leste	Região Nordeste	Aparecida do Taboado, Cassilândia, Chapadão do Sul, Costa Rica, Inocência, Paraíso das Águas e Paranaíba.
	Região Leste	Água Clara, Bataguassu, Brasilândia, Santa Rita do Pardo, Três Lagoas, Selvíria.
Pantanal	Região do Pantanal	Corumbá, Miranda e Ladário.

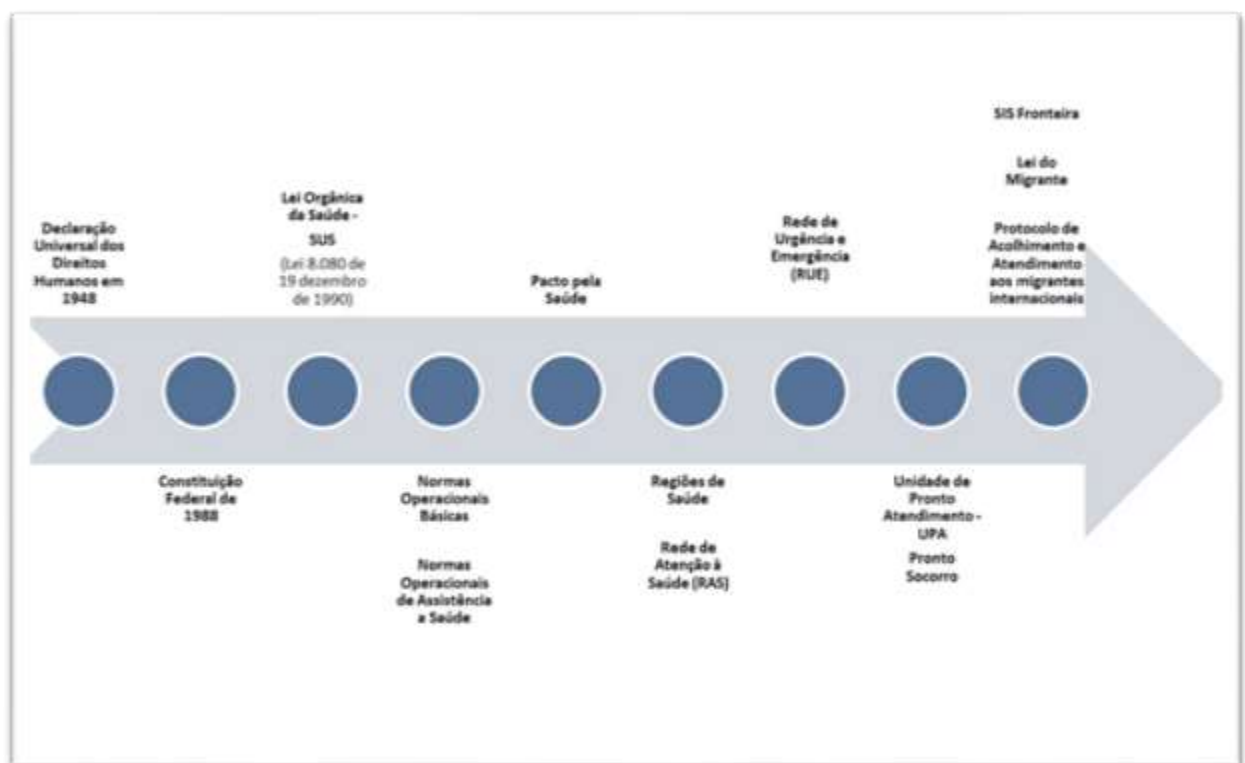
Fonte: baseada em Mato Grosso do Sul (2024). Org. da própria autora (2024)

Nesse cenário, a macrorregião do Pantanal abrange o município de Corumbá, com uma população, registrada pelos dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 96.268 habitantes; o município de Miranda com 25.536 habitantes; e o município de Ladário, com 21.522 habitantes (IBGE, 2022). Excluem desses números os brasileiros residentes na Bolívia e os imigrantes que eventualmente utilizam o sistema de saúde local. Cabe ao município de Corumbá, sendo a macrorregião de saúde, ofertar todos os serviços de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, pactuados no termo de regionalização integrada à saúde, para seus munícipes e para a população de Ladário (Silva, 2010).

Essa macrorregião de saúde possui grande extensão territorial, o que dificulta a integração regional com outros municípios, tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais (Mato Grosso do Sul, 2019).

Assim, podemos concluir que o direito do acesso à saúde teve início com a Dudh; com a Constituição Federal de 1998; com o advento do SUS, do seu aprimoramento com as Noas, os NOBs e Pactos de Saúde; resultando em RAS e RUE, com unidades de saúde extra e intra-hospitalares. A descentralização do SUS culminou com a organização dos estados em Regiões de Saúde, que resultaram em políticas públicas de saúde para regiões de fronteira abordadas a seguir. A Figura 7 “Trajetória do acesso aos serviços de saúde” demonstra percurso do acesso aos serviços de saúde até as políticas públicas específicas para região de fronteira.

Figura 7 - Trajetória do acesso aos serviços de saúde



Fonte: da própria autora

Nosso objeto de estudo acontece exatamente na macrorregião Pantanal na região de saúde Pantanal, no município de Corumbá, sendo uma das regiões de saúde do estado do MS que têm município fronteiro.

3.3 Políticas públicas de saúde em fronteira

O conceito de saúde foi sendo expandido historicamente, tendo como marco os pensadores da Grécia Antiga e o seguinte brocardo “*Mens Sana In Corpore Sano*”; já no

século XX, a OMS amplia definição: “A saúde como completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e agravos, sendo direito de todo ser humano independente da sua crença religiosa, política, condição social e econômica”. Mais tarde, essa significação de saúde surge com uma nova necessidade: a de equilíbrio entre as influências ambientais e os modos de vida, agregando ao conceito do contexto de promoção da saúde (Martini; Sturza, 2017).

Resgatando a construção do conceito de saúde, após as guerras, a saúde pública passa a ser compreendida, além de um direito social, como um direito coletivo, agregando as necessidades de saúde à prevenção, juntamente com o crescimento do acesso a serviços e setores de saúde. Essa caminhada do entendimento do que é saúde pelos períodos da história traz a contextualização da saúde como uma questão de direito de todo cidadão a uma vida saudável, que resultará em uma melhor qualidade de vida, com promoção e proteção da vida com dignidade (Martini; Sturza, 2017).

Trazendo a discussão para a região de fronteira, a garantia de preservação do direito universal à saúde tornou-se um desafio para os sistemas de saúde, pois a globalização desencadeou processos de integração regional entre países fronteiriços e novas discussões nos fóruns do Mercosul, que inseriram discussões das questões sociais e da área da saúde, com ênfase nas questões de vigilância sanitária e epidemiológica; ressaltando que as interações pessoais aumentaram com o advento dos sistemas políticos, sociais, financeiros e com o fluxo de produtos e serviços. (Giovanella *et al.*, 2007).

Oliveira *et al.* (2018) também acrescentam que compreender a saúde como um direito humano demanda que os Estados garantam cuidados de saúde de qualidade, aceitáveis, acessíveis e que promovam ações que interfiram nos determinantes de saúde.

Higashi (2019) defende que no Brasil não há um marco regulatório único para abordar o direito do estrangeiro ao sistema de saúde, o atendimento à população já passou por diversas exigências e restrições ao longo do tempo. Tais fatos limitaram ao estrangeiro o acesso aos serviços públicos, desencadeando estratégias e táticas ilegais para a fraude de documentos, a partir da omissão da nacionalidade, do preenchimento de endereços falsos, do fornecimento de endereços de familiares ou de amigos que residem no Brasil.

Silva (2010) também ressalta que a trajetória do direito do estrangeiro de acesso aos serviços de saúde está em inúmeras literaturas e interpretações dos amparos legais no campo jurídico, indo desde a Constituição Federal, passando pela formação do Mercosul, pelo Estatuto do Estrangeiro, até a Lei que cria o Conselho Nacional de Imigração, não oferecendo

consenso quanto ao tema, entretanto defendendo que, na prática, na fronteira, os casos de urgência e emergência e alguns serviços ambulatoriais são de acesso ao estrangeiro.

Silva (2010) ainda nos acrescenta dilemas referentes à acessibilidade do estrangeiro à rede pública brasileira na fronteira:

As opiniões referentes ao grau e à amplitude do direito à saúde pelos não residentes ao SUS foram extremamente diversificadas entre os gestores, profissionais da saúde e conselheiros de saúde, com preponderância das respostas afirmativas. Entretanto, quando se questiona em quais casos o direito não é garantido, aparece alta incidência de respostas segundo as quais isso acontece nos casos de inexistência de documentação civil e comprovante de residência, seguida de tratamentos de alta complexidade e cirurgias eletivas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico e medicamentos de uso contínuo. Aproximadamente, 35% das respostas indicam a não existência de direito garantido [...] (Nogueira; Dalpra; Fermiano, 2007, p. 232 *apud* Silva, 2010, p. 37).

A luta pelo direito à saúde foi uma decorrência da organização de movimentos dos cidadãos, em conferências nacionais de saúde e feita por estudiosos na área da saúde, resultando na conquista do livre acesso à assistência de saúde no Brasil, de forma fragmentada como já abordado anteriormente. A realidade das fronteiras brasileiras frente ao acesso e à prestação dos serviços de saúde ofertados no Brasil, em especial a fronteira Corumbá-Bolívia, serão discutidos na próxima seção.

Como já enfatizamos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dudh), em seu art. 25, assegura o direito universal à saúde:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, p. 5).

Silva (2010) realça em seu estudo que

[...] a Dudh estabelece a liberdade de ir e vir, através do art. 13 e a liberdade de locomoção e residência através dos arts. 14. e 27. Caberá aos estados nações, o respeito e cumprimento a plenitude dos direitos humanos, cujo arcabouço jurídico é válido internacionalmente, tornando-nos cidadãos do mundo (Silva, 2010, p. 30).

Outra legislação em questão é o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), sendo um dos documentos que constituem a Carta Internacional dos Direitos

Humanos, promovida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, aderida por quase todos os Estados e ratificada em sua maioria. No Brasil, o Pacto foi ratificado em 1992 e destaca, em seu art. 12, como encontra-se na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos:

- §1.º Toda pessoa que se encontre legalmente no território de um Estado terá o direito de nele livremente circular e escolher sua residência;
- §2.º Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país;
- §3.º Os direitos supracitados não poderão constituir objeto de restrições, a menos que estejam previstas em lei e no intuito de proteger a segurança nacional e a ordem, saúde ou moral públicas, bem como os direitos e liberdades das demais pessoas, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto;
- §4.º Ninguém poderá ser privado arbitrariamente do direito de entrar em seu próprio país (BVDH, 2003, p. 5).

Silva (2010) traz essa realidade para a fronteira Brasil-Bolívia, em que destaca a importância de se discutir a dimensão dessa temática de legislação do SUS e a realidade das fronteiras, tendo em vista que o serviço de saúde brasileiro presta assistência de saúde aos bolivianos, sendo a maior demanda local, e pelo SUS. E esse atendimento não seria assegurado de ressarcimento financeiro pelas câmaras de compensação; sendo assim, mediante ao SUS, oferecer assistência torna-se mais oneroso aos cofres públicos.

A mesma observação é mencionada por Gadelha e Costa (2007), em que salientam que os municípios de fronteira do Brasil vivenciam dificuldades para promover atenção integral à saúde a seus munícipes, devido aos escassos recursos humanos especializados, recursos de média e alta complexidade, e longe dos municípios que dispõem de centros de referência. Atrelados a essas demandas, os municípios fronteiriços têm uma população flutuante, que utiliza o sistema de saúde e não é contabilizada para os repasses do SUS. Essa mobilidade gera desafios aos gestores de saúde no planejamento de provisão das políticas públicas.

Como já mencionado dentro da regionalização do SUS por intermédio do Pacto da Gestão, o PDR é uma estratégia de trabalhar as adversidades regionais como os aspectos específicos de uma região de fronteira para promover um processo de planejamento integrado entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Conduzindo a aplicação dessa ferramenta de gestão para Mato Grosso do Sul, apesar do estado fazer fronteira com a Bolívia e o Paraguai, o PDR não abordou especificamente as questões inerentes a regiões de fronteira (Silva, 2010).

Os resultados do estudo realizado por Dias *et al.* (2010) descrevem as percepções de imigrantes e profissionais de saúde sobre a procura de atendimento e cuidados de saúde em Portugal. O desenlace indicou que a procura por cuidados de saúde pelo imigrante é multifatorial, estendendo-se desde condições socioeconômicas desfavoráveis, de precariedade laboral, que podem limitar o acesso aos serviços, até suportar os custos dos cuidados com a saúde. A prática regular e preventiva para a preservação da saúde não são prioridades, e a inacessibilidade aos serviços de saúde, devido à recusa no atendimento pelo serviço de saúde, acarretam um agravamento do quadro de saúde e, conseqüentemente, agravam a busca por atendimentos em situação já de urgência.

A razão para a procura de atendimento de saúde no Brasil pela população residente na Bolívia é devido à gratuidade do SUS, ou seja, sua condição de acesso universal. Isso ocorre pelo fato de o país vizinho estar geograficamente distante de grandes centros de saúde do seu país, de oferecer acesso à saúde somente a alguns ciclos de vida e não apresentar em suas diretrizes a questão da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Juntamente com essa necessidade local da fronteira com a Bolívia, outros elementos podem facilitar a busca de atendimento de saúde no Brasil, assim como Higashi (2019) relata em seu estudo que pontua como facilitadores a proximidade fronteiriça, qualidade dos serviços de saúde, existência de amigos e parentes no lado brasileiro, facilidade de entrada no sistema e a possibilidade de acesso a outros serviços sociais tendo como a porta de entrada o serviço de saúde.

A procura por atendimento à saúde por estrangeiros no SUS varia conforme o país fronteiriço e a região do Brasil. No estudo realizado por Giovanella *et al.* (2007), foi identificado que 70% dos 69 municípios localizados na faixa de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai prestam assistência à saúde para estrangeiros. Todavia, 28% dos atendimentos oferecidos são para emergências, 36% prestam atendimento para emergências e outras necessidades e os outros 36% prestam atendimento a todos os serviços disponíveis (Giovanella *et al.*, 2007).

A estratégia de melhoria da atenção direcionada à área da saúde nas fronteiras utilizada pelo governo brasileiro foi o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Muitos ministérios não dispunham de políticas específicas voltadas para a faixa de fronteira e, diante da necessidade de harmonizar os sistemas junto aos países fronteiriços, o SIS Fronteiras foi instituído para a melhoria da qualidade de vida da população e é um marco

legal para a integração, otimização e qualidade de atenção prestada nas fronteiras (Gadelha; Costa, 2007).

O SIS Fronteiras foi instituído pelo ministério da Saúde pela Portaria n. 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, cuja redação original estabelece os seguintes objetivos (Brasil, s.d.[c], n.p.):

Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras
 Art. 1.º Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras –, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:
 I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;
 II - verificar as demandas e a capacidade instalada;
 III - identificar os fluxos de assistência;
 IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;
 V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e
 VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde estabeleceu as etapas de execução do SIS Fronteiras a serem realizadas por cada município adotado, sendo elas: a fase I, com a realização do diagnóstico local de saúde qualitativo e quantitativo e a elaboração de um plano operacional; já na fase II, será realizada a qualificação dos serviços, as ações de saúde da gestão e a implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e fase III, a última, será a implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (Brasil, s.d.[d]).

O programa SIS Fronteiras oferece um diagnóstico da situação de determinada região de fronteira; exatamente como Mondardo e Staliano (2020) mencionam, em seu estudo, que o programa somente identifica a situação de saúde em regiões de fronteira e não prioriza as singularidades que envolvem os processos de integração e cooperação do trabalho em saúde nas regiões de fronteira.

Em Mato Grosso do Sul, ocorreu a primeira etapa do projeto SIS Fronteiras em 2006, numa parceria com a UFMS; e teve como diagnóstico que as dificuldades de saúde nos municípios fronteiriços estão vinculadas à falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à população que não reside no país (Silva, 2010).

Em Corumbá, a adesão ao projeto SIS Fronteiras foi assinado pelo Termo de Adesão, em 10 de novembro de 2005, com o comprometimento de realizar as três fases de execução com o aporte de incentivos financeiros (Ferreira; Mariani; Neto, 2015).

Trazendo esse mapeamento dos atendimentos a estrangeiros para a fronteira de Corumbá, um estudo realizado por Ferreira, Mariani e Neto (2015) contextualizou a trajetória

do projeto SIS Fronteiras, explanando as três fases de implantação. Na primeira fase, foi realizado o diagnóstico do local e realizado pela própria SMS com apoio da UFMS. Entrevistas foram realizadas com os usuários, profissionais e membros da gestão, juntamente com a coleta de dados secundários fornecidos pelo Sistema de Informação da Saúde. A conclusão foi que o volume de atendimento da população estrangeira é limitado, sendo 1,6% para atendimento hospitalar e 4,7% para atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo esse percentual correspondente ao que foi estimado pelas entrevistas com a população boliviana. Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, ocorre uma dissociação, em que se identifica que de 10 a 16% dos atendimentos ocorrem no Pronto-Socorro, como porta de entrada principal do sistema de saúde, e os atendimentos nas UBS são em torno de 7 a 13% e que pode chegar a 63% na UBS fisicamente mais próxima da fronteira com a Bolívia.

Os dados apontados pela primeira etapa de execução do SIS Fronteiras em Corumbá infelizmente não foram ainda mensurados devido à divergência com o sistema de informação ativo na época, gerando inconfiabilidade de se quantificar o atendimento aos estrangeiros. Pontos de vulnerabilidades foram observados durante as entrevistas com os estrangeiros: falta de colaboração por medo de represálias, muitos evadiram dos locais de atendimento para evitar a abordagem da entrevista. Ainda que o diagnóstico local não tenha oferecido um resultado confiável do volume de atendimento ao estrangeiro à época, devido à necessidade de se cumprirem os prazos e as etapas do programa SIS Fronteiras, ele foi a base para o Plano Operacional do Município (Ferreira; Mariani; Neto, 2015).

Ainda os autores concluíram que a trajetória de implantação das três fases do SIS Fronteiras em Corumbá passou por diversas dificuldades operacionais, seja por parte da gestão local, seja por parte dos próprios usuários estrangeiros. Infelizmente, no município de Corumbá, o projeto sofreu por uma carência de debates com os segmentos envolvidos; sofreu pelas dificuldades de operacionalização e pela carência de parâmetros de controle e de avaliação dos repasses financeiros, culminando sem auferir a organização e o fortalecimento das ações e dos serviços de saúde almejados (Ferreira; Mariani; Neto 2015).

Em 2017, foi instituída no Brasil a Lei da Migração, com o objetivo de estabelecer os direitos, deveres, princípios e a garantia de políticas públicas, assegurando ao imigrante o direito à saúde pelo art. 4.º:

Art. 4.º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:

VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (Brasil, 2017a, n.p.).

Outra perspectiva de desenvolvimento das regiões de fronteira no Brasil foi a Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), em que, para Silva (2010), as demandas da região de fronteira necessitam ser ressignificadas como um ponto estratégico de fortalecimento político, institucional e econômico, e que a saúde pode ser uma ferramenta estratégica e fundamental para a consolidação e integração das fronteiras sul-americanas, agregando as questões de saúde a outras ações intersectorializadas, como educação, cultura, meio ambiente, segurança pública, desenvolvimento industrial, moradia, emprego, entre outras.

A PNDR foi uma perspectiva de desenvolvimento para as regiões de fronteira no Brasil criada pelo Programa Desenvolvimento de Faixa de Fronteira e pelo Ministério da Integração Nacional; entretanto, a PNDR teve dificuldades orçamentárias devido os seus recursos serem oriundos, em sua maioria, de emendas parlamentares, dificultando as suas ações e desencadeando a sua descontinuidade (Krüger *et al.*, 2020).

Nessa ótica, Silva (2010) destaca que Mato Grosso do Sul possui um grande desafio no seu sistema público de saúde, tanto na fronteira com a Bolívia quanto com o Paraguai, pois um número significativo da população flutuante de migrantes não faz parte da estatística nacional de habitantes e não é computado nos cálculos de financiamento da saúde, mesmo sabendo que, na prática, eles utilizam os serviços de saúde.

Espírito Santo e Voks (2023) trazem uma reflexão sobre as questões de políticas públicas, pois a atividade política define o bem comum, o interesse geral, nas fronteiras, onde há porosidade dessas regiões e necessita-se da interação e do diálogo, nas ações públicas com os atores envolvidos, a fim de dar visibilidade aos desafios públicos e juntos buscarem esforços para resolvê-los.

Os autores definem que a necessidade de interação entre esses diferentes atores para o bem comum são como gestão compartilhada, que instrumentaliza a coordenação desses diversos atores, do setor público, do privado, das organizações civis, entre outros, em busca de, coletivamente, em diversos níveis decisórios, construir regras, objetivos, metas e resultados voltados para o bem-estar de toda a sociedade (Espírito Santo; Voks, 2023).

“As ações para resolução dos desafios transfronteiriços abrangem uma série de atores e instituições públicas, privadas e sociais, que, separadamente, dificilmente dariam conta

enfrentamento” (Oddone; Vazquez; Oro, 2018 *apud* Krüger *et al.*, 2020, p. 71). Novamente a articulação dos territórios apresenta-se como uma alternativa para se resolverem os problemas em comum; e a literatura aponta a necessidade de sistemas de governança transfronteiriça, que se caracterizam pela composição de diferentes agentes de setores e instituições e de atores não governamentais, podendo percorrer diversos níveis e diversas áreas, além das instituições públicas, em busca de um planejamento que valorize as totalidades do território em questão.

Em 2017, no estudo realizado pelos autores Espírito Santo, Costa e Benedetti, sobre as feiras livres da cidade de Corumbá, revelou-se a necessidade de gestão compartilhada entre os territórios fronteiriços, evidenciando a importância de cooperação pelo Comitê de Fronteira, Conselho de Fronteira e pela mediação das Câmaras Municipais na ordenação e regulação do cotidiano da população fronteiriça.

O Comitê de Fronteira de Corumbá foi criado em 11 de março de 1997, entre as cidades de Corumbá, do lado brasileiro, e Puerto Suárez, pelo lado boliviano, sendo representados pelo cônsul de cada país. Porém, esporadicamente, o Comitê é retomado e, quando acontece, é conforme o interesse pessoal ou pelo convencimento das lideranças políticas locais dos cônsules (Espírito Santo; Costa; Benedetti, 2017).

De acordo com as notícias publicadas no *site* da Prefeitura de Corumbá, em 30 de março de 2011, o ministro da justiça brasileiro, o ministro da Bolívia e autoridades políticas, civis e militares da fronteira anunciaram a reativação do Comitê de Fronteira Corumbá/Puerto Suarez, com o intuito de combater o crime organizado e o narcotráfico (Corumbá, 2011).

Espírito Santo, Costa e Benedetti (2017) ressaltaram a necessidade de estimular a atividade dos comitês, com diálogos em busca de melhorias para a cidade e em busca de elementos que envolvam o bem comum. Ainda reforça que as quatro cidades envolvidas nessa fronteira – Corumbá, Ladário, Puerto Quijarro e Puerto Suarez – necessitam se unir para a resolução de problemas comuns, e Corumbá tem o papel de protagonista na busca dessas negociações coletivas pelo fato de ser a maior cidade e a mais populosa.

Krüger *et al.* (2020) ressaltam que, no Brasil, existe um processo de reconstrução da concepção do que são as regiões de fronteiras; entretanto, é importante salientar que o princípio da segurança ainda se sobressai ao da mobilidade; e que os projetos de políticas públicas descontinuados acarretam a perda de dados positivos conseguidos, e isso devido à negligência com a articulação das ações. Esse panorama demonstra a necessidade de programas de desenvolvimento juridicamente amparados e permanentes que ofereçam às regiões de fronteira independência local para ações integradas nos territórios, buscando uma

forma de governança transfronteiriça. Na próxima seção, serão abordadas a composição e as características dos sistemas de saúde de Corumbá pelo SUS e o ofertado na Bolívia.

4 MIGRAÇÃO E SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

Na seção anterior, já abordamos a importância e as peculiaridades correspondentes à região de fronteira e como a trajetória da assistência à saúde aos migrantes aconteceu durante décadas. Neste momento, abordaremos o sistema de saúde pertencente à região de fronteira entre Corumbá e Bolívia para a melhor compreensão de suas características.

Corumbá, por dispor de melhor estrutura de saúde e diante da disponibilidade do SUS, acaba por ser almejada pelos migrantes, principalmente nossos vizinhos bolivianos, que devido à ascendência das relações econômicas, culturais e sociais, tornam-se cada vez mais presentes no cotidiano da cidade corumbaense, atraídos especialmente por serviços públicos de saúde.

Recentemente, em uma pesquisa de campo realizada, especificamente com os bolivianos residentes e os não residentes em Corumbá, Barros (2021) observou que, em sua totalidade, os entrevistados manifestaram a vontade de ter documentação brasileira; sendo indagados por qual motivo ansiavam essa regularização, o resultado foi de que 12% queriam a documentação para viver com tranquilidade na cidade, 8% para ter direito de ir e vir para os dois lados e 80% dos entrevistados responderam para ter direito à saúde pública. Sendo notório que o maior desejo deles é, sem dúvida, o acesso aos serviços de saúde (Barros, 2021).

