



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS**



**RAFAEL ROCHA SÁ**

**GEPOLÍTICA 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.**

**CORUMBÁ - MS**

**2023**

**RAFAEL ROCHA SÁ**

**GEPOLÍTICA 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.**

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 para obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Desenvolvimento, Ordenamento  
Territorial e Meio Ambiente.

**Orientador(a):** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elisa Pinheiro de Freitas.

**CORUMBÁ**

**2023**

**RAFAEL ROCHA SÁ**

**GEPOLÍTICA 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.**

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 para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa Pinheiro de Freitas**  
**Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**  
**Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços/Cpan**

---

**1.º(a) avaliador(a):**  
**Profa. Dra. Raquel Soares Mariano (UFMS/PPGEF)**  
**Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**

---

**2.º(a) avaliador(a):**  
**Profa. Dra. Karla Rosário Brumes**  
**Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO**

*Dedico esta pesquisa à minha família, aos meus pais e a todos que contribuíram positivamente nessa longa caminhada.*

## AGRADECIMENTO

*“Sonho que se sonha junto é o maior louvor”*

Plano de Voo - Criolo

Começo agradecendo a Deus pelas graças dadas que me permitiram chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais que garantiram na minha educação, com todas as dificuldades enfrentadas ao longo da vida. Agradeço à minha querida mãe Maria das Dores Rocha, por sempre me incentivar de que eu poderia conquistar tudo que me propusesse a fazer. Agradeço ao meu pai, Rogério Aranha por estar ao nosso lado em todos os momentos;

À minha querida esposa Julianne Lopes, pelo seu apoio, seu suporte e palavras de incentivo quando o cansaço era latente, o seu grande companheirismo.

Agradeço a vida dos meus filhos, Giovanna e Gael Henrique, que são a minha força-motriz para levantar todos os dias. Sem vocês, nada do que tenho feito faria sentido.

Agradeço às amizades feitas na Universidade, em especial ao amigo e colega de longa data Leandro Pereira, na jornada acadêmica e na vida, aos meus professores, em especial ao Prof. Dr. Marco Aurélio de Oliveira, por todo o aprendizado, seja na educação básica, seja na graduação e na pós-graduação.

Em agradeco em especial, à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa Pinheiro de Freitas, por estar comigo desde o meu início da minha jornada na UFMS, quando cheguei transferido da Universidade Federal do Maranhão. Agradeço imensamente a minha orientadora por ter acreditado que eu era capaz de “fazer ciência”, me incluindo em suas linhas de estudo, seus trabalhos acadêmicos. Por instigar em mim a vontade de fazer uma pós-graduação, por me conceder acesso a lugares e pessoas que nunca ousei sonhar. Se hoje eu tento ser um bom professor para os meus alunos é uma forma de retribuir toda a dedicação, carinho e comprometimento que a minha orientadora sempre teve em relação a mim.

Por fim, agradeço a todos que durante a minha caminhada acadêmica no Mestrado de Estudos Fronteiriços contribuíram para esse momento.

## RESUMO

Este estudo visa evidenciar a importância da rede SUS, por dos serviços prestados por meio da Santa Casa de Misericórdia, para a macrorregião de saúde de Corumbá no enfrentamento da Sars-Cov-2 e no atendimento à população fronteiriça Brasil-Bolívia. A abordagem do problema será tanto quantitativa como qualitativa, sendo assim, uma triangulação metodológica, que consiste nas análises e na coleta dos dados, utilizando diversas metodologias. Essa abordagem tem por finalidade compreender alguns aspectos da pandemia da Covid-19 na Fronteira Brasil-Bolívia existente no estado do Mato Grosso do Sul, tais identificar o perfil dos usuários atendidos pela Santa Casa de Misericórdia, descrevendo o sistema de saúde pública existente na macrorregião de Corumbá, além de apresentar as fragilidades e vulnerabilidades dos sistemas de saúde das cidades da fronteira Brasil-Bolívia. Durante a pesquisa identificou-se a fragilidade dos sistemas de saúde na fronteira Brasil-Bolívia, ocorrendo a dependência das cidades vizinhas da rede hospitalar e médica existente em Corumbá. Além disso, o Sistema Único de Saúde, representado nesse estudo pela Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Corumbá, tem um papel fundamental no cotidiano e na vida dos fronteiriços residentes nas cidades de Corumbá, Ladário, Puerto Quijarro, Puerto Suárez e para além dessas localidades no tratamento de doenças, que ficou mais latente com a incidência da Covid-19 na região. Salienta-se a necessidade de políticas públicas que busquem integrar de melhor maneira o acesso e a garantia de atendimento às populações estrangeiras, principalmente os residentes fronteiriços de origem boliviana, que cotidianamente atravessam o limite internacional em busca de serviços médicos. Reforça-se a compreensão dos gestores regionais e nacionais quanto às especificidades e particularidades existentes na faixa de fronteira Brasil-Bolívia, quanto a maior disponibilidade de recursos financeiros, infraestrutura hospitalar e equipe de saúde que consiga atender não somente aos cidadãos brasileiros, mas dispor de meios que possam atender aos imigrantes que circulam por Corumbá.

**Palavras-chave:** SUS, Santa Casa de Corumbá, Covid-19, Fronteira Brasil-Bolívia.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo resaltar la importancia de la red SUS, a través de los servicios prestados a través de la Santa Casa de Misericordia, para la macrorregión sanitaria de Corumbá en el combate al Sars-Cov-2 y en la atención a la población fronteriza Brasil-Bolivia. El abordaje del problema será tanto cuantitativo como cualitativo, por lo tanto, se realizará una triangulación metodológica, que consiste en el análisis y recolección de datos, utilizando diferentes metodologías. Este abordaje tiene como objetivo comprender algunos aspectos de la pandemia de Covid-19 en la Frontera Brasil-Bolivia en el estado de Mato Grosso do Sul, como identificar el perfil de los usuarios atendidos por la Santa Casa de Misericórdia, describir el sistema de salud pública existente en el macrorregión de Corumbá, además de presentar las debilidades y vulnerabilidades de los sistemas de salud en las ciudades de la frontera Brasil-Bolivia. Durante la investigación se identificó la fragilidad de los sistemas de salud en la frontera Brasil-Bolivia, lo que resulta en la dependencia de las ciudades vecinas de la red hospitalaria y médica existente en Corumbá. Además, el Sistema Único de Salud, representado en este estudio por la Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Corumbá, juega un papel fundamental en la vida cotidiana y la vida de los residentes fronterizos en las ciudades de Corumbá, Ladário, Puerto Quijarro, Puerto Suárez y Más allá de estas localidades en el tratamiento de enfermedades, que se volvieron más latentes con la incidencia del Covid-19 en la región. Se destaca la necesidad de políticas públicas que busquen integrar mejor el acceso y la atención garantizada para las poblaciones extranjeras, especialmente los residentes fronterizos de origen boliviano, que diariamente cruzan fronteras internacionales en busca de servicios médicos. Se refuerza la comprensión de los gestores regionales y nacionales sobre las especificidades y particularidades existentes en la franja fronteriza Brasil-Bolivia, en cuanto a la mayor disponibilidad de recursos financieros, infraestructura hospitalaria y equipo de salud que pueda atender no sólo a los ciudadanos brasileños, sino también contar con medios que puedan atender a inmigrantes que circulan por Corumbá.

**Palabras clave:** SUS, Santa Casa de Corumbá, Covid-19, Frontera Brasil-Bolivia.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Região de Fronteira Corumbá - Puerto Quijarro .....	17
Figura 2 - Estradas Vicinais na Fronteira Corumbá - Puerto Quijarro.....	21
Figura 3 - Boletim Epidemiológico de Corumbá.....	26
Figura 4 - Evolução dos casos de Covid-19 em Corumbá (maio/2020 - dezembro/2020) ..	38
Figura 5 - Municípios de faixa de fronteira, 2020. ....	39
Figura 6 - Fronteira Brasil-Bolívia em Mato Grosso do Sul.....	41
Figura 7 - Corumbá (MS) e Ladário (MS) na Fronteira Brasil-Bolívia .....	43
Figura 8 - Província de Germán Busch e seções municipais .....	46
Figura 9 - Regiões Geográficas - Mato Grosso do Sul .....	49
Figura 10 - Macrorregiões de saúde - Mato Grosso do Sul .....	51
Figura 11 - Estabelecimentos de Saúde - Macrorregião de Saúde de Corumbá .....	56
Figura 12 - Boletim Epidemiológico de Corumbá - 29/04/2020 .....	63
Figura 13 - Boletim Epidemiológico de Corumbá – 29/04/2020.....	63
Figura 14 - Dados acumulados da Pandemia de Covid- 19 em Corumbá - Novembro/2022 .....	64
Figura 15 - Média móvel de Casos de Covid-19 e as ondas de contaminação em Corumbá. .....	65
Figura 16 - Casos positivos e óbitos por faixa etária. ....	66
Figura 17 - Pacientes à espera de atendimento no Pronto-Socorro de Corumbá (dezembro/2021) .....	67
Figura 18 - Postagem com conteúdo xenofóbico contra bolivianos .....	68
Figura 19 - Postagem xenofóbica contra os atendimentos a bolivianos na Santa Casa de Misericórdia .....	69
Figura 20 - Fachada da Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Corumbá ...	72
Figura 21 - Receituário do Kit Covid.....	79
Figura 22 - Disponibilidade de leitos hospitalares (28/08/2020) .....	80
Figura 23 - Aglomeração em Corumbá durante visita presidencial.....	81
Figura 24 - Boletim Epidemiológico de Corumbá (15/02/2021) .....	84



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População Estimada da Fronteira Corumbá (BR) - Puerto Quijarro (BO).....	19
Gráfico 2 - Evolução do número de leitos hospitalares em Corumbá (janeiro/2020 a dezembro/2022).....	61
Gráfico 3 - Comparativo de casos confirmados por Covid-19 nos 30 dias após vacinação em massa entre os municípios de fronteira e de não-fronteira.....	88
Gráfico 4 - Comparativo de casos confirmados por Covid-19 nos 30 dias após vacinação em massa entre os municípios de fronteira. ....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DATASUS	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
DO / CORUMBÁ	Diário Oficial de Corumbá
ESF	Estratégia em Saúde Familiar
FAB	Força Aérea Brasileira
FDA	Agência Estadunidense de Administração e Medicamentos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM / MS	Gabinete Ministerial / Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE / BO	Instituto Nacional de Estatística - Bolívia
MEF	Mestrado de Estudos Fronteiriços
MHRA	Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos para a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Plano Nacional de Imunização
RNE	Registro Nacional de Estrangeiros
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientist Electronic Library Online
SES / MS	Secretaria Estadual de Saúde – Mato Grosso do Sul
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>Capítulo I - A PANDEMIA E A FRONTEIRA BRASIL - BOLÍVIA</b> .....	14
<b>2.1 Aspectos gerais da Pandemia de Sars-Cov-2</b> .....	26
2.2.1 (In)Ações no Combate a Pandemia pelo Governo Federal .....	30
2.2.1.1 Crise em Manaus .....	32
2.2.3 O SUS e as especificidades na região fronteiriça .....	34
<b>2.3 A fronteira Brasil-Bolívia</b> .....	38
2.3.2 Caracterização de Germán Busch-Bolívia .....	45
<b>CAPÍTULO II – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ EM TEMPOS DE PANDEMIA</b> .....	48
<b>3.1 A Macrorregião de Saúde de Corumbá</b> .....	49
<b>3.2 A pandemia da Covid-19 na Macrorregião de Saúde de Corumbá</b> .....	58
3.2.1 Aspectos Gerais da Pandemia da Covid-19 em Corumbá .....	62
<b>3.3 Xenofobia e Saúde</b> .....	66
<b>CAPÍTULO III – A IMPORTÂNCIA DO SUS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA BRASIL-BOLÍVIA NO ENFRENTAMENTO DA SARS-COV-2</b> .....	71
<b>3.1 O papel da Santa Casa de Misericórdia no atendimento aos fronteiriços.</b> .....	73
<b>3.2 Rede SUS e as ondas de contaminação por Covid na Macrorregião de Corumbá</b> .....	75
3.2.1 Início dos Casos e a 1ª Onda de Contaminação. ....	76
3.2.2 O Boom das Festas de Fim de Ano. ....	81
3.2.2.1 Segunda Onda de Contaminação .....	82
3.2.2.2 A Ômicron e a Terceira Onda de Contaminação .....	85
<b>3.3 Uma Nova Esperança na Guerra contra a Sars-Cov-2: início da Vacinação.</b> .....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO</b> .....	92

## 1 INTRODUÇÃO

No final de 2019, autoridades chinesas reportaram à Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca do surgimento de uma doença bastante severa e de origem viral, que estava acometendo a população da cidade de Wuhan. Em janeiro de 2020, cientistas chineses identificaram o Sars-Cov-2, patógeno causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e que rapidamente se espalhou por todas as partes do globo, ocasionando a pandemia da Covid-19 (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020).

Logo, para melhor compreensão da área de estudo, é necessário explicar o conceito de fronteira. Esse tem sido debatido, definido e redefinido com o passar dos anos, decorrente de inúmeros fatores sociais e características culturais. Todavia, no âmbito da geografia clássica, a fronteira era definida como consolidação e conquista de territórios e separação dos povos bárbaros.

Com a globalização no período atual, no debate sobre fronteira, encontram-se referências sobre distintos significados e duas perspectivas principais: uma clássica e outra crítica. Na primeira, atribui-se à fronteira um sentido mais relacionado à demarcação do espaço, do limite territorial e da sua ocupação antrópica.

Com a pandemia do Sars-Cov-2, as fragilidades e vulnerabilidades existentes nas zonas fronteiriças, no que se refere ao acesso à saúde pública, somados aos fluxos nas fronteiras, tornou-se um ponto de atenção para a gestão pública de saúde.

Pelas características do vírus da Covid-19, que possui uma alta transmissibilidade e, até o presente momento, sem estratégias definitivas para a contenção da propagação como medicamentos antivirais ou conclusão do ciclo vacinal completo por toda a população, a doença continua a ceifar milhares de vidas ao redor do mundo (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020a).

Esse estudo é justificado por dois motivos principais, sendo o primeiro deles que a Santa Casa de Misericórdia de Corumbá é a única instituição de saúde que realiza atendimentos gratuitos de urgência e emergência, equipada com aparato médico e tecnológico para o tratamento de casos clínicos de gravidade média ou elevada para o tratamento dos pacientes infectados por Covid-19, enquanto as cidades circunvizinhas não possuem qualquer empreendimento dessa natureza.

O segundo fator, consiste na gratuidade dos serviços públicos brasileiros, em contrapartida a cobrança realizada na Bolívia para o atendimento do grupo etário que não está incluído nas políticas públicas bolivianas de acesso à saúde. Este fator atraiu e continua atraindo muitos cidadãos bolivianos para a rede pública de saúde de Corumbá.

Por isso, esse projeto objetiva demonstrar a importância da rede SUS na macrorregião de saúde de Corumbá, em especial, a relevância da Santa Casa de Misericórdia, no atendimento aos casos moderados e graves da Covid-19 à população da fronteira Brasil-Bolívia.

Para tanto, o primeiro capítulo é destinado à compreensão dos aspectos gerais da pandemia da Covid-19 e a fronteira, explicando as características da Sars-Cov-2, os aspectos geográficos da fronteira internacional Corumbá/Brasil – Puerto Quijarro/Bolívia, demonstrando as situações e as conjunturas vivenciadas pelas populações dessas cidades fronteiriças em um contexto pandêmico.

O capítulo dois tem como finalidade explicar as características e os cenários enfrentados pelo Sistema Único de Saúde no município de Corumbá. Com isso, explica-se o que é a Macrorregião de Saúde de Corumbá, realizando a descrição e a abrangência de atendimento, além da representação espacial do SUS, com suas unidades de atendimento de saúde na região de fronteira, identificando o perfil e o universo dos usuários em Corumbá, seguindo as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (2020 - 2023). Somado a isso, serão apontadas as medidas de contenção e de propagação do vírus dentro do município de Corumbá adotadas pela administração municipal.

Por fim, o terceiro capítulo tem por objetivo demonstrar a importância do Sistema Único de Saúde da Macrorregião de Corumbá para a população fronteiriça em tempos de pandemia, explicitando a magnitude e a relevância do papel desempenhado pela Santa Casa de Misericórdia no tratamento dos casos da Covid-19 que necessitavam de atendimento médico especializado, em especial, no atendimento e no suporte aos casos que necessitavam de internação. Além disso, neste capítulo serão explicadas as fragilidades e as vulnerabilidades que a população fronteiriça está sujeita no que tange o acesso a uma rede de saúde pública de qualidade, eficaz e eficiente.

## Capítulo I - A PANDEMIA E A FRONTEIRA BRASIL - BOLÍVIA

Milton Santos (1993) ensina que o espaço geográfico é constituído por sistemas de ações e de objetos. Ações exercidas por diferentes atores, instituições etc. que remodelam e reorganizam os lugares, as regiões e os territórios.

Com a criação do Estado pleno, a fronteira adquire o aspecto de inviolabilidade na garantia de sobrevivência do Estado, enquanto unidade física e política, corroborando para a sua consolidação perante os demais (SEABRA, 2012; FREITAS, 2013).

Para análise do conceito de fronteira, é preciso recorrer à geografia, ou mais especificamente, à geopolítica, disciplina que tem trabalhado com maior afinco o tema, e que, portanto, tem sido a fonte conceitual para muitos acadêmicos e estudiosos quando o assunto é fronteira. Scherma (2012) explicita que o sueco Rudolf Kjéllen (1864-1922), considerado um dos precursores a utilizar a terminologia “geopolítica”, apresentava uma visão organicista a respeito do Estado e das fronteiras. Para ele, “o Estado é como um organismo vivo - nasce, tem infância, juventude (e, portanto, cresce), adquire maturidade e o poder; estagna ou expande-se”. (KJÉLLEN, 1905 *apud* SCHERMA, 2012 p. 108)

Conforme explicita Sandra Pesavento (2002), o conceito de fronteira deve ser compreendido como um conceito simbólico muito antes de ser assimilado como um marco físico ou natural. A autora explica que as fronteiras são marcos, entretanto elas servem como guias mentais na construção do imaginário cultural do ser humano sobre a fronteira, integrando-se a um “sistema de representações coletivas que atribui significado real e que pauta os valores e conduta, [...] fazendo parte do jogo social que estabelece classificações, hierarquias e limites, guiando o olhar e a apreciação sobre o mundo. (PESAVENTO, 2002 p. 35-36).

É bastante corriqueiro colocar os conceitos fronteiras e limites como termos semelhantes ou equivalentes, o que acaba sendo um equívoco. Apesar de serem muito parecidos, existem diferenças entre cada conceito. Para Lia Osório Machado (1998, p. 42), o conceito de fronteira e limites pode ser distinguido em

A fronteira está orientada “para fora” (forças centrífugas), enquanto os limites estão orientados “para dentro” (forças centrípetas). Enquanto a fronteira é considerada uma fonte de perigo ou ameaça porque pode desenvolver interesses distintos aos do governo central, o limite jurídico do estado é criado e mantido pelo governo central, não tendo vida própria e nem mesmo existência material, é um polígono (MACHADO, 1998 p. 42).

Contudo, alguns autores enxergam a existência de uma faixa de fronteira, ou seja, um dado espaço territorial de transição, no qual convivem ainda características físicas, políticas e sociais de ambos os lados, conforme Scherma (2012).

A visão crítica concebe a fronteira não somente como um fato geográfico ou uma representação cartográfica, mas também um fato histórico e social de grande riqueza (RAFFESTIN, 2005).

Oliveira (2015) explicita que as fronteiras são

as fronteiras não podem ser compreendidas como sinônimo doutros lugares do Estado-Nação [...]. As fronteiras foram e serão sempre um elemento chave de diferenciação, comunhão e comunicação, interpondo-se entre a ordem e a desordem, entre o formal e o funcional, abraçando, nem sempre com equilíbrio, as regras e os ritos socioculturais conexos e desconexos. Não são e não podem ser lidas como linhas adsorventes, visto que são trementes, pois oscilam ao hospedar apetrechos comunitários distintos, com interesses múltiplos associados e refletindo uma territorialidade (OLIVEIRA, 2015, p. 235).

Desta forma, as relações sociais que existem nas regiões fronteiriças estão em constante transformação, sendo re-des-significadas à medida que os agentes e fenômenos, que exercem influências sobre elas, modificam-se, conforme os arranjos que acontecem nelas um contexto local ou num plano macrorregional.

O espaço fronteiriço, compreendido como sujeito ativo, equilibra a influência de duas forças distintas que se unem e se associam: uma mundial e outra regional, que se confrontam e se sobrepõem na consolidação do meio geográfico de um novo tempo (OLIVEIRA, 2015). Os acordos internacionais são construídos por lideranças nacionais na tentativa de ditar a regularidade dos fluxos na fronteira, desconsiderando as peculiaridades de circulações e interações locais. As forças locais ou regionais, conforme explica Silva (2010), são “direcionadas a estabelecerem cooperação diária através de convenções informais, numa escala subnacional com a organização, atuação e dinâmica dos atores locais”, como aqueles acordos observados para as questões de saúde, educação, turismo, etc.

Sobre essa a atuação dessas forças, Oliveira (2015) explica que

as imbricações destas duas ordens atam, na arena fronteiriça, formas de entrelaçamentos através de complexos desenhos espaciais, tanto na formatação das redes de intercâmbios, no estabelecimento de nós de imbricações nos subsistemas, quanto na ocupação das malhas postas e sobrevindas (OLIVEIRA, 2015, p. 236).

O Brasil detém uma faixa de fronteira terrestre muito extensa, com aproximadamente 15.700km de extensão, fazendo divisa internacional com quase todos os países da América do Sul (exceto Chile e Equador) e essa zona fronteiriça não é uniforme, destacando suas diferenças e singularidades nos aspectos históricos, geográficos, culturais, econômicos e sociais (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020). Pensar numa política para fronteira de maneira padronizada, sem levar em consideração as peculiaridades e singularidades de cada localidade, costuma ser um desafio.

Quando se fala de acesso à saúde no Brasil e a relação com os seus vizinhos, isso costuma ser muito debatido por gestores nas zonas fronteiriças brasileiras. A Constituição Federal e a lei nº 8080/90, que regulamenta e institucionaliza o SUS, explicam que “a integralidade da assistência é expressa como uma diretriz do SUS, que envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos” (SOUZA *et al*, 2012 p. 454).

A lei federal de nº 13.445/2017 (Lei de imigração), que classifica os tipos de migrantes na legislação brasileira, também garante e assegura os direitos civis a toda pessoa migrante, assim como as nacionais, como fica explicitado no artigo 4º

I - a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, assegurando-lhe também os direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos;

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, 2017).

Com isso, o Estado brasileiro assegura o acesso à saúde pública a qualquer pessoa que resida ou não no território nacional. Desta forma, é comum a realização de atendimentos médicos a pessoas de outras nacionalidades nas cidades brasileiras que fazem ou não fronteiras com outros países na América do Sul.

Giovanella *et al*. (2007) explicitam que, no Brasil, os municípios que pertencem à zona fronteiriça, independentemente das regiões em que se encontram, possuem como características similares “o elevado número de atendimentos a uma população flutuante de estrangeiros, déficits nas contas públicas relacionadas ao atendimento de pacientes fronteiriços, falta de profissionais para atendimento devido ao aumento da demanda” (GIOVANELLA *et al*, 2007 p. 39), além de outras similaridades.