Essa demanda de bolivianos para os serviços de saúde de Corumbá é uma discussão recorrente na cidade. Para compreendermos essa demanda, faz-se necessário compreender o sistema de saúde da Bolívia. A pesquisa realizada por Barros (2021) traz o depoimento de um profissional de medicina que tem experiência com os serviços de saúde nas duas localidades, Corumbá-Brasil e nas cidades vizinhas da Bolívia. A autora traz o relato sobre a assistência em saúde na Bolívia:

Nas cidades bolivianas de Puerto Suarez e Puerto Quijarro, a infraestrutura é muito ruim, os atendimentos são feitos na maioria somente nos casos de baixa e média complexidade, os de alta complexidade tem que direcionar para Santa Cruz ou mandar para Corumbá dependendo da urgência. Os dois hospitais existentes, um em cada cidade não tem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fato que já demonstra que os casos mais graves não têm condições de atender. A infraestrutura da saúde nesta região fronteiriça boliviana é extremamente precária. Os médicos se formam cirurgiões gerais e médicos generalistas, então nós temos em sua maioria médicos generalistas (clínico geral) e obstetra, não tem médicos aqui nas cidades fronteiriças da Bolívia com especialidades como urologista, ortopedista, neurologista, todos estes atendimentos são feitos por clínico geral ou cirurgião. Não se compara a estrutura que se tem em Corumbá com a estrutura que temos lá na

Bolívia. Aqui em Corumbá apesar de precária também é infinitamente melhor. Além de que lá as consultas são cobradas, 20 bolivianos e os remédios não são gratuitos. A saúde lá é de graça somente para crianças de até seis anos, mulheres grávidas e idosos acima de sessenta anos. Apesar de ter a lei da gratuidade ela ainda não funciona para todos. Aqueles que podem recorrer a saúde em Corumbá assim o faz, lá na Bolívia o atendimento se dá aos mais carentes e menos informados [informação verbal, médico Dr. E. M.] (Barros, 2021, p. 159).

A Constituição vigente na Bolívia afirma que toda população tem o direito à segurança pública e ao acesso à saúde; porém, segundo informação da Organização Pan-americana de Saúde da Bolívia (OPS)/OMS e do Instituto Nacional de Seguro de Saúde da Bolívia, em 2009, apenas 28,4% da população tinha acesso real às prestações deste seguro pelo subsetor social. O público em maior porcentagem que recebia assistência à saúde compreendia a população que estava dentro dos critérios estabelecidos no Seguro Universal Materno Infantil (Sumi), em 9,4%, e no Seguro Público de Adultos Maiores (Spam), 4,8%. E, em sua maioria, a população sem cobertura correspondia a 57,3% (Ledo; Soria, 2011).

Na Bolívia, o direito ao acesso à saúde ofertado e financiado pelo governo transcorre do Seguro Universal Materno Infantil (Sumi), instituído em 2003, que abrange as gestantes, as puérperas de seis meses pós-parto e as crianças, do nascimento até cinco anos de idade; do *Seguro de Salud para el Adulto Mayor* (SSPAM), criado em 2006, baseado nos princípios da universalidade, solidariedade, equidade; outro grupo de direito a acesso aos serviços de saúde são as pessoas que estão vinculadas ao seguro social, que correspondem aos trabalhadores do setor formal da economia e seus beneficiários diretos, familiares e filhos (Ledo; Soria, 2011).

A Bolívia, com o Decreto Supremo de 3813, de 27 de fevereiro de 2019, implementa a gratuidade de atendimento na saúde pública; entretanto, em seu art. 3.º, expressa que essa gratuidade acontecerá de forma gradativa e não atinge a todos os procedimentos e a todas as pessoas. Várias alterações nas leis bolivianas ocorreram em 2018 e 2019, que estabelecem a gratuidade de atendimento a saúde em determinados grupos: mulheres grávidas na gestação, após seis meses do parto, crianças menores de cinco anos, mulheres e homens com mais de 60 anos e mulheres em idade fértil, mas esse acesso decorre vagarosamente e pouco tem se avançado (Barros, 2021).

Em 2017, Giovanella e Almeida realizaram em seu estudo uma análise do mapeamento dos modelos de Atenção Primária à Saúde dos países da América do Sul, destacando as características do sistema de saúde disponível em 12 países. No caso da Bolívia, a atenção primária é baseada em um sistema universal de saúde, com o *Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (Safci), feito por uma equipe multidisciplinar. O

financiamento ocorre por transferências *per capita*, direcionadas aos seguros focalizados, conforme número de segurados.

Entretanto, no país, os serviços públicos mantêm o copagamento para algumas classes dos segurados ou tipos de serviços ofertados; e, para a população não segurada, é necessário o copagamento (Giovanella; Almeida, 2017). Compreende-se que o copagamento é a obrigatoriedade de paciente/segurado em arcar financeiramente com parte do custo do atendimento de saúde; sendo assim, o sistema de saúde primário no país não garante atendimento integral, nem a segurados nem a não segurados, sendo necessário que a população arque financeiramente para obter atendimento de saúde. No Quadro 2, “Características do financiamento, organização e prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul”, podemos notar como cada país sul-americano organiza sua política de assistência à saúde aos seus cidadãos:

Quadro 2 – Características do financiamento, da organização e prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul

País	Mecanismos de transferências financeiras para Atenção Primária à Saúde do nível nacional para esferas subnacionais	Copagamento em Atenção Primária à Saúde	Principais responsáveis pela gestão/ organização, prestação da Atenção Primária à Saúde no nível local	Função de filtro dos serviços de Atenção Primária à Saúde para outros níveis	Definição de tempos máximos de espera para consulta em Atenção Primária à Saúde	Estimativa de cobertura populacional de novo modelo	Principais segmentos de cobertura de serviços de primeiro nível
Argentina	Por programas específicos	Não	Província e municípios	Diversificado por províncias ou municípios	Não	Não se aplica	Seguros sociais: 55%; Sistema público: 35%
Bolívia	<i>Per capita</i> a municípios para segurados de seguro focalizados	Pagamentos em serviços públicos, exceto para segurados de seguros focalizados	Departamentos	Não (fluxo definido no programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Safci))	Não	Sem data	Seguros focalizados: 30%; Seguros sociais: 20%; Exclusão em saúde: 50%
Brasil	<i>Per capita</i> a municípios específico para Atenção Primária à Saúde	Não	Municípios	Sim, principalmente na Estratégia Saúde da Família	Não	60% equipes de Saúde da Família;	Sistema público 75% (100%); Seguros privados: 25%

Chile	<i>Per capita</i> a municípios específico para Atenção Primária à Saúde	Sim, para seguros C e D do Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Não, para os grupos A e B	Municípios	Sim (Fonasa)	Não	40% (90% dos estratos A e B do Fonasa)	Seguro social: 75%; Seguros provados: 17% (Instituições de Salud Previsional – Isapres-obrigatório)
-------	---	--	------------	--------------	-----	--	---

Fonte: baseado em Giovanella e Almeida (2017). Org. da própria autora (2024)

O Quadro 2 expressa as características do financiamento e a organização da prestação de serviços de saúde de atenção primária em países da América do Sul. No recorte comparativo de Brasil e Bolívia, podemos observar a discrepância de acesso aos serviços de saúde que são cobertos pelo governo de ambos os países. Apesar de o Quadro destacar um comparativo da Atenção Primária à Saúde e este estudo abordar a atenção de urgência e emergência, essa realidade do sistema de saúde da Bolívia restrito acaba por não priorizar a prevenção de saúde, acarretando, por vezes, numa busca por atendimento em situações clínicas mais graves e sendo necessário atendimento de urgência e emergência e/ou de alta complexidade, que nas cidade de Puerto Quijarro e Puerto Suarez não estão disponíveis. As limitações da assistência acarretam na busca de atendimento no Brasil, na cidade de Corumbá, parte das vezes, na rede de urgência e emergência, o que pode ser um dos motivos do elevado número de atendimento de bolivianos na UPA e no PSM.

A segmentação da oferta de Atenção Primária à Saúde converge na segmentação da proteção social em saúde, seja por seguros sociais, seguros focalizados, seguros privados, seja por exclusão de determinada população ao acesso a serviços de saúde. No caso da Bolívia, a criação de novos segmentos de cobertura, com seguros públicos focalizados em população de extrema pobreza, materno, infantil e idosos, impõe obstáculos adicionais para a universalização do sistema de saúde e a garantia de cuidado integral (Giovanella; Almeida, 2017).

O estudo realizado por Espírito Santo (2013) detalha que, na fronteira em questão, a rede de saúde é composta pela Província de German Busch, sendo composta pelos municípios de Puerto Quijarro, Puerto Suarez e El Gonzáles, que contam com uma estrutura de saúde classificada em níveis; o nível I, responsável por atendimento básico em clínica geral, sendo

voltado para área de prevenção, e o nível II que corresponde a atendimento de ginecologia, cirurgia, anestesiologia e pediatria.

Dentro dessa disponibilidade de serviços, Espírito Santo, em entrevista com a coordenadora local da Província de German Busch, caracteriza a estrutura de saúde disponível à população:

1. Hospital Municipal Príncipe de Paz, localizado na Avenida Naval em Puerto Quijarro. Depende de recursos municipais e oferece serviços de nível I e ainda partos e internações básicas.
2. Centro Médico Prosalud, localizado na Avenida Luis Salazar em Puerto Quijarro. É uma organização sem fins lucrativos e trabalha em parceria com Usaid (cooperação americana). Oferece serviços de nível I.
3. Centro de Diagnóstico Integral Municipal (Cedim) ou Hospital San Juan de Dios Cubano, localizado em Puerto Suarez. Oferece serviços de nível II. A instituição é municipal e presta atendimento pelo Sumi e SSPAM.
4. Hospital San Juan de Dios Municipal, localizado em Puerto Suarez. Oferece serviços de nível II. Depende de recursos municipais.
5. Centro de Salud em Paradero. Oferece serviços de nível I. Instituição do Sistema Público de Saúde.
6. Centro de Salud Yacuses. Oferece serviços de nível I. Instituição do Sistema Público de Saúde (Espírito Santo, 2013, p. 27).

Barros (2021) traz o relato de um médico provinciano, em 2019, sobre o funcionamento e o aparato de saúde disponível na Província de German Bush e observa que o nível I e II de atenção mantiveram-se na rede boliviana:

Constatou-se que em Puerto Quijarro existe apenas o Hospital Municipal Príncipe da Paz de 1.º nível, onde são realizadas não mais que consultas ginecológicas, pediatria e clínica geral. Em Arroyo Concepción existe o Prosalud Posto de Saúde da Província de Herman Bush que possui um pequeno centro cirúrgico para pequenas intervenções e quatro leitos para internação, com atendimentos somente de baixa complexidade. A maior estrutura de saúde pública na região está em Puerto Suarez, onde existem quatro unidades básicas de saúde que atendem baixa complexidade e o Hospital Municipal São João de Deus, um hospital de 2.º nível, que abrange várias especialidades. Nele são realizadas pequenas e médias cirurgias em seu único centro cirúrgico, que apesar de ser um hospital de segundo nível, mesma classificação que a Santa Casa de Corumbá, possui uma estrutura de atendimento muito menor, não tem Unidade de Terapia Intensiva e seus recursos são muito escassos. Em entrevista, o médico provinciano A.H. explicou porque optam por trazer os pacientes a Corumbá-MS: Somente em último caso os pacientes vêm, só quando não existem mais medidas a serem tomadas por lá e principalmente quando o caso não suporta uma viagem longa até Santa Cruz de La Sierra, aí Corumbá-MS se apresenta como a opção melhor e mais próxima de salvar estas vidas que estão em tal situação (Barros, 2021, p. 187).

A cidade de Corumbá e as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez possuem características semelhantes quanto a distâncias dos principais centros urbanos. Corumbá

encontra-se a 450 km de Campo Grande, e as cidades bolivianas a mais de 600 km de Santa Cruz de La Sierra. Tal distância acarreta o isolamento e a interdependência das cidades em busca de serviços de diversas áreas, inclusive da saúde, porém deve-se ressaltar a assimetria de poder entre brasileiros e bolivianos (Costa, 2015).

No âmbito da saúde, esse isolamento da população residente na Bolívia torna-se um agravante, sendo algumas vezes inviável direcionar os pacientes atendidos no sistema de saúde da fronteira boliviana para atendimento de maior complexidade em Santa Cruz de La Sierra, que seria o centro de referência para essa região de fronteira. Tal situação torna os serviços de saúde em Corumbá a única oportunidade de um tratamento mais estruturado e mais próximo; sendo assim, os pacientes buscam o PSM e a Santa Casa mesmo sem posse do cartão do SUS e são segurados do atendimento devido aos acordos estabelecidos entre o Brasil e a Bolívia.

No ano de 2005, foi instituído o Decreto n. 5.541, de 19 de setembro de 2005, pelo governo federal do Brasil com o governo boliviano; o acordo promulga a facilitação para o ingresso e trânsito de seus Nacionais em seus Territórios, ou seja, fortalece a relação entre os dois países na busca de melhores integrações socioeconômicas, com um regime simplificado que estimule e facilite o trânsito de pessoas em ambos os territórios (Brasil, 2005).

Outro acordo aconteceu em 2009 entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Bolívia, com o Decreto n. 6.737, de 12 de janeiro de 2009, que contemplava a permissão para a residência, o estudo e trabalho, tanto para brasileiros quanto para bolivianos, com a emissão de Documentação Especial Fronteiriça, emitida pela Polícia Federal do Brasil e pelo Serviço Nacional de Imigração da Bolívia. O acordo foi celebrado em Santa Cruz da Serra em 2004, oferecendo respaldo jurídico somente nas seguintes cidades contempladas com o acordo: Brasília (BR) a Cobija (BO); Guajará-Mirim (BR) a Guayeramirín (BO); Cáceres (BR) a San Matias (BO); e Corumbá (BR) a Puerto Suarez (BO) (Brasil, 2009c).

Já em 2017, a população dessa fronteira é contemplada com o Acordo Interinstitucional, subscrito entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde do Estado Plurinacional da Bolívia, em matéria de cooperação em saúde na fronteira. O acordo teve como desígnio a criação e a implementação de um grupo de trabalho em saúde na fronteira Brasil-Bolívia a fim de identificar e avaliar as problemáticas de saúde que afetam a população, com as seguintes ações:

- a) Promover o intercâmbio de experiências visando o fortalecimento dos serviços de saúde de ambas as partes na zona fronteira;
- b) Promover e/ou estimular o intercâmbio de experiências e/ou informação sobre Políticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na zona fronteira;
- c) Estimular o intercâmbio de informação sobre programas e projetos em matéria de políticas de avaliação, provisão e regulação de tecnologias sanitárias que possam representar benefícios para ambas as partes;
- d) Fortalecer as ações referentes à assistência de saúde e à organização dos serviços de saúde na zona fronteira;
- e) Propor mecanismos para o fortalecimento, na zona fronteira, da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, medicina tradicional e outros temas considerados relevantes por ambos os países,
- f) Acompanhar a implementação das ações relativas à saúde da mãe e da criança;
- g) Realizar articulação junto aos órgãos competentes visando à implantação de programas de treinamento e capacitação de recursos humanos entre ambos os países, com enfoque na interculturalidade;
- h) Promover a participação comunitária e a organização de serviços de saúde na zona fronteira;
- i) Realizar o monitoramento e seguimento dos avanços das ações ou mecanismos implementados na zona fronteira;
- j) Realizar articulação junto aos órgãos competentes visando ao desenvolvimento de ações relativas a temas de importância para ambos os países, como gravidez adolescente e violência com enfoque em saúde; e
- k) Realizar articulação junto aos órgãos competentes visando ao desenvolvimento de ações para coadjuvar na melhora do acesso e atenção em saúde com qualidade para a população (Brasil, 2017b, n.p.).

Percebe-se que, na fronteira em questão, os serviços de saúde do lado boliviano ainda são restritos à própria população boliviana e, conseqüentemente, a outras nacionalidades, acarretando um direcionamento dos migrantes internacionais e pendulares a buscarem atendimento no lado brasileiro na rede de saúde de Corumbá.

Como mencionado, a cidade de Corumbá possui infraestrutura de saúde superior a outras cidades dessa fronteira, dispondo, na sua rede de saúde, de Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Especialidades e Urgência e Emergência.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS e direciona o fluxo dos serviços da rede de saúde em todos os níveis de atenção, atua no âmbito individual e coletivo, com as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, e na manutenção da saúde com o intuito de viabilizar a atenção integral a necessidades de saúde da população (Brasil, 2024). O Quadro 3 “Serviços de saúde da Atenção Básica da rede municipal de Corumbá-MS” apresenta as unidades responsáveis pelo serviço de atenção básica no município de Corumbá-MS:

Quadro 3 – Serviços de saúde da Atenção Básica da rede municipal de Corumbá-MS

Serviços de Atenção Básica de Corumbá-MS em 2024
ESF São Bartolomeu
ESF Kadweus I / Lucia Maria
ESF/Kadweus II / Lucia Maria*
ESF/Kadweus III / Lucia Maria*
ESF Ênio Cunha I*
ESF Ênio Cunha II
ESF Rosimeire Ajala*
ESF Popular Velha*
ESF Gastão De Oliveira I*
ESF Gastão de Oliveira II*
ESF Walter Victório*
ESF Fernando Moutinho
ESF Luís Fragelli*
ESF Padre Ernesto Sassida
ESF Breno de Medeiros I**
ESF Breno de Medeiros II**
ESF Jardim dos Estados
ESF Pedro Paulo I
ESF Pedro Paulo II
ESF Dr. João Fernandes – Aeroporto I
ESF Dr. Ranulfo Jesus de Vasconcelos – Aeroporto II
ESF Nova Corumbá***
ESF Humberto Pereira*
ESF Angelica Anache
ESF Mato Grande I -(rural)
Tamarineiro I e II (rural)
ESF –Mato Grande II Albuquerque (rural)
ESF- Taquaral
UBS Ribeirinha
ESF Bonifácio Tikayoshi Tiaen*
Consultório na RUA
*Unidades de saúde que dispõem de sala de vacinação. As unidades de saúde que não possuem sala de vacinação durante seu horário de expediente ofertam os serviços em dias de campanha nacional, em dias programados e pré-divulgados. Todos os sábados duas unidades de saúde pré-selecionadas ofertam vacina para que possam ampliar o acesso à população.
** A Unidade de Saúde Breno de Medeiros funciona entre 18 e 22 horas o pronto atendimento, realizando atendimento médico, enfermagem e odontológico em demanda espontânea, além de exames como teste de Covid, exame eletrocardiograma e vacinação.
*** A Unidade de Saúde Nova Corumbá, além de seu horário de funcionamento diurno (das 7h às 11h e das 13h às 17h), passou a atender desde o dia 1.º de março de 2024 o horário estendido noturno atendendo à Resolução n.º 32/SES/MS entre 17 e 22 horas, dando continuidade aos atendimentos da APS com os seguintes serviços: vacinação, atendimento médico, enfermagem e odontológico, testes rápidos, hidratação oral e endovenosa para tratamento de arboviroses.

Fonte: baseado em Corumbá (2024). Org. da própria autora (2024)

Os atendimentos de média e alta complexidade são baseados nas necessidades de serviços de saúde que, após uma observação da situação de saúde local e da oferta de serviços existentes, indica-se o que a rede necessita de ampliação em determinada região; ou seja, a

oferta de serviços de média e alta complexidade depende do tipo de doença – renal, neurológica, cardiovascular, etc.; tipo específico de serviço – procedimentos eletivos de média complexidade, trauma, pequenos hospitais e urgência e emergência; áreas de atenção – saúde bucal, portador de deficiência; e os segmentos populacionais – idosos, mulheres, crianças, etc. (Conass, s.d.). No Quadro 4, “Serviços de alta e média complexidade municipal de Corumbá-MS”, são apresentadas as unidades responsáveis pelos serviços de média e alta complexidade no município de Corumbá:

Quadro 4 – Serviços de alta e média complexidade municipal de Corumbá-MS

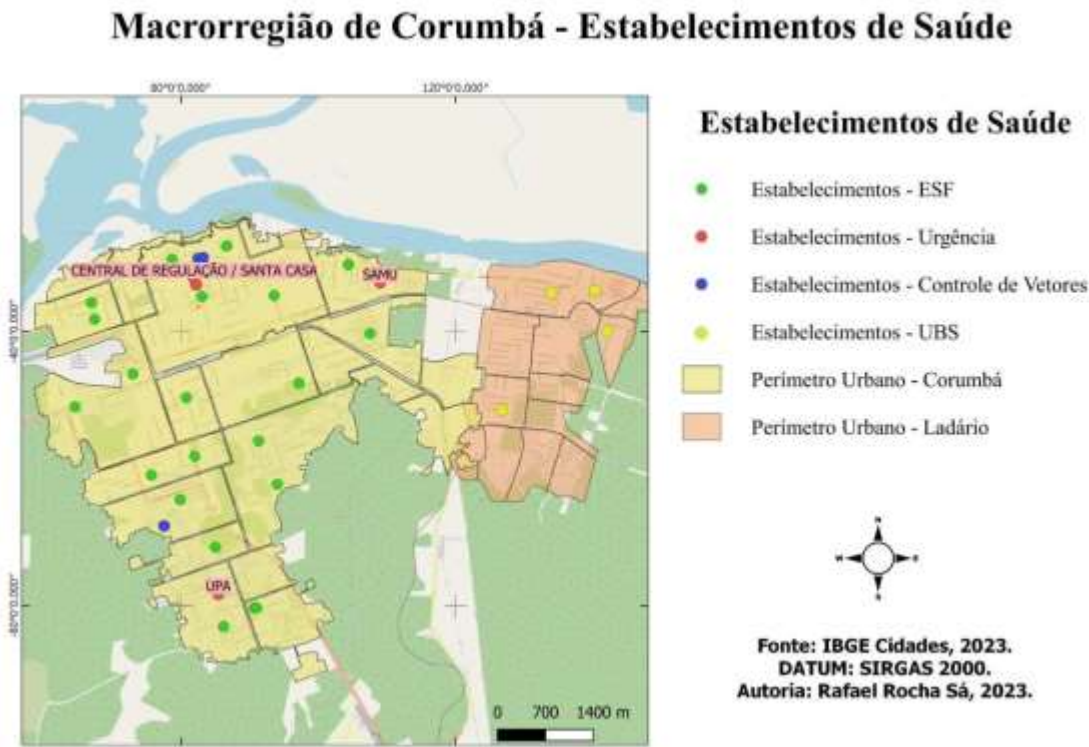
Serviço	Localização	Atendimento prestado
CEM (Centro de Especialidades Médicas)	Rua Cabral, 1.263 - Centro, Tel.: 3907-5346	Consultas e acompanhamentos com médicos especialistas (anestesista, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião vascular, endocrinologista, gastroenterologista pediátrico, geriatra, nefrologista, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, pediatra, neuropediatra, cardiologista, ortopedista, endocrinologista, psiquiatra, urologista, gastroenterologista); consulta/tratamento com profissionais de saúde (enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta – acupuntura; exames de imagem (raio-x e ultrassonografia), Holter/mapa eletrocardiograma, audiometria e pequenas cirurgias.
Centro de Saúde de Mulher	R. Major Gama, 782, Centro, Tel.: 3907- 5387	Serviço de atendimento de referência relacionado à Saúde da Mulher (consulta ginecológica e obstétrica de alto risco, exames de colposcopia, planejamento familiar, inserção de DIU, exames de ultrassonografia).
Centro de Atenção Psicossocial – Caps II – José Fragelli	R. Tenente Melquiades de Jesus, 917, Centro, Tel.: 3907-5094	Destinado ao atendimento de pessoas a partir de 18 anos com transtorno mental e/ou doença mental com sinais e/ou sintomas severos e persistentes.
Centro de Atenção Psicossocial – Caps I	R. Cuiabá, 1.291, Centro, Tel.: 3907-5473	Destinado ao atendimento para indivíduos de até 17 anos com transtorno mental e/ou doença mental e uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas com sinais e/ou sintomas severos e persistentes.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – Caps AD	R. Cabral, 1.208, Centro, Tel.: 3907-5427	Destinado ao atendimento para indivíduos a partir de 18 anos com uso abusivo e/ou dependente de álcool e/ou outras drogas.
Residencial Terapêutico	R. Tiradentes, 372, Centro, Tel.: 3907-5573	Localizada no espaço urbano, constituída para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.
Núcleo de Psicologia	R. Major Gama, 786, Centro	Atendimento/tratamento psicológico ambulatorial.
Cerest – Centro de Referência da Saúde do Trabalhador	R. Tiradentes, 759, Centro, Tel.: 3907-5444	Unidade regional especializada no atendimento à saúde do trabalhador e presta assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho.

Centro de Especialidades Odontológicas CEO – Dr. Aziss Tahjer Iunes	R. Eugênio Cunha s/n, Previsul	Unidade de oferta de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais.
---	--------------------------------	---

Fonte: baseado em Corumbá (2024). Org. da própria autora (2024)

E a rede de urgência e emergência está inserida dentro da RAS, como uma ampliação do acesso fornecido pela Atenção Básica, a fim de resolver as necessidades dos pacientes em sua totalidade e/ou encaminhar para os centros de saúde de maior complexidade, com a estrutura de equipamentos e equipe de saúde indispensável para intervenção adequada aos diferentes agravos. O município de Corumbá, na rede pública de saúde, conta com serviços de atendimento 24 horas: 1 Unidade de Pronto Atendimento – Dr. José Abílio M. de Barros –, 1 Pronto-Socorro Municipal – Dr. Rogério Takaki Bento – e Serviço de Atendimento Móvel – 2 unidades de suporte básico e 1 unidade de suporte avançado (Cnes, s.d.). A Figura 8, “Estabelecimentos de saúde da macrorregião de Corumbá-MS”, demonstra a distribuição espacial das unidades de saúde que realizam atendimento de urgência e emergência na macrorregião de Corumbá:

Figura 8 – Estabelecimentos de saúde da macrorregião de Corumbá-MS



Fonte: Sá (2023)

O estudo de Silva (2010), sobre a regionalização da saúde e os dilemas da microrregião de Corumbá- MS, revelou que, entre o período de julho de 2008 a junho de 2009, a segunda nacionalidade que mais recebeu atendimento hospitalar foi a boliviana, resultado da conurbação internacional; é apropriado ressaltar que os estrangeiros que são atendidos nos serviços ambulatoriais não são quantificados devido a não opção de cadastro de nacionalidade. Sendo assim, não se pode apurar um montante preciso de atendimento que o município de Corumbá acaba por ofertar aos estrangeiros.

As fragilidades dos sistemas de informação oficial em registrar e contabilizar o atendimento a bolivianos na rede de saúde de Corumbá interferem nos percentuais de gastos públicos com procedimentos que não são contabilizados, determinantes de saúde, gerando a ausência da garantia da continuidade do tratamento/atendimento, procedimentos glosados pelo serviço de auditoria do estado, dupla nacionalidade, gerando impacto nos repasses financeiros do estado (Silva, 2010).

A utilização da rede de saúde de Corumbá pelos migrantes, em especial atenção aos bolivianos, sempre gerou insatisfação entre brasileiros residentes, profissionais de saúde e os próprios migrantes. Os relatos desse público entrevistado por Barros (2021) e as matérias de jornais desenham como essa relação integralmente acontece.

Matérias que circularam no jornal local denunciaram práticas de venda de comprovante de residência para que os bolivianos, mais precisamente, conseguissem os comprovantes de residência; logo, a aquisição do “passaporte” de acesso à saúde, o Cartão Nacional de Saúde (CNS). Barros (2021) traz uma realidade do dilema da oferta de atendimento ao migrante *versus* a revolta dos brasileiros residentes:

A reportagem expõe não só uma denúncia sobre a emissão dos cartões do SUS, bem como expressa sentimentos racistas ao tratar os bolivianos como invasores e atrevidos evidenciando os conflitos que se afluam no sistema de saúde e no modo de pensar de muitos corumbaenses (Barros, 2021, p. 167).

Barros (2021) relata o depoimento de uma brasileira que exprime a insatisfação de procurar atendimento para seu familiar na UPA e se deparar com a unidade lotada, e “lotada deles”; “deles”, os bolivianos que estariam “tirando” o atendimento dos brasileiros. A autora reforça que esse posicionamento de “bolivianos que retiram os atendimentos dos brasileiros” foi mencionado em outras falas de entrevistados, e a autora traz uma reflexão importante:

“Este depoimento reforça as fronteiras humanas, onde os bolivianos são tratados como bolivianos, gente de outra nação, e não como seres humanos” (Barros, 2021, p. 158).

Outra realidade em Corumbá diz respeito à população boliviana, que, nascida em Corumbá, desfruta de dupla nacionalidade, em que usufrui de serviços, como direito de brasileiros, como escolas, acesso à saúde, porém residem no lado boliviano da fronteira. Esse cenário acaba por sobrecarregar os cofres públicos, pois essa população utiliza os serviços públicos gratuitos, porém não são contabilizados em censo demográfico, não contribuindo para o *per capita* do município que gere mais repasse de recursos (Mélo, 2004, p. 134 *apud* Barros, 2021, p. 162).

Durante a pandemia da Covid-19, o fechamento das fronteiras foi uma necessidade sanitária para diminuir a circulação das pessoas infectadas e evitar a proliferação da doença. Corumbá e Bolívia tiveram a fronteira fechada em 17 de março de 2020 com um decreto do governo da Bolívia (Costa, 2023).

Barros (2021) acrescenta que, assim como outras cidades fronteiriças, Corumbá teve a fronteira entre os dois países fechada, impossibilitando o acesso de ambos os lados, porém os atendimentos aos pacientes provenientes da Bolívia continuaram. Tal situação gerou movimentações nas mídias locais pela insegurança e pelo desespero causado pela pandemia; alegava-se que tal prática poderia comprometer os atendimentos aos corumbaenses, principalmente devido à quantidade de leitos de UTI disponível na cidade, que já era considerado reduzida. Na reportagem, sugere-se a suspensão dessa assistência atrelada à manifestação da população, com indignação e medo, de não ter acesso aos serviços de saúde (Barros, 2021).

Tal postura xenofóbica foi levantada por Sá (2003) em seu estudo, salientando que discursos odiosos e preconceituosos contra os estrangeiros tornaram-se mais constantes durante a pandemia do Sars-Cov-2, principalmente voltados aos bolivianos, devido ao fato de Corumbá possuir melhor infraestrutura de saúde, aliado ao fato do serviço público ser gratuito e irrestrito, e muitos bolivianos que necessitavam de atendimento procuraram atendimento na Santa Casa de Misericórdia e UPA (Sá, 2023).

O mesmo autor reitera que os gestores regionais e nacionais precisam compreender as especificidades e particularidades necessárias para as políticas públicas da faixa de fronteira Brasil-Bolívia a fim de melhorar o acesso e a garantia do atendimento aos migrantes, principalmente os residentes fronteiriços de origem boliviana (Sá, 2023).

No ano de 2013, em estudo realizado por Espírito Santo, ele afirma que o Brasil e a Bolívia já possuem algumas parcerias binacionais, como o Comitê Binacional de Profilaxia da Raiva e o Comitê de Fronteira. Nessa época, afirmou que o Comitê de Fronteira não se consolidou, e que no quesito assistência de saúde não existem parceiras firmadas, os atendimentos de saúde ocorrem baseados nas decisões dos gestores (Espírito Santo, 2013).

Como já mencionamos, o Acordo de 2017, direcionado para as questões de saúde na região de fronteira Brasil-Bolívia, era a solução para debate e discussões das necessidades de saúde nessa fronteira; entretanto, em entrevista com o Secretário de Saúde de Corumbá relatada no estudo de Barros (2021), as discussões bilaterais não haviam emplacado, permanecendo os empecilhos no que tange ao atendimento e aos investimentos entre os dois lados:

Depois da homologação do referido acordo, foi feita apenas uma reunião e nada foi para frente, porque a Bolívia não compareceu nos encontros de trabalho. Segundo este gestor, ficou claro que os bolivianos só querem desfrutar do SUS no Brasil, por isto fomentaram este acordo, pois até agora, abril de 2020, nada andou (Barros, 2021, p. 171).

O Cartão Nacional do SUS foi regulamentado pela portaria n. 940, de abril de 2011, formalizando as ações e os serviços de saúde realizados por profissionais e estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS e da rede privada, mediante um sistema nacional de informação sobre responsabilidade do departamento de informática do SUS (Data/SUS), sendo a identificação do registro eletrônico dos usuários do SUS (Brasil, s.d.[i]).

A Portaria ainda esclarece que o CNS é válido em todo território nacional, sendo de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios o cadastramento, a emissão e distribuição e ressalta a seguinte orientação:

Art. 13. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:
 I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;
 II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e
 III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde.
 Parágrafo único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado (Brasil, s.d.[i], n.p.).

Em 2021, o governo do estado de Mato Grosso do Sul, com a Resolução n. 42 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estabelece o Protocolo Estadual de Atendimento de

Saúde ao Migrante no Estado de Mato Grosso do Sul, considerando que o estado possui 13 municípios de fronteira e com elevada busca de atendimentos de saúde pelos estrangeiros, o que repercute em dificuldades para a gestão SUS e sobre os financiamentos das ações e dos serviços de saúde, que não são contabilizados para a população itinerante. Reafirmando essa realidade já mencionada por diversos autores, o estado elaborou o protocolo, que estabelece:

Desta forma fica estabelecido que os estrangeiros, na situação evidenciada acima, terão direito ao atendimento emergencial e/ou urgência, ou seja, será considerada uma emergência condições que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte exigindo, portanto, tratamento médico imediato, ou uma urgência, sendo esta uma ocorrência imprevista com ou sem risco potencial à vida, onde o indivíduo necessita de assistência médica imediata. [...] Já os procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência, são considerados atendimento eletivo, como por exemplo: atendimento de atenção primária à saúde programado, consulta clínica especializada; cirurgia com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência, somente poderá ser ofertado após a regularização de sua situação migratória no território brasileiro (Mato Grosso do Sul, 2021, p. 2).

Sendo assim, com essa regulamentação estadual, os migrantes que necessitavam de atendimento de saúde de urgência e emergência na unidade mais próxima ou nas unidades 24 horas, de imunização, na assistência a infecções sexualmente transmissíveis e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), nos casos suspeitos ou confirmados de tuberculose e hanseníase e nos exames de urgência clínica recebiam atendimento sem ou com CNS. Entretanto, para o acompanhamento integral pelas equipes de atenção primária, o migrante deveria apresentar na UBS o cartão do SUS e confirmar residência (Mato Grosso do Sul, 2021).

A emissão do cartão do SUS em Corumbá aconteceu sem um controle numérico de expedição para a população estrangeira. A facilidade estendeu-se por muitos anos, e bastava apresentar os documentos exigidos e ter a posse de comprovante de endereço na cidade brasileira. Barros (2021) agrega:

Por isto, hoje, este atendimento ao boliviano, se torna um problema financeiro e de sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro, uma vez que os repasses à saúde dos governos estadual e federal se dão pela estimativa populacional dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que não computa os usuários bolivianos moradores do outro lado, embora comprovem residência no Brasil. A fronteira nos repasses financeiros para a saúde é morta, mas ela aflora cotidianamente quando se expõe a sobrecarga do sistema, inchada pelo uso dos bolivianos, principalmente os residentes do outro lado (Barros, 2021, p. 161).

Em depoimento a Barros (2021), o Secretário de Saúde de Corumbá (2016-2020) relata que várias são as astúcias dos bolivianos em esquivar das barreiras brasileiras impostas para aquisição do CNS; os comprovantes de residência fixa no Brasil são adquiridos por meio de conchavo com outros bolivianos ou brasileiros para lhes emprestarem o endereço. Outra situação foi o acesso facilitado da emissão de CPF pelas agências de correio, que perdurou até 2014, que, adicionado ao comprovante de residência, ofereciam a documentação para acesso a toda a rede de saúde, incluindo a atenção básica. O gestor afirma que durante anos as emissões dos CNS ocorreram dessa forma, estima-se a emissão de milhares de CNS, ultrapassando o número de habitantes da cidade que consta no IBGE, acarretando um montante de cidadãos bolivianos que passam a fazer parte da saúde pública local sem morar no município; portanto, não estão computados nos repasses de recursos estaduais e federais, levando um aumento na demanda e agravando os problemas dos recursos disponibilizados para suprir as necessidades da saúde pública.

Essa mesma situação que Barros identificou em 2021 já acontecia há uma década e foi apresentada por Silva em 2010, que identificou que o acesso à saúde pública da fronteira oeste do Brasil – Corumbá e a Bolívia – ocorria por meio de diversos cenários: o uso de documentos emprestados tanto por brasileiros quanto por bolivianos; a negação da identidade boliviana pelo próprio boliviano para acessar o sistema de saúde; o uso de endereço de residência, muitas vezes, de amigos para caracterizar como sua residência brasileira; a demanda espontânea na rede hospitalar, principalmente na Santa Casa – maternidade; o uso dos sistemas de média e alta complexidade devido à gratuidade; o difícil acesso aos serviços de saúde na Bolívia e a longa distância dos grandes centros; e, ainda, acrescenta o suborno de funcionários da saúde brasileiros para acesso aos serviços de saúde, em especial a vacinas e remédios (Silva, 2010).

Costa e Lima (2023) desenharam muito bem essa problemática, pois ressaltam que, apesar da Constituição Federal garantir o acesso à população estrangeira, esse acesso ainda não é garantido nas cidades fronteiriças onde o “direito” à assistência depende da interpretação das autoridades locais, dos gestores e profissionais de saúde dos serviços de atenção à saúde.

Como observa-se, as práticas de acesso ilegal ainda perpetuam e necessitam de atenção para as dificuldades de realizar a gestão da saúde do lado brasileiro e de inserir o fronteiriço, sendo ele migrante ou brasileiro dentro das redes de saúde disponíveis. Tal realidade acarreta prejuízo aos migrantes, que, algumas vezes, não conseguem sanar as suas

necessidades de saúde, aos cofres públicos e aos profissionais, que muitas das vezes não sabem como devem oferecer assistência de saúde a esse público.

Silva (2010), após sua pesquisa, elencou diversas propostas de ação para a saúde pública na fronteira Brasil-Bolívia e sugeriu possíveis estratégias e ações que poderiam corroborar com o impasse, entre as necessidades dos imigrantes, que usam o sistema de saúde durante sua passagem no município, e as dos migrantes pendulares.

Dentre as sugestões, Silva (2010) cita a necessidade de integrações institucionais por meio da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – e da UFMS – Câmpus Pantanal –, de maneira estratégica para a aproximação governamental entre os gestores dos municípios. A efetivação do comitê com a participação direta do Ministério das Relações Exteriores, por meio da organização e do planejamento de uma rede de atenção à saúde da região fronteira, com banco de dados e registros quantificados e qualificação de atendimentos, gerando indicadores de saúde específicos, ações de prevenção epidemiológica e sanitária de forma integrada com laboratório de fronteira e políticas de saúde específicas para região de fronteira, medidas de financiamento e cofinanciamento para essa região de fronteira, com câmara de compensação, ampliar a rede de saúde de Corumbá e da Bolívia, com uma legislação brasileira específica para acessibilidade do estrangeiro, e capacitação de profissionais de saúde e que atuam na área da saúde (Silva, 2010).

As estratégias de registro necessitam ser traçadas baseadas no número mais aproximado da realidade; no de 2022, uma Nota Técnica foi emitida pelo MigraCidades, que corresponde a um grupo de trabalho composto por governos municipais e estaduais que visam a identificar os desafios e as potencialidades para uma qualificação das ações direcionadas aos migrantes internacionais. A Nota em questão orienta os profissionais e gestores de saúde quanto à importância do Sistema de Informação/Base de dados no SUS ser único e síncrono a fim de traduzir a realidade da população migrante nos acessos de saúde (MigraCidades, 2022a).

A invisibilidade do indivíduo migrante na saúde dá-se pela insuficiência de informações, que decorre principalmente das restrições impostas por alguns sistemas, que enfatizam que a população migrante possui o direito de emitir o CNS gratuitamente. Mesmo que seja uma nota técnica norteadora, a importância do acesso aos serviços constrói uma base de dados para o desenho e a implementação de novas políticas públicas, ela complementa que os sistemas de informação do SUS devem ser adaptados para registros, com documentos

oficiais de migrantes e refugiados, ou realizados sem documentos, para a construção de um perfil epidemiológico dessa população.

5 ATENDIMENTO AO MIGRANTE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ-MS: UM ESTUDO DE CASO

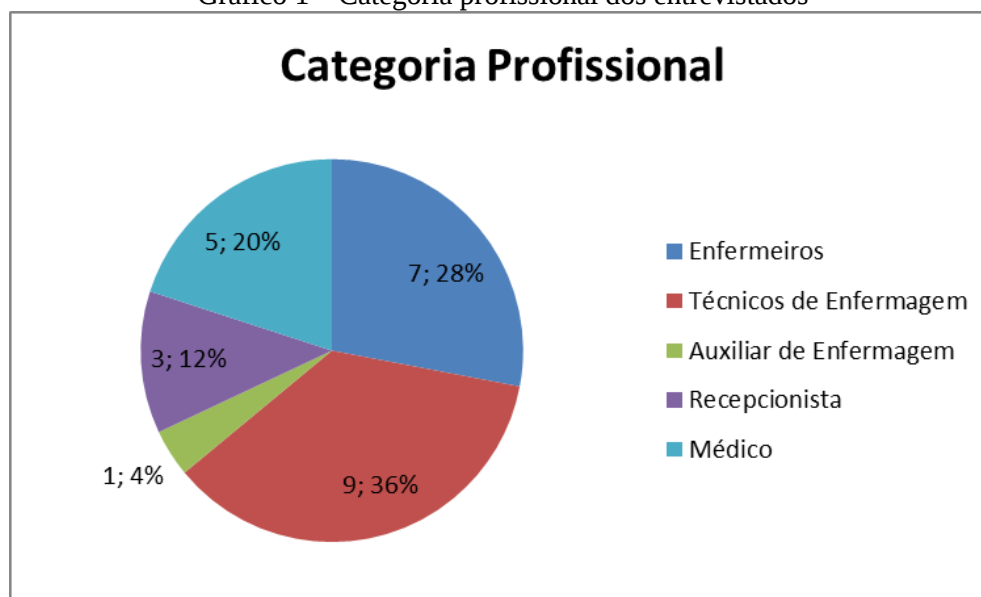
Os resultados aqui apresentados refletem as percepções, experiências, expectativas e representações da assistência aos migrantes pelos profissionais de saúde e não de saúde envolvidos na assistência de saúde com ênfase nas duas unidades de saúde fixas de atendimento 24 horas.

Após a leitura integral dos questionários, que foram codificados em números para facilitar a identificação com a numeração sequencial (Q1, Q2... Q25). Consequente, os dados foram unilateralizados, baseados na natureza da problemática apresentada no objetivo do estudo.

O tema central do estudo foi o atendimento ao migrante na rede de urgência e emergência, levando em consideração que o objeto de estudo a ser representado são os profissionais participantes, os responsáveis pelos atendimentos ao público-alvo os migrantes.

Como pode ser visualizado no Gráfico 1 “Categoria profissional dos entrevistados”, o *corpus* da amostra foi de 25 participantes, predominando a área da enfermagem, que corresponde à categoria profissional em maior quantitativo e responsável por acompanhar os pacientes em quase todas as etapas do processo de atendimento de saúde em ambas as unidades.

Gráfico 1 – Categoria profissional dos entrevistados

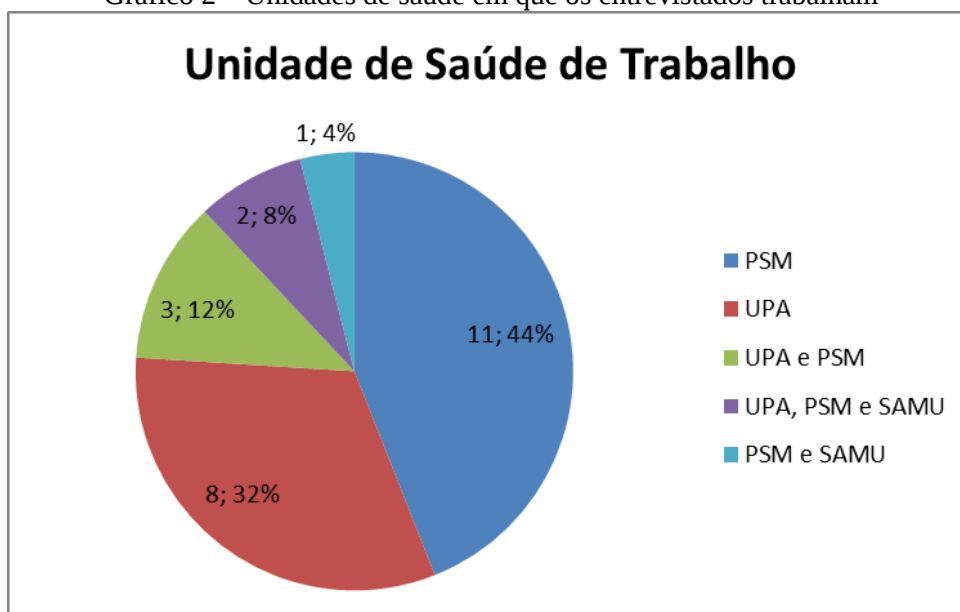


Fonte: da própria autora

Vale ressaltar que a categoria de auxiliar de enfermagem consta em menor número devido à Lei do Exercício da Enfermagem n. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, que estabelece que os pacientes mais graves devem ser assistidos por técnicos de enfermagem, e aos auxiliares cabe a assistência mais reduzida de menor periculosidade (Brasil, 1987). Sendo assim, o auxiliar possui uma restrição de atuação nessas unidades de cuidados de emergência, desencadeando uma preferência pela administração à lotação de trabalho para profissionais de enfermagem que possam atuar em qualquer setor, independentemente da complexidade; e o município de Corumbá vem se adequando à legislação referente à lotação dos servidores de enfermagem nos serviços de maior complexidade e gravidade.

Em relação ao local de trabalho dos entrevistados, como pode ser visualizado no Gráfico 2 “Unidades de Saúde que os entrevistados trabalham”, os profissionais que participaram das entrevistas foram escolhidos pela amostragem por relevância/por propósito, como sugere Sampaio e Lycarião (2021) para as pesquisas que trabalham análise de conteúdo. Os profissionais foram convidados aleatoriamente, respeitando a disponibilidade de tempo, para responder ao questionário da pesquisa, sem que acarretasse prejuízo às atividades de trabalho.

Gráfico 2 – Unidades de saúde em que os entrevistados trabalham



Fonte: da própria autora

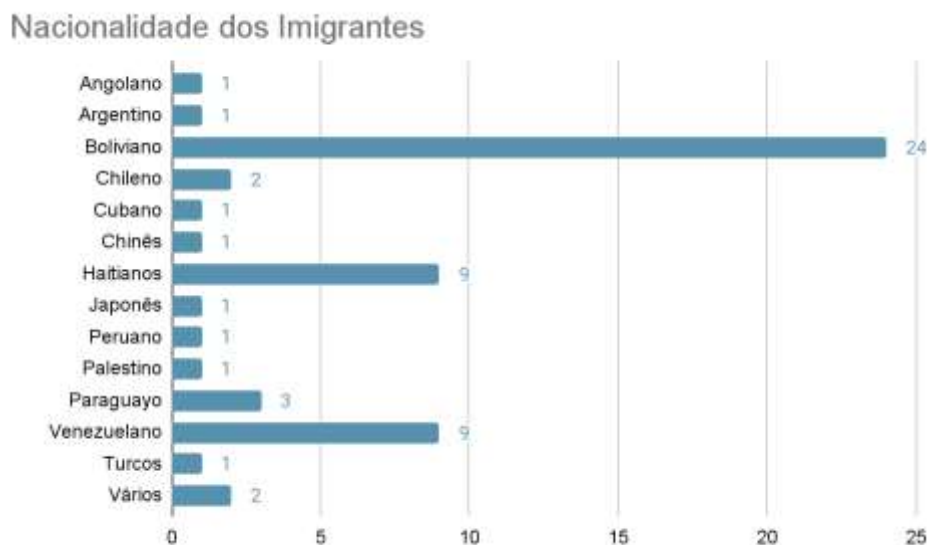
Considerando a amostra total de entrevistas (25), alguns profissionais atuavam em mais de uma unidade de saúde, como pode ser visto no Gráfico 2 acima, oferecendo assim uma experiência profissional mais abrangente da rede de urgência e emergência. Analisando pela ótica do local de trabalho, ou seja, considerando que o mesmo profissional possui a experiência de mais de um local, favorecendo assim a riqueza de informação da pesquisa. O PSM é citado em 19 das respostas dos profissionais como seu local de trabalho na rede, a UPA foi citada 13 vezes nas respostas e o Samu foi citado por 2 dos entrevistados.

O PSM foi a unidade de urgência e emergência mais mencionada como local de atuação; a diferença em relação a UPA não foi tão significativa; sendo assim, as percepções e experiências dos profissionais serão equilibradas ao longo do estudo.

O Samu, apesar de ser mencionado pelos entrevistados, não está inserido como unidade de saúde-alvo da pesquisa, tendo em vista que ele executa atendimentos pré-hospitalares com os cuidados iniciais da “hora ouro”, realizando o direcionamento do paciente para a unidade de emergência fixa; no caso do município de Corumbá, a UPA e o PSM, conforme a gravidade do quadro clínico. Na grade de referência de Corumbá, o PSM é a unidade de referência para as demais unidades de saúde, inclusive a UPA. O PSM é a porta de entrada dos pacientes que necessitam de assistência de saúde intra-hospitalar, sendo responsável pelo maior número de atendimentos a migrantes conforme relatório do Sistema de Informação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Outra questão abordada foi sobre quais nacionalidades os profissionais assistiam com mais frequência nas unidades de saúde que atuam. Eles informaram mais de uma nacionalidade por questionário. As menções foram contabilizadas e ilustradas no Gráfico 3 “Nacionalidades de migrantes mais assistidas na UPA e no PSM” a seguir:

Gráfico 3 – Nacionalidades de migrantes mais assistidas na UPA e no PSM



Fonte: da própria autora

O total de nacionalidades mencionadas como mais atendidas pelos entrevistados foram 13, considerando a UPA e o PSM, e dois entrevistados mencionaram “vários” sem caracterizá-las. Sendo que as três nacionalidades relatadas em maior frequência foram a boliviana, em primeiro lugar, com 24 menções; em seguida a haitiana, com 9 menções, empatada com a venezuelana em número de menções.

Baseado no relatório de seguimento do MigraCidades (2022b), do município de Corumbá, de janeiro de 2000 a março de 2022, obtiveram o Registro Nacional Migratório como habitantes do município 2.735 migrantes, conforme os dados do Sistema Registro Nacional Migratório (Sismigra). As principais nacionalidades que obtiveram registros foram a boliviana, com 89%; colombiana, com 2%; paraguaia, com 2%.

Se buscarmos dados mais antigos, observa-se essa predominância dos bolivianos inseridos como habitantes em usufruto dos serviços com foco na área da saúde, que já havia sido relatada por Silva (2010) em seu estudo sobre os atendimentos realizados pelo Hospital Filantrópico de Corumbá – Santa Casa; os dados coletados pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS – Tabwin – 2008-2009 registraram 77 pacientes de nacionalidade boliviana contabilizados nos procedimentos realizados no hospital, correspondendo a 1% do total de procedimentos realizados nesse período, que somava 7.016 procedimentos. O próprio autor ressalta que, na prática, esses números são bem maiores, considerando os sub-registros devido a fatores como: a) procedimentos glosados pela

auditoria estadual; b) dupla nacionalidade; e c) uso de documentos brasileiros por bolivianos, o que pode ter interferido nesse baixo percentual de 1%.

Mais recentemente, em seu estudo, Barros (2021) levantou a informação de que, após pesquisa com determinado setor do hospital Santa Casa de Corumbá, entre os anos de 2017 e 2018, aproximadamente 300 pacientes foram atendidos na condição de estrangeiros, e 95% dos casos eram de nacionalidade boliviana. Apresentando uma realidade diferente do que Silva (2010) observou há 10 anos, tal aumento pode indicar que houve melhoras nas formas de registros dos dados; entretanto, para se confirmar esse pressuposto, seria necessário um estudo direcionado à situação.