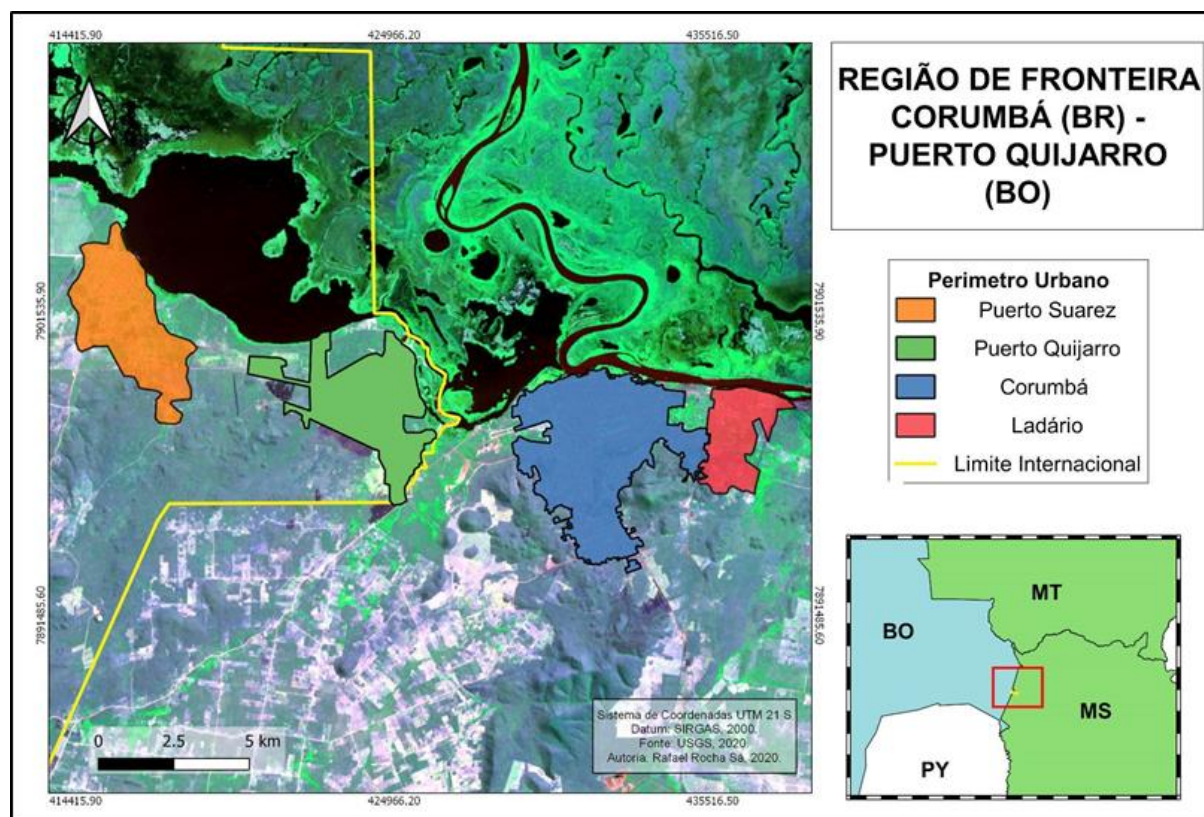


Isso pode ser justificado pelo fato destas zonas fronteiriças estarem muito distantes de grandes centros urbanos, que costumeiramente possuem uma infraestrutura hospitalar mais bem equipada, em dissonância com as realidades encontradas nas fronteiras brasileiras que possuem deficiências no atendimento à população residente nela.

Conforme explicitam Costa, Cunha e Costa (2018), patógenos como a Sars-Cov-2 ou *Aedes Aegypti* não reconhecem as convenções territoriais entre os países, com suas fronteiras político-administrativas e limites territoriais. Nas zonas fronteiriças, devido às características existentes, quanto ao deslocamento de pessoas e mercadorias, legalizada ou não, isto se torna um problema maior.

Os municípios brasileiros de Corumbá e Ladário, junto com os distritos bolivianos de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, são municípios relativamente isolados geograficamente e, por isso, têm uma intensa troca recíproca em aspectos cultural, turístico, comercial e de pessoas (KUKIEL, COSTA E BENEDETTI, 2015).

Figura 1 - Região de Fronteira Corumbá - Puerto Quijarro



Fonte: SÁ *et al*, 2020.

Devido a essa condição fronteiriça, é comum a presença de bolivianos e brasileiros transitando pelas áreas urbanas das cidades, em decorrência da condição insular existente na região, conforme representado na Figura 1 acima. Ressalta-se que a espacialização acima representa apenas os sítios urbanos das unidades municipais fronteiriças, sendo seus territórios muito maiores.

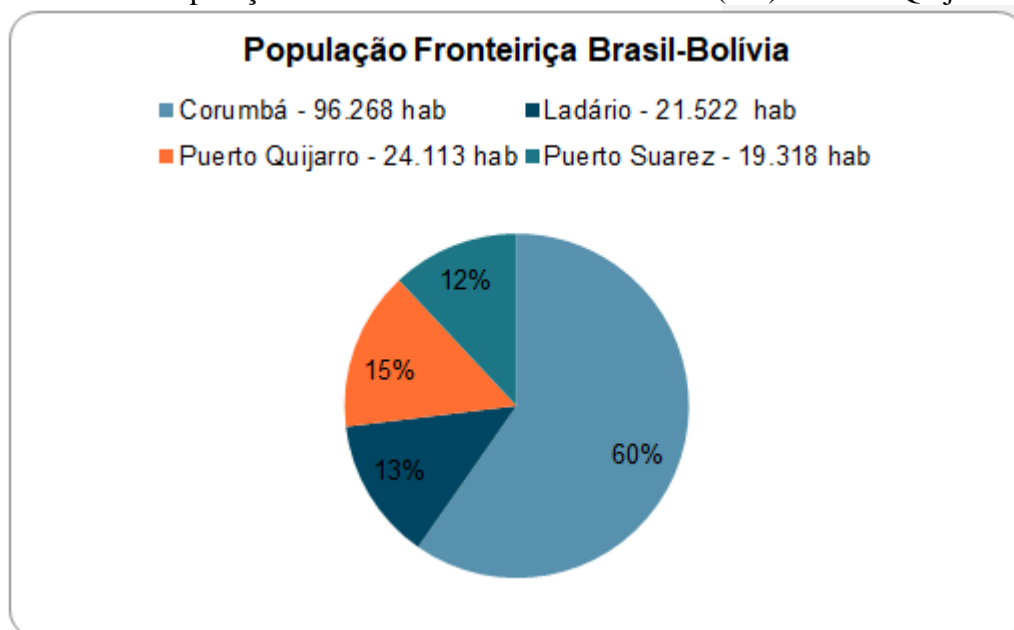
Uma vez que não existem centros urbanos próximos tanto do lado brasileiro quanto do lado boliviano, – sendo as cidades de Miranda-MS e a cidade boliviana Roboré, na província de Chiquitos, afastadas 220 km e 248 km respectivamente, – Corumbá possui o status de principal polo para as outras cidades e seus habitantes, que se deslocam até a cidade para trabalhar, estudar e usufruir dos serviços existentes no município, possuindo o status de polo para as outras cidades na busca de bens e mercadorias e serviços, neste caso, em especial, à serviços de saúde pública, conforme relatam Oliveira e Nascimento (2017) e Sá, Silva e Freitas (2020).

Muitos bolivianos e brasileiros dinamizam a fronteira em virtude de movimentos pendulares cotidianamente em Corumbá e nas cidades bolivianas. Oliveira, Corrêa e Oliveira (2017) explicam que

Tratamos aqui por imigrantes pendulares aqueles que habitam em região de fronteira, em um dos países que a compõem, e trabalham e/ou estudam no outro país, retornando para seus lares, dando a esse movimento sentido cotidiano. Desta forma, é importante observar que o imigrante pendular possui o privilégio de retornar por completo ao seu país de origem na medida em que suas capacidades laborais ou o enfrentamento de crises inviabilizam sua permanência no país hospedeiro (OLIVEIRA, CORREA E OLIVEIRA, 2017, p. 95)

Segundo Feiden, Costa e Campolin (2017), “os quatro municípios formam um Arranjo Populacional de Fronteira, sendo o quarto entre os 27 Arranjos Populacionais de Fronteira do Brasil em termos de população”, possuindo uma população estimada em 160.000 habitantes dos quais 117.000 residem no Brasil e 43.000 são moradores da Bolívia (INE, 2020; IBGE, 2022). Essa população está assim distribuída: Corumbá, 96.268 habitantes; Ladário, 21.522 habitantes; Puerto Suarez, 23.113, e Puerto Quijarro, 19.318 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - População Estimada da Fronteira Corumbá (BR) - Puerto Quijarro (BO)



Fonte: IBGE, 2022; INE, 2020.

Organização: Autor, 2022.

Costa (2015) explica que muitos bolivianos vão até essa cidade buscando serviços públicos, como acesso à saúde pública, assistência social, à educação em todos os seus níveis, seguridade social, entre outros.

A autora ainda explica que essa necessidade de atendimentos por parte dos bolivianos na estrutura governamental brasileira acaba tendo um impacto negativo nas contas públicas do município, por conta dessa quantidade de pessoas além do que é previsto pelo planejamento orçamentário municipal, ainda que a prefeitura receba recursos a mais, para atender essa população fronteiriça, para equilibrar suas contas, sem prejudicar ou negar o atendimento a nenhum imigrante (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, uma das razões que move neste estudo é demonstrar como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi e continua sendo fundamental no enfrentamento da pandemia do coronavírus na Macrorregião de Saúde de Corumbá, que é composta por dois municípios que fazem fronteira internacional com a Bolívia: Ladário e Corumbá.

Entretanto, convém ressaltar que, por sua universalidade e pelas garantias legais, como as previstas na Constituição Brasileira e na Lei Federal nº 13.445 / 2017 - Lei de Migração (BRASIL, 1989; 2017), o sistema público de saúde brasileiro deve atender os

cidadãos bolivianos residentes em Corumbá e Ladário, assim como, aqueles que moram nas cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez, na província de Gérman Busch-Bolívia.

Vale ressaltar que, além das características sobre infraestrutura hospitalar e a força de atração que Corumbá exerce sobre as outras cidades, o acesso à saúde pública na Bolívia é restrito a um grupo muito específico e restrito. Segundo Ferreira, Mariani e Braticevic (2015), a gratuidade dos serviços públicos de saúde na Bolívia estão destinados exclusivamente aos grupos de idosos com mais 60 anos, gestantes e crianças até 5 anos de idade, excluindo uma grande parcela da sua população, o que acaba atraindo um fluxo significativo de fronteiriços na busca de atendimento ao serviço público de saúde brasileiro.

Essa precariedade da ausência de serviços de atendimento de emergência e urgência para o atendimento da população boliviana gerou uma manifestação da população da cidade de Puerto Quijarro, pela fragilidade do hospital local não deter qualquer infraestrutura no atendimento da população boliviana, já que a instituição de saúde mais próxima fica a 630 km de distância na cidade de Santa Cruz, acarretando em uma maior dependência do sistema público de saúde de Corumbá e em Corumbá um maior “inchaço” no arranjo organizacional para prestação de serviços públicos de saúde (DIÁRIO ONLINE, 2020).

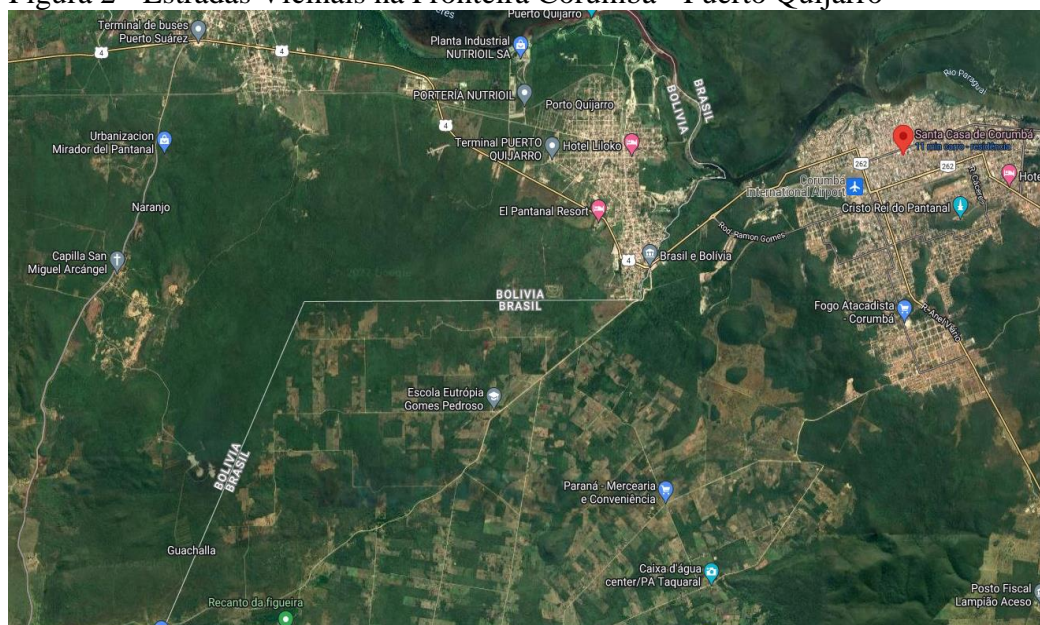
Vale frisar que para o atendimento e tratamento da Covid-19 nas cidades bolivianas, há somente um posto de saúde de atenção básica, lotado apenas com um médico clínico geral e dois enfermeiros (EL DEBER, 2020), que demonstraram-se ser insuficientes para o socorro da população local, em vista dos registros de inúmeros casos de internação e, em alguns casos, de óbitos que foram registrados na Santa Casa em que os pacientes eram de outras nacionalidades.

O mesmo caso é aplicado aos cidadãos da cidade de Ladário, que não dispõe de um centro de referência para tratamento dos casos graves da Covid-19, sendo completamente dependente da infraestrutura existente em Corumbá, sobrecarregando ainda mais os corredores e leitos clínicos da Santa Casa de Misericórdia.

A constatação disso são os inúmeros relatos de moradores de Puerto Quijarro e Puerto Suarez recebendo atendimento médico na Santa Casa, mesmo quando a fronteira Brasil-Bolívia estava fechada - como medida de contenção de transmissão do vírus entre os dois países -, com a fiscalização acirrada realizada pela Polícia Federal e militares do

Exército Brasileiro na linha de fronteira. Esses habitantes adentravam no território brasileiro, arriscando-se através das inúmeras estradas vicinais que existem na região na busca de atendimento médico (FREITAS, 2020). E, num momento em que todo o globo buscou incansavelmente serviços de saúde, essa atratividade dos serviços públicos brasileiros ficou ainda mais exacerbada (Figura 2).

Figura 2 - Estradas Vicinais na Fronteira Corumbá - Puerto Quijarro



Fonte: Google Earth, 2022.

Contudo, é evidente que existe uma relação desigual entre Brasil e Bolívia: de um lado, o maior país do continente sul-americano e umas das maiores economias mundiais e do outro, um dos países que, durante um período, figurou como um dos mais pobres da América do Sul (SILVA, 2010). Santos (1993, p. 123) exemplifica que

há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar. A República somente será realmente democrática quando considera todos os cidadãos como iguais, independentemente do lugar onde estejam (SANTOS, 1993, p. 123).

Por isso, Silva (2010, p. 16) explica que essa desigualdade territorial causa inúmeras consequências na condição do fronteiriço, que

Essa desigualdade social é, por certo, fator de possível conflito pessoal e coletivo, nem sempre perceptível ao olhar, mas que possui interface direta com a educação, assistência social, segurança pública, saúde, dentre outras, podendo produzir crise de identidade e de aceitação da condição de fronteiriço. Vale

destacar que as desigualdades sociais possuem inúmeras causas e intensidades variadas, induzindo os indivíduos menos privilegiados economicamente a traçarem estratégias de sobrevivência. Numa região fronteiriça, a oferta desigual dos serviços de saúde pública, por exemplo, deve estimular inúmeras criatividade elevando a demanda no território mais bem infraequipado (SILVA, 2010, p. 16).

Desta forma, objetiva-se evidenciar a importância da rede SUS, com os serviços prestados por meio da Santa Casa de Misericórdia, para a macrorregião de saúde de Corumbá no enfrentamento da Sars-Cov-2 e no atendimento à população fronteiriça Brasil-Bolívia.

Além disso, pretende-se concomitantemente descrever os sistemas de saúde pública da Macrorregião de Corumbá e sua abrangência; identificar o perfil do universo de pessoas que foram atendidas pela Santa Casa de Misericórdia durante a pandemia da Covid-19, além de caracterizar os métodos e técnicas aplicados pela Secretaria de Saúde de Corumbá na contenção da propagação do coronavírus na cidade e apresentar as fragilidades dos sistemas de saúde das cidades da fronteira Brasil-Bolívia.

Para elucidação das proposições traçadas, definiu-se a perspectiva de pesquisa aplicada, que objetiva em gerar conhecimentos e ações práticas para a solução de problemas específicos. Este estudo consiste em compreender a importância dos serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Corumbá, no atendimento à população da região de fronteira Brasil-Bolívia durante a pandemia da Sars-Cov-2. Conforme Gil (2008, p. 27), este modelo de pesquisa “tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas do conhecimento”. O seu foco está em gerar uma aplicabilidade instantânea na construção de saberes do que na produção de teorias de valor universal (GIL, 2008).

A abordagem do problema será tanto quantitativa como qualitativa, sendo assim, uma triangulação metodológica, que consiste nas análises e na coleta dos dados, utilizando diversas metodologias (LAKATOS E MARCONI, 2017). Dessa forma, as informações obtidas deverão ser aferidas e convertidas em números e gráficos, seguindo uma abordagem quantitativa, assim como as noções e os conceitos, que só podem ser analisados de maneira subjetiva, em acordo com uma abordagem qualitativa (GIL, 2008). Com essa abordagem mista, pretende-se potencializar o alcance da pesquisa nas etapas de descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo. Sampieri, Collado e

Lucio (2013, p. 550 apud LAKATOS E MARCONI, 2017 p. 343), descrevem que a triangulação metodológica pode ser compreendida como

A integração sistemática dos métodos quantitativo e qualitativo em um só estudo, cuja finalidade é obter uma “fotografia” mais completa do fenômeno. Eles podem ser unidos de tal forma que a abordagem quantitativa e a qualitativa conservem suas estruturas e procedimentos originais (“forma pura dos métodos mistos”). Esses métodos também podem ser adaptados ou sintetizados para realizar a pesquisa e driblar os custos do estudo (SAMPIERI, COLLADO E LUCIO, 2013 p. 550 apud LAKATOS E MARCONI, 2017 p. 343).

Tendo esses pressupostos metodológicos, a pesquisa se direciona para os métodos de pesquisa descritiva, que consiste em demonstrar os fenômenos e suas variáveis, estabelecendo as relações e interações entre eles (MINAYO, 2015). Já como pesquisa descritiva, esta visará obter informações e dados sobre as realidades enfrentadas pela população da fronteira Brasil-Bolívia. Com isso, idealiza-se etapas de pesquisa necessárias para o andamento da pesquisa, que são: a) pesquisa bibliográfica, b) pesquisa documental e c) levantamento de campo.

A pesquisa bibliográfica é o primeiro passo iniciado em qualquer trabalho científico, por entender-se que é necessário que se tenha um conhecimento do que já foi estudado e escrito sobre o assunto pesquisado (GIL, 2008; MINAYO, 2015).

Buscou-se referencial teórico em bancos de dados bibliográficos, como Periódicos da Capes, *Google Scholar*, *Scientist electronic Library Online* (ScieLO), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Biblioteca Digital de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além do repositório institucional do Mestrado em Estudos Fronteiriços.

Contudo, outras fontes bibliográficas foram consultadas, como artigos científicos, teses, dissertações, livros, revistas acadêmicas, periódicos, matérias jornalísticas produzidas em formato escrito e/ou audiovisual e outras produções existentes que tratassem dos temas: (i) pandemia Covid-19, (ii) saúde na fronteira, (iii) sistema público de saúde e (iv) fronteira Brasil-Bolívia, permitindo-se assim, firmar as principais abordagens da pesquisa na investigação dos objetivos traçados.

Com a pesquisa documental, realizou-se averiguações nos órgãos e instituições competentes como portais do Ministério da Saúde do Brasil e do *Ministerio de Salud Y Desporto* da Bolívia, boletim epidemiológicos, produzidos pela Secretaria de Saúde do

Estado do Mato Grosso do Sul e pelo *Departamento Autonomo de Santa Cruz de La Sierra*, além de leis, decretos, relatórios técnicos, portarias, regulamentações e reportagens escritas ou gravadas em áudio e/ou vídeo, fotografias e todo o aparato disponível que discutisse, analisasse e demonstrasse os panoramas da Covid-19, principalmente medidas para a melhoria de saúde coletiva da população, contenção para a propagação do coronavírus e os dados estatísticos da pandemia no Brasil e na Bolívia, em especial, no município de Corumbá.

Segundo Gressler (2004 p. 43), “a pesquisa documental é caracterizada por ter como fonte de coleta de dados restrita a documentos e arquivos, públicos e particulares, escritos ou não”, que podem ter recebidos algum tipo de tratamento prévio ou não, podendo vir a serem remodelados de acordo com os objetivos do pesquisador (GIL, 2008).

Para embasar alguns dados e informações descritos, fez o uso de reportagens jornalísticas, entrevistas e matérias de TV dos portais de comunicação e notícias existentes em Corumbá e Ladário, além dos documentos gerados por órgãos e instituições governamentais municipais e estaduais, que permitam traçar padrões e explicar fenômenos ocorridos durante a pandemia da Covid-19 em Corumbá.

Quanto aos dados bolivianos sobre a Pandemia no país vizinho, destaca-se que os dados eram muito escassos e muito pouco elucidativos quanto ao crescimento e evolução da doença no país. Enfatiza-se que não haviam instituições governamentais, como secretarias e departamento de saúde que expusessem os dados sobre a Covid-19 com continuamente e especificando os casos nas cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suárez. Das poucas fontes de informações encontradas sobre a doença nas cidades bolivianas, destaca-se o portal eletrônico “El Deber”, que cobria todos os acontecimentos no Departamento de Santa Cruz e nas suas seções municipais, além do Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério de Saúde, mas que não explanavam com exatidão os casos confirmados na região fronteiriça de Puerto Quijarro e Puerto Suárez.

Após as devidas leituras sobre os temas propostos e análises dos documentos e dados obtidos com os órgãos responsáveis, partiu-se para a última etapa que foi o levantamento de campo.

Trata-se de uma pesquisa de levantamento, pois as pesquisas deste tipo se caracterizam pela investigação direta dos fenômenos, cujo comportamento deseja-se



conhecer (GIL, 2008). Depois de concluída a coleta de informações para a pesquisa sobre o problema descrito, realizou-se a análise quanti-qualitativa para se chegar aos resultados relativos aos dados coletados (LAKATOS e MARCONI, 2017, GIL, 2017).

Os dados foram obtidos a partir do projeto de extensão “Análise Espacial dos Casos da Covid-19 em Corumbá e Ladário - MS”, que consiste na coleta, análise e produção de mapas e de gráficos referentes aos casos da Covid-19 nas cidades de Corumbá e Ladário. O acesso a essas informações permitiu com que esta pesquisa pudesse se debruçar com maior exatidão sobre as variabilidades e nuances que existiram em Corumbá durante o período pandêmico da Covid-19;

Esse projeto foi realizado em parceria com a Secretaria de Saúde de Corumbá, que a partir dos dados gerados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática (DATASUS), que desde junho de 2020 tem coletado compilado e disponibilizado os índices e números da Sars-Cov-2 diariamente a toda população corumbaense a partir do Boletim Epidemiológico (Figura 3). Nesses dados disponibilizados estão informações como nome, idade, local de residência, comorbidades, nacionalidade, entre outros registros e referências.

Em alguns casos, para melhorar representação dos dados estatísticos sobre a questão de saúde no município de Corumbá e nas cidades vizinhas, utilizaram-se como recurso didático produções cartográficas, desenvolvidas e confeccionadas em software de Sistema de Informação Geográfica – SIG. O programa utilizado para a produção dos mapas foram o QuantumGis, que consiste em um aplicativo profissional de SIG e de Código Aberto.

Com o acesso concedido às informações sobre os casos da Covid-19 em Corumbá, foram feitas as análises para atingimento dos objetivos traçados para esta pesquisa.

Figura 3 - Boletim Epidemiológico de Corumbá



Organização: Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá (2022).

Para definição de um intervalo de tempo para análise, definiu-se o período compreendido entre 08 de março de 2020, que é a data da primeira notificação de um caso positivo na cidade de Corumbá, até a data de 01 de novembro de 2022. Esse espaço amostral é condizente e justificado para explicar as nuances e variações ocorridas em Corumbá durante a pandemia.

## 2.1 Aspectos gerais da Pandemia de Sars-Cov-2

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como pandemia a doença Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Segundo a própria OMS, “pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa” (FIOCRUZ, 2021).

O registro inicial da doença ocorreu em 2019, na cidade chinesa de Wuhan, capital da província de Hubei. Até o presente momento, esse vírus contaminou 64 milhões de pessoas, levando a óbito aproximadamente 6,7 milhões. No Brasil, o primeiro registro da Covid -19 foi na cidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Contudo, de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2021), o vírus circula no Brasil desde o final de janeiro de 2020. Atualmente, o país possui 35,6 milhões de casos confirmados e 691 mil mortes pela doença, figurando entre os países com o maior número de óbitos pelo mundo, atrás apenas dos Estados Unidos da América que possuem mais de 1 milhão de mortes, conforme explicita a OMS (2022).