Ambos os estudos reafirmam o que foi encontrado nos questionários: a predominância da nacionalidade boliviana nos atendimentos de saúde de urgência e emergência devido à conurbação entre as cidades.

Seguindo o processo de análise de conteúdo, os temas dos questionários foram codificados e atrelados aos objetivos de análise da pesquisa, resultando em três categorizações:

- a) Categoria 1 – Dinâmica do atendimento ao migrante nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM);
- b) Categoria 2 – Possíveis barreiras no atendimento a migrantes nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM);
- c) Categoria 3 – Sugestões elencadas pelos profissionais para melhorar o seu atendimento e a assistência ao público migrante.

5.1 Processo e estrutura do atendimento do migrante nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM)

Na Tabela 1 “Dinâmica do atendimento a migrantes na UPA e no PSM” mais abaixo, na variável de como ocorre o atendimento do migrante na prática na UPA e no PSM, foram obtidas as seguintes respostas: a) os atendimentos ocorrem igualmente aos brasileiros; b) compreendendo um universo de 48% das respostas dos entrevistados, eles informaram que os atendimentos aconteciam na mesma dinâmica que a dos brasileiros. “Todos são atendidos conforme a gravidade estabelecida, e são estabilizados e avaliados quanto ao melhor tratamento” (Q25). “O atendimento é igual o brasileiro sem restrição” (Q16). “O acolhimento é realizado pela recepção/classificação de risco e ou sala de emergência, de acordo com a gravidade de cada caso, sendo inseridos no sistema de informação do município, realizando

em seguida o atendimento médico, os exames complementares, a internação hospitalar, caso necessário” (Q11).

Os atendimentos incompletos correspondem a 36% dos entrevistados, que afirmaram que o atendimento ocorre no mesmo processo que dos brasileiros; porém, por diversos motivos, esse atendimento é interrompido por impasses, como a documentação incompleta, não ter acesso à internação e ao tratamento e até por preconceito. Assim como relata um dos entrevistados,

[...] toda ocorrência em grau de emergência/risco iminente de morte são prestados todos os esforços para reverter esse quadro independente de ter ou não identificação do imigrante, alguns casos como os que necessitam de hemoconcentrados eu já presenciei a impossibilidade da liberação por conta da demanda. [...] São atendidos normalmente, o atendimento não é lançado e pode ocorrer dificuldade para internação, às vezes negam vaga (Q22).

“São atendidos normalmente, porém o atendimento não é lançado. Porém os mesmos podem ter dificuldades para ser internados. Às vezes a vaga é negada” (Q3).

Outras situações são os migrantes que são atendidos, mas depois referenciados ao seu país de origem para seguimento, investigação e tratamento: “São atendimentos de urgência e emergência e, após estabilização do quadro, são transferidos para o país de origem, e nos casos não graves, são orientados a procurar atendimento no país de origem” (Q12). “Dependendo do caso, os mais graves são atendidos e permanecem, e os casos mais leves são avaliados e encaminhados para o seu país; os que vêm de ambulância e os que vêm de meios próprios são atendidos sem restrição” (Q15).

Os 16% restantes correspondentes aos outros, em que se agruparam as respostas que compreendiam algum tipo de atributo que caracterizava o atendimento dos imigrantes, tais como uso de situações relacionadas à comunicação com celulares; como uso de tradutores, o “portunhol”, como forma de comunicação entre profissional de saúde e migrante. E a busca de atendimentos por parte desse público que ocorre sem regulação, ou contato prévio, pelos meios próprios e/ou ambulâncias.

Tabela 1 – Dinâmica do atendimento a migrantes na UPA e no PSM

Variáveis	N	%
Como ocorre o atendimento do migrante na prática na UPA e no PSM		
Igual dos brasileiros	12	48%
Atendimentos incompletos	9	36%
Outros	4	16%

Existência de protocolo de atendimento ao migrante na UPA e no PSM		
Não	23	92%
Sim	2	8%
Registro do prontuário de atendimento no Sistema de Informação da Saúde na UPA e no PSM		
Registrados	20	80%
Não são registrados	3	12%
Não respondeu	1	4%
Não sabe	1	4%

Fonte: da própria autora

Carvalho (2019) considera os protocolos como instrumentos, como documentos normativos que auxiliam na solução dos problemas, organizam os serviços e contribuem na ampliação das ações de saúde. Eles podem ser utilizados pela equipe multiprofissional em saúde; entretanto, devem ser elaborados por representantes de diferentes áreas do conhecimento (Rosso; Nascimento, 2015 *apud* Carvalho, 2019, p. 44).

Seguindo nossa análise, outra variável é a existência de protocolos para serem utilizados como ferramentas de trabalho em busca de organização e direcionamento do atendimento, honrando as legislações, o acolhimento e a unificação do atendimento. A ausência de protocolo de atendimento referente à população migrante foi informada por 92% dos entrevistados, e somente 8% informaram haver o protocolo, sendo que 1 participante mencionou: “Protocolo de assistência a imigrantes em situação de vulnerabilidade”, e outro não mencionou qual protocolo.

O protocolo de assistência a imigrantes em situação de vulnerabilidade corresponde ao protocolo publicado pela Prefeitura Municipal de Corumbá referente ao acolhimento ao migrante para educação e assistência social, em 23 de maio de 2023 (Corumbá, 2023). O protocolo em questão apresenta um grande avanço e uma conquista para população migrante; entretanto, não abrange a área da saúde em específico para as unidades de atendimento de urgência e emergência na UPA e no PSM.

A mesma necessidade foi observada no estudo realizado por Carvalho (2019) com profissionais de saúde da rede de urgência e emergência de Aparecida de Goiânia (GO), no qual os profissionais destacaram que não tinham protocolo para atendimentos de imigrantes, que não receberam orientação direcionada para esse público, nem na sua formação profissional, nem na formação fornecida pelo local de trabalho.

Silva (2010), em seu estudo, sugeriu a reestruturação da rede de saúde de Corumbá direcionada à atenção ao migrante, com a elaboração de protocolos e a regulação de atendimento, entre outras observações que contribuíram para a assistência de saúde.

Até o momento da pesquisa de campo com os questionários, o município de Corumbá não havia publicado o protocolo; após dois meses do término das entrevistas, o município publicou, em 6 de junho de 2024, o protocolo de acolhimento e atendimento aos migrantes internacionais, no âmbito da Assistência Social, Educação e Saúde no Município de Corumbá-MS, no Diário Oficial do Município (Corumbá, 2024).

Outra necessidade observada foi a de registro dos atendimentos/procedimentos realizados aos migrantes, que são fundamentais para quantificar, contabilizar e estabelecer os repasses financeiros públicos. Diante dessa importância, o estudo buscou conhecer o entendimento dos profissionais que realizam os atendimentos aos migrantes, referente à informação de como esses registros são realizados dentro do processo de trabalho de ambas as unidades.

Andreazzi (2009) ressalta que os dados gerados nos serviços de saúde refletem as condições de vida da população e a capacidade de resposta de determinado setor da saúde e acrescenta que

[...] procura-se valorizar os dados gerados nos serviços de saúde, identificando os problemas decorrentes de acesso, cobertura e complexidade da oferta dos serviços, como também realizando análise qualitativa dos mesmos, buscando identificar falhas e desvios introduzidos no próprio processo de produção, disseminação e utilização da informação (Andreazzi, 2009, p. 42).

As respostas foram analisadas e categorizadas em: a) os atendimentos de migrantes registrados; b) os não registrados; c) os que não responderam; e d) os que não sabiam opinar sobre o assunto.

Os categorizados como registrados, sendo que a maioria das respostas, 80% (20), foram mencionadas de duas formas: do total de 20 respostas, 5 são registrados no Sistema de Informação da Saúde (SIS), que no caso de Corumbá corresponde ao Sistema de Gestão em Saúde, nominado E-Saúde, considerando os registrados no E-Saúde, com e sem o CNS e CPF. A outra forma de registro foi mencionada pelo maior número de entrevistados (15), correspondente aos pacientes migrantes que não possuem documentação e são atendidos. Entretanto, esse registro não é contabilizado no sistema de informação, é realizado um

prontuário manual, utilizando o *Microsoft Word*, que eles próprios definem como “prontuário no Word”.

Os entrevistados que relataram não serem registrados configuram 12% (3) profissionais, e não forneceram mais detalhes nas respostas sobre como ocorre o registro dos atendimentos. E outros 8%, 2 participantes, que não contribuíram com essa temática; sendo um, por não saber opinar sobre o assunto, e outro por não responder à questão.

Tal situação aponta que grande parte dos profissionais confirma que a ausência do documento, que para alguns está atrelada ao registro no sistema de informação, não impede o acesso ao atendimento do migrante; até mesmo porque os prontuários são realizados no *Word*, garantindo a assistência de saúde independentemente do registro e/ou da contabilização do procedimento realizado.

Em visita às unidades de pesquisa, UPA e PSM, foi possível conhecer o fluxo do atendimento ao migrante pelo relato dos coordenadores de enfermagem, que são responsáveis pelo processo de trabalho, pelo cadastro e pela emissão da ficha de atendimento dos migrantes e brasileiros.

Durante o trabalho de campo, em conversa com a coordenadora do PSM, M. L. B., ela informou que

[...] grande parte dos imigrantes possuem endereço no Brasil, ou trabalham, que grande parte já possui documentos e ou cadastro no sistema. Caso não possua, o pessoal da recepção procura no sistema de Cadastramento dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Cadsus), disponível no próprio SIS; caso esse imigrante tenha CNS, o prontuário no SIS (E-Saúde) já é realizado. Caso o imigrante não tenha CNS, é realizado no Word (M. L. B., informação verbal).¹

Na UPA, a coordenadora P. V. S. encaminhou a pesquisadora a um membro da equipe, E. P., técnica responsável por esse departamento:

O migrante quando dá entrada na UPA portando qualquer documento de identificação verificamos se o migrante possui cadastro no SIS (E-Saúde); caso não tenha cadastro no SIS, existe duas opções: se o migrante possuir CNS e/ou CPF, ele realiza o cadastro SIS; caso não tenham nenhum dos dois documentos, o prontuário de atendimento é realizado no *Word* (E. P., informação verbal).²

¹ Trabalho de campo realizado com a coordenadora M. L. B., do pronto Socorro Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS.

² Trabalho de campo realizado com o membro da equipe da UPA, E. P., da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS.

Após conhecer a dinâmica das unidades de saúde no registro dos pacientes migrantes, foi realizada uma visita à equipe técnica no Núcleo de Informação da Saúde (NIS) da Prefeitura Municipal de Corumbá. L. C. G., responsável pelo SIS, nos conta como ocorre o cadastramento e os faturamentos de migrantes atendidos nas unidades UPA e PSM:

Os migrantes que buscam atendimento, tanto na UPA e no PSM, devem ser cadastrados no Sistema de Informação de Saúde – E-Saúde – independentemente da documentação disponível no momento do atendimento, desobrigado de CPF, CNS, Passaporte, RNE, devido ao sistema de informação (E-Saúde) permitir o cadastro do prontuário. Sendo assim, o migrante terá a garantia de atendimento às suas necessidades de saúde. Todavia, se o migrante/paciente dispuser de CPF ou CNS, o procedimento é faturado e contabilizado para cofres públicos do município; caso nesse cadastro no E-Saúde o migrante não dispuser de algum desses dois documentos, o município realizará o atendimento, porém não será faturado para repasse de recurso (L. C. G., informação verbal).³

L. C. G. disponibilizou o banco de dados, de 2022 a 17 de junho de 2024, como pode ser visualizado respectivamente na Tabela 2 “Atendimento de migrantes registrados em 2022 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde”, Tabela 3 “Atendimento de migrantes registrados em 2023 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde”, Tabela 4 “Atendimento de migrantes registrados em 2024 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde”, Tabela 5 “Atendimento de migrantes registrados em 2022 na UPA no Sistema de Informação de Saúde”, Tabela 6 “Atendimento de migrantes registrados em 2023 na UPA no Sistema de Informação de Saúde” e Tabela 7 “Atendimento de migrantes registrados em 2024 na UPA no Sistema de Informação de Saúde”, referentes à quantidade de atendimentos realizados a migrantes na UPA e no PSM; os dados foram organizados em planilhas, contendo o ano e local que foi realizado o atendimento (PSM/UPA), a nacionalidade atendida, o total de registros no (SIS) E-Saúde e, desse total, quantos foram inseridos no SIS sem CPF ou CNS.

Tabela 2 – Atendimento de migrantes registrados em 2022 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde

Registro de Atendimentos aos Estrangeiros – Pronto-Socorro Municipal			
Ano 2022	Período: 1.º/1/2022 a 31/12/2022		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Argentina	1	1	0

³ Trabalho de campo realizado no Núcleo de Informação à Saúde da Secretária Municipal de Saúde com a gestora L. C. G.

Bolívia	418	255	163
Chile	1	1	0
Colômbia	5	3	2
Comunidade Dominicana	1	0	1
Cuba	5	4	1
Estados Unidos	1	1	0
Haiti	7	4	3
Itália	2	0	2
Nigéria	6	6	0
Paraguai	10	7	3
Peru	10	9	1
Portugal	2	2	0
Síria	5	5	0
Venezuela	11	4	7
Total	485	302	183

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 3 – Atendimento de migrantes registrados em 2023 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde

Registro de atendimentos aos estrangeiros – Pronto-Socorro Municipal			
Ano 2023	Período: 1.º/1/2023 a 31/12/2023		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Alemanha	3	1	2
Argentina	11	6	5
Birmânia	1	0	1
Bolívia	1310	725	585
Bósnia e Herzegovina	1	0	1
Camarões	1	1	0
Chile	17	1	16
China	15	9	6
Colômbia	40	24	16
Cuba	15	11	4
Dinamarca	1	0	1
Equador	2	0	2

Espanha	3	1	2
Estados Unidos	1	0	1
Gibraltar	3	3	0
Haiti	16	8	8
Holanda	1	0	1
Ilhas Santa Cruz	1	1	0
Itália	1	1	0
Jordânia	1	0	1
Líbano	3	3	0
Marrocos	1	1	0
México	5	3	2
Nigéria	1	1	0
Nova Guiné	1	0	1
Paraguai	49	37	12
Peru	31	25	6
Portugal	5	1	4
Suíça	1	1	0
Síria	6	5	1
Uruguai	3	1	2
Venezuela	73	32	41
Total	1.623	902	721

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 4 – Atendimento de migrantes registrados em 2024 no Pronto-Socorro Municipal no Sistema de Informação de Saúde

Registro de atendimentos aos estrangeiros – Pronto-Socorro Municipal			
Ano: 2024	Período: 1.º/1/2024 a 17/6/2024		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Argentina	5	2	3
Bangladesh	1	0	1
Birmânia	1	0	1
Bolívia	662	445	217
Chile	8	2	6
China	1	1	0

Colômbia	18	12	6
Cuba	7	7	0
Equador	4	0	4
Espanha	2	1	1
Estados Unidos	2	0	2
Ilhas Santa Cruz	1	1	0
Japão	6	0	6
Líbano	6	6	0
Marrocos	1	1	0
Moçambique	2	1	0
México	2	2	1
Paraguai	17	10	7
Peru	8	4	4
Portugal	3	3	0
Síria	1	1	0
Tunísia	1	1	0
Venezuela	55	35	20
Total	814	535	279

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 5 – Atendimento de migrantes registrados em 2022 na UPA no Sistema de Informação de Saúde

Registro de atendimentos aos Estrangeiros – UPA			
Ano 2022	Período: 1.º/1/2022 a 31/12/2022		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Bolívia	180	131	49
China	1	1	0
Colômbia	3	3	0
Cuba	3	3	0
Jordânia	2	2	0
Paraguai	8	7	1
Peru	3	3	0
Venezuela	1	1	0
Total	201	151	50

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 6 – Atendimento de migrantes registrados em 2023 na UPA no Sistema de Informação de Saúde

Registro de atendimentos aos Estrangeiros – UPA			
Ano 2023	Período: 1.º/1/2023 a 31/12/2023		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Argentina	4	0	4
Bolívia	442	306	136
Chile	1	0	1
Colômbia	6	5	1
Cuba	3	3	0
Estados Unidos	1	0	1
Haiti	1	1	0
Itália	2	0	2
Jordânia	4	4	0
Líbano	1	1	0
Nigéria	1	1	0
Paraguai	15	12	3
Peru	7	7	0
Portugal	3	3	0
Venezuela	8	7	1
Total	499	350	149

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 7 – Atendimento de migrantes registrados em 2024 na UPA no Sistema de Informação de Saúde

Registro de atendimentos aos Estrangeiros – UPA			
Ano 2024	Período: 1.º/1/2024 a 17/6/2024		
País	Total de registros por nacionalidade	Registro com CPF/CNS	Registro sem CPF/CNS
Argentina	1	0	1
Bolívia	213	175	38
Chile	1	0	1
Colômbia	3	2	1
Costa Rica	1	1	0

Cuba	3	3	0
Paraguai	5	4	1
Peru	3	3	0
Portugal	1	1	0
Venezuela	29	22	7
Total	260	211	49

Fonte: da própria autora, com dados Secretaria Municipal de Saúde

Esses dados trazem o panorama dos atendimentos realizados aos migrantes nas unidades de urgência e emergência de Corumbá (UPA e PSM). Observa-se que as nacionalidades mais atendidas nas duas unidades é a boliviana, o mesmo que Silva (2010) já havia observado em seu estudo nos atendimentos fornecidos pelo Hospital Santa Casa de Corumbá (2008/2009), em que a segunda nacionalidade mais atendida foi a boliviana, só menor do que a que corresponde à nacionalidade brasileira. Transitando, entre segunda e terceira nacionalidade mais atendida, com variáveis de ano e local, estão a Venezuela e o Paraguai; tendo em menor frequência Peru, Colômbia e Cuba, como pode ser constatado na Tabela 8 “Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 na UPA” e na Tabela 9 “Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 no PSM”:

Tabela 8 – Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 na UPA

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)			
Maior quantitativo de atendimentos	Ano 2022	Ano 2023	Até 17 junho de 2024
1.º lugar	Bolívia	Bolívia	Bolívia
2.º lugar	Paraguai	Paraguai	Venezuela
3.º lugar	Colômbia/Peru/Cuba	Venezuela	Paraguai

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 9 – Nacionalidades atendidas em maior quantidade nos anos de 2022 a 2024 no PSM

Pronto-Socorro Municipal (PSM)			
Maior quantitativo de atendimentos	Ano 2022	Ano 2023	Até 17 de junho de 2024
1.º lugar	Bolívia	Bolívia	Bolívia
2.º lugar	Venezuela	Venezuela	Venezuela

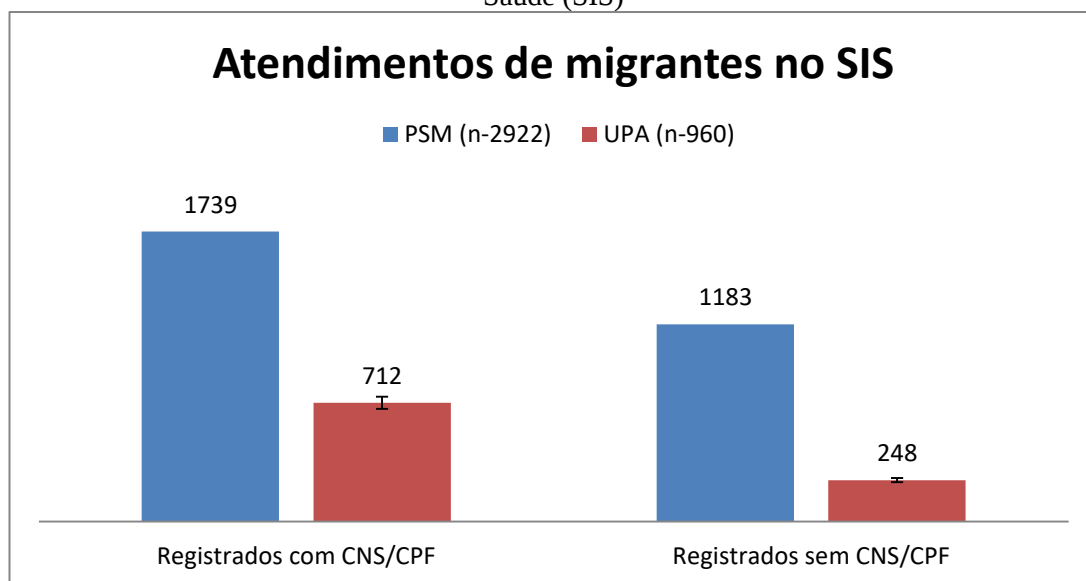
3.º lugar	Paraguai/Peru	Paraguai	Colômbia
-----------	---------------	----------	----------

Fonte: da própria autora, com dados da Secretaria Municipal de Saúde

O sistema de informação do município de Corumbá registrou, neste período de 2022 a 17 de junho de 2024, um total de 3.882 atendimentos a migrantes inseridos no sistema E-Saúde, com o termo estrangeiros, como observado. Desse total de atendimentos, o PSM foi responsável por 2.922 atendimentos inseridos no sistema de informação, com 1.739 atendimentos faturados; consideram-se atendimentos faturados os que foram efetuados no SIS e registrados com CNS/CPF para fins de repasse do fundo nacional de saúde. E, desse total de atendimento, 1.183 não foram faturados por falta do CNS e/ou CPF.

Na UPA, a quantidade total de atendimentos correspondeu a 960 registrados no SIS, sendo faturados para os cofres públicos 712, e os 248 restantes não foram contabilizados para o município, como pode ser visualizado no Gráfico 4 “Atendimentos a migrantes na UPA e PS registrados no Sistema de Informação da Saúde (SIS)”:

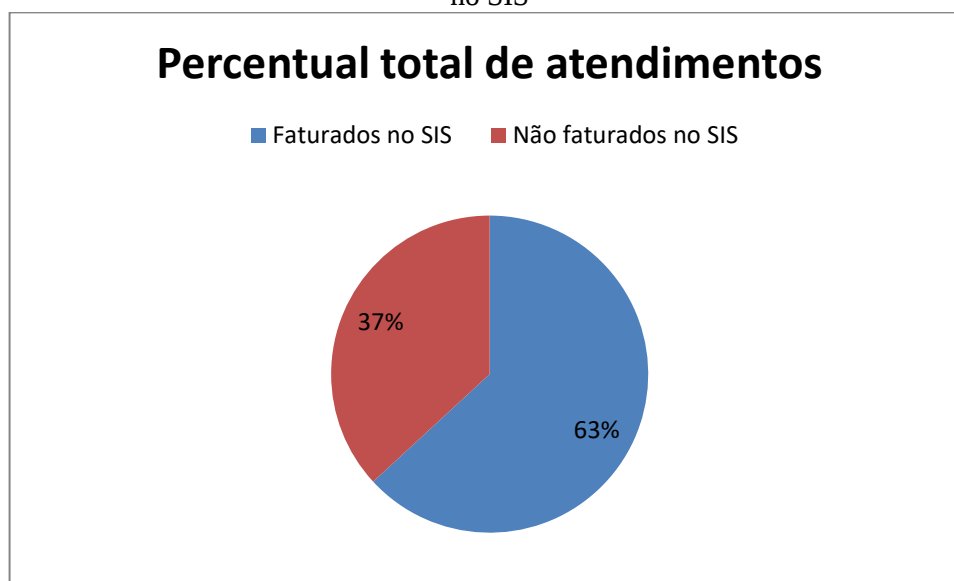
Gráfico 4 – Atendimentos a migrantes na UPA e no PSM registrados no Sistema de Informação da Saúde (SIS)



Fonte: da própria autora

Podemos afirmar que, nesse período de 2022 até 17 de julho de 2024, o município deixou de receber repasses financeiros de 37%, 1.431 do total de atendimentos realizados aos migrantes, conforme ilustrado no Gráfico 5 “Percentual total de atendimentos de migrantes na UPA e no PSM faturados e não faturados no SIS”:

Gráfico 5 – Percentual total de atendimentos a migrantes na UPA e no PSM faturados e não faturados no SIS



Fonte: da própria autora

Vale ressaltar que essa perda de 37% corresponde somente aos atendimentos inseridos no SIS, sem contabilizar os atendimentos realizados pelos prontuários criados no *Microsoft Word*, o que foi mencionado por 15 entrevistados, que afirmaram que os atendimentos são registrados. Sendo assim, pressupõe que o quantitativo de atendimentos não contabilizados e nem faturados para fins de repasse são maiores que os apresentados pelos dados do SIS. Vale ressaltar que os atendimentos registrados no *Microsoft Word* impossibilitam quantificar a real assistência de saúde ofertada aos migrantes nessas duas unidades de saúde que são consideradas a porta de entrada mais procurada pelos migrantes.

Dias *et al.* (2010) mencionam, em um estudo realizado com profissionais de saúde e com migrantes, que a situação irregular no país faz aumentar a procura por atendimento nos serviços de urgência.

Em 2007, Barros já afirmava que os atendimentos na rede de urgência e emergência são garantidos independentemente de o migrante possuir ou não o cartão do SUS. Entretanto, Delamuta *et al.* (2020) relatam que essa parcela da população do território não registrada deixa de ser reconhecida pelos serviços de saúde, o que a torna invisível e mais vulnerável ao adoecer. A falha nos registros de atendimento é apontada como principal dificuldade para continuidade do atendimento ao migrante e ser referência a outros níveis de atenção, assim como é relatado também pelos autores Guerra e Ventura (2017) e Arenhart *et al.* (2022).

Higashi (2019) acrescenta, pelo relato dos gestores de Foz do Iguaçu-PR na tríplice fronteira Brasil-Paraguai-Argentina, a dificuldade em dimensionar o quantitativo de atendimentos devido a tratar-se de população flutuante que faz uso dos sistemas de saúde; ainda que esse quantitativo de atendimentos seja aproximado, o excedente de atendimentos realizados não está contabilizado nem repassado via fundo a fundo. A ressalva é que, na Atenção Básica de Saúde, o repasse é pela *per capita* e não é calculada a população flutuante. A mesma observação foi apresentada por 74% dos Secretários de Saúde de cidades de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina, levantada por Giovanella *et al.* (2007):

A busca dos estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade *per capita*, não sendo contabilizada a população itinerante (Giovanella *et al.* 2007, p. 266).

A Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde pelos blocos de financiamento, sendo eles: Bloco da Atenção Básica, Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, s.d.[f]).

O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes cujos recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, DF e municípios, conforme estabelecido no ato normativo. O primeiro componente é o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC –, que correspondem aos incentivos financeiros do Centro de Especialidades Odontológicas; do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu; do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; da adesão à contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; do fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde; do Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena; do Incentivo de Integração do SUS; e de outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O segundo componente é o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), referente aos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos regulados pela Central nacional de Regulação da Alta Complexidade, transplantes e procedimentos vinculados, ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido

e com novos procedimentos – não relacionados aos constantes da tabela vigente, ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento – por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC (Brasil, 2007).

Arenhart *et al.* (2022) defendem que iniciativas de cadastramento para identificação dos não residentes no sistema de saúde podem contribuir para melhorar o conhecimento da situação do município, gerando subsídios para a formulação de políticas públicas, o planejamento de ações locais e a cobrança mais efetiva dos governantes, sobretudo no financiamento.

5.2 Possíveis barreiras no atendimento a migrantes nos serviços de urgência e emergência (UPA/PSM)

Após os entrevistados discorrerem sobre como ocorre o atendimento aos migrantes na UPA e no PSM, foram abordadas questões sobre o que poderia interferir de forma negativa no atendimento de saúde prestado pelos profissionais lotados nas unidades de saúde em questão. As análises foram codificadas em: a) a percepção dos profissionais de saúde quanto à inaccessibilidade de atendimento/exame nos serviços de urgência; b) o preconceito ao migrante; c) conhecimento sobre legislação específica a migrantes; e d) o domínio de outro idioma.

As escalas de atitudes utilizadas em duas questões do questionário abordaram sobre o acesso a atendimentos/exames e preconceito. A questão gerou dúvidas em alguns dos participantes, os que relacionaram a pergunta à sua própria atitude – entrevistado – em supostamente negar algum acesso a exames e/ou atendimento; diante disso, apesar da dúvida se apresentar pontualmente, a responsável por aplicar os questionários optou por esclarecer a questão a ser respondida a fim de não gerar uma dificuldade de interpretação.

Observou-se que 64% dos entrevistados concordaram com a afirmativa de que algum migrante já deixou de receber algum tipo de atendimento e/ou exame, e 36% discordaram em tal afirmativa. Vale a atenção para duas categorias, em especial a de enfermeiros, em que 100% dos entrevistados sinalizaram que essa prática acontece; sendo que 100% de “outros”, correspondentes aos profissionais recepcionistas responderam discordar de que essa prática ocorre. Tal apuração pode estar sob interferência da etapa do processo de atendimento em que

eles estão inseridos no fluxo do atendimento; pois a categoria que acompanha o fluxo de atendimento de saúde até seu desfecho é a do enfermeiro; já o recepcionista não acompanha até o desfecho, e por diversas vezes não tem a informação se o paciente precisou ou não de exames complexos, avaliação de especialistas e internação hospitalar. Entretanto, para se afirmar tal opinião, necessita-se de um estudo mais detalhado sobre esse específico assunto e que não foi abordado na questão. A Tabela 10 “Barreiras no atendimento realizado a migrantes na UPA e PSM” contém os dados obtidos a partir do questionário aplicado:

Tabela 10 – Barreiras no atendimento realizado a migrantes na UPA e no PSM

Variáveis	N	%
Algum migrante já deixou de ter acesso/atendimento/exames		
Concordo Totalmente	8	32%
Concordo Parcialmente	8	32%
Indeciso	0	0%
Discordo Totalmente	4	16%
Discordo Parcialmente	5	20%
Já ocorreu algum tipo de preconceito durante o atendimento ao migrante		
Concordo Totalmente	10	40%
Concordo Parcialmente	9	36%
Indeciso	0	0%
Discordo Totalmente	5	20%
Discordo Parcialmente	1	4%
Percepção a respeito de Legislação para migrantes		
Não	20	80%
Sim	5	20%
<i>Lei do SUS</i>	1	4%
<i>Lei do Imigrante</i>	2	8%
<i>SIS Fronteiras</i>	2	8%
Domínio de língua estrangeira		
Não	11	44%
Sim	14	56%

Fonte: da própria autora

Na categoria “Barreiras do atendimento realizado a migrantes na UPA e no PSM”, optou-se pela escala de atitudes a fim de o entrevistado se sentir mais confortável ao responder a determinado tema que foi observado na pesquisa bibliográfica, pela experiência profissional do entrevistador, juntamente de outras variáveis codificadas como possíveis interferências na assistência ao migrante.

Sendo assim, vale ressaltar que independentemente da frequência do acontecimento, ou da categoria profissional, a negação em determinados acessos ainda ocorreu na rede de urgência da fronteira Brasil/Bolívia, assim como um das entrevistadas relatou: “Os colegas não respeitam o imigrante da forma como deveria, são tratados como pacientes que não têm importância, e todos os recursos diagnósticos e de tratamento não são utilizados” (Q1).

Tal situação se familiariza com o que aponta o estudo realizado em Foz do Iguaçu (PR) com líderes sociais e atores do SUS sobre o direito à saúde na fronteira tridimensional, constatando-se uma contradição no que se refere a acesso integral, equânime e resolutivo nos sistemas e serviços locais da região de Foz, onde os imigrantes coexistem com a seletividade de acesso a determinados níveis de cuidado e a equipamentos e instrumentos médicos hospitalares da saúde pública (Arenhart *et al.*, 2022).

Dias *et al.* (2010) relatam em seu trabalho situações de recusa de atendimento aos imigrantes indocumentados, mesmo que a legislação de Portugal garanta esse acesso, assim como no Brasil. Ele traz um alerta para essa situação e destaca que o desconhecimento da legislação pelos profissionais de saúde e pelos próprios imigrantes favorece essas práticas.

Outra variável pesquisada foi a presença de preconceito contra os migrantes durante o atendimento de saúde na UPA e no PSM, e 76% dos entrevistados concordaram com a afirmativa de que já presenciaram algum tipo de preconceito dentro do serviço de urgência a um imigrante. Uma fatia de 24% relatou discordar, tendo em vista que a maioria das respostas concentrou-se em “discordo parcialmente”; entretanto, “parcialmente” não nega a existência, independentemente do motivo, da intensidade ou do fator desencadeante; o termo parcialmente não exige a existência de preconceito em algum momento.

O preconceito está presente no relato de diversos estudos que envolvem migrantes e a vulnerabilidade a que eles estão expostos; Dias *et al.* (2010) relataram a dificuldade no relacionamento entre profissionais de saúde e imigrantes devido à existência de estereótipos e preconceitos. O mesmo foi relatado pelos autores Delamuta *et al.* (2020); Guerra e Ventura (2017); Alves *et al.* (2019). Barreto *et al.* (2019) acrescenta que o preconceito também foi observado em uma Unidade de Pronto Atendimento no norte do Paraná, reforçando a exclusão social dos imigrantes e ferindo os preceitos da bioética, sendo contrária aos princípios do SUS.

Em 2011, o estudo realizado com imigrantes de origem boliviana em São Paulo – cidade que mantém esse fluxo migratório há mais de seis décadas devido à busca dos bolivianos por trabalho na indústria têxtil – traz a impressão do outro lado, o lado imigrante, e

apurou um percentual parecido, em que 72% dos imigrantes declararam que existe diferenciação no atendimento de saúde que recebem em relação ao brasileiro; destaca-se que não eram todos os profissionais, mas alguns realizavam atendimentos utilizando estereótipos de índios; e a demora em realizar o atendimento, priorizando os brasileiros: “Olham diferente para os estrangeiros, não falam fácil, gritam, brigam e empurram”. Em ressalva, apesar desse preconceito durante os atendimentos, o autor traz a opinião desses imigrantes de estarem satisfeitos por ainda terem esse atendimento, tendo em vista que não conseguiriam no seu país de origem, a Bolívia (Waldman, 2011).

A dificuldade de compreender as identidades ambíguas que os cenários de fronteira oferecem é relatado por Costa (2015), que abordou a etnicidade e as relações sociais entre os bolivianos e brasileiros, e expõe, pelas conversas com moradores dessa fronteira, uma realidade, em que ser pertencente à fronteira Brasil-Bolívia traz uma representatividade negativa para o boliviano, como os “outros”, os que estão fora dos parâmetros que definem os valores de “civilizados”, isso dentro do imaginário do brasileiro. Em um contexto que os bolivianos são vistos por alguns moradores de Corumbá com uma visão cheia de estigmas, como símbolo de falta de higiene, pobreza, como índios, como subalternos; alguns moradores defendem o discurso de que a fronteira emana crime, enfermidades e miséria social. Costa (2015) complementa com os desafios para o Estado, grupos étnicos e nacionais e para os moradores em desconstruir esses preconceitos e a explicitação das formas de dominação em relação aos bolivianos, a fim de caminhar para construir o respeito à diferença e o reconhecimento do outro em sua dignidade.

Vale ressaltar que durante a pesquisa de campo, por profusos entrevistados, foi mencionado algum tipo de justificativa referente à sua resposta; e, em sua grande maioria, enfatizava a ocorrência dessa inacessibilidade dependente da situação clínica do imigrante; ou seja, a depender da gravidade do caso e da necessidade de investigação com maior complexidade, atrelada a algumas especialidades que muitas vezes o município de Corumbá não dispõe em seu quadro de saúde. A mesma observação aconteceu referente à questão do preconceito, sendo uma situação que não era praticada por todos os profissionais.

Quanto à percepção sobre a legislação direcionada para migrantes, ainda na Tabela 10, apurou-se que 20 dos participantes, que correspondem a 80% dos entrevistados, responderam desconhecer alguma legislação de migrantes; e 20% afirmaram conhecer alguma legislação. Dentre os participantes que afirmaram ter conhecimento sobre alguma legislação, 1 respondeu

conhecer a “Lei do SUS”, 2 conheciam o SIS Fronteiras e outros 2 conheciam a “Lei do Migrante”.

O desconhecimento sobre as legislações pelos profissionais de saúde que atuam nas regiões de fronteira é uma realidade observada há décadas em diversas fronteiras e não somente no Brasil. Em Dias *et al.* (2010), no estudo realizado em Portugal, com dois grupos focais, sendo um grupo de profissionais de saúde e outro de imigrantes, a conclusão foi que os dois grupos apontaram desconhecimento sobre a legislação que regulamenta o acesso aos serviços de saúde.

Trazendo a realidade para o Brasil, no ano de 2007, Dias e Gonçalves (2007) ressaltaram que o limitado conhecimento da legislação por parte dos profissionais de saúde ou a sua aplicabilidade resultava negativamente no acolhimento dos imigrantes nos serviços de saúde. Dias *et al.* (2010); Dias, Gama e Fronteira (2012); Waldman (2011) e Delamuta *et al.* (2020) reiteram que o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto à legislação do imigrante e o direito aos serviços de saúde torna-se uma barreira de acesso.

Ainda sobre a Tabela 10, o domínio de outro idioma foi uma variável categorizada e, conforme os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Corumbá, pelo sistema E-Saúde, 38 nacionalidade diferentes deram entrada na UPA e no PSM para atendimento de saúde.

Da amostra entrevistada, 44% do total dos profissionais informaram não ter domínio em alguma língua estrangeira. Tal situação nos traz a preocupação no que diz respeito ao processo da relação “profissional de saúde x paciente”, devido aos problemas que a dificuldade de comunicação e/ou compreensão podem causar no decorrer do atendimento de saúde, desde a coleta de dados clínicos, de sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento, orientação e contrarreferência para determinado nível de atenção de saúde.

Esses anseios foram expressos por diversos autores ao longo dos anos, como Barreto *et al.* (2019), que relatou que a barreira idiomática é um fator limitador do atendimento observado nos serviços e emergência no norte do Paraná.

Assim como pensam Dias *et al.* (2010); Rodrigues e Dias (2012); Alves *et al.* (2019); Carvalho (2019), Delamuta *et al.* (2020), a barreira da língua dificulta o atendimento dos profissionais, impedem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, interferindo na qualidade da assistência. Guerra e Ventura (2017) trazem que a barreira idiomática é agravada nas situações de doenças mais graves, devido aos termos técnicos e à incompreensão das instruções durante determinados procedimentos. Barros (2021) acrescenta o relato de um

profissional da UPA do estado do Paraná: “A anamnese não é bem feita porque os pacientes não entendem o que eu falo ou eu não entendo o que eles realmente estão falando”.

Vale ressaltar a observação que Dias, Gama e Fronteira (2012) obtiveram após estudarem os profissionais de saúde e os imigrantes em Lisboa. Os imigrantes realçaram dificuldades linguísticas durante o acesso a serviços de saúde, enquanto os profissionais de saúde não. Os autores chamam a atenção para alguns profissionais que tendem a subvalorizar a necessidade de qualidade nos aspectos de comunicação e das relações interpessoais, sendo fundamental ressaltar a relevância do papel do profissional de saúde e dos seus serviços oferecidos para a melhoria do acesso e com a utilização por parte dos imigrantes.

Os imigrantes que estão há mais tempo instalados no Brasil possuem melhor entendimento da língua portuguesa, assim estabelecem uma relação durante o atendimento de saúde mais compreensivo e positivo, como relata Waldman (2011), que, durante o seu estudo realizado com imigrantes na cidade de São Paulo, aponta as dificuldades nas questões linguísticas durante os atendimentos de saúde comparadas ao percentual das não dificuldades, que foi equiparado; entretanto, o grupo de entrevistados que relataram não apresentar dificuldade corresponde às pessoas com maior tempo de residência no Brasil, mas que consideram que no início as dificuldades foram grandes, e atualmente compreendem bem o português.

Os demais 56% (14) dos entrevistados relataram ter domínio de alguma língua estrangeira, dentre as citadas: espanhol, inglês, castelhano e francês. O idioma mais mencionado foi o espanhol (12); foi solicitado aos entrevistados que classificassem, dentro de uma escala de 0 a 5, o nível de domínio desse idioma: 75% (9) afirmam terem domínio mediano, entre 2 e 3 na escala; 25% (3) classificaram seu domínio como bom e muito bom; e 0% como ruim.

Em relação aos demais idiomas, foram mencionados em conjunto o espanhol como um segundo idioma de domínio. O Inglês aparece somente uma vez com domínio muito bom, o francês e o castelhano, cada um em uma menção, escalonado como domínio mediano. Dados esses que demonstram que nos atendimentos a migrantes que dominam o espanhol haverá melhor entendimento durante a avaliação clínica e o tratamento, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, neste caso os migrantes. Assim se observa em uma das respostas dos entrevistados: “Por morar em cidade de fronteira Brasil-Bolívia, existem algumas palavras que conseguimos falar e traduzir em espanhol e tentamos fazer uma conversação que o paciente entenda o que dizemos e nós entendemos o que ele diz” (Q23).

Como mencionado, 38 nacionalidades deram entrada na UPA e no PSM conforme os dados da SMS de Corumbá. Quando, no atendimento, há comunicação em “portunhol”, alguns profissionais podem dispor de melhor entendimento; entretanto, os demais idiomas podem se tornar barreiras mais complexas, assim como menciona o estudo realizado por Delamuta *et al.* (2020) com profissionais da Atenção Básica no norte do Paraná, em que os profissionais relataram insegurança ao atender imigrantes de Bangladesh devido à complexidade da língua, que acarretava a incompreensão das demandas de saúde.

Delamuta *et al.* (2020) mencionam que na cidade de São Paulo, em 2014, ocorreu um processo de inclusão e empoderamento social dos imigrantes, com cursos, em língua portuguesa, direcionados a imigrantes e refugiados, sendo um passo inicial de reconhecimento do Estado sobre a importância do fator linguístico no processo de integração e inclusão social; contudo, o Brasil não possui uma política pública desse tipo para facilitar o acesso a serviços públicos.

5.3 Sugestões elencadas pelos profissionais para melhorar o seu atendimento e a assistência ao público migrante

A fim de ouvir as impressões, necessidades e ansiedades dos profissionais que estão diariamente vivendo as realidades do atendimento, foi solicitado que eles contribuíssem para a pesquisa com sugestões que poderiam melhorar a realização do seu atendimento e a assistência ao migrante.

Posto isto, as respostas foram tabuladas e categorizadas em suas semelhanças de sentido e igualdades, conforme ilustrado na Tabela 11 “Sugestões dos entrevistados para melhorias de atendimento na UPA e no PSM”:

Tabela 11 – Sugestões dos entrevistados para melhorias de atendimento na UPA e no PSM

Variáveis	N	%
Sugestões elencadas para que os FUNCIONÁRIOS possam melhor atender o migrante na UPA e no PSM		
Protocolo de atendimento com capacitação	12	48%
Entendimento da língua estrangeira	9	37%
Referência e contrarreferência com as Unidades de Saúde da Bolívia	3	12%
Capacitação da equipe de saúde	3	12%
Suporte de atendimento da Atenção Básica de Saúde de Corumbá	2	8%
Empatia com a equipe	2	8%
Unidade de Saúde específica para migrantes	1	4%

Nada	1	4%
Sugestões para que o MIGRANTE receba melhor atendimento na UPA e no PSM		
Existência de protocolo de atendimento nas unidades	12	48%
Conhecimento por parte do migrante sobre o tipo de atendimento oferecido na UPA e no PSM	7	28%
Interprete durante o atendimento	5	20%
Portarem documentos durante atendimento	5	20%
Referência e contrarreferência com as Unidades de Saúde da Bolívia	2	8%
Casa de acolhimento	1	4%
Nada	1	4%

Fonte: da própria autora

As sugestões elencadas pelos entrevistados (25), tanto as direcionadas aos Funcionários quanto aos Migrantes foram parecidas com as informações coletadas nos questionários, com algumas sugestões como: a) Protocolo de atendimento; b) Entendimento da língua estrangeira/necessidade de interprete; c) a referência e contrarreferência foram mencionadas em ambas as sugestões.

A necessidade de protocolo de atendimento ganha destaque em ambos os públicos-alvo para a sugestão, em que 48% dos entrevistados informaram que a presença de um protocolo institucionalizado favorecerá o binômio.

No âmbito das sugestões direcionadas ao migrante, ganhou destaque, com 24% das respostas, a importância do conhecimento do migrante sobre o tipo de atendimento que é oferecido na UPA e no PSM, com o objetivo de esclarecer o funcionamento da rede de saúde; assim, eles buscariam atendimento nas unidades conforme a sua necessidade de saúde, e não somente na rede de urgência e emergência. Algumas sugestões foram: “Cartilha com orientações de atendimento” (Q9); “Eles terem acesso a forma de como funciona a saúde no município” (Q19); “Um interprete para poder explicar ao paciente o funcionamento da unidade e os procedimentos que realiza” (Q23); “Entender e aceitar as normas e rotinas da unidade” (Q24).

As sugestões que envolvem o melhor atendimento para os migrantes, o porte de documento, independentemente de CNS, RNE ou comprovante de residência, foi mencionado por 20% dos entrevistados, em que se nota que, para os entrevistados, o acesso ao atendimento está atrelado a portar alguma documentação, como afirma o entrevistado: “A regularização através de RNE e comprovante de residência” (Q11); “Portarem cartão do SUS” (Q12); “[...] ter documentos pessoais e não faltar com a verdade” (Q24). Houve uma

observação inserida por um entrevistado no questionário que dizia: “A realidade do atendimento do imigrante é que, mesmo amparado por lei, ele ainda enfrenta barreiras” (Q6).

6 CONSIDERAÇÕES

Desde o primeiro momento, a pesquisa foi pensada com a ideia primária de conhecer a realidade dos atendimentos aos migrantes realizadas pelos profissionais da rede de urgência e emergência, diante da problemática: se esses profissionais tinham as mesmas dificuldades que eu tinha quando atuava nessas unidades; ou seja, se as percepções deles são afins às minhas, como enfermeira profissional da rede.

Embora o âmbito do estudo tenha ficado restrito à aplicação de questionários nas unidades da UPA e do PSM, não representando a assistência fornecida pelas demais redes de saúde do município, foi possível visualizar questões que merecem ser destacadas.

O estudo realizado em uma região fronteiriça evidenciou que os serviços de saúde fornecidos no lado brasileiro são gratuitos e de qualidade, respeitando os princípios do SUS, de universalidade, equidade e a integralidade; já do outro lado da fronteira, na Bolívia, esses mesmos princípios não estão ofertados para toda a população devido às características do sistema de saúde do país e às limitações de complexidade de serviços que as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez possuem. Tal situação é expressa por Costa (2023), que traz em seu trabalho de campo o relato de profissionais de um dos hospitais de Puerto Quijarro; o profissional atuante na Bolívia expressa a necessidade do apoio da rede de saúde de Corumbá, devido à falta de recursos das unidades de saúde locais.

No que se refere à população migrante e seu acesso aos serviços de saúde, foi evidente a quantidade de nacionalidades que os sistemas locais assistiram; contudo, por meio dos dados e da pesquisa de campo, foi reconhecida a nacionalidade boliviana como a que mais desfruta dos serviços de urgência e emergência da UPA e do PSM de Corumbá.

Constatou-se que, em destaque, a população boliviana e a população brasileira interagem em diversos aspectos da vida cotidiana, como no comércio, nas atividades culturais, no convívio social, nos serviços de educação e saúde. Assim como Barros (2021) afirmou, os vizinhos bolivianos instalaram-se no Brasil, ocupando, produzindo e mapeando os bairros e comércios e estão em constante movimento, introduzindo seus costumes e suas manifestações culturais, usufruindo dos serviços públicos, como saúde e educação, e conclui que não existe Corumbá sem bolivianos, pois eles sempre estiveram presentes nesta região, muito antes de a cidade de Corumbá se consolidar. Barros (2021) chama a atenção para interação fronteiriça:

Este é um controle que acredita ser impossível precisar, mas as estimativas deveriam existir como documentos a serem levados até os governos federais e estaduais, de ambos os países, para comprovar que os recursos repassados a uma cidade fronteiriça jamais poderiam ser controlados pelos censos populacionais. Tal prática, o uso dos censos populacionais, desqualifica o rico ir e vir da região fronteiriça, um lugar ímpar. Nos recursos federais e estaduais direcionados à saúde de Corumbá-MS a fronteira não existe, precarizando o sistema (Barros, 2021, p. 197).

No entanto, existe um muro entre profissionais de saúde e migrantes na trajetória da assistência à saúde, e sua base foi construída com várias barreiras, que necessitam ser fragmentadas e trabalhadas pelas autoridades públicas de Corumbá: o preconceito, a barreira linguística, a capacitação, o financiamento do SUS e a gestão compartilhada com as autoridades da Bolívia por meio de parcerias de apoio.

Delamuta *et al.* (2020) ressaltam a importância de gerir os sistemas de saúde, pois as intensas migrações no mundo evidenciam a necessidade de trabalhadores da saúde desenvolverem competência cultural para o processo de cuidado. Estes serviços de saúde necessitam desenvolver arranjos para diminuir as barreiras de acesso, investir na formação de trabalhadores com habilidades de escuta compreensiva do contexto sociocultural e histórico das pessoas.

Conforme os dados apresentados nessa pesquisa, observa-se que existe um fluxo alto de atendimentos a migrantes na UPA e no PSM, sendo que uma parte é visualizada pelo SIS, o E-Saúde local; entretanto, temos uma outra parcela encoberta pelos registros de atendimentos realizados em *Word*, então esses números devem ser bem maiores. Diante do exposto, necessita-se melhorar o processo operacional desses registros e unificar o atendimento da UPA e do PSM a fim de contabilizar o quantitativo real de atendimentos e construir um banco de dados mais consolidado. E vale ressaltar que o atendimento ao público migrante sempre estará presente na realidade das unidades de emergência de qualquer cidade de fronteira, e registros de atendimentos em *Word* subdimensionam esse público.

Em seu recente estudo, Sá (2023) defende que é primordial que a gestão de saúde do município de Corumbá disponha de ferramentas e instrumentos que possam mensurar de forma fidedigna os atendimentos realizados à população imigrante e fronteiriça e acrescenta:

Desta forma, entende-se que é possível propor melhores estratégias junto às instituições e às autoridades competentes para atender as demandas e necessidades existentes na Macrorregião de Corumbá que, pelas características da região, não pode ser compreendida apenas por Corumbá e Ladário, sem levar em consideração as cidades bolivianas no arranjo organizacional da saúde no estado de Mato Grosso do Sul (Sá, 2023, p. 90).

Andreazzi (2009) ressalta que as informações de saúde são subsídios para o monitoramento e a avaliação de impactos de projetos de desenvolvimento e alterações do ambiente. O cuidado com a qualidade e adequação do uso das informações de saúde, além de utilizadas administrativamente e burocraticamente, auxiliam no planejamento das ações e fortalecem o papel da saúde na gestão do território.

Corrêa (1992) entende como gestão do território a organização de um determinado espaço/lugar por meio de uma faceta da gestão econômica, política e social; é um conjunto de práticas que prontamente criam o controle e a organização de determinado espaço. Assim, a organização desse determinado espaço permite a existência e reprodução da sociedade.

Em 2010, no estudo realizado por Silva, ele alerta para a importância da regionalização da saúde de Mato Grosso do Sul, com o Plano Diretor de Regionalização como viés para a organização do território das fronteiras para as ações programáticas de saúde (Silva, 2010).

Entende-se que as questões da fronteira Corumbá/Bolívia necessitam ser explicitados nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, responsáveis pela homologação do Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul e as Programações Pactuadas Integradas (PPI), e assim apresentar o impacto que a população migrante no sistema de saúde do município de Corumbá.

Os acordos estabelecidos em Corumbá correspondem aos primeiros passos de integração fronteiriça e ainda não são eficientes e suficientes para dar conta da magnitude dos problemas na região de fronteira; e, na perspectiva de integração entre os países, necessita firmar vínculos coletivos e afetivos para as questões de saúde (Barros, 2021).