Pereira, Sá e Freitas (2020a) explicam que o coronavírus já é bem conhecido da humanidade. Segundo os autores

[...] nos últimos 20 anos, novas variantes do coronavírus humano, altamente patogênicas, incluindo o SARS-CoV, que nos anos de 2002 e de 2003, contaminou cerca de 8 mil pessoas em todo o mundo, com uma taxa de mortalidade de 10%. E o MERS-CoV no ano de 2012 que, com 2.500 casos confirmados, a uma taxa de mortalidade de 36% [...]. A contaminação por esses patogênicos pode resultar em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), levando à redução, em longo prazo, da atividade pulmonar, à arritmia e à morte (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020a, p. 2).

Para sintetizar o que seria o coronavírus, Mota *et al* (2020) explica que

O novo coronavírus, do gênero Betacoronavirus, foi identificado inicialmente pelo ano de origem como 2019-nCoV. Este vírus desenvolve, em uma parte dos seres humanos, a doença Covid-19 (coronavirus disease 2019). Este microrganismo “coroad” provoca, na espécie humana, uma síndrome respiratória aguda grave, motivo pelo qual foi renomeado pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus por SARS-CoV-2, sigla inglesa de *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*. Doravante, se empregará o termo Covid-19, por ser mais popularizado no Brasil, tanto em documentos oficiais e textos científicos, como em publicações na mídia (MOTA, 2020, p. 1).

## 2.2 Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde é um grande avanço construído ao longo de muitos anos de lutas por inúmeros setores, instituições e agentes da sociedade civil interessados na melhoria da qualidade e, principalmente, na garantia de acesso e promoção de saúde a todos os brasileiros, sendo dever do Estado brasileiro prover todas as condições necessárias para que isso ocorra em plenitude em todo o país.

O processo de criação do SUS remonta da década de 1970, quando, ainda no governo militar, iniciou-se o movimento de Reforma Sanitária no país. Ainda que esse movimento não fosse coeso e coordenado nacionalmente, ele é indispensável para propor as diretrizes e os princípios fundamentais que embasam a Lei Federal nº 8080/1990, que explicita “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990), popularmente conhecida como a Lei do SUS .

Ainda sobre o Movimento Sanitarista no Brasil e sua importância para a construção coletiva do SUS, Mattos (2004) reforça que

Este movimento (por vezes chamado simplesmente de movimento sanitário),

embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde (MATTOS, 2004, p. 771).

Entretanto, somente isso não permitiu a gênese do SUS. A criação do SUS é pautada pela Constituição Federal. A Constituição Cidadã, termo cunhado para a carta magna brasileira, explicita em seu artigo 6º (BRASIL, 1988) que dentre os direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros está a obrigação do Estado em garantir o acesso aos sistemas públicos de saúde, de forma integral.

Em seu capítulo que trata da seguridade social, a Constituição esmiúça ainda mais o papel do Estado na garantia de saúde à população brasileira. Isto fica evidente quando a Constituição Federal (BRASIL, 1988) regulamenta que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Com isto, cabe ao Estado brasileiro e todas as esferas de Poder Público existentes no país gerenciar e assegurar o acesso à saúde de qualidade, gratuita e universal à população. A universalidade do acesso da população aos SUS é um dos pontos mais elogiados internacionalmente e por especialistas em saúde por permitir o atendimento sem qualquer distinção (MATTOS, 2004).

Ainda que, dentro de sua estrutura e organização, o SUS tenha o seu financiamento garantido pela arrecadação de impostos em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal), sua gestão é descentralizada para atender as demandas e estratégias do comando de cada esfera de poder, permitindo a participação e organização das comunidades de cada região inferir nas políticas de saúde pública a serem adotadas (BRASIL, 1990).

Contudo, o SUS tem sofrido com diversos ataques do setor privado para favorecer o enriquecimento e superfaturamento dos grupos econômicos de planos de saúde, seguros e redes hospitalares, que colocam em dúvida a eficácia e a importância do SUS para a população brasileira. Sobre isto, Matos (2021) explicita que

[...] o SUS sofre boicotes que geraram desvirtuamentos de sua concepção original. A essência disso se dá no embate das forças privatizantes que, para manterem seus superlucros, precisam apequenar o SUS (propiciando sua incapacidade de responder a todos/as e gerando a ilusão de que isso pode ser resolvido mediante contratação de seguros ou planos privados de saúde) e disputar os seus recursos (por meio da privatização da gestão desse sistema). Por isso, a história do SUS – não obstante experiências exitosas, e localizadas, que afirmam a sua dimensão pública e estatal – tem sido de expansão do mercado privado de saúde e de vários modelos de gestão privatizantes (MATOS, 2021, p. 29).

Desde a gênese do SUS, existe também o crescimento do sistema privado na saúde, operando numa relação análoga a parasita-hospedeiro - em que o parasita se alimenta das forças e energias do hospedeiro -, onde o sistema privado entende e estimula fraquezas no SUS para continuar existindo. No entanto, o SUS está diretamente ligado às camadas sociais dos trabalhadores, principalmente, das camadas mais carentes economicamente que utilizam exclusivamente o SUS (MATTOS, 2004). Matos (2021, p. 29) explica que

No Brasil, desde a criação do SUS, tem havido também o crescimento do setor privado na saúde, com a venda de seguros e planos de saúde. No entanto, mesmo com todos os dados de crescimento desse subsetor e do investimento na criação de versões populares de clínicas e laboratórios de exame, os segmentos da classe trabalhadora acima citados dependem diretamente do SUS para a atenção à sua saúde. Na realidade, um dos maiores enganos da atualidade é a crença de que um país possa viver sem um sistema público, estatal e universal de saúde (MATOS, 2021, p. 29).

Num contexto de pandemia, em que era vivenciada a necessidade por atendimentos médicos era primordial, era necessário um Estado atuante, engajado e operante, que propusesse políticas sociais que mitigassem os problemas enfrentados pela população, principalmente pela população mais pobre, fragilizada e vulnerável à Covid-19 no país, que clamava por melhores condições de tratamento e cuidados.

### 2.2.1 (In)Ações no Combate a Pandemia pelo Governo Federal

As ações planejadas, executadas e disseminadas pelo governo federal para enfrentamento da Pandemia Sars-Cov-2, na então gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), foram, no mínimo, confusas, desconexas e arbitrárias, para não utilizar outros termos cabíveis para os “métodos” desenvolvidos pela presidência da República por meio do Ministério da Saúde.

Desde quando é confirmado o primeiro caso da doença em território e, conseqüentemente, o primeiro óbito, a postura do chefe do Executivo era que isso não seria nada grave, que era apenas “uma gripezinha, um resfriadinho”<sup>1</sup>, como dito por ele, em algumas oportunidades. Esse comportamento descrente do Jair Bolsonaro acompanhou e pautou as ações do Ministério da Saúde durante todo o período de combate ao coronavírus no país.

Desta forma, o Executivo Federal buscou construir, junto com muitos aliados (líderes religiosos, empresários, influenciadores digitais e jornalistas) narrativas e discursos falaciosos que questionavam, negavam e, conseqüentemente, negligenciavam as ações efetivas em proteger a população brasileira do coronavírus.

Essa negação de fatos e confecção de narrativas políticas não é uma prática recente, que foi muito bem executada pelo Partido Nazista e seu Ministro de Comunicação, consistindo na proliferação de mentiras e inúmeros fatos distorcidos sobre a realidade, por mais absurdas que elas fossem utilizando todas as plataformas e canais possíveis, de modo constante e incessante até que o contexto da realidade desapareça (SILVA, 2020).

Sobre essas construções de mentiras ou *fake news*, termo que ficou popular no país sobre os fatos distorcidos ou mentirosos da pandemia no Brasil, o autor Ivandilson Silva (2020) expõe que

Conviver com esse drama diariamente sem ter o direito de enterrar o ente querido é doloroso, pois os rituais de despedida inexistem. O novo coronavírus mata e mata muito, mas as disputas de narrativa sobre a COVID-19 destoam, desmobilizam, desacredita, dogmatiza, paralisa e um vírus que amedronta o mundo adquire várias frentes de narrativa.

Essa variedade de narrativas, no caso da pandemia, na sua maioria está voltada para consolidar um discurso de negação do vírus e da sua baixa letalidade. Nesse

---

<sup>1</sup> Ver em:

<https://g1.globo.com/politica/blog/geron-camarotti/post/2020/03/20/em-meio-a-pandemia-de-coronavirus-https://g1.globo.com/politica/blog/geron-camarotti/post/2020/03/20/em-meio-a-pandemia-de-coronavirus-bolsonaro-diz-que-gripezinha-nao-vai-derruba-lo.shtml>

sentido, existem as narrativas do presidente Bolsonaro e seus seguidores, as narrativas que confrontam vida e emprego – economia e saúde –, as narrativas que criam um inimigo externo causador da pandemia, as narrativas da charlatanice religiosa que vende curas milagrosas (SILVA, 2020, p. 1484).

Todas as narrativas utilizadas pelo então presidente Bolsonaro e seus apoiadores ia em contraposição a narrativa do “fique em casa”, que pregava o isolamento social como medida segura para conter a proliferação do vírus proposta pela Organização Mundial da Saúde e especialistas em saúde pública de várias partes do mundo (SILVA, 2020).

Somado a isto, estão as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde no gerenciamento do Sistema Único de Saúde, conforme explicita Souza (2021),

Em relação à saúde, as recentes medidas tomadas pelo governo Bolsonaro atingem o financiamento e a organização de ações e serviços fundamentais para a população, destruindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas delas são: a privatização da atenção básica; o desmonte da política de saúde mental; a militarização do Ministério da Saúde; a continuidade do congelamento por 20 anos dos recursos destinados à saúde e o desfinanciamento do SUS; e o privilegiamento das parcerias público-privadas na gestão da saúde. [...] Em documentos institucionais do Ministério da Saúde, a atenção básica voltou a ser denominada Atenção Primária à Saúde (APS). [...] A retomada da nomenclatura internacional desvaloriza o esforço de diferentes segmentos da saúde que concebem a atenção básica como um campo sintonizado com os princípios do SUS, sobretudo com a universalidade e a integralidade, contrapondo-se às políticas focalizadas, associadas à noção de cobertura universal. A tomada dessas medidas, durante a pandemia, indica sobremaneira a necropolítica (SOUZA, 2021, p. 38).

Compreendendo que as ações e omissões são políticas públicas de qualquer governante ou chefe de Estado, o presidente da República e a cúpula ministerial preferiu definir a inação, a omissão e negligência para solucionar o problema sanitário vivido, em vez de propor medidas concretas, eficientes e eficazes para contenção da doença no país.

As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, com o aval da presidência, foram muito criticadas e demonstraram-se extremamente insuficientes, incapazes de resolver a situação e, para piorar o estado de calamidade que vivenciado, permitiu que alguns locais sofressem ainda mais com o avanço da peste, como foi o caso de Manaus.

### 2.2.1.1 Crise em Manaus

Dentre todas as medidas controversas, propostas de contenção ineficazes e ações mal desenvolvidas pelo Governo Federal, nenhuma delas exemplifica melhor como foi a gestão Bolsonaro no combate a pandemia do que o caso da crise de oxigênio em Manaus.

Era janeiro de 2021, quando uma crise iniciou no sistema de saúde público e privado em Manaus, ocasionado pela ausência de oxigênio nos hospitais. No período, o estado do Amazonas vivenciava a segunda onda da doença no país, registrando recordes casos confirmados e, conseqüentemente, aumento no número de internações em todo estado ocasionada pela variante P.1, conhecida como variante Gama (GAZEL e CRUZ, 2022).

Em meados de janeiro, trabalhadores de saúde, parentes de pessoas internadas e gestores hospitalares em Manaus demonstraram aflição e desespero, relatando que havia acabado o oxigênio dos hospitais. Isso ocorreu porque a demanda por oxigênio cresceu abruptamente, numa velocidade muito maior que a capacidade de produção das empresas que forneciam o insumo que podiam atender na época (LAVOR, 2021).

Gazel e Cruz (2022) narram que

Foram dois dias sem oxigênio, ou quase nada, nos hospitais. Em meio à falta do insumo, pacientes morriam asfixiados nas unidades. A urgência por oxigênio era tão grande que pessoas passaram a comprar o insumo por conta própria, e levavam às pressas para os hospitais, na esperança de salvar seus familiares internados. Sem oxigênio, pacientes dependiam de ventilação manual para sobreviver em Manaus. E, nos dias seguintes, a crise do oxigênio se estendeu para municípios do interior (GAZEL E CRUZ, 2022).

Segundo Gazel e Cruz (2022), “a falta de oxigênio causou a morte de pelo menos 31 pessoas apenas em Manaus e mais 30 pacientes no interior do estado também perderam a vida” por conta da escassez do insumo no Amazonas.

Contudo, conforme relatado por LAVOR (2021), Gazel e Cruz (2022) e ratificado pelo relatório final aprovado pela Comissão Parlamentar de Inquérito, do Senado Federal (SENADO FEDERAL, 2021), existem alguns fatores em que a omissão de agentes e instituições públicas impulsionou a crise instalada no Amazonas.

Conforme consta no relatório final da CPI da Pandemia, como foi popularmente conhecida a Comissão de Inquérito, a empresa responsável pelo fornecimento de oxigênio emitiu um comunicado ao governo estadual alertando para a possibilidade iminente da falta



de oxigênio em todo o estado amazonense. Essa comunicação foi encaminhada à Secretaria Estadual com uma semana de antecedência antes do ápice da crise.

Entretanto, o então titular da pasta da Saúde no governo federal, Eduardo Pazuello e todo o seu secretariado já sabiam do problema emergente que estava a ocorrer em Manaus, com dias de antecedência. A proposta na época foi encaminhar uma equipe que analisaria as condições de enfrentamento à doença na cidade. Naquele momento, a pasta se dedicava a propagar o uso de remédios ineficazes no combate à doença, como a hidroxicloroquina e propuseram a criação de tendas para indicar remédios sem eficácia comprovada contra a Covid (GAZEL e CRUZ, 2022).

Conforme descrito no relatório da CPI da Pandemia (SENADO FEDERAL, 2021), a comitiva do Ministério da Saúde reuniu-se com entidades e autoridades estaduais e locais e concluíram que

- há possibilidade iminente de colapso do sistema de saúde, em 10 dias, devido à falta de recursos humanos para o funcionamento dos novos leitos;
- há deficiência na resolutividade da atenção primária, por não estarem utilizando as orientações de intervenção precoce para Covid-19, conforme orientações do Ministério da Saúde;
- há dificuldades na aquisição de materiais de consumo hospitalar, medicamentos e equipamentos;
- há dificuldades na contratação de profissionais com habilitação para atuação nas UTIs;
- há necessidade de estruturação de leitos de UTI com celeridade para atendimento aos pacientes que já demandam internação, constatada pela alta ocupação dos leitos dos serviços de urgência e emergência (salas rosas e vermelhas) - taxa de ocupação atual de 89,1%; e
- estima-se um substancial aumento de casos, o que pode provocar aumento da pressão sobre o sistema, entre o período de 11 a 15 de janeiro, em função das festividades de Natal e réveillon (SENADO FEDERAL, 202, p. 264).

Ainda conforme o relatório da CPI da Pandemia, a diretora executiva da Anistia Internacional, Sra. Jurema Werneck, teria relatado diretamente ao então ministro da Saúde, Eduardo Pazuello que

Não há leitos, não há ambulâncias e não há oxigênio em diversos hospitais e unidades de saúde de Manaus e também alguns do interior do Estado do Amazonas. Segundo dados coletados pelo Consórcio de imprensa que reúne diversos veículos de comunicação do Brasil, a média móvel de óbitos pela Covid-19, no Estado do Amazonas aumentou em 187% nos 14 primeiros dias deste ano de 2021. Esse percentual do Amazonas é mais de quatro vezes maior que a média móvel de mortes no Brasil todo que é de 42%, também de 1º a 14 de janeiro (SENADO FEDERAL, 2021, p. 266).

Por isso, nota-se conhecimento da cúpula da administração nacional, assim como administradores estaduais e municipais, que tinha ciência acerca da alta possibilidade de falência do sistema de saúde amazonense, inclusive com ausência de materiais fundamentais para o funcionamento das atividades hospitalares.

Além disso, percebe-se que o posicionamento oficial do Ministério da Saúde, conforme descrito na CPI da Pandemia “era em favor de orientações de intervenção precoce para Covid-19, a despeito da inexistência de lastro científico que justificasse a sua execução como política pública” (SENADO FEDERAL, 2021). Somente nas primeiras oito semanas de 2021, pelo menos 113.732 casos e 5.506 óbitos ocorreram no Amazonas em decorrência da Covid-19.

Essa abordagem do governo federal ramificou-se por inúmeros estados e diversas cidades do Brasil, gerando números astronômicos tanto de casos confirmados como também de óbitos.

### 2.2.3 O SUS e as especificidades na região fronteira

Segundo Pereira, Sá e Freitas (2020a), a faixa fronteira Brasil-Bolívia possui inúmeras peculiaridades e atributos próprios que “reivindicam intervenções atreladas ao desenvolvimento da região, por ser caracterizada como zona ininterrupta de fluidez, de redes e de complementaridades diversas”.

No que se refere ao acesso ao sistema de saúde, existe uma dependência da população fronteira Brasil-Bolívia em relação aos equipamentos públicos presentes em Corumbá. Essa dependência ocorre pelo fato de outras cidades da região fronteira não possuírem infraestrutura hospitalar para atendimentos de média e alta complexidade em seus territórios. Portanto, Corumbá acaba aglutinando essa população de fronteira que necessita de atendimento.

Sobre essa polarização existente em Corumbá, Marques (2012, p. 298) explicita que

A polarização exercida por Corumbá nos municípios fronteiriços é ressaltada pela autora quando expressa a dependência dos municípios bolivianos no que se refere aos “serviços de infra-estrutura urbana, registrando-se assim uma sobrecarga para Corumbá, a se considerar que a sua população é ampliada com a presença da população fronteira. Este fluxo de sobrecarga no sistema de saúde corumbaense, em razão da falta de disponibilização de hospitais em suas cidades (MARQUES, 2012, p. 298).

Desta forma, a aproximação e associação, no tocante a saúde, o Brasil e os outros países do continente que fazem limite internacional conosco é um tema pautado constantemente, discutido por administradores municipais, instituições governamentais e sociedade civil de áreas de fronteiras, cujas manifestações sobre as situações de saúde transfronteiriças expressam-se de maneira positiva e negativa. A maioria das regiões fronteiriças está afastada dos grandes centros urbanos, fato que pode repercutir negativamente nas condições de saúde da população nelas residente (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018).

Segundo os autores Giovanella et al. (2007), os municípios brasileiros que estão localizados na região fronteira, regiões distintas de outros lugares, possuem características em comum, como “o elevado número de atendimentos a uma população flutuante de estrangeiros, déficits nas contas públicas relacionadas ao atendimento de pacientes fronteiriços, falta de profissionais para atendimento devido ao aumento da demanda” (GIOVANELLA et al, 2007, p. 39).

Desta forma, há uma fragilidade e vulnerabilidade muito clara na gestão de saúde do município que realiza atendimentos a uma comunidade fronteira, muito maior que a existente dentro dos seus limites, mas os recursos destinados não levam em consideração esse detalhe.

Ainda que a Lei de Migração explicita que as cidades de fronteira precisem realizar atendimentos médicos-hospitalares a todo e qualquer cidadão estrangeiro, imigrante ou residente fronteiro (cidadão nacional de país limítrofe ou apátrida que mantém moradia domiciliar em município fronteiro de país vizinho) e receba recursos financeiros do Ministério da Saúde, por meio do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, para realizar os referidos atendimentos a essa população, o valor destinado a administração municipal é quase irrisório.

Como ilustração dos valores destinados ao atendimento em saúde da população fronteira ser insuficiente para a assistência plena da comunidade que reside na faixa de fronteira, tomou-se como referencial econômico, os recursos federais transferidos para enfrentamento da Sars-Cov-2 no primeiro ano da pandemia para ser aplicado e gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá.

Segundo o Portal da Transparência (BRASIL, 2023), as transferências de recursos federais para a municipalidade corumbaense com as finalidades de propor medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus e estruturação dos serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade. O espaço temporal analisado compreende o período entre os meses de maio/2020 a dezembro/2020, tendo um somatório ao final do ano de, aproximadamente, 19 milhões reais.

Com um olhar muito superficial e raso, aparenta ser um valor significativo repassado pelo Governo Federal para a administração municipal da Cidade Branca (como popularmente a cidade é conhecida). Contudo, tendo como referência apenas os recursos federais para prevenção, controle e tratamento da doença da população existente em Corumbá, o valor destinado pelo governo federal corresponde a, aproximadamente, R\$ 166 reais por pessoa a serem investidos na estrutura de saúde para atendimento e tratamento dos possíveis casos da Covid na cidade.

Considerando que Corumbá é a única cidade da região fronteiriça que dispõe de infraestrutura hospitalar de média e alta complexidade, em que realiza atendimento a toda comunidade da fronteira Brasil-Bolívia, esse valor de recurso destinado reduz para notáveis R\$ 103 reais, o que equivale a pouco mais de R\$ 8,59 reais por mês, em média, para cada cidadão fronteiriço, para a administração municipal custear todos os procedimentos e infraestrutura hospitalar necessária (Tabela 1).

Tabela 1 - Recursos federais recebidos pela Santa Casa entre maio/2020 a dezembro/2020 por habitante

Recurso federal por mês		População de Corumbá	População Fronteira Brasil-Bolívia
		96.522 hab	160.000 hab
MAIO / 2020	2.170.252,00	R\$ 19,38	R\$ 12,06
JUN / 2020	3.895.760,01	R\$ 34,78	R\$ 21,64
JUL / 2020	7.649.057,00	R\$ 68,30	R\$ 42,49
AGO / 2020	156.562,00	R\$ 1,40	R\$ 0,87
SET / 2020	1.932.892,00	R\$ 17,26	R\$ 10,74
OUT / 2020	1.400.000,00	R\$ 12,50	R\$ 7,78

NOV / 2020	189.594,00	R\$ 1,69	R\$ 1,05
DEZ / 2020	1.231.477,25	R\$ 11,00	R\$ 6,84
TOTAL	18.625.594,26	R\$ 166,30	R\$ 103,48

Fonte: Portal da Transparência, 2023.

Organização: Autoria própria.

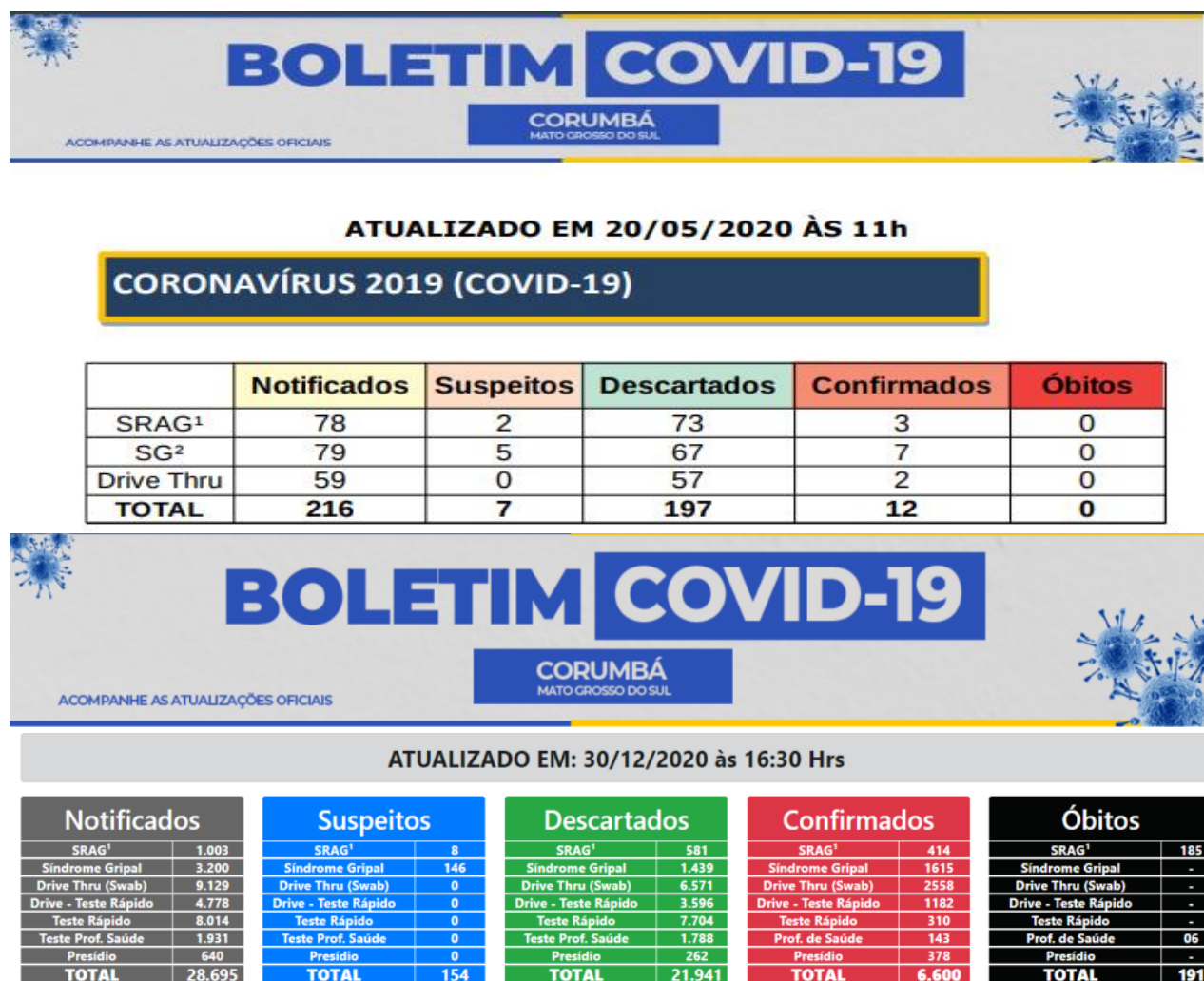
Destaca-se que os recursos federais não foram às únicas fontes de recursos que a administração de Corumbá recebeu para executar medidas de combate ao coronavírus durante todo o período da pandemia - recursos estaduais, recursos próprios, empréstimos com fundos internacionais, parcerias público-privado, emendas parlamentares, etc. - (CORUMBÁ, 2023), mas esse dado serve como um parâmetro ou um indicador dos problemas financeiros e contábeis na gestão de saúde pública em regiões de fronteiras, em especial, em Corumbá.

Pereira, Sá e Freitas (2020b) explicitam que, no tocante a gestão de saúde na fronteira Brasil-Bolívia,

Concluiu-se que a questão da saúde na fronteira Brasil–Bolívia ainda está longe do ideal para uma sociedade totalmente saudável; no entanto, a situação do município de Corumbá encontra-se melhor quando comparada à de Puerto Quijarro. Pelo fato do Brasil ser um país mais desenvolvido e contar com uma infraestrutura melhor do que a Bolívia tem possibilitado mais investimento no setor, principalmente no Sistema Universal de Saúde (SUS) do Brasil, embora recursos estes que ainda não são suficientes para atingir a universalização real do serviço (PEREIRA, SÁ e FREITAS, 2020, p. 277).

Entretanto, outros pontos precisam ser iluminados para que a análise possa ser mais aprofundada. O referido período corresponde aos momentos de maior mortalidade e proliferação da doença dentro do território corumbaense (Figura 4), com uma escalada exponencial em inúmeros aspectos como número de casos notificados, óbitos e casos confirmados.

Figura 4 - Evolução dos casos de Covid-19 em Corumbá (maio/2020 - dezembro/2020)



Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Outro aspecto importante de ser relatado consiste em uma mudança de posicionamento na esfera federal para controle e gestão da pandemia no país, que desencadeia nos pequenos municípios e a política adotada pela prefeitura em autorizar abertura dos portos e rodovias da cidade para circulação de pessoas e mercadorias. Esses aspectos serão mais bem explicados e destrinchados posteriormente.

### 2.3 A fronteira Brasil-Bolívia

O Brasil possui a maior extensão territorial dentre os países da América do Sul, vindo a fazer fronteira com quase todos os 12 países do continente (as exceções são

Equador e Chile). Em virtude do seu tamanho, o Brasil possui aproximadamente 15 mil km de fronteira terrestre (IBGE, 2022), sendo essa linha de fronteira muito heterogênea e singular em cada localidade do território (Figura 5).

Figura 5 - Municípios de faixa de fronteira, 2020.



Fonte: IBGE, 2020.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) regulamenta em seu artigo 20 que o Estado Brasileiro considera o conceito de Faixa de Fronteira. Conforme descrito no texto da Carta Magna, considera-se faixa de fronteira “a faixa de até cento e cinquenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, sendo considerada fundamental

para defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão reguladas em lei” (BRASIL, 1988).

A faixa de fronteira é um instrumento jurídico, sendo fundamental e necessária para a Soberania e Segurança Nacional, com a intencionalidade de defesa do território, sua ocupação e utilização da extensão de outro modo, trata-se, primordialmente, de uma criação jurídica, determinada por uma faixa interna no território brasileiro de 150 quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre oeste brasileiro, considerado fundamental e indispensável à Segurança Nacional, cuja ocupação e utilização são reguladas por lei, conforme preleciona o artigo 20<sup>2</sup>, parágrafo segundo, da Constituição Federal.

De acordo com dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mencionada faixa corresponde a uma área de 1.420.925,635 km<sup>2</sup>, equivalente a 16,7% do território nacional em 2020. Atravessa 11 (onze) Estados da federação e 588 (quinhentos e oitenta e oito) municípios, além de se ligar com 10 (dez) países vizinhos da América do Sul, com exceção apenas do Chile e Equador.

Dentre os países que o Brasil faz fronteira internacional, o Estado Plurinacional da Bolívia é a nação que possui a maior faixa terrestre de fronteira com, aproximadamente, 3.423 km de extensão, compreendendo os estados do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia e Acre (Figura 2), o que corresponde a 20% da linha divisória continental com os países vizinhos. A zona de fronteira formada pelos dois países engloba faixas fronteiriças pertencentes a quatro estados brasileiros (Acre, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) e três departamentos bolivianos (Pando, Beni e Santa Cruz) (BRASIL, 2005).

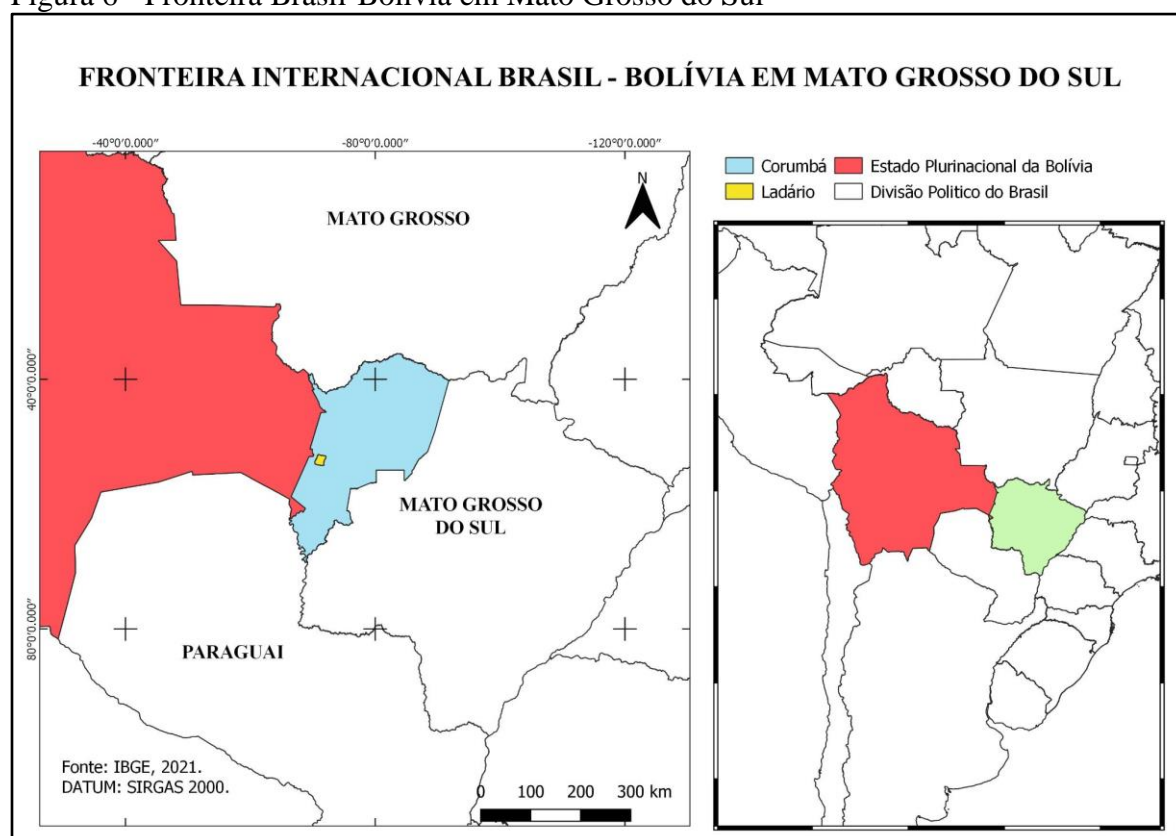
Em Mato Grosso do Sul (MS), a única localidade municipal que possui contato territorial com a Bolívia é o município de Corumbá - ainda que a cidade de Ladário esteja inserida num contexto da faixa de fronteira brasileira, ela não possui ligação direta com o território boliviano -, que se delimita a oeste com dois aglomerados urbanos bolivianos da província Germán Busch, do departamento de Santa Cruz: Puerto Quijarro e Puerto Suárez (COSTA, CUNHA E COSTA, 2018) (Figura 6).

---

<sup>2</sup> Artigo 20, § 2, CF/1988: “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.”



Figura 6 - Fronteira Brasil-Bolívia em Mato Grosso do Sul



Fonte: Autoria própria, 2022.

Pela proximidade geográfica, a presença de bolivianos e brasileiros em territórios vizinhos é constante, produzindo diversos fluxos, sendo permanentes e intensos, realizando uma construção fronteiriça, que é baseada em um contexto histórico e social (ARRUDA E ARAÚJO, 2021). Sobre a fronteira Corumbá-Puerto Quijarro, Oliveira e Esselin (2015) explicitam que

São quatro localidades que formam uma juntura conurbada de grande articulação social e interação econômica. É um território de configuração estratégica por ser o principal ponto de contato entre o Brasil e a Bolívia. Por ali, passa o gasoduto e um amontoado de mercadorias outras (chegam ou partem) utilizando o rio, as rodovias e as ferrovias que se aproximam. Soma-se a esta malha, uma estrutura física com grande reserva de minério de ferro e manganês nas morrarias do Urucum e Jacadigo no lado brasileiro e Mutum na Bolívia (OLIVEIRA E ESSELIN, 2015, p. 127).

Por consequência desse grau de integração social, cultural e social existente entre as cidades da fronteira Corumbá-Puerto Quijarro / Puerto Suárez, Machado (2010) as define como cidades-gêmeas e explicita que

Neste conjunto de aglomerações na linha de fronteira são as cidades-gêmeas que devem ser destacadas, isto é, aqueles núcleos localizados de um lado e outro do

limite internacional, cuja interdependência é com frequência maior do que de cada cidade com sua região ou com o próprio território nacional (MACHADO, 2010, p. 67).

Nesse aspecto de cidade-gêmeas, Oliveira (2008) refere-se a Corumbá-Puerto Quijarro / Puerto Suarez que

a situação fronteiriça, apresentada pela região, mostra uma circulação visivelmente intensa de veículos e de humanos de diferentes origens (em especial bolivianos), nas vias da cidade de Corumbá. O que, de uma forma qualquer, flexiona a produção industrial e artesanal, o comércio varejista e atacadista, os preços dos produtos transacionados, a disponibilidade de mão-de-obra e a demanda e oferta de produtos e serviços. E, por consequência, flexiona a espinha dorsal do comportamento social dos viventes e da incauta administração pública (OLIVEIRA, 2008, p. 14).

### 2.3.1 Caracterização de Corumbá e Ladário

Corumbá e Ladário são as duas últimas cidades brasileiras no Mato Grosso do Sul, na fronteira com a Bolívia. São as principais rotas de entrada e saída de mercadorias da rota comercial São Paulo-Santa Cruz, movimentando mais de US\$ 100 milhões em produtos e bens por ano, segundo Pereira, Sá e Freitas (2020).

Ainda que sejam cidades muito heterogêneas, elas possuem uma ligação muito profunda e antiga, que remonta desde a fundação dos povoados e vilarejos que viriam a se tornar as duas cidades.

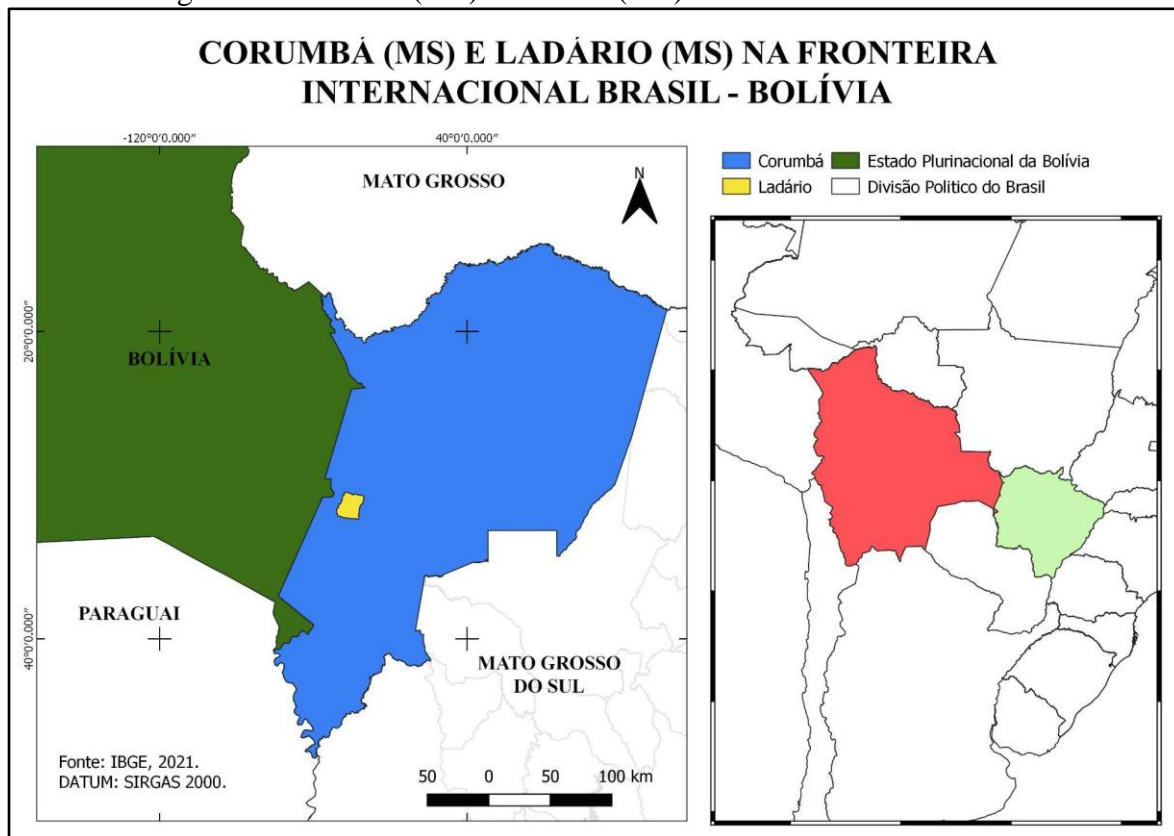
Um exemplo dessa conexão é a proximidade das fundações das duas cidades, em que Ladário vai ser fundada em 02 de setembro de 1778, quando se inicia o processo de povoamento da localidade com a construção de moradias e plantação de pequenas lavouras a mando do então governador da Capitania do Mato Grosso, o Capitão-General Luis Alvares de Melo Pereira e Cáceres (JUNQUEIRA, 2023).

A intencionalidade principal do governador da Capitania do Mato Grosso para a criação de Ladário era ser ponto de apoio para a fundação de Corumbá. O vilarejo que viria a se tornar a cidade de Corumbá foi fundado em 21 de setembro de 1778, quando a expedição militar reivindicou a região para Coroa Portuguesa (JUNQUEIRA, 2023).

Em virtude dessa característica peculiar quanto ao processo de suas fundações, elas estiveram ligadas por quase dois séculos, quando em meados do século XX, a cidade de

Ladário conquista sua emancipação, promulgada pelo governador do estado do Mato Grosso, Fernando Corrêa da Costa (SENA, 2017).

Figura 7 - Corumbá (MS) e Ladário (MS) na Fronteira Brasil-Bolívia



Fonte: Autoria própria (2022)

No que se referem aos contextos geográficos, as duas cidades são extremamente diferentes (Figura 7). Ruckert, Sena e Oliveira (2021) explanam essa divergência quando explicam que

Corumbá e Ladário são duas cidades distintas na extensão territorial e no aspecto demográfico. A primeira possui um território de 64.438,363 km<sup>2</sup> habitado por uma população que em 2019 foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 111.435 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 1,60 hab/km<sup>2</sup>. Ladário, por sua vez, possui um território de 354,255 km<sup>2</sup> e uma população que em 2019 foi estimada em 23.331 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 57,57 hab/km<sup>2</sup>. Considerando as variáveis (i) extensão territorial, (ii) população absoluta e (iii) densidade demográfica, é fácil perceber que as duas cidades são diferentes. No entanto, apesar de importantes, as variáveis supracitadas não anulam a possibilidade de pensarmos a história de Corumbá e Ladário a partir de uma escala geográfica mais ampla – uma escala regional (RUCKERT, SENA E OLIVEIRA, 2021, p. 11).

As duas cidades tiveram o seu apogeu econômico e social, principalmente após o fim da Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai (1864-1870), quando a navegação e o comércio internacional através do Rio Paraguai possibilitaram um contato maior ávido da região com o restante da bacia platina e, conseqüentemente, com o litoral brasileiro e a Europa (PEREIRA E SENA, 2021). Além desse fato, há a transferência do Arsenal da Marinha de Cuiabá para a cidade de Ladário, permitindo um desenvolvimento econômico, militar e social da região.

O professor Dr. Divino Marcos Sena, em sua tese de doutorado, explica que

[...] os navios partiam do porto de Corumbá em direção ao Estuário do Prata com destino ao Rio de Janeiro e Europa, fazendo escalas em diversos portos nacionais. As transformações sentidas em Corumbá fizeram parte da dinâmica do capitalismo, com a mundialização da economia (SENA, 2017, p. 48).

Ainda sobre esse período de exponencial crescimento econômico da cidade de Corumbá, Pereira e Sena (2021) explicitam que

Corumbá foi uma das localidades que mais se beneficiou com os investimentos do governo imperial, assumindo papel importante no cenário nacional, principalmente por sediar uma Base Naval brasileira. Medidas como a liberação do imposto de importação através do porto de Corumbá e a reabertura da navegação ajudaram a impulsionar a economia de Mato Grosso. Gradativamente, a economia da localidade foi se desenvolvendo, comerciantes foram atraídos e estabeleceram suas casas comerciais. As relações socioeconômicas atingiram patamares antes não alcançados, inserindo Corumbá como principal entreposto comercial de Mato Grosso (PEREIRA E SENA, 2021, p. 29).

Desta forma, o processo de urbanização das cidades de Corumbá e Ladário foi fundamentado, sendo polo de atração para inúmeros imigrantes de outras regiões do Brasil em busca de melhores oportunidades e condições de vida, além de receber estrangeiros oriundos de outros países do continente, principalmente bolivianos e paraguaios.

Diante disso, Schahib Hany (2005) explica o processo de urbanização das cidades de Corumbá e Ladário sob a seguinte ótica

O processo de urbanização vem sofrendo os impactos do sistema produtivo, e a cada década que passa sistematicamente vem se ajustando estruturalmente ao modelo do sistema social. Aliada à situação de ruptura do desenvolvimento econômico local, a população rural vem engrossando a população da periferia onde a desigualdade social é flagrante, diante da exclusão a que é submetida, na marginalidade e na miséria. Cabe mencionar a grave situação das comunidades nativas que se encontram na periferia da cidade, condicionadas à desestruturação econômica e social, com a perda do seu referencial cultural, religioso e étnico. Aliado a esse cenário, a população indígena tem suas terras devassadas pelo

poder dominante e encontram-se sem amparo político (SCHAHIB HANY, 2005, p. 100).

### 2.3.2 Caracterização de Germán Busch-Bolívia

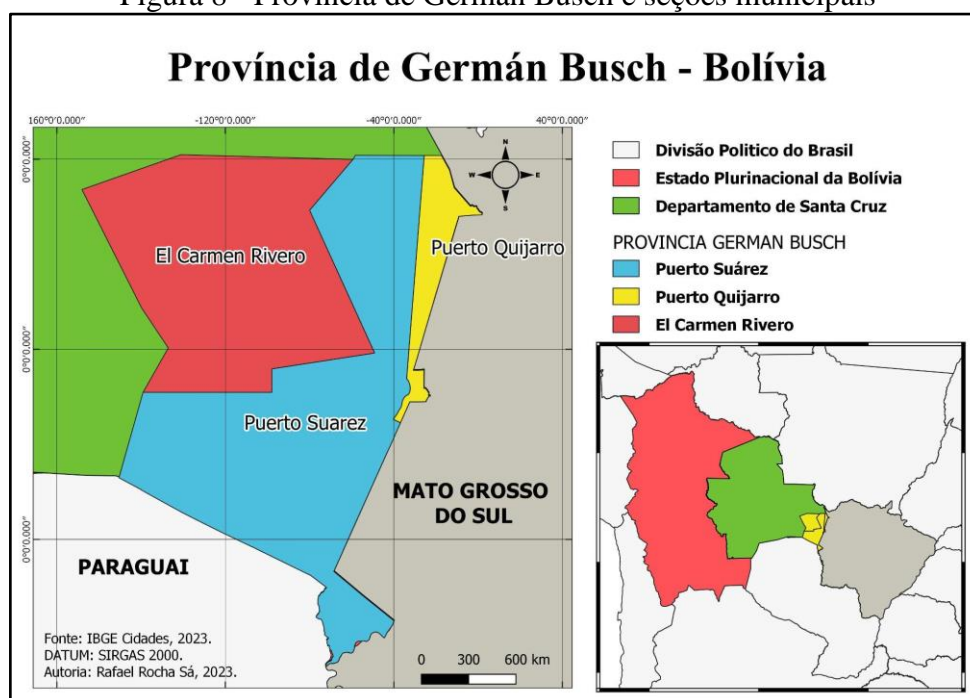
A província de Germán Busch é uma das 15 províncias do Departamento de Santa Cruz, possuindo uma faixa fronteiriça com a cidade de Corumbá de, aproximadamente, 385 km de fronteira seca – termo atribuído para limites que não possuem descontinuidades por corpos d'águas como rios, lagos ou quaisquer outros elementos naturais que determinem o espaço fronteiriço (HANY, 2005) –, possuindo a cidade de Santa Cruz de la Sierra como capital do departamento.

O Departamento de Santa Cruz possui um dos maiores contingentes populacionais do Estado boliviano, sendo o principal e mais bem desenvolvido departamento econômico do país (INE, 2020). Conforme descreve a autora Ângela Marques (2012), o Departamento de Santa Cruz tem suas atividades econômicas fundamentadas em

Santa Cruz destaca-se nas atividades do setor primário participando com 43% do PIB nacional, alicerçada na cultura de produtos agrícolas industriais (soja, cana-de-açúcar) e em produtos não-industriais, além da pecuária; na indústria de transformação mais de 35% da produção são de alimentos, do processamento de insumos primários (vinculados a um forte setor agroindustrial) e do refino de petróleo (MARQUES, 2012 pág. 297).

A província de Germán Busch faz divisa internacional com a cidade de Corumbá, sendo suas seções municipais as cidades de Puerto Quijarro e Puerto Suarez. Além disso, existe o núcleo urbano de Arroyo Concepción, que administrativamente pertence à cidade de Puerto Quijarro, distante a cinco quilômetros de Corumbá, com ingresso diário e constante de pessoas e mercadorias entre as cidades dos dois países na faixa de fronteira (MARQUES, 2012) (Figura 8).

Figura 8 - Província de Germán Busch e seções municipais



Fonte: INE - BO, 2023.

Ainda segundo Marques (2012, p. 297), também integra “a Província de Germán Busch a seção municipal de Carmem Rivero Torrez, pequeno núcleo urbano que vem sofrendo decréscimo populacional e de pouca influência econômica, social e cultural”.

Puerto Suárez tem sua fundação datada em 10 de novembro de 1875, às margens da baía de Cáceres, por Miguel Suarez Arana. Ele está localizado a 590 quilômetros a leste da capital provincial, Santa Cruz. Atualmente tem contingente populacional muito diminuto, tem boa parte da sua população economicamente ativa empregada em atividades agropastoris de subsistência e comércio (SILVA, 2012).

Sobre as características geográficas de Puerto Suárez, Silva (2012, p. 23) explicita que

Puerto Suárez está ligado a San José de Chiquitos e Santa Cruz de la Sierra, para o oeste, e Brasil, ao leste rodoviário. Tem um aeroporto servido por várias companhias. No início do século XX foi a principal porta hidrográfica da Bolívia. A cidade está a poucos quilômetros da reserva de ferro no Mutún, uma das maiores do mundo e que tem gerado grandes expectativas para o crescimento na região do Pantanal boliviano (SILVA, 2012, p. 23).