Podemos utilizar o exemplo do governo do Rio Grande do Sul que, sensibilizado com as questões de saúde dos seus municípios de fronteira, estabeleceu, com a Resolução estadual n. 82/2023 – CIB/RS –, o repasse de 70% do valor correspondente ao *per capita* a mais para os municípios de fronteira estabelecerem estratégias para a efetivação da vigilância epidemiológica e de doenças. O município de Uruguaiana (RS), que faz fronteira com o Uruguai e a Argentina, favorecido com o repasse, aguarda a efetivação de acordos internacionais, em demora de conclusão, pelas ações conjuntas com os demais países, já conseguiu avançar no enfrentamento da Aids na região (Misoczky *et al.*, 2004).

Pode-se dizer que o município de Corumbá vem progredindo na gestão do seu território de fronteira para a população migrante; o governo, por intermédio da plataforma MigraCidades – direcionada para os municípios de fronteira, em parceria com a Organização

Internacional para as Migrações (OIM) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com apoio da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) – tem como objetivo contribuir para a construção e gestão de políticas migratórias de forma qualificada e planejada, baseada no diagnóstico local de cada município (MigraCidades, 2023).

O MigraCidades, em Corumbá, vem estabelecendo estratégias, em diversos segmentos, para buscar a formulação, o acompanhamento e a implementação de políticas públicas voltadas à migração. O relatório de diagnóstico publicados em 2021, juntamente com os relatórios de segmentos, em 2022 e 2023, resultaram em várias facetas da gestão, com questões locais que necessitam ser trabalhadas, tais como a estruturação do Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados e Apátridas; a casa do migrante; capacitações de servidores; parcerias institucionais, como a Pastoral da Mobilidade Humana e o Observatório Fronteiriço das Migrações Internacionais; acesso e integração na educação e assistência social, dentre outras descritas no relatórios.

A construção do Protocolo de atendimento/acolhimento de imigrantes, refugiados e apátridas de Corumbá-MS foi uma das ações a serem desenvolvidas pelo município de Corumbá, pactuada no MigraCidades em 2022, juntamente com a apresentação a toda rede de proteção, especialmente às políticas públicas de educação, assistência social e saúde (MigraCidades, 2022b). Todavia, o início desse estudo com a sua base quantitativa e qualitativa ocorreu antes da publicação do devido protocolo. A publicação do Protocolo municipal que ocorreu em 6 de junho de 2024.

O protocolo de acolhimento e atendimento aos migrantes internacionais, no âmbito da Assistência Social, educação e Saúde no Município de Corumbá-MS define:

Em Corumbá-MS, todos os migrantes internacionais podem ser assistidos pela Rede Municipal de Atenção à Saúde. O atendimento é ofertado para toda a população na Rede de Saúde, seja pela Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Especialidades e Urgência e Emergência. Em consonância à legislação de suporte, as urgências e emergências são atendidas independentemente da situação documental do migrante. Caso o migrante internacional não possua a documentação necessária para o registro no cartão SUS, ele será atendido na rede de Saúde na forma de atendimento de urgência e emergência pelos serviços de atendimento 24 horas (Pronto-Socorro Municipal e Unidade de Pronto Atendimento – UPA) e pelas Unidades Saúde da Família, sendo necessário avaliação e encaminhamento médico para outras formas de atendimento (Corumbá, 2024, p. 38).

Segundo o protocolo, o migrante tem acesso à rede de urgência e emergência e deve ser orientado a procurar a Atenção Primária à Saúde para a confecção de CNS para acesso aos demais serviços da rede de saúde, incluindo de média e alta complexidade. Para a confecção

do CNS na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família, são considerados documentos válidos: passaporte, Registro Nacional Migratório (RNM), Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), protocolo de Solicitação de Refúgio, Carteira de Trabalho e Cadastro de Pessoa Física (CPF). Em relação ao comprovante de endereço, caso o migrante não possua, ele deverá ser cadastrado com o endereço da unidade de saúde que está realizando o cadastro.

O recente protocolo municipal (Corumbá, 2024) prevê a necessidade de realizar a educação permanente dos profissionais que realizam atendimento na Atenção Primária à Saúde, atenção especializada, rede de urgência e emergência, atenção psicossocial, assistência farmacêutica e dos profissionais que compõem os serviços de vigilância em saúde, com um cronograma a ser planejado e executado pelas gerências técnicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Como demonstrado na pesquisa, a quantidade de profissionais que desconhecem a legislação, tanto a lei da migração, como o protocolo estadual de saúde do migrante (Mato Grosso do Sul, 2021) é relevante, e Delamuta *et al.* (2020) faz um alerta de que, a partir do momento em que os trabalhadores não se percebem como responsáveis pelo atendimento aos imigrantes, abre-se precedente para a interpretação de um direito como um favor. O desconhecimento da legislação que ampara os imigrantes acarreta na permanência do preconceito, agravos às condições de saúde por falta de acesso a determinados exames, especialistas e/ou a falta no seguimento do tratamento de saúde. Os países, os municípios receptores, necessitam se responsabilizar para buscar políticas e condições de acesso a serviços de saúde e respeitando os direitos humanos.

Nesse sentido, Carvalho (2019) agrega que a adoção de protocolos para atendimento à população imigrante torna-se um instrumento de qualificação do atendimento nos serviços de urgência e emergência; os protocolos organizam e regulamentam as ações dos profissionais de acordo com as necessidades e demandas do serviço.

Durante o trabalho de campo e após a publicação do protocolo pelo município, a coordenadora do PSM informou já ter divulgado o protocolo no PSM; e a coordenadora da UPA ainda não tinha conhecimento disso. Entretanto, o protocolo publicado prevê um plano de educação permanente para executar a capacitação dos profissionais de ambas as unidades e de outras da rede de saúde.

Costa (2023) defende a necessidade de capacitação específica sobre os direitos e deveres relacionados ao acesso a serviços públicos de todos os profissionais da rede pública, e

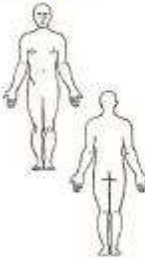
os que futuramente chegarem, para melhorar o acolhimento e a compreensão da vulnerabilidade do imigrante.

O esclarecimento e as orientações norteiam e favorecem os profissionais e os migrantes, sendo uma estratégia de vencer a barreira do preconceito, fornecendo o atendimento digno e de direito, e não apenas como um “favor” ao “outro”.

A pesquisa detectou o idioma como uma das barreiras identificadas; hoje, os instrumentos digitais são ferramentas comumente utilizadas para comunicação em outros idiomas e tem a sua valia quando necessário. Entretanto Carvalho (2019), diante dessa problemática da dificuldade de comunicação com imigrantes em Goiânia-GO, por meio de um protocolo de multiprofissional, indicou a adaptação da ficha de atendimento nas unidades de urgência e emergência, com tradução em outras línguas, como um instrumento facilitador para a assistência ao imigrante. A Figura 9 “Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o espanhol”; a Figura 10 “Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Francês”; e a Figura 11 “Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Inglês”, trazem o exemplo de uma ficha adaptada para os idiomas do espanhol, inglês e francês; entretanto, o idioma pode ser utilizado conforme a nacionalidade da demanda local.

Figura 9 - Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Espanhol

 FICHA DE ATENDIMENTO Urgência e Emergência		 	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:			
UNIDADE DE SAÚDE: _____		Data: ____/____/____ Hora de chegada: _____	
Cartão SUS: _____			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade: _____ Sexo: () F () M	
Nome da mãe: _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____ Estado: _____	
Nacionalidade: _____			
Telefone fixo: _____		Celular: _____	
Responsável: _____			
Hora do atendimento: _____		Data Início dos Sintomas ____/____/____	
		Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____	
Queixa principal (para imigrantes que consigam se comunicar): _____			
ASSINALAR OS SINTOMAS QUE REFERIR/ SUSCRIBIR LOS SÍNTOMAS QUE REFERIR			
PORTUGUÊS	ESPAÑOL	PORTUGUÊS	ESPAÑOL
() Agressão	() agresión	() Dor torácica	() Dolor torácico
() Alergia	() alergia	() Embriaguez alcoólica aparente	() Embriaguez alcohólica aparente
() Alteração de comportamento	() Cambio de comportamiento	() Erupção cutânea	() Erupción cutánea
() Asma	() asma	() Exposição a agente químicos	() Exposición a agentes químicos
() Desconforto respiratório	() Trastornos respiratorios	() Feridas	() heridas
() Autoagressão	() autolesiones	() Gravidez	() embarazo
() Bebe chorando	() Bebe llorando	() Hemorragia digestiva	() Hemorragia digestiva
() Choro persistente	() Choro persistente	() Infecções locais e abscessos	() Infecciones locales y abscesos
() Cefaléia	() dolores de cabeza	() Mal estar em adulto	() Malestar en adultos
() Convulsões	() convulsiones	() Mal estar em crianças	() Malestar en niños
() Corpo estranho	() Cuerpo extraño	() Mordeduras e picadas	() Mordeduras y picaduras
() Criança irritada	() Niño enojado	() Overdose e envenenamento	() Sobredosis y envenenamiento
() Criança mancando	() Niño que saca	() Pais preocupados	() Padres preocupados
() Desmaio no adulto	() Desmayo en el adulto	() Palpitações	() palpitaciones
() Diabetes	() diabetes	() Problemas dentários	() Problemas dentales
() Diarréia e ou vômitos	() Diarrea y vómitos	() Problemas em extremidades	() Problemas en los extremos
() Dispnéia em adultos	() Disnea en adultos	() Problemas em face	() Problemas en la cara
() Dispnéia em crianças	() Disnea en niños	() Problemas em olhos	() Problemas de ojos
() Doença mental	() Enfermedad mental	() Problemas em ouvidos	() Problemas en los oídos
() Doença Sexualmente Transmissível	() Enfermedad Sexualmente Transmisib	() Problemas urinários	() Problemas urinarios
() Dor abdominal em adulto	() Dolor abdominal en adultos	() Quedas	() caídas
() Dor abdominal em em criança	() Dolor abdominal en el niño	() Queimaduras	() quemaduras
() Dor cervical	() Dolor cervical	() Sangramento vaginal	() Sangrado vaginal
() Dor de garganta	() Dolor de garganta	() Trauma Cranioencefálico	() Trauma Craneoencefálico
() Dor lombar	() Dolor de espalda	() Trauma maior	() Trauma mayor
COMORBIDADES- COMORBILIDADES () Não- No () Sim - Sí () Hipertensão- hipertensión () Cardiopatia - enfermedad del corazón () Diabetes- Diabete () Insuficiência renal- Insuficiencia del riñón			
USO DE MEDICAMENTOS? () Não- No () Sim - Sí Qual? - ¿Qué? _____			

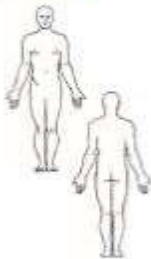
A QUEIXA É RECIDIVA? – ¿La queja es recidiva? () Não- No () Sim - Sí Quanto tempo? – ¿Cuanto tiempo? _____																																		
ASSINALAR COM X LOCAL DA DOR - SIGNACIÓN CON X LOCAL DEL DOLOR 	INTENSIDADE DA DOR - INTENSIDAD DEL DOLOR:  <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Indolor</td><td>Muito leve</td><td>Desconfortável</td><td>Tolerável</td><td>Angusticante</td><td>Muito angustiante</td><td>Intenso</td><td>Muito intenso</td><td>Totalmente horrível</td><td>Totalmente horrível</td><td>Totalmente horrível</td> </tr> <tr> <td>sin dolor</td><td>Muy leve</td><td>Incómodo</td><td>tolerable</td><td>doloroso</td><td>Muy angustiante</td><td>Intenso</td><td>Muy intenso</td><td>Totalmente horrible</td><td>Totalmente horrible</td><td>Totalmente horrible</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indolor	Muito leve	Desconfortável	Tolerável	Angusticante	Muito angustiante	Intenso	Muito intenso	Totalmente horrível	Totalmente horrível	Totalmente horrível	sin dolor	Muy leve	Incómodo	tolerable	doloroso	Muy angustiante	Intenso	Muy intenso	Totalmente horrible	Totalmente horrible	Totalmente horrible
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Indolor	Muito leve	Desconfortável	Tolerável	Angusticante	Muito angustiante	Intenso	Muito intenso	Totalmente horrível	Totalmente horrível	Totalmente horrível																								
sin dolor	Muy leve	Incómodo	tolerable	doloroso	Muy angustiante	Intenso	Muy intenso	Totalmente horrible	Totalmente horrible	Totalmente horrible																								
PA Sentado: _____ X _____ mmHg PA em Pé: _____ X _____ mmHg Pulso: _____ bpm TAX _____ ° C Enchimento Capilar: () <2 seg. () >2 seg. Respiração: _____ ipm Glicemia: _____ mg/dl Escala de Coma de Glasgow: _____ EXAMES LABORATORIAIS? () Não () Sim. Data: ____/____/____ Ht _____ % Leuc _____ Plaq _____ mm3 Assinatura e carimbo _____																																		

Fonte: Carvalho (2019)

Figura 10 - Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Francês

 FICHA DE ATENDIMENTO Urgência e Emergência  																																																																																																									
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:																																																																																																									
UNIDADE DE SAÚDE: _____	Data: ____/____/____ Hora de chegada: _____																																																																																																								
Cartão SUS: _____																																																																																																									
Nome: _____																																																																																																									
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____ Sexo: () F () M																																																																																																								
Nome da mãe: _____																																																																																																									
Endereço: _____																																																																																																									
Bairro: _____	Município: _____ Estado: _____																																																																																																								
Nacionalidade: _____																																																																																																									
Telefone fixo: _____	Celular: _____																																																																																																								
Responsável: _____																																																																																																									
Hora do atendimento: _____ Data Início dos Sintomas ____/____/____																																																																																																									
Data d'apparition des symptômes ____/____/____																																																																																																									
Queixa principal (para imigrantes que consigam se comunicar): _____																																																																																																									

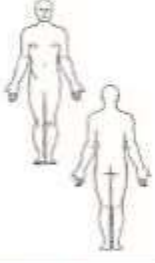
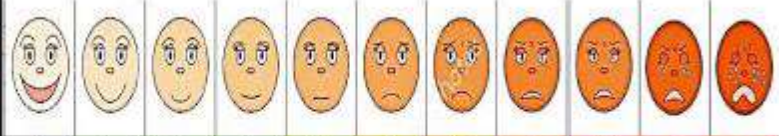
ASSINALAR OS SINTOMAS QUE SENTIR/ INDIQUEZ LES SYMPTÔMES QUE VOUS RESSENTEZ																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PORTUGUÊS</th> <th>LE FRANÇAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>() Agressão</td><td>Agression</td></tr> <tr><td>() Alergia</td><td>Allergie</td></tr> <tr><td>() Alteração de comportamento</td><td>Changement de comportement</td></tr> <tr><td>() Asma</td><td>Asthme</td></tr> <tr><td>() Desconforto respiratório</td><td>Detresse respiratoire</td></tr> <tr><td>() Autoagressão</td><td>Automutilation</td></tr> <tr><td>() Bebê chorando</td><td>Bébé pleure</td></tr> <tr><td>() Choro persistente</td><td>Pleurs persistants</td></tr> <tr><td>() Cefaléia</td><td>Mal de tête</td></tr> <tr><td>() Convulsões</td><td>Convulsions</td></tr> <tr><td>() Corpo estranho</td><td>Corps étranger</td></tr> <tr><td>() Criança irritada</td><td>Enfant en colère</td></tr> <tr><td>() Criança mancando</td><td>Enfant boiteux</td></tr> <tr><td>() Desmaio no adulto</td><td>Evanouissement chez l'adulte</td></tr> <tr><td>() Diabetes</td><td>Le diabète</td></tr> <tr><td>() Diarréia e ou vômitos</td><td>Diarrhée et / ou vomissements</td></tr> <tr><td>() Dispnéia em adultos</td><td>Dyspnée chez l'adulte</td></tr> <tr><td>() Dispnéia em crianças</td><td>Dyspnée chez les enfants</td></tr> <tr><td>() Doença mental</td><td>Maladie mentale</td></tr> <tr><td>() Doença Sexualmente Transmissível</td><td>Maladie sexuellement transmissible</td></tr> <tr><td>() Dor abdominal em adulto</td><td>Douleur abdominale chez l'adulte</td></tr> <tr><td>() Dor abdominal em criança</td><td>Douleur abdominale chez l'enfant</td></tr> <tr><td>() Dor cervical</td><td>Douleur cervicale</td></tr> <tr><td>() Dor de Garganta</td><td>Maux de gorge</td></tr> <tr><td>() Dor Lombar</td><td>Douleur au bas du dos</td></tr> </tbody> </table>	PORTUGUÊS	LE FRANÇAIS	() Agressão	Agression	() Alergia	Allergie	() Alteração de comportamento	Changement de comportement	() Asma	Asthme	() Desconforto respiratório	Detresse respiratoire	() Autoagressão	Automutilation	() Bebê chorando	Bébé pleure	() Choro persistente	Pleurs persistants	() Cefaléia	Mal de tête	() Convulsões	Convulsions	() Corpo estranho	Corps étranger	() Criança irritada	Enfant en colère	() Criança mancando	Enfant boiteux	() Desmaio no adulto	Evanouissement chez l'adulte	() Diabetes	Le diabète	() Diarréia e ou vômitos	Diarrhée et / ou vomissements	() Dispnéia em adultos	Dyspnée chez l'adulte	() Dispnéia em crianças	Dyspnée chez les enfants	() Doença mental	Maladie mentale	() Doença Sexualmente Transmissível	Maladie sexuellement transmissible	() Dor abdominal em adulto	Douleur abdominale chez l'adulte	() Dor abdominal em criança	Douleur abdominale chez l'enfant	() Dor cervical	Douleur cervicale	() Dor de Garganta	Maux de gorge	() Dor Lombar	Douleur au bas du dos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PORTUGUÊS</th> <th>LE FRANÇAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>() Dor torácica</td><td>Douleur à la poitrine</td></tr> <tr><td>() Embriaguez alcoólica aparente</td><td>Ivresse alcoolique apparente</td></tr> <tr><td>() Erupção cutânea</td><td>Eruption cutanée</td></tr> <tr><td>() Exposição a agente químicos</td><td>Exposition à des agents chimiques</td></tr> <tr><td>() Feridas</td><td>Des blessures</td></tr> <tr><td>() Gravidez</td><td>La grossesse</td></tr> <tr><td>() Hemorragia digestiva</td><td>Saignements digestifs</td></tr> <tr><td>() Infecções locais e abscessos</td><td>Infections locales et abcès</td></tr> <tr><td>() Mal estar em adulto</td><td>Malade à l'adulte</td></tr> <tr><td>() Mal estar em crianças</td><td>Malaise chez les enfants</td></tr> <tr><td>() Mordeduras e picadas</td><td>Morsures et piqûres</td></tr> <tr><td>() Overdose e envenenamento</td><td>Surdosage et empoisonnement</td></tr> <tr><td>() Pais preocupados</td><td>Parents inquiets</td></tr> <tr><td>() Palpitações</td><td>Palpitations</td></tr> <tr><td>() Problemas dentários</td><td>Problèmes dentaires</td></tr> <tr><td>() Problemas em extremidades</td><td>Problèmes aux extrémités</td></tr> <tr><td>() Problemas em face</td><td>Problèmes au visage</td></tr> <tr><td>() Problemas em olhos</td><td>Problèmes avec les yeux</td></tr> <tr><td>() Problemas em ouvidos</td><td>Problèmes d'oreille</td></tr> <tr><td>() Problemas urinários</td><td>Problèmes urinaires</td></tr> <tr><td>() Quedas</td><td>Chutes</td></tr> <tr><td>() Queimaduras</td><td>Brûlures</td></tr> <tr><td>() Sangramento vaginal</td><td>Saignements vaginaux</td></tr> <tr><td>() Trauma Cranioencefálico</td><td>Traumatisme crânioencéphalique</td></tr> <tr><td>() Trauma maior</td><td>Plus grand traumatisme</td></tr> </tbody> </table>	PORTUGUÊS	LE FRANÇAIS	() Dor torácica	Douleur à la poitrine	() Embriaguez alcoólica aparente	Ivresse alcoolique apparente	() Erupção cutânea	Eruption cutanée	() Exposição a agente químicos	Exposition à des agents chimiques	() Feridas	Des blessures	() Gravidez	La grossesse	() Hemorragia digestiva	Saignements digestifs	() Infecções locais e abscessos	Infections locales et abcès	() Mal estar em adulto	Malade à l'adulte	() Mal estar em crianças	Malaise chez les enfants	() Mordeduras e picadas	Morsures et piqûres	() Overdose e envenenamento	Surdosage et empoisonnement	() Pais preocupados	Parents inquiets	() Palpitações	Palpitations	() Problemas dentários	Problèmes dentaires	() Problemas em extremidades	Problèmes aux extrémités	() Problemas em face	Problèmes au visage	() Problemas em olhos	Problèmes avec les yeux	() Problemas em ouvidos	Problèmes d'oreille	() Problemas urinários	Problèmes urinaires	() Quedas	Chutes	() Queimaduras	Brûlures	() Sangramento vaginal	Saignements vaginaux	() Trauma Cranioencefálico	Traumatisme crânioencéphalique	() Trauma maior	Plus grand traumatisme
PORTUGUÊS	LE FRANÇAIS																																																																																																								
() Agressão	Agression																																																																																																								
() Alergia	Allergie																																																																																																								
() Alteração de comportamento	Changement de comportement																																																																																																								
() Asma	Asthme																																																																																																								
() Desconforto respiratório	Detresse respiratoire																																																																																																								
() Autoagressão	Automutilation																																																																																																								
() Bebê chorando	Bébé pleure																																																																																																								
() Choro persistente	Pleurs persistants																																																																																																								
() Cefaléia	Mal de tête																																																																																																								
() Convulsões	Convulsions																																																																																																								
() Corpo estranho	Corps étranger																																																																																																								
() Criança irritada	Enfant en colère																																																																																																								
() Criança mancando	Enfant boiteux																																																																																																								
() Desmaio no adulto	Evanouissement chez l'adulte																																																																																																								
() Diabetes	Le diabète																																																																																																								
() Diarréia e ou vômitos	Diarrhée et / ou vomissements																																																																																																								
() Dispnéia em adultos	Dyspnée chez l'adulte																																																																																																								
() Dispnéia em crianças	Dyspnée chez les enfants																																																																																																								
() Doença mental	Maladie mentale																																																																																																								
() Doença Sexualmente Transmissível	Maladie sexuellement transmissible																																																																																																								
() Dor abdominal em adulto	Douleur abdominale chez l'adulte																																																																																																								
() Dor abdominal em criança	Douleur abdominale chez l'enfant																																																																																																								
() Dor cervical	Douleur cervicale																																																																																																								
() Dor de Garganta	Maux de gorge																																																																																																								
() Dor Lombar	Douleur au bas du dos																																																																																																								
PORTUGUÊS	LE FRANÇAIS																																																																																																								
() Dor torácica	Douleur à la poitrine																																																																																																								
() Embriaguez alcoólica aparente	Ivresse alcoolique apparente																																																																																																								
() Erupção cutânea	Eruption cutanée																																																																																																								
() Exposição a agente químicos	Exposition à des agents chimiques																																																																																																								
() Feridas	Des blessures																																																																																																								
() Gravidez	La grossesse																																																																																																								
() Hemorragia digestiva	Saignements digestifs																																																																																																								
() Infecções locais e abscessos	Infections locales et abcès																																																																																																								
() Mal estar em adulto	Malade à l'adulte																																																																																																								
() Mal estar em crianças	Malaise chez les enfants																																																																																																								
() Mordeduras e picadas	Morsures et piqûres																																																																																																								
() Overdose e envenenamento	Surdosage et empoisonnement																																																																																																								
() Pais preocupados	Parents inquiets																																																																																																								
() Palpitações	Palpitations																																																																																																								
() Problemas dentários	Problèmes dentaires																																																																																																								
() Problemas em extremidades	Problèmes aux extrémités																																																																																																								
() Problemas em face	Problèmes au visage																																																																																																								
() Problemas em olhos	Problèmes avec les yeux																																																																																																								
() Problemas em ouvidos	Problèmes d'oreille																																																																																																								
() Problemas urinários	Problèmes urinaires																																																																																																								
() Quedas	Chutes																																																																																																								
() Queimaduras	Brûlures																																																																																																								
() Sangramento vaginal	Saignements vaginaux																																																																																																								
() Trauma Cranioencefálico	Traumatisme crânioencéphalique																																																																																																								
() Trauma maior	Plus grand traumatisme																																																																																																								
COMORBIDADES- COMORBIDITÉS? () Não- Ne pas () Sim- Oui () Hipertensão- Hypertension () Cardiopatia - Cardiothie () Diabetes- Diabète () Insuficiência renal- Insuffisance rénale																																																																																																									
USO DE MEDICAMENTOS? () Não- Ne pas () Sim- Oui Qual? – Qui?																																																																																																									

A QUEIXA É RECIDIVA? – Les symptômes se répètent? () Não- Ne pas () Sim - Oui Quanto tempo? – Pour combien de temps? _____											
ASSINALAR COM X LOCAL DA DOR - SIGNER AVEC X LOCAL DE DOULEUR 	INTENSIDADE DA DOR - INTENSITÉ DE DOULEUR										
											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Indolor	Muito leve	Desconfortável	Tolerável	Angustiante	Muito angustiante	Intenso	Muito intenso	Totalmente horrível	Totalmente horrível	Totalmente horrível
Indolor	Três-láger	Muito-láger	Tolerável	Possível	Três-possível	Intenso	Três-intenso	Totalmente horrível	Totalmente horrível	Totalmente horrível	
PA Sentado: <u>X</u> mmHg PA em Pé: <u>X</u> mmHg Pulso: <u> </u> bpm TAX <u> </u> °C Enchimento Capilar: () <2 seg. () >2 seg. Respiração: <u> </u> ipm Glicemia: <u> </u> mg/dl Escala de Coma de Glasgow: <u> </u> EXAMES LABORATORIAIS? () Não () Sim. Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Ht <u> </u> % Leuc <u> </u> Plaq <u> </u> mm3 Assinatura e carimbo: _____											

Fonte: Carvalho (2019)

Figura 11 - Ficha de Atendimento ao imigrante traduzida para o Inglês

 FICHA DE ATENDIMENTO Urgência e Emergência  					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:					
UNIDADE DE SAÚDE: _____		Data: ____/____/____ Hora de chegada: ____			
Cartão SUS: _____					
Nome: _____					
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade: ____ Sexo: () F () M			
Nome da mãe: _____					
Endereço: _____					
Bairro: _____		Município: _____ Estado: _____			
Nacionalidade: _____					
Telefone fixo: _____		Celular: _____			
Responsável: _____					
Hora do atendimento: _____		Data início dos Sintomas ____/____/____			
		Symptom Start Date ____/____/____			
Queixa principal (para imigrantes que consigam se comunicar): _____					
ASSINALAR OS SINTOMAS QUE SENTIR/ TO CHECK THE SYMPTOMS THAT FEEL					
	PORTUGUÊS	ENGLISH		PORTUGUÊS	ENGLISH
☐	Agressão	Aggression	☐	Dor torácica	Chest pain
☐	Alergia	Allergy	☐	Embraguez alcoólica aparente	Apparent alcoholic drunkenness
☐	Alteração de comportamento	Behavior change	☐	Erupção cutânea	Rash
☐	Asma	Asthma	☐	Exposição a agente químicos	Exposure to chemical agents
☐	Desconforto respiratório	Respiratory distress	☐	Feridas	Wounds
☐	Autoagressão	Self-harm	☐	Gravidez	Pregnancy
☐	Bebe chorando	Baby crying	☐	Hemorragia digestiva	Digestive bleeding
☐	Choro persistente	Persistent crying	☐	Infeções locais e abscessos	Local infections and abscesses
☐	Cefaléia	Headache	☐	Mal estar em adulto	Unwell in adult
☐	Convulsões	Convulsions	☐	Mal estar em crianças	Malaise in children
☐	Corpo estranho	Strange body	☐	Mordeduras e picadas	Bites and stings
☐	Criança irritada	Angry child	☐	Overdose e envenenamento	Overdose and poisoning
☐	Criança mancando	Limping child	☐	Pais preocupados	Worried parents
☐	Desmaio no adulto	Fainting in the adult	☐	Palpitações	Palpitations
☐	Diabetes	Diabetes	☐	Problemas dentários	Dental Problems
☐	Diarréia e ou vômitos	Diarrhea and or vomiting	☐	Problemas em extremidades	Problems in extremities
☐	Dispnéia em adultos	Dyspnea on adults	☐	Problemas em face	Problems in the face
☐	Dispnéia em crianças	Dyspnea on children	☐	Problemas em olhos	Problems with eyes
☐	Doença mental	Mental disease	☐	Problemas em ouvidos	Ear Problems
☐	Doença Sexualmente Transmissível	Sexually Transmitted Disease	☐	Problemas urinários	Urinary problems
☐	Dor abdominal em adulto	Abdominal pain in adult	☐	Quedas	Falls
☐	Dor abdominal em criança	Abdominal pain in child	☐	Queimaduras	Burns
☐	Dor cervical	Cervical pain	☐	Sangramento vaginal	Vaginal bleeding
☐	Dor de Garganta	Sore throat	☐	Trauma Cranioencefálico	Traumatic brain injury
☐	Dor Lombar	Backache	☐	Trauma maior	Greater trauma
COMORBIDADES? - COMORBITIES? () Não- Not () Sim - Yes () Hipertensão- Hypertension () Cardiopatia - Cardiopathy () Diabetes- Diabetes () Insuficiência renal - Renal insufficiency					
USO DE MEDICAMENTOS? () Não- Nott () Sim - Yes Qual? - which??					