Quando comparado com a fundação de Puerto Suarez, o município de Puerto Quijarro é bastante recente e jovem. A cidade foi criada em 30 de setembro de 1997, pela Lei nº1.263, sendo a segunda seção municipal da província de Germán Busch. Sua

conexão com a capital do Departamento é realizada por via férrea e uma estrada que se torna intrafegável em períodos chuvosos (MARQUES, 2012).

O município possui um plano de ocupação do território pautado na participação popular, que definiu como estratégia de ordenamento territorial, o assentamento da população urbana ao longo da rodovia que liga Puerto Suárez, Puerto Quijarro e Corumbá, além do uso de estradas e avenidas vicinais que permitam um acesso fácil para a comercialização (venda da produção agrícola e compra de insumos) e próximo à fronteira (MARQUES, 2012).

Puerto Quijarro é a cidade boliviana mais próxima na fronteira Brasil-Bolívia no Mato Grosso do Sul, sendo considerada cidade-gêmea com a cidade de Corumbá. Considera-se cidades gêmeas aglomerados urbanos localizados em pares ao longo de divisa internacional de uma nação que “apresentam uma paisagem específica e uma dinâmica própria a sua localização junto ao limite internacional; geradas por intensas trocas culturais, econômicas e sociais entre Estados nacionais, assim como conflitos advindos das diferenças políticas, culturais (SILVA, 2012, p. 7).

As cidades de Corumbá e Puerto Quijarro possuem um ambiente de forte e abundante trocas comerciais e culturais, que também engloba ainda as relações com Puerto Suárez, mesmo estando localizada a 15 quilômetros da fronteira. Segundo Gomes (2021, p. 218),

Existe uma aduana entre Brasil e Bolívia, com fiscalização em ambos os lados, mas o trânsito de pedestres e automóveis é livre. A população boliviana, constantemente e sem qualquer restrição, atravessa a fronteira em busca de trabalho ou para utilizar serviços na área de educação e saúde (GOMES 2021, p. 218).

## **CAPÍTULO II – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ EM TEMPOS DE PANDEMIA**

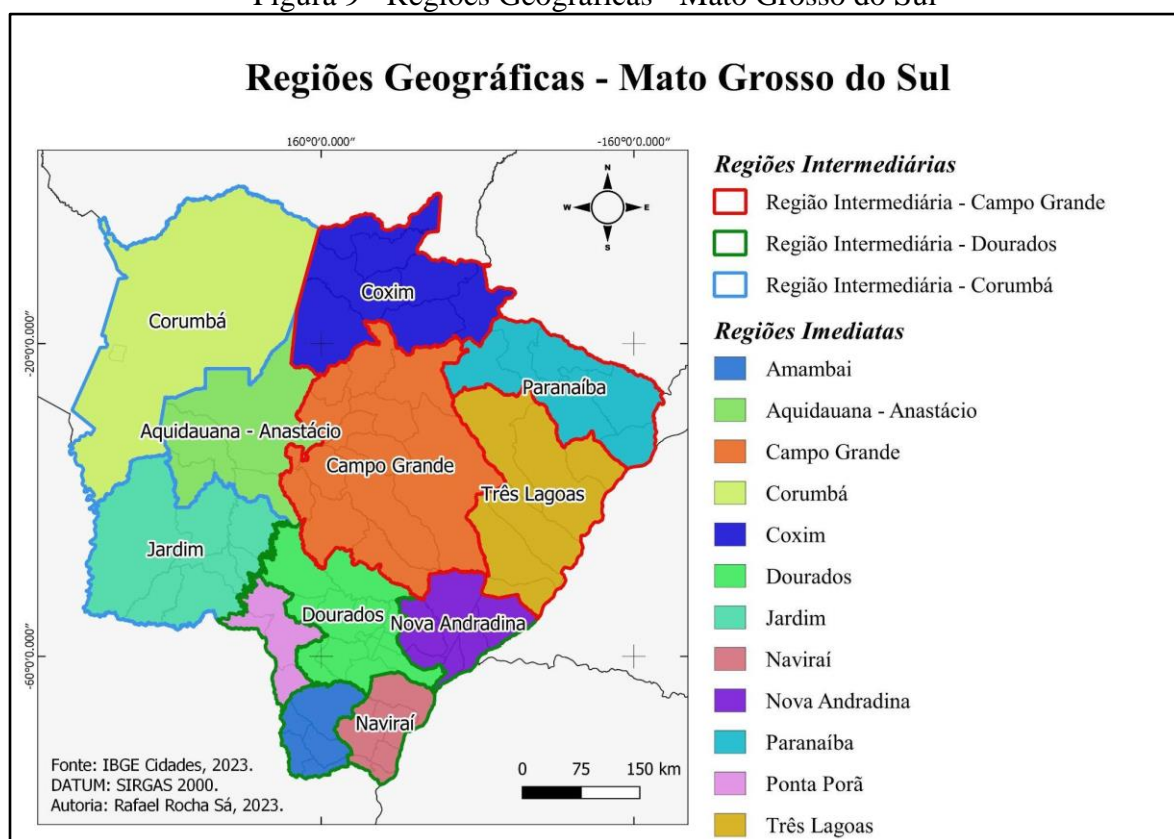
O Mato Grosso do Sul é uma das unidades federativas do Brasil mais recentes, sendo criado em 11 de outubro de 1977, quando foi separado do estado de Mato Grosso pela Lei Complementar nº 31/1977, assinada pelo então presidente General Ernesto Geisel. A cisão efetiva do desmembramento com o Mato Grosso ocorreu somente em janeiro de 1979, com a criação do governo do novo Estado e tendo como sua capital a cidade de Campo Grande (MATO GROSSO DO SUL, 2016).

A sua dimensão territorial é de 357.194,96 km<sup>2</sup>, que corresponde a, aproximadamente, 22% do território da região Centro-Oeste e alcançando o posto de sexto maior estado brasileiro, possuindo uma área equivalente a países como a Alemanha (IBGE, 2023).

Em seus limites territoriais ao norte estão os estados Goiás e Mato Grosso; ao sul faz divisa com o Paraguai e com o estado do Paraná; ao leste limita-se com Minas Gerais e com o estado de São Paulo, e a oeste faz fronteira internacional com o Paraguai e Bolívia, possuindo 79 municípios distribuídos em 12 regiões geográficas imediatas e 3 regiões geográficas intermediárias, segundo a divisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) (Figura 9).



Figura 9 - Regiões Geográficas - Mato Grosso do Sul



Organização: Autoria própria, 2023.

Conforme divulgado pelo Censo 2022 (IBGE, 2022), a população estimada do Mato Grosso do Sul é de 2.756.700 habitantes, possuindo uma densidade demográfica muito baixa de, aproximadamente, 7,72 habitantes por quilômetro quadrado. A maior parte da população do estado concentra-se na capital de Campo Grande com 897.283 habitantes, representando 32% da população existente no estado. Além dessa, as cidades com os maiores contingentes populacionais são: Dourados com 243.368 habitantes, Três Lagoas com 132.152 habitantes e Corumbá possuindo 96.268 habitantes registrados em seu território. Juntas, essas quatro cidades representam o equivalente a 50% de toda população sul-mato-grossense.

### 3.1 A Macrorregião de Saúde de Corumbá

O Mato Grosso do Sul foi um dos estados pioneiros da Federação em firmar e celebrar o Pacto pela Saúde com 100% dos municípios, em abril de 2007 (MATO

GROSSO DO SUL, 2016). Desta forma, planejou-se a implantação do plano Diretor de Regionalização, que por sua vez, foi (re)visto e (re)desenhado para atender as especificidades e condições de acesso e ofertas de serviços de saúde de cada localidade, sendo este trabalho desenvolvido com a participação presencial de todos os gestores municipais de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

A regionalização da saúde no Mato Grosso do Sul foi estabelecida tendo como referencial “o planejamento de redes de atenção em que possuem densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde” (MATO GROSSO DO SUL, 2020). Essa organização regionalizada permite também a criação de espaço de articulação para gerenciamento do sistema de saúde, conforme regulamenta as diretrizes do SUS. Segundo o Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (2019) a “noção de rede regionalizada de atenção à saúde pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento”.

A descentralização da saúde no estado do Mato Grosso do Sul acompanhou os princípios traçados pelo Ministério da Saúde. Essa organização está baseada em analisar os índices e indicadores de saúde no estado, compreendendo os avanços e processos de melhoria propostos pela secretaria estadual.

Ainda que o Mato Grosso do Sul tenha se destacado pelo planejamento regional e pela qualificação das regiões de saúde, isso não representa que o sistema de saúde do estado não possua déficits e problemas estruturais que precisam de correções e de ajustes. A própria Secretaria Estadual 2016-2019 (2015) reconhece essas falhas quando explana que

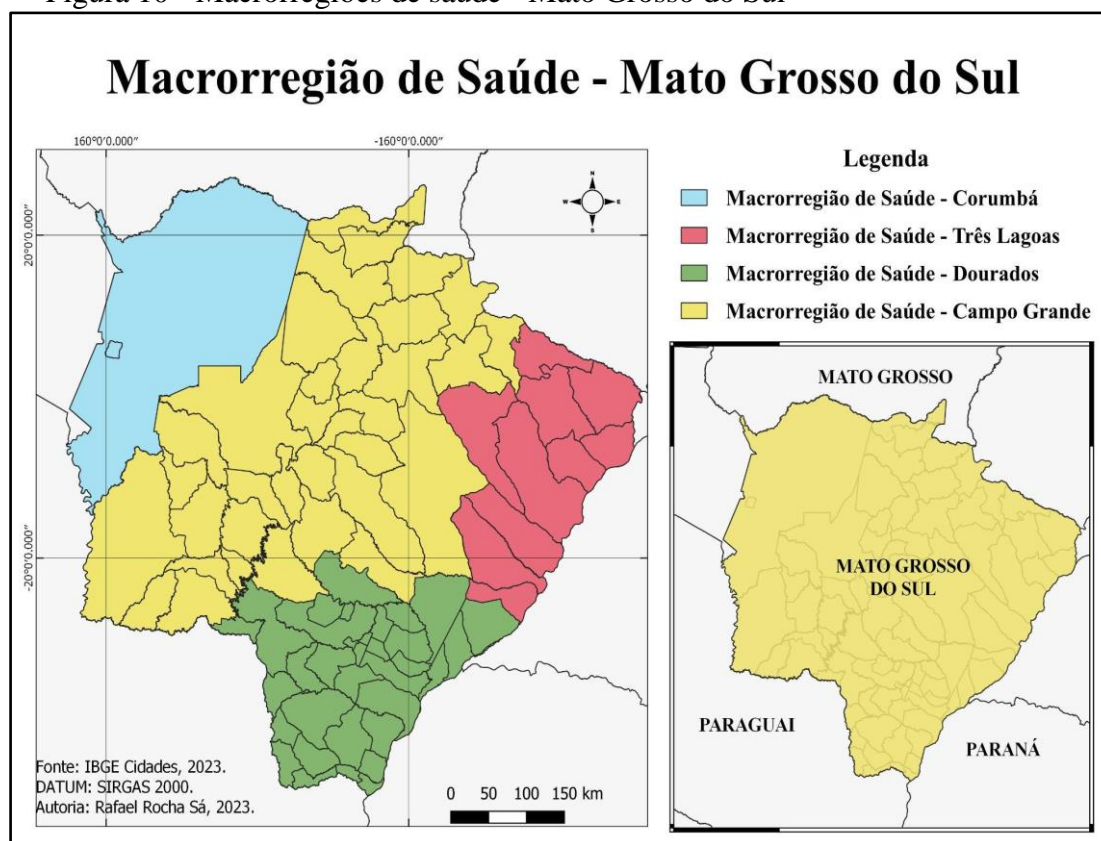
Muitos avanços contribuíram para a melhoria e organização do sistema de saúde nos municípios do Mato Grosso do Sul. Entretanto, não foram suficientes para a qualificação e consolidação da autonomia das regiões de saúde para o exercício pleno da governança regional, portanto, não se materializando em garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, em tempo oportuno, com a qualidade esperada, e mais próximo de sua residência (MATO GROSSO DO SUL, 2015, p. 104).

A Macrorregião de Saúde de Corumbá é uma das 4 macrorregiões de Saúde distribuídas pela Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, com o aval do Ministério da Saúde. Essas macrorregiões ainda sofrem subdivisões que não serão

exploradas nesse primeiro momento por não serem pertinentes à análise e ao estudo proposto.

A divisão do Estado ocorreu em virtude das características regionais e das particularidades locais existentes em cada macrorregião de Saúde (Figura 10).

Figura 10 - Macrorregiões de saúde - Mato Grosso do Sul



Organização: Autoria própria, 2023.

As macrorregiões de Saúde do Mato Grosso estão divididas em:

- Macrorregião de Saúde de Campo Grande: é a maior e mais extensa macrorregião do estado, possuindo 34 municípios e 4 microrregiões de Saúde (Quadro 1).
- Macrorregião de Saúde de Dourados: segunda maior macrorregião de Saúde, contendo 32 municípios e 4 microrregiões de Saúde (Quadro 2).
- Macrorregião de Saúde de Três Lagoas: dispõe de 11 municípios, integrando a macrorregião e tendo 2 microrregiões (Quadro 3).
- Macrorregião de Corumbá: menor macrorregião de Saúde, possuindo apenas as cidades de Ladário e Corumbá integradas (Quadro 4).

Quadro 1 - Relação de Municípios da Macrorregião de Saúde / Campo Grande

Municípios	Estabelecimentos de Saúde Rede SUS (número por município)	Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	População no último censo (n° hab.)
Anastácio	14 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	24.107
Aquidauana	35 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	46.803
Bodoquena	9 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	8.567
Dois Irmãos do Buriti	14 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	11.100
Miranda	15 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	25.536
Nioaque	8 estabelecimentos	Campo Grande	Aquidauana	13.220
Bandeirantes	4 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	7.940
Camapuã	6 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	13.583
Campo Grande	123 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	897.938
Chapadão do Sul	8 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	30.993
Corguinho	2 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	4.783
Costa Rica	8 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	26.037
Figueirão	2 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	3.539
Jaraguari	3 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	7.139
Maracaju	13 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	45.047
Nova Alvorada do Sul	8 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	21.822
Paraíso das Águas	0 estabelecimento	Campo Grande	Campo Grande	5.510
Ribas do Rio Pardo	8 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	23.150
Rio Negro	2 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	4.841
Rochedo	2 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	5.199
São Gabriel do Oeste	13 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	29.579
Sidrolândia	18 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	47.118
Terenos	5 estabelecimentos	Campo Grande	Campo Grande	17.638
Alcinópolis	3 estabelecimentos	Campo Grande	Coxim	4.537
Coxim	11 estabelecimentos	Campo Grande	Coxim	32.151
Pedro Gomes	5 estabelecimentos	Campo Grande	Coxim	6.941
Rio Verde de Mato Grosso	15 estabelecimentos	Campo Grande	Coxim	19.818
Sonora	5 estabelecimentos	Campo Grande	Coxim	14.516

Bela Vista	9 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	21.613
Bonito	10 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	23.659
Caracol	4 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	5.036
Guia Lopes da Laguna	7 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	9.939
Jardim	12 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	23.981
Porto Murinho	7 estabelecimentos	Campo Grande	Jardim	12.859
TOTAL DE ESTABELECIMENTOS	498 estabelecimentos		TOTAL DE HABITANTES	1.496.239

Fonte: IBGE Cidades (2023)

Quadro 2 - Relação de Municípios da Macrorregião de Saúde / Dourados

Municípios	Estabelecimentos de Saúde Rede SUS (número por município)	Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	População no último censo (nº hab.)
Caarapó	16 estabelecimentos	Dourados	Dourados	30.612
Deodópolis	8 estabelecimentos	Dourados	Dourados	13.663
Douradina	7 estabelecimentos	Dourados	Dourados	5.578
Dourados	67 estabelecimentos	Dourados	Dourados	243.368
Fátima do Sul	11 estabelecimentos	Dourados	Dourados	20.609
Glória de Dourados	6 estabelecimentos	Dourados	Dourados	10.444
Itaporã	7 estabelecimentos	Dourados	Dourados	24.137
Jateí	5 estabelecimentos	Dourados	Dourados	3.586
Laguna Carapã	5 estabelecimentos	Dourados	Dourados	6.799
Rio Brilhante	21 estabelecimentos	Dourados	Dourados	37.601
Vicentina	5 estabelecimentos	Dourados	Dourados	6.336
Eldorado	8 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	11.386
Iguatemi	11 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	13.796
Itaquiraí	12 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	19.433
Japorã	6 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	8.148
Juti	4 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	6.729
Mundo Novo	8 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	19.193
Naviraí	23 estabelecimentos	Dourados	Naviraí	50.457
Anaurilândia	6 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	7.653
Angélica	5 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	10.729

Batayporã	8 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	10.712
Ivinhema	10 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	27.821
Nova Andradina	19 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	48.563
Novo Horizonte do Sul	5 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	4.721
Taquarussu	6 estabelecimentos	Dourados	Nova Andradina	3.625
Amambai	16 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	39.325
Antônio João	5 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	9.303
Aral Moreira	7 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	10.748
Coronel Sapucaia	7 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	14.161
Paranhos	9 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	12.921
Ponta Porã	21 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	92.017
Sete Quedas	5 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	10.994
Tacuru	6 estabelecimentos	Dourados	Ponta Porã	10.808
TOTAL DE ESTABELECEMENTOS	365 estabelecimentos		TOTAL DE HABITANTES	845.976

Fonte: IBGE Cidades (2023)

Quadro 3 - Relação de Municípios da Macrorregião de Saúde / Três Lagoas

Municípios	Estabelecimentos de Saúde Rede SUS (número por município)	Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	População no último censo (n° hab.)
Aparecida do Taboado	11 estabelecimentos	Três Lagoas	Paranaíba	27.674
Cassilândia	22 estabelecimentos	Três Lagoas	Paranaíba	20.988
Inocência	4 estabelecimentos	Três Lagoas	Paranaíba	8.404
Paranaíba	18 estabelecimentos	Três Lagoas	Paranaíba	40.957
Água Clara	10 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	16.741
Bataguassu	11 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	23.031
Brasilândia	8 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	11.579
Santa Rita do Pardo	4 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	7.027
Selvíria	11 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	8.142
Três Lagoas	32 estabelecimentos	Três Lagoas	Três Lagoas	132.152
TOTAL DE ESTABELECEMENTOS	138 estabelecimentos		TOTAL DE HABITANTES	296.695

Fonte: IBGE Cidades (2023)

Quadro 4 - Relação de Municípios da Macrorregião de Saúde / Corumbá

Municípios	Estabelecimentos de Saúde Rede SUS	Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	População no último censo (n° hab.)
------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------------

	(número por município)			
Corumbá	39 estabelecimentos	Corumbá	Corumbá	96.268
Ladário	4 estabelecimentos	Corumbá	Corumbá	21.522
TOTAL DE ESTABELECIMENTOS	43 estabelecimentos		TOTAL DE HABITANTES	117.790

Fonte: IBGE Cidades (2023)

A Secretaria Estadual de Saúde justifica que essa regionalização, conforme descreve o Plano de Saúde do Mato Grosso do Sul 2020-2023 (2020),

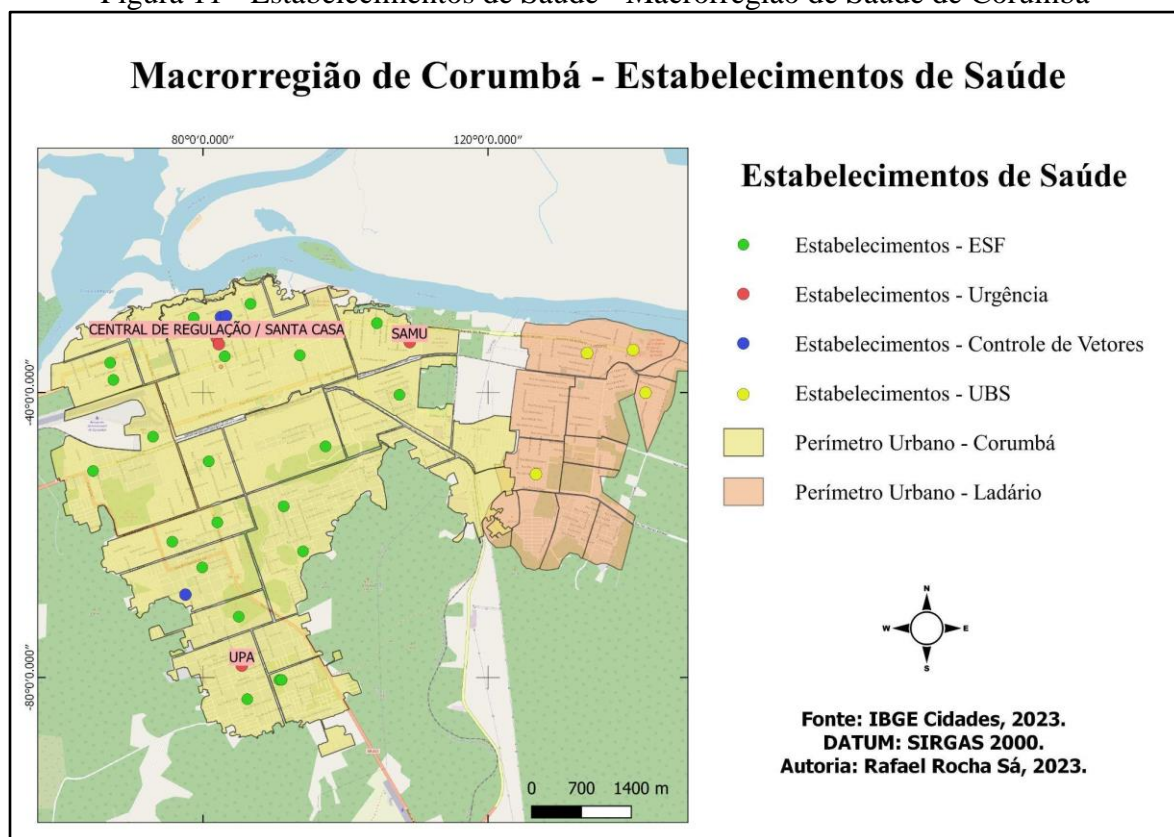
[...] foi construída a partir do estabelecimento do modelo assistencial do Estado, que propõe a descontração de recursos tecnológicos e redução de grandes deslocamentos impostos aos usuários para outras regiões de saúde, considerando o movimento natural das populações em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

A Macrorregião de Corumbá é composta de 2 municípios na costa oeste do estado, na fronteira com a Bolívia. Segundo as expectativas da Secretaria Estadual, a Macrorregião de Corumbá possui uma taxa de cobertura de atendimento na rede SUS superior a 80% da população (Tabela 2), que evidencia a importância do Sistema SUS para a população corumbaense e ladareense. Evidente que nesse dado, não são levados em consideração, e nem mensurados, os atendimentos realizados às populações de Puerto Quijarro, Puerto Suarez e outros cidadãos estrangeiros que entram no Brasil por Corumbá.

Dentre os estabelecimentos de saúde disponíveis na macrorregião, Corumbá detém a maior e mais especializada rede de atendimento em saúde para a população, possuindo 39 estabelecimentos, enquanto Ladário possui apenas 4 estabelecimentos.

A distribuição espacial da rede de saúde pela Macrorregião de Corumbá concentra os estabelecimentos na região central da cidade de Corumbá, que permite uma interlocução e comunicação dentro da rede de saúde mais ágil, permitindo uma melhor gestão das ações de saúde pública. Em alguns casos, um único imóvel funciona até quatro programas de saúde de atendimento a população, como, por exemplo, o edifício da Ladeira Cunha e Cruz, que aglomera uma unidade básica de Saúde (UBS), o Centro de Imunização Municipal, programa de atendimento e assistência à população em situação de rua, além do programa de atendimento aos Povos das Águas, que realiza ações de promoção de cidadania às comunidades ribeirinhas existentes ao longo do Rio Paraguai.

Figura 11 - Estabelecimentos de Saúde - Macrorregião de Saúde de Corumbá



Organização: Autoria própria, 2023.

As unidades da rede SUS existentes em Corumbá estão distribuídas e classificadas em: 27 unidades de Estratégia em Saúde Familiar (ESF), 4 unidades de urgência e emergência (Pronto-Socorro, Central de Regulação/Santa Casa, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – e Unidade de Pronto Atendimento - UPA), 3 unidades de controle de vetores (Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária) e 2 programas em promoção de Saúde (Consultório de Rua e Programa de Imunização) (CORUMBÁ, 2023).

Ressalta-se que as unidades de atendimento de urgência e emergência, apenas a Associação Beneficente de Corumbá – Santa Casa de Misericórdia possui capacidade física e tecnológica para realização de atendimentos de média e alta complexidade para realização de atendimentos à população corumbaense. Isto é fruto de uma parceria público-privada da prefeitura de Corumbá e do governo estadual com a instituição para aumentar a capacidade e a rede de atendimento de urgência e emergência na macrorregião (Tabela 2).



A rede pública de Saúde de Ladário é mais modesta, principalmente, pela dependência de infraestrutura física, recursos financeiros e humanos que possui em relação às instalações existentes em Corumbá. Todas as instalações de serviço de saúde são Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em 4 bairros na cidade (UBS Centro, UBS Joaquim Faria e Costa, UBS Romeu Albaneze e UBS Erico Valle Loaiza).

O município não possui nenhuma unidade de urgência e emergência, tendo a população ladarense que recorrer a infraestrutura de Corumbá em busca de atendimento em casos graves. Para atenuar a situação, a administração municipal utiliza a UBS Joaquim Faria e Costa para realização de atendimentos médicos em casos de pequena gravidade.

Tabela 2 - Parâmetros para Cálculo da Região de Saúde de Corumbá

Informações Básicas Para Cálculo Dos Parâmetros Região De Saúde De Corumbá	
(1) População regional (IBGE, CENSO 2016)	131.522
(2) População beneficiária de plano de saúde (ANS, 2016)	20.419
(3) População coberta exclusivamente pelo SUS ((1) - (2))	111.103
TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	84,47%

Fonte: Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul, 2015.

Organização: Coordenação de Atenção Básica - MS

Conforme observa-se nos quadros das macrorregiões de Saúde do Mato Grosso do Sul, a macrorregião de Corumbá é a menor e com o menor número de estabelecimentos de atendimento à população, uma vez que a Secretaria Estadual renega ou negligencia a condição fronteiriça da cidade e suas particularidades quanto aos atendimentos realizados a população residente na faixa de fronteira Brasil-Bolívia. Conforme argumenta a Secretaria Estadual em seu Plano Estadual de Saúde (2020, pp. 174; 184), a diminuta quantidade de estabelecimentos em saúde em Corumbá acontece, uma vez que

Trata-se de uma região de grande extensão territorial o que dificulta a integração regional com municípios e até mesmo nas áreas urbanas e rurais de cada um destes. [...] A Macrorregião de Corumbá destaca-se por possuir o menor número de municípios, apenas dois, Corumbá e Ladário. E, por causa disto, também possui o menor número de estabelecimentos cadastrados (MATO GROSSO DO SUL, 2020, pp. 174; 184).

### 3.2 A pandemia da Covid-19 na Macrorregião de Saúde de Corumbá

Quando a Organização Mundial de Saúde decretou a Pandemia da Covid-19, muito pouco sabia-se sobre o patógeno e os tratamentos adequados para combater a doença. Dessa forma, o novo Coronavírus, conforme foi nomeado SARS-CoV-2, apresentou ao mundo o impacto de uma pandemia não vista no globo desde a gripe espanhola no início do século XX. Em virtude da elevada letalidade, da altíssima transmissibilidade e da ausência de medicamentos e de vacinas eficazes para o tratamento, a síndrome teve implicações severas em todo o globo. Na macrorregião de Corumbá, isso não foi diferente.

Num primeiro momento, a administração municipal conseguiu frear o avanço da doença na região, mesmo com as fragilidades existentes na cidade. Conforme explana a profa. Dra. Elisa Pinheiro de Freitas (2020), coordenadora da pesquisa “Análise Espacial da Covid-19 em Corumbá e Ladário<sup>3</sup>”, a cidade de Corumbá apresenta que

possui variáveis geográficas que colocavam a cidade numa situação muito complexa de fragilidade porque, do ponto de vista do sítio urbano, são 110 mil habitantes em 30 km quadrados em Corumbá, ou seja, o munícipe percorre a cidade muito rapidamente (FREITAS, 2020).

Com isso, era necessário tomada de decisões que protegessem a população do contágio e da proliferação do vírus para salvaguardar os sistemas de saúde do município. Seguindo as recomendações dadas pelo Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, a prefeitura de Corumbá publicou o decreto municipal nº 2.263, em 16 de março de 2020 (DO - CORUMBÁ, 2020).

Dentre as medidas adotadas inicialmente pela prefeitura de Corumbá, baseadas no decreto municipal, Pereira, Sá e Freitas (2020) explanam que

[...] a prefeitura de Corumbá-MS (2020) tem tomado medidas preventivas – como o isolamento social, obrigatoriedade do uso de máscaras pelos munícipes, proibição de pessoas em locais públicos, toque de recolher, horário de funcionamento do comércio, bem como monitoramento de casos pela Vigilância Epidemiológica. Os supermercados, farmácias, clínicas médicas e postos de combustíveis poderiam funcionar além do horário estipulado. A suspensão de feiras livres, no Artigo 3.º, por um período de 30 dias, evitando a circulação de pessoas nas regiões de fronteira com a Bolívia e com Ladário. A suspensão do

<sup>3</sup> Pesquisa financiada pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, que tinha como finalidade ofertar às autoridades públicas municipais de Corumbá e Ladário produtos cartográficos que mostrassem, espacialmente, a concentração dos casos da Covid-19 na região, bem como a dispersão da doença no sítio urbano das cidades. Projeto coordenado pela Profa. Dra. Elisa Pinheiro de Freitas, docente do curso de Geografia e Mestrado em Estudos Fronteiriços - Campus Pantanal (UFMS). Ver em: <https://www.ufms.br/analise-espacial-aponta-localizacao-dos-casos-de-covid-19-em-corumba-e-ladario/>.

passse livre, fazendo com que os idosos não utilizassem sem necessidade o transporte coletivo. Na entrada do município, uma barreira sanitária foi montada para que pessoas vindas de outras cidades fossem monitoradas, evitando a proliferação do vírus (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020 pág. 6).

Essas ações prematuramente mostraram-se efetivas, uma vez que o primeiro caso da doença na cidade viria a ser confirmado apenas 27 dias depois da publicação da lei. Inicialmente, o primeiro caso confirmado de Covid-19 na macrorregião de Corumbá foi um caso importado, de um munícipe que teve contato com um caminhoneiro vindo de São Paulo que estava em direção a Santa Cruz/Bolívia (CORUMBÁ, 2020).

Contudo, essas ações não foram suficientes para conter a avalanche de casos confirmados, o exponencial número de óbitos entre a população e as sobrecargas vivenciadas pelo sistema de saúde municipal.

O histórico do avanço dos casos de Covid em Corumbá tornou necessária as adequações na infraestrutura dos hospitais da cidade. As reformas ocorridas foram principalmente na adequação elétrica para o funcionamento de ventiladores mecânicos, fundamentais no tratamento dos casos graves de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Além disso, as obras de reestruturação consistiram na ampliação das áreas destinadas às Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e das alas dos leitos clínicos.

Essa reorganização hospitalar permitiu com que a Macrorregião de Corumbá ampliasse sua capacidade de leitos hospitalares. Anterior ao período da pandemia, em virtude das características peculiares descritas sobre a Macrorregião de Corumbá, esse local possuía apenas 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 12 leitos clínicos distribuídos entre a Santa Casa de Misericórdia e o Pronto Socorro Municipal.

Contudo, com o decorrer da pandemia e com o aumento do número de casos e de internações, esses leitos precisaram de novas ampliações e novas estratégias foram adotadas. Com isso, escalonou-se os atendimentos na cidade com a finalidade de impedir que todos os cidadãos que necessitassem de atendimento se direcionassem exclusivamente para os pontos de atendimento de urgência e emergência.

A estratégia definida pela Secretaria Municipal de Saúde, para atender os possíveis infectados, teve como princípio a própria rede de saúde existente no município e sua capacidade física e profissional na prestação dos serviços de saúde. Quando o cidadão sentia os primeiros sintomas da doença, ele deveria procurar as unidades de Estratégia de

Saúde Familiar (ESF) para a realização do teste da Covid, assim como receber as indicações de tratamento pela equipe médica.

Caso essa pessoa apresentasse sintomas mais fortes, principalmente, com dificuldade para respirar e cansaço excessivo, esse infectado deveria ser encaminhado para a UPA, receber cuidados médicos e ficar sob observação clínica dos seus indicadores de saúde. Quando esse paciente apresentava uma piora no seu estado clínico, ele era remanejado para a Santa Casa ou Pronto Socorro para ser internado em uma das alas de terapia intensiva existentes nos hospitais.

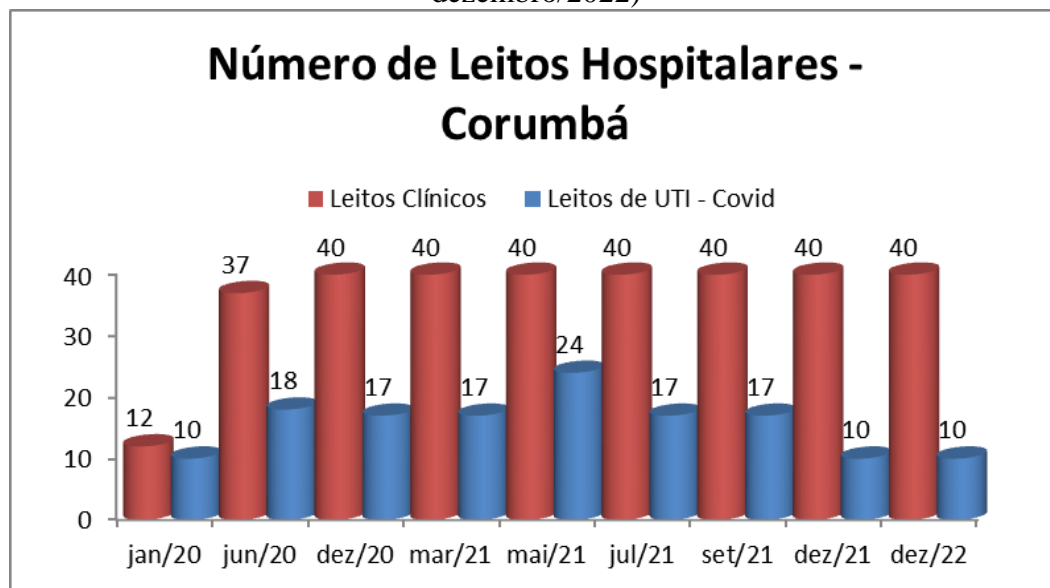
Evidentemente esse era o cenário ideal e quase utópico, tendo em vista que todo cidadão que precisasse de cuidados médicos seria atendido e acompanhado em vários níveis dentro da rede municipal de saúde. Entretanto, isso não aconteceu na prática. Seja pela fragilidade da infraestrutura de atendimento e acompanhamento médico da Secretaria de Saúde, tendo em vista que não há recursos financeiros, físicos, além de pessoal para acompanhar com a atenção necessária a grande quantidade de casos confirmados e número de internações que costumeiramente a cidade de Corumbá possuía.

Além disso, há os casos em que a própria população não procurava a rede de saúde pública para buscar atendimento e orientação, negligenciando sua própria saúde e a das pessoas com quem convivia. Em alguns casos, essas pessoas somente buscavam atendimento quando os sintomas já estavam em estágio muito avançado de severidade.

Com o avanço e as necessidades impostas pela pandemia, esse número de leitos hospitalares precisou ser ampliado para o atendimento da população. Inicialmente, foram construídos mais leitos clínicos e de terapia intensiva exclusiva para Covid-19 no Pronto Socorro e na Santa Casa, por serem instalações hospitalares adaptadas a esse tipo de instrumento hospitalar.

Além disso, foram construídos também leitos clínicos e leitos de retaguarda na UPA para desafogar as necessidades de leitos clínicos que surgiram na rede hospitalar. Somado a isto, foi construído e equipado, provisoriamente, um hospital de campanha na ESF ao lado da UPA para ampliar as possibilidades de atendimento e aumento do número de leitos de retaguarda na cidade.

Gráfico 2 - Evolução do número de leitos hospitalares em Corumbá (janeiro/2020 a dezembro/2022)



Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Organização: Autoria própria.

Nota-se que os números de leitos disponíveis variaram conforme o acúmulo de casos confirmados e a quantidade de internações cresceram ou decresceram (Gráfico 2). Percebe-se que, nos primeiros 18 meses de pandemia, a administração municipal buscou disponibilizar o máximo de leitos clínicos possíveis, com a finalidade de tratar o máximo de pacientes sem a necessidade de intubação e ventilação mecânica. Além disso, percebe-se que o número de leitos de terapia intensiva não foram ampliados e mantidos com a mesma intensidade que os leitos clínicos, vindo a serem reduzidos aos mesmos patamares anteriores à pandemia.

Isso justifica-se pelos custos necessários para manutenção desse tipo de equipamento para as contas públicas municipais que, em sua maioria, foi arcada pela Secretaria Municipal de Saúde. Segundo a Câmara Municipal de Corumbá (2021), dos 17 leitos de terapia intensiva existentes em março de 2021, os custos operacionais e de manutenção eram, em sua maioria, financiados pela prefeitura. Isso fica explícito em

Corumbá já foi contemplada com o valor de R\$ 480.000,00 e existe a previsão de recebimento de mais nove parcelas no mesmo valor, totalizando R\$ 4,8 milhões que deverão ser destinados ao custeio dos 10 leitos de terapia intensiva da Santa Casa que vinha sendo mantido integralmente pelo Município desde maio do ano passado. Até então, dos 17 leitos exclusivos para Covid-19, somente sete estavam habilitados junto ao Ministério da Saúde. É bom lembrar que o recurso será destinado para custeio dos 10 leitos, exceto as despesas com recursos humanos que permanecerá sob responsabilidade do município (CÂMARA MUNICIPAL DE CORUMBÁ, 2021).

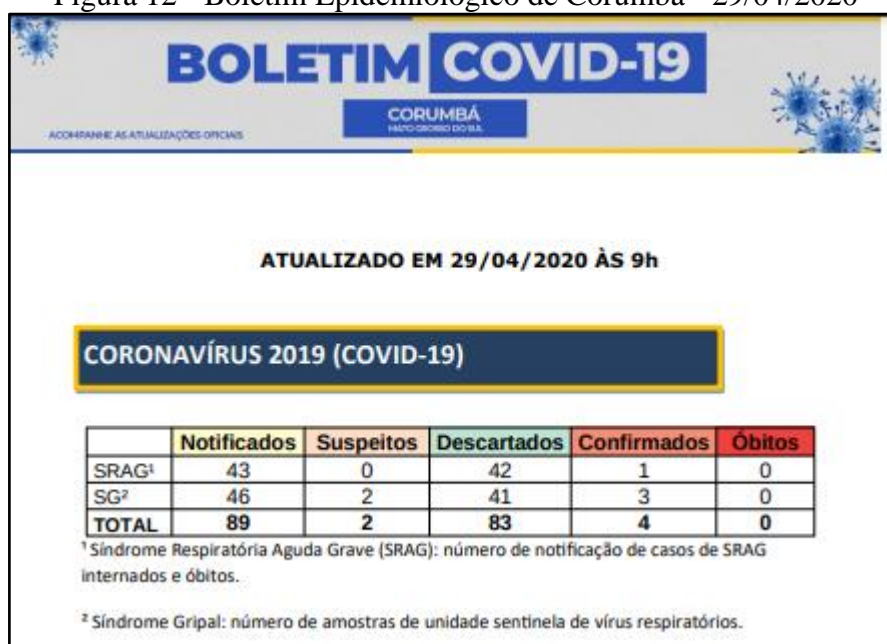
Ainda segundo a Câmara Municipal de Corumbá, a Associação Beneficente de Corumbá operou durante vários meses com déficit nas suas contas, causada, principalmente, pela falta de transferências de recursos estaduais e federais para atender as demandas da pandemia.

Dessa forma, percebe-se e reitera as fragilidades que a rede de saúde pública está constantemente exposta e, conseqüentemente, toda a população da fronteira Brasil-Bolívia, que por descaso, omissão ou desconhecimento das autoridades regionais e nacionais negligenciam a transferência de recursos cabíveis de atender as demandas existentes na faixa de fronteira, submetendo os habitantes fronteiriços e o próprio Sistema Único de Saúde a mais prejuízos.

### 3.2.1 Aspectos Gerais da Pandemia da Covid-19 em Corumbá

A prefeitura de Corumbá buscou, durante toda as fases da pandemia, informar sua população sobre a evolução dos casos de Sars-Cov-2 no município e os seus desdobramentos no cotidiano da população. O instrumento utilizado para realizar essa comunicação com os munícipes foi a publicação diária do Boletim Epidemiológico de Corumbá. Inicialmente, o Boletim Epidemiológico relatava apenas os casos confirmados e informava sobre as orientações e medidas preventivas para contenção da doença na rotina dos cidadãos (Figuras 12 e 13).

Figura 12 - Boletim Epidemiológico de Corumbá - 29/04/2020



Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Figura 13 - Boletim Epidemiológico de Corumbá – 29/04/2020

**MEDIDAS IMPORTANTES**

Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverão ser adotadas como medida não farmacológica:

- O isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.
- Considerar isolamento domiciliar voluntário de viajantes sem sintomas respiratórios por no mínimo 7 (sete) dias após chegada na cidade. Exceção áreas essenciais como saúde, segurança pública, abastecimento e transporte.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre, desde que seja confirmado por atestado médico.
- As pessoas com mais de 60 anos de idade, devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.
- Observância ao decreto municipal N2.269 de 21/03/2020 em relação ao toque de recolher diário das 20h as 04h.

Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Contudo, com o decorrer do tempo e da expansão dos casos notificados e com o número de internações e óbitos crescendo, esse boletim precisou ser mais bem qualificado para permitir que a cidade e seus habitantes conhecessem todas as nuances existentes no sistema de saúde municipal.

Dentre as informações acrescentadas no Boletim Epidemiológico, destaca-se a espacialização dos casos confirmados, número de internações e óbitos por bairro, além dos casos existentes nas comunidades rurais e ribeirinhas do município; estatísticas dos pacientes da Covid-19 (situação clínica, faixa etária de casos confirmados e óbitos, histórico de média móvel de casos confirmados, número de leitos disponíveis, etc.).

Dentro do período definido para ser analisado e investigado, a cidade de Corumbá acumulou mais de 75 mil notificações de possíveis casos de Covid-19, sendo confirmados 21.804 pacientes (Figura 14). Desse total, 513 pessoas vieram a óbito, dentre elas, 11 profissionais da saúde, o que colocou Corumbá, durante muito tempo, como a primeira colocada em número de óbitos de profissionais da saúde e uma das maiores taxas de letalidade da doença entre todos os municípios do Mato Grosso do Sul, conforme explicitou o Boletim Epidemiológico Estadual (SES-MS, 2022).

Figura 14 - Dados acumulados da Pandemia de Covid- 19 em Corumbá - Novembro/2022

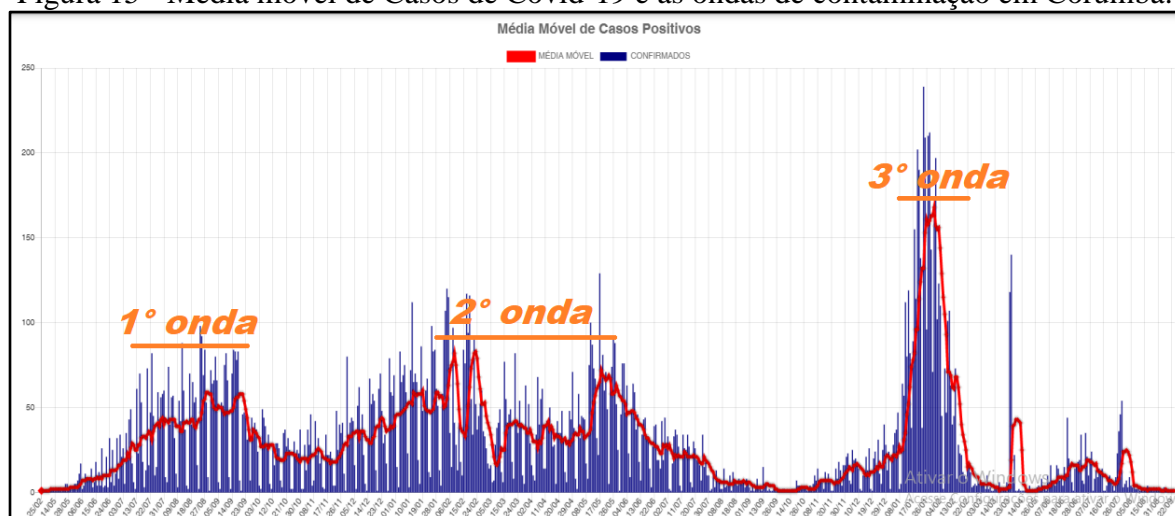
Descartados		Confirmados		Óbitos	
SRAG <sup>1</sup>	1.069	SRAG <sup>1</sup>	1234	SRAG <sup>1</sup>	502
Síndrome Gripal	21.403	Síndrome Gripal	9932	Síndrome Gripal	-
Drive Thru (Swab)	16.336	Drive Thru (Swab)	7059	Drive Thru (Swab)	-
Drive - Teste Rápido	6.381	Drive - Teste Rápido	2434	Drive - Teste Rápido	-
Teste Rápido	7.523	Teste Rápido	526	Teste Rápido	-
Teste Prof. Saúde	1.763	Prof. de Saúde	241	Prof. de Saúde	11
Presídio	262	Presídio	378	Presídio	-
<b>TOTAL</b>	<b>54.737</b>	<b>TOTAL</b>	<b>21.804</b>	<b>TOTAL</b>	<b>513</b>

Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Entre os aspectos gerais presentes no Boletim Epidemiológico, o primeiro aspecto que precisa ser iluminado é a média móvel de casos confirmados, ao longo de pouco mais de 25 meses de dados condensados, em que é perceptível verificar algumas fases e oscilações dos casos que aconteceram na cidade (Figura 15).



Figura 15 - Média móvel de Casos de Covid-19 e as ondas de contaminação em Corumbá.



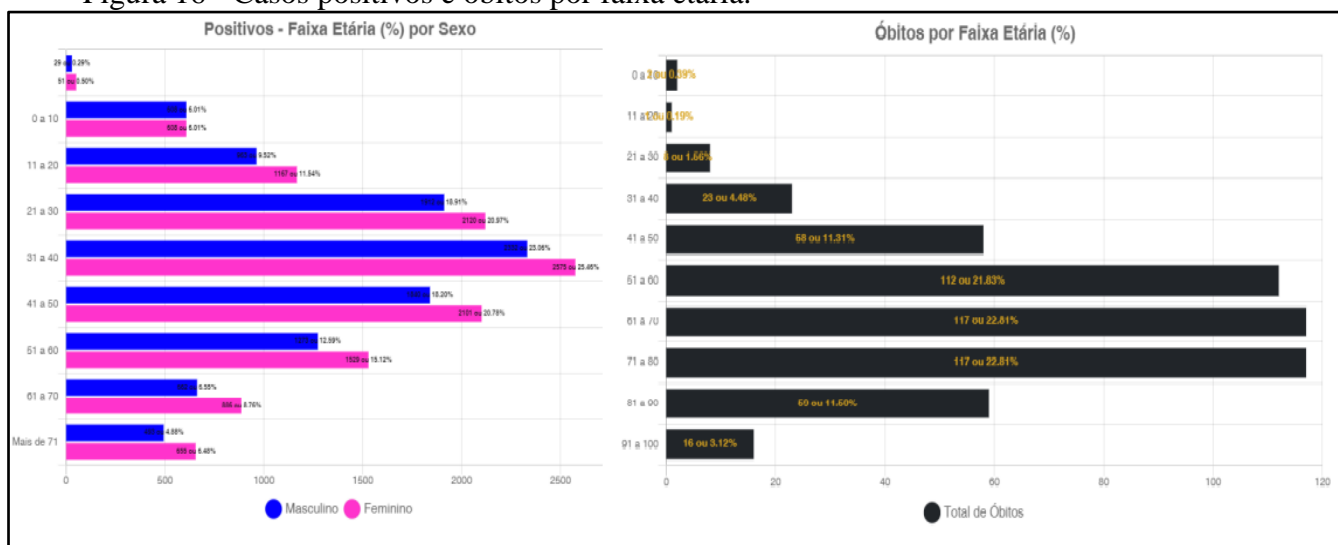
Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

Organização: Autoria própria, 2023.