A QUEIXA É RECIDIVA? – THE COMPLAINT IS RECHIVABLE? () Não- Not () Sim - Yes																																		
Quanto tempo? – How much time?? _____																																		
ASSINALAR COM X LOCAL DA DOR - SIGNER AVEC X LOCAL DE DOULEUR 	INTENSIDADE DA DOR - INTENSITY OF PAIN:  <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Indolor</td><td>Muito leve</td><td>Desconfortável</td><td>Tolerável</td><td>Angustiante</td><td>Muito angustiante</td><td>Intenso</td><td>Muito intenso</td><td>Totalmente horrível</td><td>Horroroso</td><td>Insuportável</td> </tr> <tr> <td>Pain Free</td><td>Very Mild</td><td>Discomforting</td><td>Tolerable</td><td>Distressing</td><td>Very Distressing</td><td>Intense</td><td>Very Intense</td><td>Utterly Horrible</td><td>Unbearable</td><td>Unsupportable</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indolor	Muito leve	Desconfortável	Tolerável	Angustiante	Muito angustiante	Intenso	Muito intenso	Totalmente horrível	Horroroso	Insuportável	Pain Free	Very Mild	Discomforting	Tolerable	Distressing	Very Distressing	Intense	Very Intense	Utterly Horrible	Unbearable	Unsupportable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Indolor	Muito leve	Desconfortável	Tolerável	Angustiante	Muito angustiante	Intenso	Muito intenso	Totalmente horrível	Horroroso	Insuportável																								
Pain Free	Very Mild	Discomforting	Tolerable	Distressing	Very Distressing	Intense	Very Intense	Utterly Horrible	Unbearable	Unsupportable																								
PA Sentado: ☒ mmHg	PA em Pé: ☒ mmHg																																	
Enchimento Capilar: () <2 seg. () >2 seg.	Respiração: _____ ipm																																	
Glicemia: _____ mg/dl	Escala de Coma de Glasgow: _____																																	
EXAMES LABORATORIAIS? () Não () Sim. Data: ____/____/____ Ht _____ % Leuc _____ Plaq _____ mm3																																		
Assinatura e carimbo _____																																		

Fonte: Carvalho (2019)

A sugestão da ficha de atendimento adaptada em outro idioma tem o objetivo de fornecer uma relação humanizada, pela escuta ativa e qualificada, sendo executada pelo enfermeiro na classificação de risco. A classificação de risco é uma das etapas da avaliação clínica do paciente, e uma comunicação eficaz é imprescindível para prosseguir no atendimento do paciente (Carvalho, 2019).

Agregando a Carvalho, em seus estudos, Silva *et al.* (2016) sugerem, além da construção de impressos e capacitação dos profissionais, investir em cursos de outros idiomas para funcionários poderem maximizar a qualidade, a humanização e a segurança da assistência oferecida. Entretanto Pereira, Sá e Freitas (2020) ressaltam:

É preciso que os representantes de ambos os governos se interessem mais e desenvolvam políticas públicas em conjunto, e que devem ser voltadas ao tratamento específico da população local e à saúde da população fronteiriça (Pereira; Sá; Freitas, 2020, p. 14).

No setor da saúde, em específico a UPA e o PSM, o protocolo municipal é uma conquista para o migrante que busca os serviços de saúde de Corumbá. Considerando sua breve e atual invisibilidade até o momento dessa pesquisa, a sua aplicação resultará em novas expectativas para o atendimentos aos migrantes nos aspectos de acesso, dignidade e orientação. Vale ressaltar que a SMS e as unidades em questão necessitam se articular e promover planos de ações para cumprimento, adaptação, correção e execução das orientações

do protocolo dentro do seu próprio território de gestão, que compreende as unidades da UPA e do PSM.

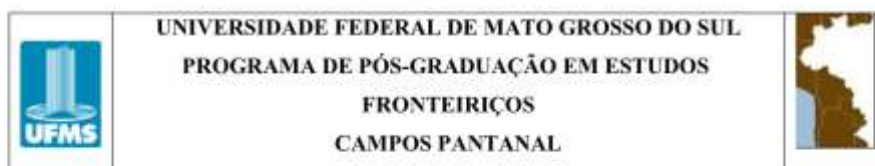
Entretanto, a presença do protocolo não sana as necessidades que estão presentes na região de fronteira Corumbá (BR)-Bolívia. Os gestores da área da saúde precisam olhar com atenção e comprometimento para que realmente as orientações contidas no protocolo consigam, na prática, ser cumpridas, somadas a acordos binacionais em busca de discussões de interesse comum para ambas as cidades dessa fronteira.

Barros (2021) acrescenta que a fronteira de Corumbá-MS já ultrapassou os limites territoriais, principalmente na saúde pública, que a fronteira tem vida própria e complementa:

Enquanto os agentes políticos municipais, estaduais e federais não olharem com diferença a dinâmica das cidades de fronteiras em relação a outras, em especial no atendimento à saúde pública, a situação será cada vez mais precária. Os representantes políticos não devem e não podem considerar a fronteira apenas como limite territorial e político, como uma linha estática (Barros, 2021, p. 192).

Como projeto final desse estudo, foi elaborada uma carta de sugestão representada pela Figura 12 “ Carta de Sugestão proposta a Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS” direcionada à Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá, contendo propostas de ações para colaborar com o atendimento de saúde ao público migrante nas unidades de saúde da UPA e do PSM de Corumbá-MS.

Figura 12 - Carta de Sugestão proposta a Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS



CARTA DE SUGESTÃO

Ilmo. Sr. Antônio Juliano de Barros
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Corumbá- MS

Vimos através de este recurso apresentar respeitosamente sugestões direcionadas as unidades da rede de urgência e emergência: Unidade Pronto Socorro Municipal – Dr. Rogério Takaki Bento e Unidade de Pronto Atendimento – Dr. Jose Abílio M de Barros.

Como parte do estudo realizado no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços do Campos do Pantanal – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), como resultados obtidos da pesquisa e das sugestões dos profissionais entrevistados, elaboramos propostas de intervenções para complementar a assistência já ofertada ao migrante nessas unidades de saúde.

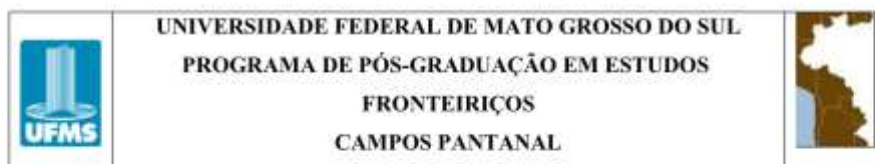
Considerando a Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu art. 3º que diz “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”;

Considerando a Constituição Federal no Art. 196 que define a “saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Considerando a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde amparado pelos princípios e diretrizes e através de ações assistenciais e preventivas e promoção, proteção e recuperação as saúde;

Considerando a Lei 13.445 de 24 de maio de 2017, que institui a lei do migrante em todo território nacional que dispõe sobre os direitos e deveres do migrante e do visitante e estabelece os princípios e diretrizes das políticas públicas;

Considerando o Protocolo de acolhimento e atendimento aos migrantes internacionais, no âmbito da Assistência Social, Educação e Saúde no Município de Corumbá-MS direcionado para servidores públicos municipais dessas secretarias com objetivo de melhor reconhecer as demandas de migrantes e direciona-los para atendimento adequado.



Sugerimos algumas ações a fim de agregar com o protocolo municipal instituído e colaborar com a gestão municipal e das unidades de saúde.

Tem-se que deste modo os profissionais de saúde e os gestores poderão melhorar o processo de trabalho e entendimento das questões de fronteira favorecendo a assistência de saúde do público migrante.

Na ocasião, aproveitamos para apresentar votos de estima e consideração.

Respeitosamente.

Juliane da Silva Cordeiro

Mestranda

Prof.^a Dra. Elisa Pinheiro de Freitas

Orientadora

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS CAMPOS PANTANAL	
---	--	---

PROPOSTA DE INTERVENÇÕES		
Adversidades levantadas: compreende as dificuldades e problemas observados pela pesquisadora e entrevistados. Ações: possíveis condutas a serem providenciadas pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Objetivos: corresponde as intenções para a conquista de resultados positivos para as adversidades/problemas observados na pesquisa.		
Adversidades levantadas	Ações	Objetivos
Registro dos atendimentos de migrantes	- Integração entre Núcleo de Informação da Saúde e UPA e PSM. - Padronização dos cadastros de migrantes no Sistema Informação de Saúde na UPA e PSM independente da documentação apresentada; - Restrição para uso do prontuário "Word".	- Estabelecer processo de trabalho referente aos registros/faturamento dos atendimentos/procedimentos dos migrantes da UPA e PSM. - Construir um banco de dados quantitativo fidedigno para auxiliar na promoção de políticas públicas no município; - O cadastro de migrantes em plataformas alternativas ao Sistema Informação de Saúde devem se restringir a situações específicas como problemas no Sistema Informação de Saúde e outras situações similares. - Fazer uso dos profissionais do serviço social que compõem as equipes das unidades de saúde para a regularização do cadastro desses migrantes.
Dificuldade de comunicação	- Estabelecer parceria com instituições de ensino para curso de outros idiomas direcionado a profissionais lotados na UPA e PSM; - Adaptar ficha de atendimento na classificação de risco da	- Capacitar o profissional em outro idioma para que o mesmo estabeleça melhor comunicação e compreensão da queixa clínica e das necessidades dos migrantes; - Facilitar a comunicação entre profissional de saúde e migrante durante a

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS CAMPOS PANTANAL	
---	---	---

Educação Continuada	UPA e PSM (Anexo A); • Treinamento para aos recepcionistas e profissionais de saúde da UPA e do PSM; • Capacitação das demais instituições que oferecem assistência ao migrante em Corumbá, sobre o funcionamento da rede de saúde. • Confecção de folder/cartilha informativa sobre os serviços de saúde em outro idioma.	investigação do quadro clínico. • Capacitação quanto ao protocolo municipal, acolhimento, legislação com os direitos e deveres do migrante. Orientar sobre cadastro, acolhimento do migrante e quando necessário o encaminhamento para confecção de CNS nas UBSs. • Capacitação com apoio de outros profissionais da rede de saúde para abordar as questões quanto ao preconceito ao migrante. • Informar demais instituições de apoio para melhor orientação ao migrante sobre a rede de saúde disponível em Corumbá. • Orientar o migrante sobre a organização da rede de saúde disponível em Corumbá.
Comunicação com os serviços de saúde da Bolívia * No caso dos pacientes provenientes dos serviços de saúde da Bolívia.	• Acordos binacionais através do Comitê de Fronteira.	• Estreitar laços com as autoridade de saúde de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, na busca de possibilidades de dialogar com as autoridades bolivianas melhoraria de comunicação (referência e contrarreferência) entre as unidades de saúde de ambos os países.
Alto número de atendimento a migrantes na rede de urgência e emergência de Corumbá	• Apresentar junto a CIB a representatividade que o migrante tem na rede de saúde de Corumbá.	• Apresentar o impacto da assistência a população migrante realizada na RUE no município; • Buscar estratégias junto as esferas governamentais de repasses financeiros e investimento em saúde pública como apoio da região fronteiriça.

Fonte: da própria autora

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, José Lindomar. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. *Revista Tomo*, [S.l.], n. 26, jan.-jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.21669/tomo.v0i0.4404>. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/4404>. Acesso em: 16 out. 2022.
- ALMA-ATA. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde. OMS/Unicef, 1978. Brasília: Unicef do Brasil, 1979. PDF. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.
- ALPIRES, Thais da Silva; FREITAS, Elisa Pinheiro de. As ações de securitização na fronteira Corumbá/Brasil-Puerto Quijarro/Bolívia e os seus impactos nas percepções sociais sobre as migrações. **Revista GeoPantanal**, Corumbá, v. 16, n. 31, pp. 134-152, 2021.
- ALVES, Jenniffer Francielli de Sousa; MARTINS, Maria Angela Conceição; BORGES, Fabiano Tonaco; SILVEIRA, Cássio; MURARO, Ana Paula. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 12, pp. 4.677-4.686, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.32242017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKTKwbtPpQFtvKG8Td6XpMn/>. Acesso em: 1.º abr. 2024.
- ANDREAZZI, Marco Antonio Ratzsch de. **Uso da informação em saúde para avaliação do impacto e gestão do território**: uma proposta de abordagem metodológica. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2594>. Acesso em: 10 jul. 2024.
- ARENHART, Carlos Guilherme Meister; RIZZOTO, Maria Lucia Frizon; MELARA, Maísa; CARRIJO, Alessandra Rosa. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 27, n. 11, pp. 4.233-4.241, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08702022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kDWGJtrsr7KYVjcXVBbmtQL/#>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto. 3ª reimpr. da 1ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2016. PDF. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- BARRETO, Mayckel da Silva; NASCIMENTO, Dayse Gomes do; MAGINI, Laisa Yohana Zaguini; OLIVEIRA, Isabelle Leopoldino de; VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima; MARCON, Sonia Silva. Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. **Pesquisa Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 23, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VnvWXQRfrDtRsVfqRJGVPZb/abstract/?lang=pt..> Acesso em: 1.º abr. 2023.
- BARROS, Maria Cristina Lanza de. **Os bolivianos do lado de cá**: além do limite, a produção de fronteiras na cidade de Corumbá-MS. 205f. Tese (Doutorado no Programa de Pós-

Graduação em Geografia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD. Dourados, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/4506>. Acesso em: 1.º dez. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1.º jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 1.º jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 1.842, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de Recursos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 1.º jun. 2023.

BRASIL. Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991. Nova política de financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica n. 01/91. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Diário Oficial**, Brasília, 1991. Arquivos. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/01/1991&jornal=1&pagina=49&totalArquivos=136>. Acesso em: 1.º jun. 2023.

BRASIL, Portaria n. 2.023, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial**, Brasília, 1996. Arquivos. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/11/1996&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=96>. Acesso em: 1.º jun. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 26**, de 14 de fevereiro de 2000. Altera a redação do art. 6.º da Constituição Federal. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos, Brasília, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc26.htm#1. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL, **Decreto n. 5.541**, de 19 de setembro de 2005. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Bolívia sobre Facilitação para o Ingresso e Trânsito de seus Nacionais em seus Territórios, de 8 de julho de 2004. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-

BRASIL. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS – Noas-SUS 01/2001. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[a]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 1.º mar. 2023.

BRASIL. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. Noas-SUS 01/ 02. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 1.º mar. 2023.

BRASIL. Portaria n. 1.120, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[c]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Portaria n. 1.121, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. Dá nova redação a Portaria n. 1.120/GM. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[d]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[e]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 1.º mar. 2023.

BRASIL. Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[f]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em 10 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS –, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[g]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[h]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 19 abr. 2024.

BRASIL. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[i]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Portaria n. 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saúde Legis** On-line, [S.l.], s.d.[j]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 14 jul. 2024.

BVDH – BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS. **Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966)**. Adotado pela Resolução n. 2.200 A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Universidade de São Paulo, Comissão de Direitos Humanos, 27 abr. 2003. PDF. Disponível em:

<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CARVALHO, Luciano de Moura. **Protocolo multiprofissional de atenção às urgências e emergências para imigrantes no serviço de saúde**. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2019. Disponível em:

<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9295>. Acesso em: 9 ago. 2023.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta Estabelecimento - Identificação**, [S.l.], s.d., Página inicial. Disponível:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 14 out. 2023.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Presidente do Conselho Nacional de Saúde, 2012. PDF. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2023.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de alta e média complexidade no SUS**. Coleção Progestores, 1ª ed. Brasília, 2007. PDF.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

CORUMBÁ. **Integração**: Brasil e Bolívia prometem reativar Comitê de Fronteira. Prefeitura de Corumbá On-line, 30 mar. 2011. Disponível em:

<https://ww2.corumba.ms.gov.br/2011/03/integracao-brasil-e-bolivia-prometem-reativar-comite-de-fronteira/>. Acesso em: 10 maio 2024.

CORUMBÁ. **Governo e prefeito inauguram o novo Pronto-Socorro de Corumbá nesta terça-feira**. Prefeitura de Corumbá On-line, 22 dez. de 2022. Disponível em:

<https://ww2.corumba.ms.gov.br/2022/12/governador-e-prefeito-inauguram-novo-pronto-socorro-de-corumba-nesta-terca-feira/>. Acesso em: 1.º abr. 2024.

CORUMBÁ. **Corumbá ganha protocolo de acolhimento ao migrante para educação e assistência social**. Prefeitura de Corumbá On-line, 25 maio 2023. Disponível em:

<https://corumba.ms.gov.br/noticias/corumba-ganha-protocolo-de-acolhimento-ao-migrante-para-educacao-e-assistencia-social>. Acesso em: 7 jul. 2024.

CORUMBÁ. Unidades prestadoras de Serviços Sociais Especiais de Alta Complexidade (ano base 2023). **Diário Oficial de Corumbá** On-line, 6 jun. 2024. PDF. Disponível em: <https://do.corumba.ms.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/4954/#/p:21/e:4954>. Acesso em: 10 jun. 2024.

COSTA, Edgar Aparecido. Ordenamento territorial em áreas de fronteira. In: COSTA, Edgar Aparecido; OLIVEIRA, Marco Aurélio Machado de. **Seminários de estudos fronteiriços**. Campo Grande: Editora UFMS, pp. 61-78, 2009.

COSTA, Gustavo Villela Lima da. Os bolivianos em Corumbá-MS: conflitos e relações de poder na fronteira. **Mana**, [S.l.], v. 21, n. 1, pp. 36-63, jan.-abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n1p035>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/JJ3VbPbqps3cr94JpVQVMdR/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2023.

COSTA, Pedro Paulo Saad; LIMA, Claudia Araújo de. Direitos Humanos e acesso à saúde em regiões de fronteira. **Revista Foco**, [S.l.], v. 16, n. 9, p. e3199, 28 set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-185>. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3199>. Acesso em: 6 jun. 2024.

COSTA, Pedro Paulo Saad. **Acesso à saúde na região de fronteira Brasil-Bolívia: um estudo de caso sobre acesso ao exame de tomografia computadorizada durante a pandemia de Covid-19**. 110f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal. Corumbá, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/6356>. Acesso em: 1.º dez. 2023.

CORRÊA, Roberto Lobato. Corporação, práticas espaciais e gestão do território. **Anuário do Instituto de Geociências**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 15, pp. 35-41, 1992. DOI: https://doi.org/10.11137/1992_0_35-41. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/aigeo/article/view/5934>. Acesso em: 21 jan. 2024.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. Aspectos teórico-metodológicos em pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 28, n. 5, maio 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15862022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9BgVLVmcghPbD49YSCtF67N/?lang=pt#>. Acesso em: 16 abr. 2024.

DUDH – DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas** (Resolução 217 A III), em 10 de dezembro de 1948. Brasília, 1948. PDF. Disponível em: <https://www.ct.ufpb.br/lacesse/contents/documentos/legislacao-internacional/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-1948.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

DELAMUTA, Karly Garcia; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; DOMINGOS, Carolina Milena; CARVALHO, Marselle Nobre de. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes

bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Londrina, v. 36, n. 8, p. e00087019, 2020. PDF. Disponível: <https://web.archive.org/web/20201107071030/http://www.scielo.br/pdf/csp/v36n8/1678-4464-csp-36-08-e00087019.pdf>. Acesso em: 1.º jun. 2024.

DIAS, Sónia; GAMA, Ana; FRONTEIRA, Inês. A análise comparativa das percepções de imigrantes e de profissionais de saúde sobre a procura e a prestação de cuidados de saúde nas populações imigrantes. **Anais...** Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, v. 11, Edição Comemorativa, pp. 126-139, 2012. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.227>. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/227>. Acesso em: 2 abr. 2024.

DIAS, Sónia; GONÇALVES, Aldina. Migração e Saúde. In: DIAS, Sónia (Org.). **Revista Migrações**, Número Temático Imigração e Saúde, Lisboa, n. 1, pp. 15-26, set. 2007. PDF. Disponível em: https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf. Acesso em: 8 jan. 2023.

DIAS, Sónia; RODRIGUES, Rita; SILVA, António; HORTA, Rosário; CARGALEIRO, Helena. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 24, n. 6, pp. 253-259, 2010. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132010000600002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2023.

ESPÍRITO SANTO, Anderson Luís do; COSTA, Edgar Aparecido da; BENEDETTI, Alejandro Gabriel. Possibilidades de gestão compartilhada de territórios fronteiriços: Reflexões a partir das feiras livres de Corumbá, Brasil. **Revista Espacios**, [S.l.], v. 38, n. 17, p. 30, 2017. PDF. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n17/a17v38n17p30.pdf>. Acesso em: 13 maio 2024.

ESPÍRITO SANTO, Anderson Luís do; VOKS, Douglas. Governança da Saúde Pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210704pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LY9d3rdRdDFSLyB4BpqnWrD/#>. Acesso em: 13 maio 2024.

ESPÍRITO SANTO, Neide Proença. **Unidades de Saúde na Bolívia**: a realidade na fronteira com o Brasil em Mato Grosso do Sul. 63f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal. Corumbá, 2013.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pasquotto; BRATICEVIC, Sergio Iván. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento a saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, pp. 1.137-1.150, out.-dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JhCQnCJkD6HzGGMMyHqdwsfC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2024.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pasquotto; NETO, Antonio Firmino Oliveira. O projeto sistema integrado de saúde das fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**, Corumbá, v. 10, n.18, pp. 71-92. abr. 2015.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 23, suppl 2, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BMzZcZMmJZthMnbZFtvHnqx/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso a demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 23, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvVCN93fB/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, suppl. 2, p. e00118816, 2007. PDF. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pp. 123-129, jan.-mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010185>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Bjx3pCWycxxjHDSZ5yMn7yg/#>. Acesso em: 15 ago. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. On-line, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/corumba/pesquisa/10102/122229>. Acesso em: 2 out. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE atualiza recortes geográficos de referência para divulgação dos resultados do Censo 2022. In: FERREIRA, Igor Vieira. **Agência IBGE Notícias**, Editoria: Geociências, 19 jul. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37430-bge-atualiza-recortes-geograficos-de-referencia-para-divulgacao-dos-resultados-do-censo-022>. Acesso em: 20 dez. 2023.