Nota-se que, durante o período definido para análise, a cidade de Corumbá passou por três grandes ondas de contaminação, responsáveis pelos crescimentos de casos confirmados. Essas ondas são compreendidas por três períodos distintos, que são elas: 1ª onda – compreendida entre julho de 2020 a setembro de 2020; 2ª onda – definida entre janeiro de 2021 a abril de 2021; e 3ª onda – percebida entre janeiro de 2022 a março de 2022. As possíveis causas e hipóteses para essas ondas serão explicadas posteriormente no próximo capítulo.

Outro aspecto relevante que precisa ser explanado com mais atenção refere-se às faixas etárias de casos confirmados e óbitos pela doença no município. Percebe-se que, em relação ao perfil etário dos casos positivos, as maiores taxas de contaminados estão situados entre os munícipes com idade entre 20 a 50 anos de idade (Figura 16). Entretanto, a faixa etária com os maiores números de óbitos estão situados entre as faixas etárias de 50 a 80 anos de idade, o que confirma a tendência global de que a Covid-19 apresenta um quadro mais severo e letal com pessoas de idade mais avançada (PEREIRA, SÁ E FREITAS, 2020).

Figura 16 - Casos positivos e óbitos por faixa etária.



Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2023.

### 3.3 Xenofobia e Saúde

A reduzida capacidade hospitalar e de atendimento básico que a Macrorregião de Corumbá, em virtude das particularidades estruturais, geográficas e organizacionais, são motivos de inúmeras reclamações e depreciações quanto a importância e a relevância do sistema público de saúde da cidade por parte da população de Corumbá e Ladário (CAMPO GRANDE NEWS, 2014; FOLHA MS, 2021; CÂMARA DE CORUMBÁ, 2023) (Figura 17).

Figura 17 - Pacientes à espera de atendimento no Pronto-Socorro de Corumbá (dezembro/2021)



Fonte: Folha MS, 2021.

Autoria: Erik Flores, 2021.

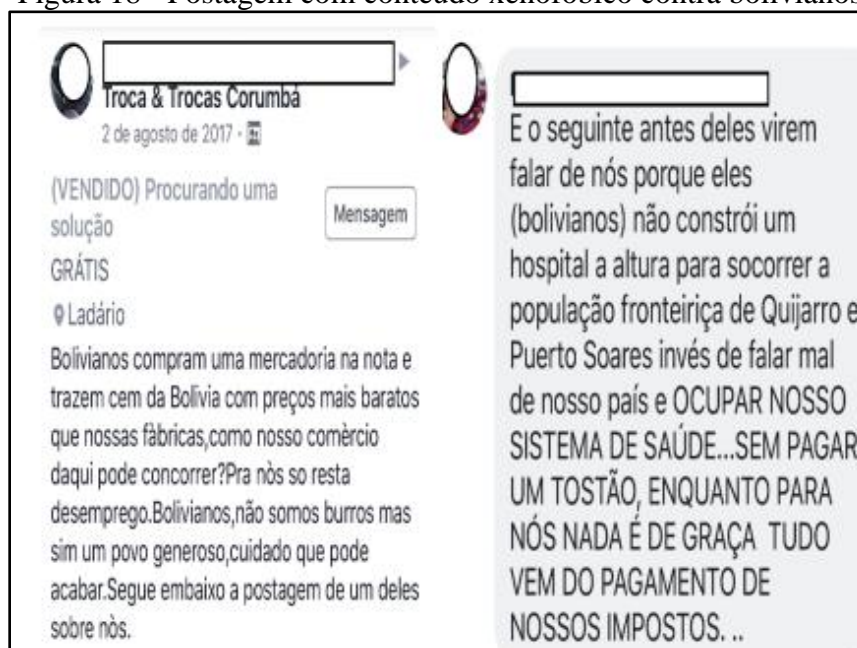
Este fato acaba tendo um impacto muito significativo em sua população, tendo em vista as características e possíveis fragilidades que existem dentro do sistema de saúde pública de Corumbá, uma vez que sua capacidade de suportar as demandas oriundas de sua população e das cidades vizinhas é reduzida.

Nesse ponto, há um costume e uma repetição de discursos negativos entre alguns cidadãos de Corumbá e Ladário, discriminando os atendimentos realizados aos estrangeiros de países latinos, sejam eles de qualquer nacionalidade (VERNOCHI, 2022). Ainda segundo Vernochi (2022), essa xenofobia é seletiva e parcial.

Diferente do que ocorre em outros centros urbanos do Brasil, a população local não demonstra xenofobia de forma afluada. A mobilização de uma parcela significativa da sociedade local, em prol dos estrangeiros, não isenta a existência de comentários xenófobos em relação a esses imigrantes. As manifestações presenciadas aconteceram de maneiras sutis, em rodas de conversas ou em comentário nas redes sociais. Como Corumbá sempre recebeu imigrantes desde a sua fundação, sua relação com eles pode ser considerada amigável. Isto não quer dizer que é receptível. O tratamento dado à um imigrante haitiano não é o mesmo que um europeu irá receber, até porque o Brasil é um país racista. A questão relacional do corumbaense com o imigrante muda quando este é boliviano, principalmente se ele for de origem indígena dos altiplanos, mais conhecidos como collas. A relação da população local com os seus irmãos bolivianos é complexa. Essa complexidade também abrange os brasileiros, mas só quando estes possuem ascendência boliviana (VERNOCHI, 2022, pp. 26-27).

A população recorre muito à justificativa de que os atendimentos realizados a estrangeiros, principalmente bolivianos, são responsáveis pela superlotação nas unidades de atendimento de urgência e emergência em Corumbá, além das filas de espera para marcação de consultas e de exames na rede municipal (CONCEIÇÃO JÚNIOR, 2021) (FIGURA 18). Conforme explicita Conceição Júnior (2021, p. 43), “observa-se que o tratamento preconceituoso ofertado aos bolivianos na cidade de Corumbá também surge como uma das vertentes do racismo contra descendentes de indígenas”.

Figura 18 - Postagem com conteúdo xenofóbico contra bolivianos



Organização: Conceição Júnior, 2021.

Esse comportamento, além de ser preconceituoso por parte da população, é institucionalizado, conforme explana o atual prefeito de Corumbá, Marcelo Iunes, em reunião com os prefeitos das cidades bolivianas de Puerto Suarez e El Carmen Rivero (CORUMBÁ, 2023).

Atendemos todos os casos de urgência e emergência que chegam na UPA ou no Pronto Socorro, seja essa pessoa brasileira ou estrangeira. Mas quanto às internações na Santa Casa, isso não depende da Prefeitura. Apesar da intervenção que vem desde 2010, o hospital mantém sua independência da gestão pública municipal. [...] Dentro daquilo que nos permite a Lei, atendemos nossos irmãos bolivianos da melhor forma possível. Isso não só na Saúde, mas também na Educação, onde temos muitos residentes na faixa de fronteira matriculados na REME. O que não podemos é extrapolar o que o SUS (Sistema Único de Saúde) nos autoriza (CORUMBÁ, 2023).

Essa seletividade e distinção praticada por alguns estabelecimentos de Corumbá, no caso citado pelo prefeito, pela Santa Casa de Misericórdia não é condizente, sendo rechaçada, conforme a Constituição Federal, a Lei do SUS e a Lei de Migração, pois, em todas essas legislações, o acesso à saúde é garantido, sem qualquer discriminação quanto a sua nacionalidade. Ainda na entrevista, o prefeito de Corumbá complementa que qualquer atitude de negligência ou negação de realização de atendimento, em virtude da nacionalidade do paciente, deve ser comunicado à Ouvidoria da Prefeitura para a apuração dos fatos.

Durante a pandemia do Sars-Cov-2, os discursos odiosos e preconceituosos contra estrangeiros se tornaram mais constantes, voltados principalmente para os bolivianos que necessitavam de atendimento em Corumbá na rede pública de saúde.

O fato de Corumbá possuir uma infraestrutura de saúde mais capacitada, aliada ao fato desse serviço público ser gratuito e irrestrito, exerce força de atração para muitos bolivianos que precisavam de atendimento, o que não era bem visto pela população. Assim, muitos bolivianos procuraram atendimento na Santa Casa de Misericórdia e na UPA (Figura 19).

Figura 19 - Postagem xenofóbica contra os atendimentos a bolivianos na Santa Casa de Misericórdia



Organização: Conceição Júnior, 2021.

Por fim, mesmo com legislações e normas que regulamentam o atendimento humanitário e indiscriminatório, muitos cidadãos brasileiros expõem seus preconceitos contra estrangeiros, principalmente por terem a convicção da impunidade, conforme explicita Conceição Júnior (2021, p. 51). Ainda segundo o autor,

Ainda que o atendimento do SUS a estrangeiros seja dever constitucional e humanitário, muitos brasileiros são contra e se manifestam de forma xenofóbica ao acolhimento de estrangeiros adoecidos. Neste print, após a notícia de que um senhor boliviano havia falecido no hospital Santa Casa, um seguidor da página Folha MS reclama de a morte ter ocorrido em Corumbá. Embora o Brasil seja signatário de Tratados Sobre Direitos Humanos, e tanto Constituição Federal quanto normas infraconstitucionais protejam os estrangeiros de discriminações e preconceitos, fica evidente que a violação de direitos ainda é banalizada nas redes sociais, em especial na cidade de Corumbá. Após uma rápida pesquisa nas principais páginas ligadas à cidade de Corumbá, é possível ver inúmeras postagens ofensivas a estrangeiros provenientes da Bolívia. Inclusive, algumas publicações, que datam de anos anteriores, ainda continuam disponíveis para leitura. Fica evidente a inércia de membros do Poder Público, destacando-se o Ministério Público, em face dos fatos tipificados como racismo (CONCEIÇÃO JUNIOR, 2021 pág. 51).

Essa dependência dos fronteiriços bolivianos do sistema de saúde de Corumbá é explicada pela ausência de infraestrutura básica para atendimento nas cidades Puerto Quijarro e Puerto Suárez, que não dispõem de instalações hospitalares capazes de realizar atendimentos dignos a sua população, mesmo em um momento em que a urgência e necessidade de serviços de saúde era necessária.

Marques (2012, p. 303) descreve a infraestrutura hospitalar existente em Puerto Quijarro e Puerto Suárez, quando explicita que

Quanto à infraestrutura da área de saúde, em Puerto Quijarro, só há um estabelecimento hospitalar cujo corpo clínico é composto de três médicos, duas enfermeiras, cinco auxiliares de enfermagem e um administrador; considerado pelo Plano de Desenvolvimento Municipal de Puerto Quijarro como Centro de Saúde de Primeiro Nível. Possui ainda um Posto de Saúde em Arroyo Concepción (não possui médicos, tem uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um administrador); um Centro Médico Privado de Germán Busch (com dois médicos, três enfermeiras, dois administradores); uma Casa de Saúde (atende aos segurados e seus beneficiários de diversas empresas – conta com três médicos, três enfermeiras, uma secretária e duas pessoas de limpeza uma clínica que presta serviços de medicina em geral e o Pro-Saúde (que se encontra desativado- possuía um médico e três enfermeiras) pertencente à Associação Civil Boliviana (MARQUES, 2012, p. 2012).

Ainda segundo a autora, essa insuficiência de equipamentos hospitalares e de pessoal habilitado nas cidades bolivianas é chancelado no Plano de Desenvolvimento Municipal de Puerto Quijarro, onde descreve que os equipamentos existentes nos

estabelecimentos de saúde da localidade são insuficientes e ineficazes para o pleno atendimento a sua população (MARQUES, 2012).

Sobre a situação vivida pela população boliviana durante a pandemia, o presidente do Comitê Cívico de Puerto Suárez, Humberto Rau explica que

Tínhamos no país vizinho, exatamente na cidade de Corumbá, o atendimento no hospital, agora com a pandemia isso foi suspenso e não temos para onde levar nossos doentes, não tem condições de atender ainda mais em caso de pandemia. São 630 quilômetros do hospital mais próximo. Têm pessoas que não aguentam e infelizmente morrem na metade do caminho, nossos hospitais estão colapsados e não temos como levar os doentes. Estamos 'brigando' pela vida, é um bloqueio cívico e não político. Com a crítica situação do sistema de saúde do lado boliviano, muitos doentes acabam entrando em território brasileiro, por trilhas clandestinas, para buscar atendimento em clínicas particulares e na Santa Casa de Corumbá. (CAMPO GRANDE NEWS, 2020)

Por essa razão, em agosto e setembro de 2020, os moradores de Puerto Quijarro e Puerto Suárez fecharam a fronteira Brasil-Bolívia, próximo a aduana em Puerto Quijarro para a passagem de caminhões de carga (única modalidade de transporte autorizada a atravessar os limites entre os dois países durante o período), como forma de protesto para as péssimas condições dos hospitais existentes na região (CAMPO GRANDE NEWS, 2020). O bloqueio tinha como finalidade chamar atenção das autoridades bolivianas para os problemas estruturais da saúde local, além de pressionar a liberação da entrada de bolivianos em território brasileiro.

### **CAPÍTULO III – A IMPORTÂNCIA DO SUS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA BRASIL-BOLÍVIA NO ENFRENTAMENTO DA SARS-COV-2**

Durante todo o decorrer da Covid-19, a Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Misericórdia se notabilizou em prestar atendimentos de média e alta complexidade à população corumbaense e, conseqüentemente, a todos os residentes da fronteira Brasil-Bolívia, ainda que haja imperfeições quanto ao tratamento e segregações de alguns públicos de origem estrangeira (Figura 20).

Figura 20 - Fachada da Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Corumbá



Fonte: Corumbá, 2023.

Evidentemente, assim como todo o globo não estava preparado para o turbilhão que a Pandemia da Sars-Cov-2 trouxe, a Santa Casa não estava adequada para atender às necessidades de seu público-alvo. Por isso, era necessário que se adequasse, tanto na estrutura de recursos humanos com a ampliação do seu quadro de funcionários técnicos e profissionais da área de saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos plantonistas, fisioterapeutas), além de reestruturar sua infraestrutura física em diversos segmentos e alas para que houvesse o aumento expressivo da sua capacidade de atendimento em virtude da grande demanda, tais como ampliação e criação de novas alas de leitos clínicos, criação de centros de terapia intensiva e semi-intensiva, expansão da rede de distribuição de oxigênio, etc.

Essas transformações foram necessárias para que a instituição disponibilizasse uma estrutura de qualidade, atendendo às normas legais para as internações dos pacientes, não sendo poupados esforços para isso. Ainda que a administração do hospital tenha passado



por obstáculos para alcançar esse objetivo, tais como a dificuldade de contratação de profissionais com o prolongamento do tempo de pandemia e a falta de repasses financeiros, principalmente recursos federais, para manutenção da estrutura hospitalar (leitos da Unidade de Terapia Intensiva custeados pelo Governo Federal), conforme a Portaria GM/MS nº 3.286, de 26 de novembro de 2021 (BRASIL, 2021), e a falta de recursos para a aquisição de insumos, medicamentos e equipamentos para as alas médicas e enfermarias do hospital (CÂMARA MUNICIPAL DE CORUMBÁ, 2021, DIÁRIO ONLINE, 2021).

Além disso, a Santa Casa, em decorrência dos atrasos nos repasses do Governo Federal da verba para o combate a Covid-19, enfrentou dificuldades para realizar os pagamentos de profissionais do hospital, que, além de estarem na linha de frente do enfrentamento da doença, tiveram que equilibrar suas contas, ficando por mais de 90 dias sem vencimentos mensais (MIDIAMAX, 2021).

Além da Santa Casa de Misericórdia ser o único hospital público em Corumbá, atender os moradores de Ladário e os habitantes das cidades bolivianas que atravessaram a fronteira Brasil-Bolívia em busca de atendimento médico, o Centro de Terapia Intensiva-Covid-19 também recebeu pacientes oriundos de outros municípios do Mato Grosso do Sul devido à falta de vagas nos hospitais de referência do estado (MIDIAMAX, 2021).

Contudo, nenhum desses acontecimentos impediram a Associação Beneficente de Corumbá de cumprir suas obrigações e responsabilidades.

### **3.1 O papel da Santa Casa de Misericórdia no atendimento aos fronteiriços.**

Como já explicado anteriormente, a Santa Casa de Corumbá é o hospital público de referência para casos de urgência e emergência para tratamento de Covid-19 em toda a faixa de fronteira Brasil-Bolívia. Por essa razão, a instituição se notabilizou por prestar atendimentos a todos os cidadãos oriundos das cidades de Corumbá e Ladário, além dos habitantes de Puerto Suárez, Puerto Quijarro e de outras cidades bolivianas.

Dessa forma, o atendimento à população fronteiriça é reconhecido por sua administração, chancelado pela gestão municipal, contudo não é possível mensurá-lo em números e dados. Isso se justifica pelo fato da rede de saúde pública de Corumbá não possuir meios de mensurar e registrar as nacionalidades e os locais de residência nos atendimentos prestados em sua rede de saúde.

Quando um habitante fronteiriço recebe atendimento na rede SUS em Corumbá, esse atendimento é tratado pela prefeitura de maneiras distintas para gestão e controle. Quando esse atendimento é realizado a um cidadão brasileiro, oriundo de Ladário ou de outros municípios brasileiros, esse atendimento é registrado no sistema de gestão e controle do Ministério da Saúde, mas acaba sendo transferido para o município em que o paciente reside.

Essa estratégia de controle e gestão é um direcionamento do Ministério da Saúde, contudo, ela não condiz com as realidades vivenciadas por uma cidade fronteiriça, onde o fluxo de pessoas oriundas de outras cidades e estados brasileiros é constante. Dessa forma, os atendimentos prestados aos brasileiros que residem em outras cidades não são considerados no somatório de atendimentos prestados pela rede de saúde municipal, o que impede a dimensão exata dos serviços prestados pela Santa Casa.

Quando esse atendimento é prestado a uma pessoa de outra nacionalidade, residente fora do país, como o prestado aos cidadãos bolivianos, a postura é diferente e, sob certas perspectivas, burocrática, lento e caracterizado pela falta de empatia com as necessidades alheias.

Inicialmente, quando um indivíduo estrangeiro precisa de atendimento na rede de saúde pública em Corumbá, ele precisa confeccionar um número de cartão do SUS para receber atendimento. O cartão do SUS é um documento brasileiro necessário para obter atendimento em todo sistema público de saúde no Brasil, que é concedido a todo cidadão brasileiro, estrangeiro residente no país ou imigrante em situação de refúgio. Legalmente, estrangeiros que não se enquadram dentro dessas características não possuem amparo para ter acesso ao SUS.

No entanto, para obter-se esse cadastro, o sujeito estrangeiro precisa ter um número no Cadastro de Pessoa Física (CPF), registro que só é concedido para cidadãos natos ou registrados na Polícia Federal por meio do Registro Nacional de Estrangeiros (RNE). É inegável e flagrante que esse procedimento não é fácil de ser seguido por quem não está legalmente no país ou reside fora do Brasil.

Durante a pesquisa, entrou-se em contato com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde para compreender como esses cidadãos estrangeiros recebiam atendimentos e, principalmente, como eles conseguiam acessar o sistema de saúde brasileiro. A resposta de

ambas as secretarias foi o relato de que todos os atendimentos prestados a estrangeiros eram feitos mediante a apresentação do cartão SUS.

Além disso, foi realizado o questionamento sobre os casos de estrangeiros que, porventura, não possuíssem os documentos necessários para a confecção do cartão do SUS, tais como o CPF ou RNE. A devolutiva dada consistiu que não havia dados ou informações no banco de dados das secretarias sobre atendimento realizado a imigrantes sem o documento. Durante as conversas, suspeita-se que as secretarias não conseguem afirmar que esses atendimentos a estrangeiros são realizados ou não, tendo em vista que não há instrumentos que afirmam que os atendimentos foram realizados, mas pressupõe que, pela falta de documentação necessária, a prestação de serviços pode ser negada ou omitida. Caso essa prática exista, a omissão de socorro é considerada crime, de acordo com o Código Penal Brasileiro. Além disso, como consta no art. 2º da Lei 8.080/1990, “não se pode impor qualquer tipo de obstáculo ao acesso ao SUS, seja relativo à cidadania, renda, classe social e titularização de plano privado de assistência médica”.

Com essas práticas, torna-se inacessível e árduo dimensionar e quantificar os atendimentos prestados pela Santa Casa à população fronteiriça e aos grupos de imigrantes durante o período de pandemia. Cabe a administração municipal e a direção da Santa Casa encontrarem instrumentos que avaliem e estimem o quantitativo de atendimentos realizados à população fronteiriça e imigrantes.

### **3.2 Rede SUS e as ondas de contaminação por Covid na Macrorregião de Corumbá**

Durante o período analisado, a Macrorregião de Corumbá atravessou inúmeras oscilações de casos confirmados e óbitos em decorrência do avanço da Covid-19. Como explicitado anteriormente, essas ondas de contaminação ficaram evidentes com a análise da curva epidemiológica a partir da média de casos móveis em Corumbá.

Cada uma dessas ondas de contaminação está atrelada a um ou mais fenômenos, locais, regionais e, em alguns casos, globais que influenciaram no aumento do número de casos positivos. Desta forma, pretende-se compreender como aspectos externos, além dos limites municipais, influenciaram na evolução dos casos.

### 3.2.1 Início dos Casos e a 1ª Onda de Contaminação.

O início dos casos confirmados em Corumbá foi caracterizado pelo baixo índice de casos positivos. Conforme explicita Pereira, Sá e Freitas (2020), isso foi possível pelas ações preventivas e assertivas realizadas pela prefeitura de Corumbá, que implementou medidas que frearam a proliferação do vírus na região.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Mato Grosso do Sul (2020), nos primeiros meses de casos confirmados em Corumbá, houve a incidência de apenas 28 casos positivos até junho de 2020, com apenas um paciente necessitando de internação e nenhuma morte registrada na cidade.

O único paciente que necessitou de internação foi justamente o primeiro paciente a contrair o novo Coronavírus na cidade, que se contagiou em contato com um caminhoneiro vindo do nordeste do Brasil. Esse paciente havia procurado o Pronto-Socorro Municipal, onde teve o diagnóstico assertivo para a doença e, pelo avanço da gravidade do seu quadro clínico, foi encaminhado para o Centro de Tratamento Intensivo da Santa Casa, vindo a receber alta clínica 8 dias após a internação (CORREIO DO ESTADO, 2020).

Dentre as medidas acertadas pela administração municipal, estão as publicações dos decretos municipais nº 2263, de 16 de março de 2020, e o decreto nº 2273, de 23 de março de 2020. Esses decretos dispõem de inúmeras medidas preventivas para conter o crescimento do Coronavírus em Corumbá quando a cidade ainda não tinha confirmado nenhum caso positivo. Dentre as medidas acertadas, estão o fechamento de feiras livres, barreiras sanitárias em todas as rodovias, portos e aeroportos, higienização de locais com grande fluxo de pessoas como terminais rodoviários, centro comercial, além do toque de recolher a partir das 20h e a redução do horário de funcionamento do comércio local para apenas 6 horas diárias (DO - CORUMBÁ, 2020).

Contudo, essas ações não impediram por mais tempo a transmissão comunitária entre os habitantes de Corumbá, que pela falta de conhecimento e pela desconfiança com a severidade da doença, muitas vezes foram estimulados por agentes locais e atores nacionais, assim como o afrouxamento das normas estabelecidas pela Prefeitura de Corumbá que, com a diminuta quantidade de casos confirmados, entendeu que era prudente e decretou uma série de reduções nas restrições entre elas, reestabeleceu o horário

de funcionamento do comércio e prestação de serviços diversos para o horário das 7h às 17h, restaurantes, bares, lojas de conveniências e o comércio de lanches em geral estarão autorizados a funcionar das 8h até às 20h30min, conforme o decreto municipal n°2.334, de 16 de junho de 2020 (DO - CORUMBÁ, 2020).

Somado a esse fato, têm as recomendações e orientações prestadas pelo Ministério da Saúde para a utilização de métodos e medicamentos sem eficácia e comprovação científica. Em virtude da emergência sanitária, muitos países fizeram uso de medicamento em uma esperança de cura e tratamento para a doença, dentre os medicamentos utilizados de forma emergencial para o combate a Covid-19 estava o fosfato de cloroquina e o sulfato de hidroxicloroquina (SANTOS-PINTO, MIRANDA E OSÓRIO-DE-CASTRO, 2021).

Com essa política pública, o Ministério da Saúde confrontou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando está não havia autorizado e nem recomendado o uso dos medicamentos para tratamento de Covid-19, e o mundo também, considerando que a Organização Mundial de Saúde apoiada em estudos científicos, declarou não recomendar que este medicamento seja usado no tratamento de Covid-19, pois não há evidência de eficácia, e causa efeitos colaterais graves (COFEN, 2020).