HIGASHI, Priscilla. **Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplex fronteira – dificuldades e estratégias de superação**. 210f. Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019. PDF. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-201230/publico/PRISCILLAHIHASHI.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica. Teoria da ciência e iniciação a pesquisa**. 34ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As unidades de prontoatendimento na política nacional de atenção às urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, pp. 525-545, abr.-jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pSkDjKZ3BccqY44qffyYWkC/?lang=pt#>. Acesso em: 10 maio 2024.

KRÜGER, Caroline; KRÜGER, Nino Rafael Medeiros; PASSADOR, Cláudia Souza; CALDANA, Adriana Cristina Ferreira. Caminhos para o aprimoramento da gestão de políticas públicas em áreas de fronteira: uma análise multinível. **Boletim Regional Urbano e Ambiental**, Ipea, [S.l.], v. 22, pp. 67-80, jan.-jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/brua22art6>. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10389/1/brua_22_ensaio_regional_artigo_6.pdf. Acesso em: 1.º maio 2024.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEDO, Carmen; SORIA, René. *Sistema de salud de Bolívia*. **Salud Pública de México**, Cochabamba, v. 53, n. 2, pp. 109-119, 2011. PDF. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/07.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

LIRA, Jonatha Rodrigo de Oliveira; RAMOS, Morélia Morillo; ALMEIDA, Tainá Aragão de; RODRIGUES, Francilene dos Santos. Migração, mobilidade e refúgio de venezuelanos no Brasil: o caso do município de Pacaraima (RR). **Paper do Naea**, [S.l.], v. 28, n. 2, pp. 111-131, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/papersnaea.v28i2.8112>. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/pnaea/article/view/8112>. Acesso em: 1.º maio 2024.

MATO GROSSO DO SUL. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2020-2023**. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: SES, 2019, p. 116. PDF. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/Plano-Estadual-2020-2023-corrigido.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. **Resolução n. 42/CIB/SES**, de 25 de março de 2021. Protocolo Estadual de Atendimento de Saúde ao Imigrante no Estado de Mato Grosso do Sul. Secretaria do Estado de Mato Grosso do Sul, Comissão Intergestores Bipartite, Campo Grande, 25 mar. de 2021, pp. 6-14. PDF. Disponível em: https://www.sead.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Resolucao-No.-42-CIB-SES-DO10453_25_03_2021.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. **Resolução n. 545/CIB/SES**, de 06 de dezembro de 2024. Homologar as decisões da Comissão Intergestoras Bipartite. Campo Grande: SES, 2024, p.

52. PDF. Disponível em: https://cosemsms.org.br/wp-content/uploads/2024/12/DO11689_10_12_2024-Res.-CIB-545-Regioes-de-saude.pdf. Acesso em: 15 dez. 2024.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 2, pp. 25-41, abr.-jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i2.367>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>. Acesso em: 4 out. 2023.

MIGRACIDADES. **Migração e saúde**: qualificação dos sistemas e bases de dados do SUS. Nota técnica conjunta do grupo de trabalho nacional de migração e saúde do MigraCidades. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2022a. PDF. Disponível em: https://www.ufrgs.br/migracidades/wp-content/uploads/2023/03/01MAR23_Nota-tecnica-Saude.pdf. Acesso em: 9 ago. 2023.

MIGRACIDADES. **Relatório de Seguimento do Município de Corumbá/2022**. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2022b. PDF. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/wp-content/uploads/2023/01/MigraSeg%E2%80%9393Corumba.pdf>. Acesso em: 1.º ago. 2023.

MIGRACIDADES. **Relatório de Atualização de Diagnóstico do Município de Corumbá/2022**. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2023. PDF. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/wp-content/uploads/2024/06/MigraSimp%E2%80%9393Corumba.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2024.

MILESI, Rosita; CARLET, Flavia. Refugiados e Políticas Públicas. In: SILVA, César Augusto Silva da. (Org.). **Direitos humanos e refugiados**. Dourados: Ed. UFGD, 2012, pp.77-97. PDF. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/bitstream/prefix/1102/1/direitos-humanos-e-refugiados-cesar-augusto-da-silva-org.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MISOCZKY, Maria Ceci; CORNELSEN, Traudie; ARAMBURU, Thaís Delgado Brandolt; SILVA, Claudia Maria Scheffel Corrêa da. Gestão da atenção à saúde em territórios de fronteiras: algumas constatações a partir de casos do estado do Rio Grande do Sul In: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo. (Orgs.). **Gestão local em saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004, pp. 9-34. PDF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_local_em_saude.pdf#page=9. Acesso em: 11 maio 2023.

MONDARDO, Marcos; STALIANO, Pamela. Saúde na fronteira brasileira: políticas públicas e acesso a serviços. **Espaço Aberto**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, pp. 99-116, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36403/espacoaberto.2020.29948>. PDF. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4749/d6cb38120ee6e773db4b1de931274f2a5e42.pdf>?

ga=2.161757948.111982096.1673618566-1992421825.1673618566. Acesso em: 10 jan. 2024.

OIM – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Migração e saúde:** qualificação dos sistemas e bases de dados do SUS. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações, 2022.

OLIVEIRA, Marco Aurélio Machado; CORREIA, Jacqueline Maciel; OLIVEIRA, Jéssica Canavarro. Imigrantes pendulares em região de fronteira: semelhanças conceituais e desafios metodológicos pendular. **Revista Direitos Culturais**, [S.l.], v. 12, n. 27, pp. 91-108, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.20912/rdc.v12i27.2197>.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VIANNA, Marcos Besserman; TELES, Nair; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FERREIRA, Aldo Pacheco; TELLES, Fernando Salgueiro Passos; SOUTO, Lucia Regina Florentino. Direitos Humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Reciis – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 4, out.- dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1667>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/30833/6.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 16 out. 2022.

PEREIRA, Leandro dos Santos; SÁ, Rafael Rocha; FREITAS, Elisa Pinheiro de. Saúde na fronteira Brasil-Bolívia: considerações sobre a política de saneamento básico em Corumbá-MS. **Boletim Gaúcho de Geografia**, [S.l.], v. 47, n. 1, 2020.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Espaço Temático: Fronteira, Migrações, Direitos Sociais e Serviço Social – Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, pp. 324-335, maio-ago. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/?lang=pt> - . Acesso em: 6 jun. 2023.

RODRIGUES, Rita; DIAS, Sônia. Encontro com as diferenças: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. **Fórum Sociológico**, [S.l.], Série 2, n. 22, pp. 63-72, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/sociologico/583>. Acesso em: 21 jan. 2024.

RODRIGUES, Aline Lima. Fronteira e território: considerações conceituais para a compreensão da dinâmica do espaço geográfico. **Revista de Produção Acadêmica – Núcleo de Estudos Urbanos Regionais e Agrários**. [S.l.], n. 2, pp. 139-157, dez. 2015. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/producaoacademica/article/view/2002/8646>. Acesso em: 7 jan. 2023.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; LYCARIÃO, Diógenes. **Análise de conteúdo categorial:** manual de aplicação. Brasília: Enap, 2021. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6542/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

SÁ, Rafael Rocha. **Geopolítica da contenção da pandemia do Sars-COV-2 na fronteira internacional Brasil-Bolívia**: Um estudo sobre a importância do Sistema único de Saúde (SUS) para a macrorregião de saúde de Corumbá. 100f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal. Corumbá, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/8658>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SILVA, Wagner Aparecido da. **Fronteira e regionalização da saúde**: os dilemas da microrregião de Corumbá-MS. 76f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-graduação Mestrado de Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal. Corumbá, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/1835>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SILVA, Rulio Glécias Marçal da; POSSAS, Celia Regina da Silva Sales; BARBOSA, Marli Reinado; ARAUJO, Haroldo Ferreira; SANTOS, Maria Socorro Cardoso dos. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. **Arq. Cienc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 20, n. 2, pp. 145-148, maio-ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5219/3307> Acesso em: 11 jun. 2024.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; FURTADO, Lumena Almeida Castro; ANDREAZZA, Rosemarie; BIGAL, André Luiz; FELICIANO, Deize Grazielle Conceição Ferreira; SILVA, Gabriela Rodrigues da; CHIORO, Arthur. A rede de atenção às urgências e emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/X6657X7tPgQbnt3VJtZ5Qkf/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

WALDMAN, Tatiana Chang. Movimentos Migratórios sob a Perspectiva do Direito à Saúde: Imigrantes Bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 1, pp. 90-114, mar.-jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239/15054>. Acesso em: 23 jan. 2024.

ZASLAVSKY, Ricardo; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 12, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/qmqyF5sw58GvC7qBCrpS4Hn/abstract/?lang=pt - ModalTutors](https://www.scielo.br/j/csc/a/qmqyF5sw58GvC7qBCrpS4Hn/abstract/?lang=pt-ModalTutors). Acesso em: 16 nov. 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“GESTÃO DO TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO: UM ESTUDO SOBRE O ATENDIMENTO AO IMIGRANTE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ/MS”**, desenvolvida pela pesquisadora Juliane da Silva Cordeiro.

O objetivo primordial do estudo é identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento ao migrante nos serviços da rede de urgência e emergência do município de Corumbá, situada na fronteira internacional Brasil-Bolívia. Conhecendo o processo de atendimento aos migrantes na Unidade de Pronto Atendimento – Dr. José Abílio M. de Barros – “UPA Guatós” – e no Pronto-Socorro Municipal de Corumbá – Dr. Rogério Takaki Bento e, ao término, colaborar com a gestão a partir dos resultados obtidos na pesquisa, com uma carta de sugestão a fim de favorecer a assistência oferecida aos fronteiriços e imigrantes na rede de urgência e emergência do município de Corumbá.

O convite para a sua participação deve-se pelo fato de você ser profissional atuante nas unidades de saúde fixas, de atendimento de urgência e emergência, seja na assistência à população, seja na coordenação de serviço.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e tempo que considerar adequado para refletir e decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Não haverá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A coleta de dados ocorrerá em uma única etapa, por meio de questionário impresso elaborado pela própria pesquisadora, com o tempo de duração de aproximadamente 20 minutos. Os dados serão agrupados em tabelas digitais para posterior análise.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por intermédio dos meios de contato explicitados neste termo.

Com a sua autorização e seu aceite, você receberá um questionário impresso com perguntas objetivas. É de suma importância que você armazene a cópia do TCLE como seu arquivo pessoal para que, em casos de auditoria, possa comprovar que você aceitou participar.

Você poderá escolher não responder às perguntas que lhe tragam constrangimento ou dúvida. As perguntas contidas no questionário são de cunho pessoal e de saúde. Somente um código será utilizado para a identificação.

Os resultados obtidos com a realização desta pesquisa serão publicados em revistas e eventos científicos, com a garantia do sigilo sobre sua participação. Será enviada uma cópia digital da dissertação final ao coordenador municipal da Rede de Urgência e Emergência.

Benefícios: os resultados obtidos serão compartilhados com as coordenações imediatas, que poderão propor protocolos de atendimento e capacitação para atender aos imigrantes que buscam atendimento na rede.

Riscos: a fim de evitar o risco de constrangimento, pode-se não responder a perguntas que julguem como constrangedoras deste questionário, que será realizado em local com privacidade, sem a participação de terceiros. A fim de evitar quaisquer danos a você, previamente, a coordenação da unidade de saúde foi comunicada, autorizando a realização da pesquisa, sinalizando o melhor horário e local para aplicação. A sua identidade e o acesso às informações oferecidas serão preservadas, oferecendo, assim, descrição e segurança. Caso se sinta prejudicado com a pesquisa, terá o direito de buscar indenização em casos de danos comprovadamente causados pela pesquisa.

O risco de perda dos arquivos eletrônicos obtidos na pesquisa será minimizado por meio de *backups* periódicos e armazenamento em HD externo.

Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Juliane da Silva Cordeiro, por e-mail: **julicordeiro82@hotmail.com**, por telefone: (67) 99222-1895 e pela orientadora da pesquisa, Elisa Pinheiro de Freitas, e-mail **elisa.freitas@ufms.br**, no telefone: (67) 99681-8585, ou no endereço: Rua Domingos Sahib, 99, Unidade III, Centro, CEP 79.300-130, Corumbá-MS, ou com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo telefone (67) 3345-7187.

Para a realização desse trabalho, foi necessário solicitar a avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo ele um órgão responsável por proteger o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável por avaliar o acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando a garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes da pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos –

CEP –, no Câmpus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na avenida Costa e Silva, s/n – Prédio “Hércules Maymone” (prédio das Pró-Reitorias), 1.º andar – sala do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos, Campo Grande-MS, de segunda a sexta-feira, das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, ou pelo número de telefone do CEP: (67) 3345-7187, ou pelo e-mail: cepconeppropp@ufms.br.

Os dados coletados na pesquisa serão preservados conforme Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Brasil, 2018). Ao fim da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS n. 466/2012.

Todo material e dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista em seu protocolo, conforme o consentimento do participante.

O(A) senhor(a), ao aceitar participar da pesquisa deverá:

1. Ler esse TCLE e assinar em “aceito participar”.
2. Responder ao questionário impresso.

Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar.

O(A) senhor(a) não terá despesas nem será remunerado pela participação na pesquisa.

() Aceito participar da pesquisa e responder ao questionário.

Ao consentir essa opção, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa.

() Não aceito participar da pesquisa e responder ao questionário.

Ao escolher essa opção você estará deixando de participar da pesquisa.

Aceito participar da pesquisa

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora responsável pelo TCLE

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Olá! Sou pesquisadora do Programa de Mestrado de Estudos Fronteiriços e convido você a participar da pesquisa referente ao atendimento ao imigrante na rede de urgência e emergência de Corumbá, Mato Grosso do Sul.

1. Qual sua categoria profissional

() Enfermeiro(a)

() Técnico de Enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

() Médico

() Outro_____.

2. Quais as unidades de urgência e emergência você trabalha?
(Exemplo: Pronto-Socorro e/ou UPA)

3. Quais nacionalidades de imigrantes – de qual país – são mais atendidas na unidade de saúde que você atua?

4. Os imigrantes atendidos na(s) unidade(s) de saúde da rede de urgência e emergência são registrados no Sistema de Informação? Caso não, como é realizado o prontuário de atendimento?

5. Você conhece alguma resolução/legislação sobre imigrantes? Se sim, qual?_____

6. Você domina alguma língua estrangeira? Se **SIM**, qual língua?

7. Em relação ao seu domínio nessa língua estrangeira, em uma escala de 0 a 5, como você classificaria?

0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Na prática, como acontece o atendimento dos IMIGRANTES na UPA/no PSM?

9. Existe algum protocolo na unidade de saúde em que você atua referente a atendimento ao imigrante?

() Sim

() Não

10. Diante da afirmação: “Algum imigrante já deixou de receber algum atendimento/acesso/exames, dentro do serviço de urgência, por ser imigrante”

Em seu local de trabalho, tal situação já aconteceu?

1	2	3	4	5
Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo parcialmente	Discordo totalmente

() 1 – Concordo totalmente

() 2 – Concordo parcialmente

() 3 – Indeciso

() 4 – Discordo parcialmente

() 5 – Discordo totalmente.

11. Você já presenciou algum tipo de preconceito de algum profissional de saúde ao atender o imigrante no serviço de urgência?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------------------

() 1 – Concordo totalmente

() 2 – Concordo parcialmente

() 3 – Indeciso

() 4 – Discordo parcialmente

() 5 – Discordo totalmente

12. No seu ponto de vista, o que poderia melhorar e/ou facilitar para você **FUNCIONÁRIO** no atendimento ao imigrante na UPA/no PSM?

13. Ainda no seu ponto de vista, o que poderia melhorar e/ou facilitar para o **IMIGRANTE** para ser atendido na UPA/no PSM?

14. O que você achou deste questionário no que diz respeito à compreensão das perguntas?

() 1 – Ótimo

() 2 – Bom

() 3 – Indiferente

() 4 – Regular

() 5 – Ruim

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Encaminhamos em anexo o projeto de pesquisa intitulada Gestão do território fronteiriço: um estudo sobre o atendimento ao imigrante na rede de urgência e emergência de Corumbá/MS, que tem por objetivo conhecer a dinâmica do atendimento ao imigrante nos serviços da Rede de Urgência e Emergência do município de Corumbá, que se situa na fronteira internacional Brasil-Bolívia, nas unidades fixas Pronto Socorro Municipal e Unidade de Pronto Atendimento Dr Jose Abílio M. de Barros entre os profissionais que atuam na área da saúde e não oriundos da área de saúde.

Para a realização da pesquisa, vimos solicitar a V.S.ª autorização para acesso pessoalmente aos servidores dessas duas unidades para a obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o projeto de pesquisa na íntegra, além de nos comprometermos ao final da pesquisa, em compartilhar os principais resultados encontrados e a contribuição do presente estudo para o Sistema Único de Saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Corumbá, 12/07/2023.


Juliana da Silva Cordeiro
Mestranda do Programa Profissional de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços da UFMS

Considerações: _____

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

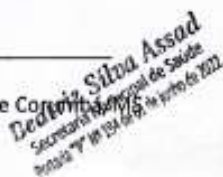


AUTORIZADO



NÃO AUTORIZADO


Beatriz Silva Assad
Secretária Municipal de Saúde de Corumbá


Corumbá, 13/07/2023.

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA DA GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PREFEITURA DE CORUMBÁ

TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA A COORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ

Encaminhamos em anexo o projeto de pesquisa intitulada Gestão do Território Fronteiriço: Um estudo sobre o atendimento do imigrante na rede de Urgência e Emergência de Corumbá de Mato Grosso do Sul, que tem por objetivo conhecer a dinâmica do atendimento ao imigrante nos serviços da Rede de Urgência e Emergência do município de Corumbá.

Para a realização da pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso aos servidores das Unidades de Pronto Atendimento Dr Jose Abilio M. de Barros – “UPA Guatós” e no Pronto Socorro Municipal de Corumbá, através de meio presencial sem prejudicar a rotina de trabalho das unidades para a obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o projeto de pesquisa na íntegra, além de nos comprometermos ao final da pesquisa, em compartilhar os principais resultados encontrados e a contribuição do presente estudo para o Sistema Único de Saúde. Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente.



Juliane da Silva Cordeiro

Corumbá, 20/12/2023.

Mestranda do programa de pós-graduação em Estudos fronteiriços da UFMS

Considerações: _____

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

☒ AUTORIZADO

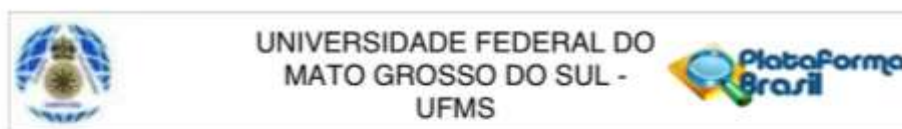
☐ NÃO AUTORIZADO


Helen A.S.C. Veadrigo
Gerente de Atenção à Saúde
Poder 7º art 82, do 1º de Janeiro de 2023

Corumbá, 22/12/2023.

Sra. Helen Andressa S. C. Veadrigo
Gerente de Atenção à Saúde
Prefeitura Municipal de Corumbá

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO: UM ESTUDO SOBRE O ATENDIMENTO AO IMIGRANTE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CORUMBÁ/MS

Pesquisador: JULIANE DA SILVA CORDEIRO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 70523123.8.0000.0021

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.512.842

Apresentação do Projeto:

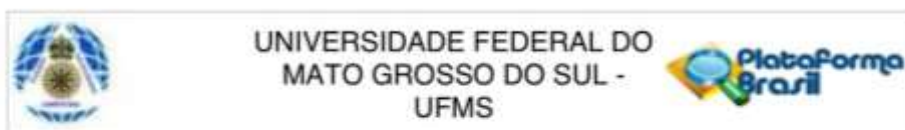
De acordo com as informações apresentadas pela pesquisadora na Plataforma Brasil "Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo que busca conhecer como o atendimento de saúde é ofertado aos imigrantes nas unidades da rede de urgência e emergência do município de Corumbá; Pronto Socorro Municipal e Unidade de Pronto Atendimento "Guatós". O público alvo do estudo será os profissionais que atuam na assistência nessas duas instituições, num período de atuação mínima de 6 meses. A participação dará através de um questionário semiestruturado e entrevista individual a fim de conhecer a atual realidade e propor para gestão estratégias de melhoria no atendimento ao imigrante através de protocolo."

Objetivo da Pesquisa:

A autora apresenta como objetivo primário "Conhecer a dinâmica do atendimento ao imigrante nas unidades de saúde da rede de urgência e emergência do município de Corumbá, situada na fronteira internacional Brasil/Bolívia.

Como objetivos secundários foram apresentados: "Compreender os processos de atendimento aos imigrantes nas unidades de pronto atendimento Dr Jose Abilio M. de Barros – UPA Guatós e no Pronto Socorro Municipal de Corumbá. Identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais que atuam nas unidades de pronto atendimento Dr Jose Abilio M. de Barros – UPA Guatós e no

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 2 Prédio das Pró-Reitorias 2 Hércules Maymone 2 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.prop@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.512.842

Pronto Socorro Municipal de Corumbá diante ao atendimento ao imigrante."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como risco é descrito "As coordenações das unidades de saúde serão comunicadas com antecedência da pesquisa, onde será apresentado o projeto e solicitado autorização. Os mesmos deverão sinalizar o melhor horário e local para realização da pesquisa. Sendo assim, não ocorrerá nenhum prejuízo ao entrevistado, à identidade e o acesso às informações fornecidas será preservada. Oferecendo assim proteção, descrição e segurança para o entrevistado sem nenhum prejuízo ao mesmo. O profissional poderá sentir-se constrangido ao responder o questionário, ou durante a entrevista gravada em relação às informações referente ao ambiente de trabalho e dados pessoais, afim de evitar tal constrangimento o participante poderá optar por não responder as perguntas que julgue como constrangedora. Não haverá identificação nominal, somente um código sequencial. A coleta de dados ocorrerá em seu local de trabalho com privacidade e no momento mais oportuno e sem prejuízo a unidade de saúde e ao profissional. Existe outro risco, refere-se à perda dos arquivos eletrônicos obtidos na pesquisa, a fim de minimizar esse risco, a base de dados sofrerá backup periódico no computador da pesquisa e armazenados em HD externo. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para as finalidades previstas neste projeto conforme o consentimento dos participantes, sendo confidenciais e seguem a privacidade de uso de informações, e não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou comunidade." Já como benefícios "Contribuir para a construção de um estudo que objetiva a melhoria do processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência embasado em protocolo de atendimento e assim fortalecer o acesso ao sistema de saúde para o imigrante e fronteiro que necessita no município de Corumbá."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de caráter acadêmico, para a obtenção do título de mestrado. Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal.

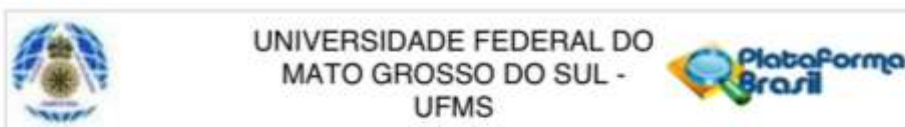
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresentou os seguintes termos obrigatórios: Folha de rosto assinada; projeto detalhado; o TCLE; Cronograma; Orçamento; Anuência do Gestor Municipal de Saúde de Corumbá.

Recomendações:

Não se aplica

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.512.842

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu o termo de diligência solicitado por esse comitê, anexando os documentos/informações solicitadas. Considerando os documentos postados e analisados, manifestamos parecer favorável a aprovação do projeto de pesquisa por esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Reitera-se a observação de que caso o TCLE seja redigido em mais de uma página, as páginas iniciais deverão conter espaço para rubrica do participante e da pesquisadora.

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador, após a aprovação do projeto de pesquisa, de submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

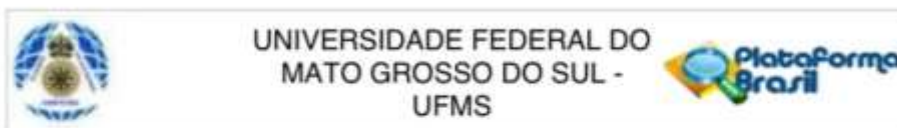
Verifique o calendário de reuniões no site do CEP (<https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2023/>)

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 4 Prédio das Pró-Reitorias 4 Hércules Maymone 4 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconepproppi@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.512.842

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

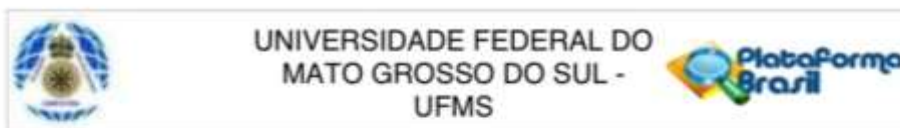
9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 8.512.842

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2147724.pdf	31/10/2023 10:56:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA4.pdf	31/10/2023 10:55:21	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaResposta4.pdf	31/10/2023 10:54:06	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Outros	QUEST4.pdf	31/10/2023 10:50:43	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE4.pdf	31/10/2023 10:50:17	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Cronograma	CRON4.pdf	31/10/2023 10:49:57	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Outros	TERMO.pdf	16/07/2023 16:22:59	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Outros	ANEXO.pdf	31/05/2023 21:58:56	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAss.pdf	31/05/2023 21:53:34	JULIANE DA SILVA CORDEIRO	Aceito

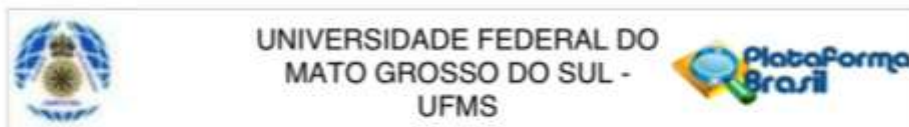
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros & Prédio das Pró-Reitorias & Hércules Maymone & 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 6.512.842

CAMPO GRANDE, 20 de Novembro de 2023

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ˆ Prédio das Pró-Reitorias ˆ Hércules Maymon ˆ ˆ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br