Na mesma direção de posicionamento, as Agências internacionais de Regulação de uso de medicamentos como a Agência Estadunidense de Administração e Medicamentos - FDA e a Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos para a Saúde - MHRA, do Reino Unido entre outras, não recomendavam o uso para este fim, e advertiram quanto aos seus graves efeitos colaterais. Em comunicado emitido em junho de 2020, a FDA suspendeu o uso dos medicamentos em virtude dos riscos conhecidos do uso dos medicamentos e que os possíveis benefícios não viriam a ser compensatórios em longo prazo<sup>4</sup>.

Mesmo diante destes prognósticos, o Governo Federal adotou a postura de incentivar a utilização dos medicamentos, atribuindo à cloroquina e a hidroxicloroquina prestígio e relevância no combate à Pandemia como tratamento precoce. Inúmeras normativas, regulamentações e protocolos foram expedidos pelo Ministério da Saúde,

---

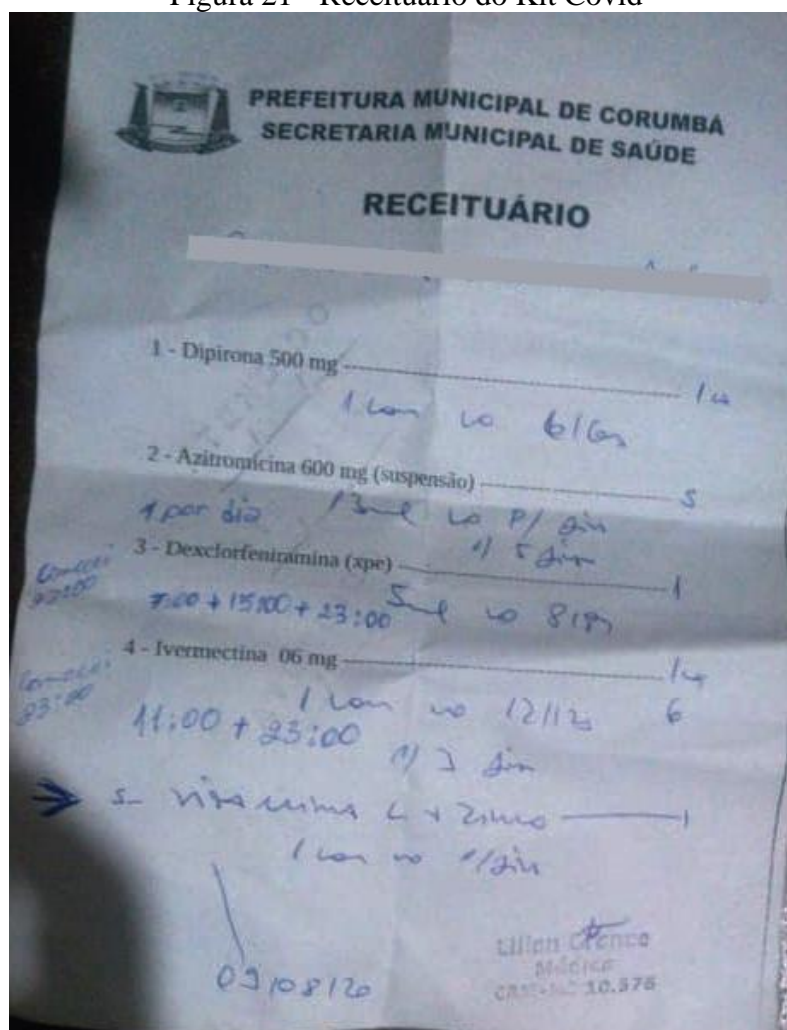
<sup>4</sup> Ver em: FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-use-hydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>.

incluindo esses medicamentos como indicações para manejo de pacientes com todos os níveis de sintomas, desde casos leves a gravíssimos, e nos múltiplos estágios da doença (SANTOS-PINTO, MIRANDA E OSÓRIO-DE-CASTRO, 2021). Ainda sobre a postura do Ministério da Saúde, as autoras explicitam que

A defesa do “tratamento precoce”, baseado em cloroquina/hidroxicloroquina e outros medicamentos, tornou-se, no Brasil, símbolo do viés político no enfrentamento da epidemia. A alternativa dada pelo governo perpassa a disponibilização do dito “kit-covid” em unidades básicas de saúde, o que foi adotado em alguns municípios brasileiros, alinhados com a premissa do Governo Federal. O “kit-covid” consiste em uma variação de combinações que incluem, invariavelmente, a cloroquina/hidroxicloroquina, a azitromicina, a ivermectina, e mais outros medicamentos, a depender da localidade (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, p. 3)

Desta forma, em observância à política pública a administração de Corumbá se organizou para seguir à risca as orientações da esfera federal. Houve um período em que qualquer pessoa que buscasse qualquer tipo de atendimento em qualquer posto clínico na rede de saúde municipal, independentemente de qual problema de saúde era relatado, recebia, dentre todas as recomendações necessárias, o uso do “kit Covid” para aumentar a imunidade e evitar a contaminação por Covid (Figura 21).

Figura 21 - Receituário do Kit Covid

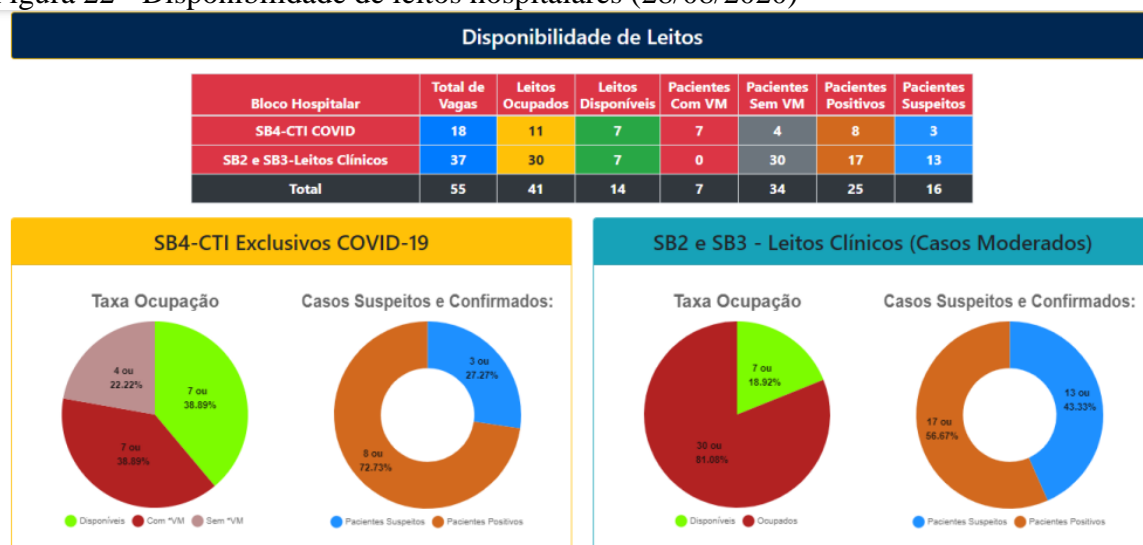


Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

Evidentemente, o resultado dessas medidas tanto na esfera federal quanto na gestão municipal foi crucial para estimular uma primeira grande onda de casos positivos e óbitos no município. O ponto de ignição do crescimento do número de casos notificados em Corumbá pode ser observado a partir do mês de julho de 2020, tendo o seu ápice de notificações entre o final do mês de agosto e início do mês de setembro.

Durante esse período, o sistema de saúde de Corumbá começa a passar por um processo de estresse e exaustão ocasionados pela constante chegada de novos casos confirmados, novos pacientes precisando de atendimento e novas internações sendo necessárias. Nesse estágio da doença, a Santa Casa chegou a ter quase 75% de ocupação dos seus leitos disponíveis, somando leitos clínicos, unidades de terapia intensiva e leitos de retaguarda (Figura 22).

Figura 22 - Disponibilidade de leitos hospitalares (28/08/2020)



Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2020.

Além disso, existe o fato de Corumbá ter se destacado negativamente pelo acelerado crescimento no montante de casos positivos, onde para cada três pessoas que realizaram a testagem rápida contra Covid-19, uma era confirmada com o patógeno. De igual modo, houve um maior registro nos óbitos em decorrência da Sars-Cov-2, possuindo uma das maiores taxas de mortalidade e letalidade da Covid-19 no estado do Mato Grosso do Sul, sendo a segunda cidade em números absolutos com mais falecimentos ocasionados pelo vírus (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - MS, 2020).

Além de todos os problemas já citados anteriormente, o então presidente da república, Jair Bolsonaro, deslocou-se até Corumbá para cumprir agenda oficial para inauguração de uma estação de radar da Força Aérea Brasileira, com a finalidade de reforçar a segurança do espaço aéreo na fronteira do Mato Grosso do Sul com o Paraguai e Bolívia.

A visita do chefe do Executivo nacional causou um alvoroço entre os seus apoiadores na cidade, que se aglomeraram no entorno do aeroporto, onde foi realizada a cerimônia de abertura. Importante ressaltar que, durante o evento, ainda estava em vigência o decreto municipal que impedia a aglomeração de pessoas em áreas públicas.

Antes da visita presidencial, a prefeitura de Corumbá foi questionada sobre o esquema de segurança para evitar aglomerações ou grande massa de pessoas, que comunicou não haver qualquer tipo de iniciativa nesse sentido. A Força Aérea do Brasil



(FAB), organizadora da solenidade, informou que qualquer ação nesse sentido deveria ser coordenada pela própria comitiva da presidência da República (CAMPO GRANDE NEWS, 2020).

Conforme noticiado pelo Portal G1 (2020), durante a solenidade, o presidente da república desrespeitou o uso de máscaras várias vezes, uma das medidas obrigatórias estabelecidas pelos decretos municipais para enfrentamento da Covid-19 no município (Figura 23). Estima-se que esse evento possa ter gerado mais impactos negativos na proliferação do vírus na cidade, entretanto faltam indícios concretos que confirmem essa hipótese.

Figura 23 - Aglomeração em Corumbá durante visita presidencial.



Fonte: Carolina Antunes / PR<sup>5</sup>.

### 3.2.2 O Boom das Festas de Fim de Ano.

As festas de fim de ano foram um dos motivos de grande preocupação quanto à explosão de casos positivos em todo o Brasil. Tradicionalmente, as famílias e grupos de amigos se reuniam para festejar e celebrar as festividades natalícias e a chegada de um novo ano. Essa celebração e o desejo de estar junto de quem se quer bem foi amplificado em um período tão adverso quanto a pandemia.

Cientistas e especialistas demonstravam a necessidade de apreensão quanto à realização das festas de fim de ano, indicando a prudência de evitar-se aglomerações e

---

<sup>5</sup> Palácio do Planalto. Cerimônia Alusiva à Inauguração da Estação Radar de Corumbá. Ver em: <https://www.flickr.com/photos/palacioplalto/5024228671/in/photostream/>

reuniões familiares, com a tentativa de não expor familiares e entes queridos à doença. A preocupação mais clara dos especialistas era com os pacientes assintomáticos em contato com outras pessoas, possibilitando uma maior disseminação do vírus. A profa. Dra. Soeli Teresinha Guerra (KROLL, 2020), explicitou as dificuldades desse período

A gente sabe que não tem data, momento ou situação que coíba a propagação do vírus. Basta fazer qualquer aglomeração, um churrasco, uma festa de aniversário, um encontro – e com as festas de fim de ano não é diferente. Essa é uma oportunidade muito crítica de termos um pico altíssimo de contágio. As pessoas precisam se conscientizar que o dia 24, 25 ou 1º é igual a qualquer outro em termos de chance de contaminação. As medidas de controle não podem ser ignoradas e a aglomeração vai favorecer, sim, a propagação do contágio (KROLL, 2020).

A falta de preocupação com as medidas de segurança e o menosprezo pela manutenção do isolamento social, associados às festas de final de ano demonstraram serem trágicas para a rede de saúde de Corumbá. Foram nesses períodos que a Secretaria Municipal de Saúde identificou os maiores números de casos confirmados e óbitos de Covid-19, resultando nas duas novas ondas de contaminação.

### 3.2.2.1 Segunda Onda de Contaminação

As festas de fim de ano de 2020 concretizaram as preocupações quanto à disseminação da Covid-19 e a incidência maior de casos positivos na região de Corumbá. Ainda que tenha sido feito inúmeras recomendações, orientações e medidas para que a população respeitasse as medidas de segurança e mantivessem o isolamento social. Em caso de festividades, uma das recomendações é que fosse realizado apenas entre as pessoas que conviviam na mesma residência, sem visitas ou viagens para visitar parentes e amigos.

Contudo, em um ano exaustivo e estafante pelas imposições necessárias para contenção do vírus em que as ausências de proximidade foram impostas, num período caracterizado por reuniões familiares, como são as festas de fim de ano, era esperado que esses “furos da bolha” ocorressem. Essas atitudes se explicam pela necessidade de estar junto de pessoas queridas, argumentadas pela incerteza de ter uma nova oportunidade no ano seguinte. O pessimismo quanto a melhora do quadro que estávamos era latente e, para alguns, valia os riscos de uma possível contaminação.

Até meados de dezembro de 2020, Corumbá apresentava uma média móvel de, aproximadamente, 28 casos confirmados por dia, com quase 6.000 casos positivos

acumulados ao longo do período de oito meses de pandemia (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO DE CORUMBÁ, 2020). Quanto ao total de óbitos, a cidade já havia registrado 181 mortes em decorrência das complicações causadas pela Covid-19, possuindo o primeiro lugar dentro do estado em testagem positiva, com 30,9% de casos confirmados nos testes rápidos, maior letalidade com 3,4%, sendo calculada em relação aos casos confirmados no município; e a maior mortalidade com 157,3, resultado do coeficiente de óbitos por 100 mil habitantes (SES-MS, 2020).

O recorte temporal dessa segunda onda no sistema de saúde da Macrorregião de Corumbá é mais prolongado, quando comparado com a primeira onda que o município já havia vivenciado.

Dentre as prováveis justificativas para esse fato estão a falsa sensação de segurança de que o “pior já havia passado”, com novos afrouxamentos nas medidas de isolamento social e nas medidas de biossegurança publicadas pelo governo municipal, em consonância com as normativas decretadas pelos governo estadual, tendo como exemplo a extensão do horário de funcionamento do comércio local para atender a demanda de consumidores bolivianos e a reabertura das atividades de turismo de pesca no Rio Paraguai (MATO GROSSO DO SUL, 2021). Somado a isso, há o surgimento de uma nova variante do Coronavírus, a variante Gama (P.1), que demonstrou ser muito mais transmissível e letal que as variantes anteriormente identificadas. Esses fatores contribuíram significativamente para uma pressão até não vista no sistema de saúde pública, principalmente, na disponibilidade de leitos clínicos e unidade de terapia intensiva na Santa Casa.

O resultado dessas ações foi o crescimento vertiginoso nos números de casos confirmados; pacientes internados nos leitos de terapia intensiva com ventilação mecânica e número de óbitos. Apenas nos primeiros 45 dias de 2021, a Secretaria de Saúde já havia registrado na cidade, aproximadamente, 2700 novos casos positivos atingindo o patamar de 9000 casos confirmados, além de 56 novos óbitos, totalizando 251 mortes por Covid-19 (Figura 24).

Figura 24 - Boletim Epidemiológico de Corumbá (15/02/2021)

Notificados		Suspeitos		Descartados		Confirmados		Óbitos	
SRAG <sup>1</sup>	1.181	SRAG <sup>1</sup>	7	SRAG <sup>1</sup>	657	SRAG <sup>1</sup>	517	SRAG <sup>1</sup>	244
Síndrome Gripal	4.936	Síndrome Gripal	19	Síndrome Gripal	2.772	Síndrome Gripal	2.145	Síndrome Gripal	-
Drive Thru (Swab)	12.142	Drive Thru (Swab)	0	Drive Thru (Swab)	8.531	Drive Thru (Swab)	3.611	Drive Thru (Swab)	-
Drive - Teste Rápido	6.743	Drive - Teste Rápido	0	Drive - Teste Rápido	4.886	Drive - Teste Rápido	1.857	Drive - Teste Rápido	-
Teste Rápido	8.014	Teste Rápido	0	Teste Rápido	7.643	Teste Rápido	371	Teste Rápido	-
Teste Prof. Saúde	1.931	Teste Prof. Saúde	0	Teste Prof. Saúde	1.784	Prof. de Saúde	147	Prof. de Saúde	06
Presídio	640	Presídio	0	Presídio	262	Presídio	378	Presídio	-
<b>TOTAL</b>	<b>35.587</b>	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>TOTAL</b>	<b>26.535</b>	<b>TOTAL</b>	<b>9.026</b>	<b>TOTAL</b>	<b>250</b>

Disponibilidade de Leitos							
Bloco Hospitalar	Total de Vagas	Leitos Ocupados	Leitos Disponíveis	Pacientes Com VM	Pacientes Sem VM	Pacientes Positivos	Pacientes Suspeitos
SB7 - CTI COVID*	17	13	4	12	1	9	4
SB2 e SB3 - Leitos Clínicos	40	17	23	0	17	7	10
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>14</b>

Fonte: Boletim Epidemiológico de Corumbá, 2021.

Outro aspecto importante da segunda onda em Corumbá consistiu na duração, que persistiu até meados de junho de 2021. Em razão disso, a Santa Casa de Misericórdia passou por problemas até então não vivenciados, como a falta de insumos para o tratamento dos enfermos, atraso nos vencimentos dos funcionários da instituição, fila de espera para novas internações e quase 100% dos leitos ocupados, mesmo com o aumento de leitos disponíveis. Sobre o cenário enfrentado naquele momento, a Santa Casa emitiu nota oficial descrevendo que

Alertamos a sociedade que, mesmo com os aportes financeiros oriundos de repasses do Governo Federal, Estadual e Municipal e mesmo diante de todos os investimentos aplicados na Santa Casa de Corumbá para dispor de atendimento e combate da Covid-19, estamos diante da escassez de equipamentos e insumos utilizados nas enfermarias e na UTI destinada ao atendimento de pacientes graves da Covid-19. Temos 56 pacientes internados e uma lista de 13 aguardando vaga. [...] Isto é reflexo da falta de conscientização da própria população, que faz o vírus circular. Se o aumento de pessoas contaminadas continuar nessa proporção, sofreremos considerável baixa no estoque e num futuro muito próximo enfrentaremos desabastecimento (DIÁRIO CORUMBAENSE, 2021).

Nesse período, a capacidade da Santa Casa de atender a população fronteiriça atingiu o seu ponto de saturação, sendo necessária a transferência de pacientes em estado grave para outras cidades do estado para diminuir a lotação nas alas da Covid-19 na instituição, ainda que a administração do hospital e a secretaria municipal de saúde tenha convertido 10 leitos de CTI Geral (utilizados para pacientes que não estavam contaminados

pela Covid-19) para unidade de tratamento de pacientes com Covid, não foram suficientes para suportar a necessidade da população.

Ainda que não haja somente um responsável pela conjuntura vivenciada naquele momento, a saúde pública na fronteira Brasil-Bolívia demonstrou a sua fragilidade e vulnerabilidade em situações de extrema carência de recursos humanos e físicos, em cumprir com plenitude o seu papel, expondo a população fronteiriça a transtornos gravíssimos quanto ao acesso à saúde.

### 3.2.2.2 A Ômicron e a Terceira Onda de Contaminação

Assim como na virada de ano de 2020, as festas de fim de ano de 2021 foram motivos de novas preocupações quanto ao contágio e disseminação da Covid-19. Essa preocupação era justificada pela possibilidade de haver uma grande circulação de pessoas, pela sensação de segurança que a vacinação tinha gerado e pela circulação de mais uma nova variante da Covid, a variante Ômicron.

Sobre a variante Ômicron, o Instituto Butantan (2022) explica que

A variante Ômicron do vírus SARS-CoV-2 (B.1.1.529) foi detectada na África do Sul e considerada uma variante de preocupação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 26/11/2021. Desde então, se espalhou pelo mundo: em meados de janeiro, já era a cepa predominante no planeta, tendo provocado um aumento no número de casos de Covid-19 por onde passou. No Brasil, ela causou um recrudescimento na pandemia, interrompendo um movimento de queda no número de casos e mortes causadas pelo SARS-CoV-2. A Ômicron possui mais de 30 mutações na proteína Spike, que tem o papel de levar o vírus do SARS-CoV-2 para dentro do organismo humano. Algumas dessas mutações estão associadas ao potencial de escape imune humoral e maior transmissibilidade. Além disso, ela infecta mais rapidamente os tecidos do trato respiratório superior em vez dos pulmões, o que também contribui para que se dissemine com mais facilidade. Como em muitos casos a Ômicron causa doença leve, isso pode resultar em uma menor taxa de detecção e, portanto, contribuir ainda mais para a transmissão (BUTANTAN, 2022).

Em razão dessa alta transmissibilidade da Ômicron, associadas às práticas ocorridas no cotidiano da população corumbaense, verificou-se o exponencial crescimento no total de casos confirmados, atingindo o ápice de 249 novos casos confirmados em um único dia e uma média móvel de casos positivos de 169 casos confirmados durante esse período.

Essa terceira onda representou um crescimento muito acelerado pela procura de postos de saúde e centro de testagem de Covid-19, com a necessidade de reativação de alguns mecanismos para atendimento à população, como o sistema de Drive-thru de testagem, realizado pelo governo estadual. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde observou o crescimento em mais de 4000 novos casos confirmados e 10 óbitos em um intervalo de apenas 22 dias.

A nova onda causada pela Ômicron também alterou a dinâmica dos atendimentos na rede hospitalar no município. Como reflexo do crescimento no número de casos confirmados na cidade, aproximadamente, 105 profissionais de saúde precisaram ser afastados para tratamento da doença. Somente na Santa Casa, 38 trabalhadores foram colocados em quarentena. A maioria dos profissionais afastados eram das equipes de enfermagem do hospital (enfermeiros, técnicos em enfermagem, profissionais de apoio), totalizando 24 profissionais, que correspondiam a 70% do setor afastado (DIÁRIO CORUMBAENSE, 2022; MIDIAMAX, 2022).

Esses números causam espanto pela alta taxa de contágio que se abateu sobre a cidade de Corumbá e sobre o sistema de saúde do município, além de contrastar com os números da Pandemia até o momento, que estava em declínio, principalmente pela imunização e vacinação da população. O fato de a população estar imunizada permitiu que os números não fossem mais catastróficos, uma vez que a maioria dos imunizantes utilizados na vacinação dos habitantes de Corumbá eram eficientes e eficazes contra a variante Ômicron.

### **3.3 Uma Nova Esperança na Guerra contra a Sars-Cov-2: início da Vacinação.**

Em janeiro de 2021, iniciou-se a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19, ainda que com atrasos em decorrência da influência de forças políticas que reprimiram e buscaram coibir a aquisição dos imunizantes.

O Programa Nacional de Imunização, concretizado pelo Sistema Único de Saúde, permitiu o avanço no processo de vacinação de toda a população brasileira, demonstrando e reforçando a importância e excelência dos serviços prestados pelo SUS para a garantia do acesso universal e gratuito à saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL,

2023), em quase três anos de vacinação, já foram investidos R\$ 37 bilhões na aquisição e produção de imunizantes, com 600 milhões de doses de vacinas contra a Covid-19 distribuídas para todos os estados e o Distrito Federal, obtendo uma cobertura vacinal de 80,2% em toda população com mais de 6 meses de idade.

A malha de atendimento existente no SUS, principalmente dos programas governamentais para a atenção básica, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), tiveram um papel primordial na imunização da população (OSWALDO CRUZ, 2021). Sobre a importância do SUS, por meio do PNI, em nota técnica, a Fundação Oswaldo Cruz (2021 p. 4) explicou que

A chegada da Covid-19 fez emergir a importância do PNI, que infelizmente enfrenta um cenário no qual se disseminam desinformações sobre a importância e eficácia de vacinas, apesar de inúmeros estudos que atestam os benefícios do imunizante. O funcionamento do PNI é baseado nas estruturas de atendimento do SUS que nos anos mais recentes têm apresentado déficits estruturais e descontinuidades de programas essenciais nas equipes de saúde básica, e sobretudo em locais mais carentes. As consequências dessa situação se destacam nesse momento em que se busca mais celeridade no processo de vacinação (OSWALDO CRUZ, 2021, p. 4).

Importante destacar que a compra das vacinas junto aos laboratórios responsáveis é de responsabilidade e competência da União, além da distribuição aos estados. O Ministério da Saúde também era incumbido pela definição dos grupos prioritários, gerenciamento, armazenamento e disponibilização de informações que subsidiariam a vigilância e o monitoramento das doses encaminhadas. As administrações municipais são incumbidas por executar o Plano Nacional de Vacinação, realizando as aplicações nos grupos estabelecidos. Além disso, tem a atribuição de gerenciar e racionar o estoque de imunizantes e outros insumos, abastecendo os postos de vacinação (BRASIL, 2003).

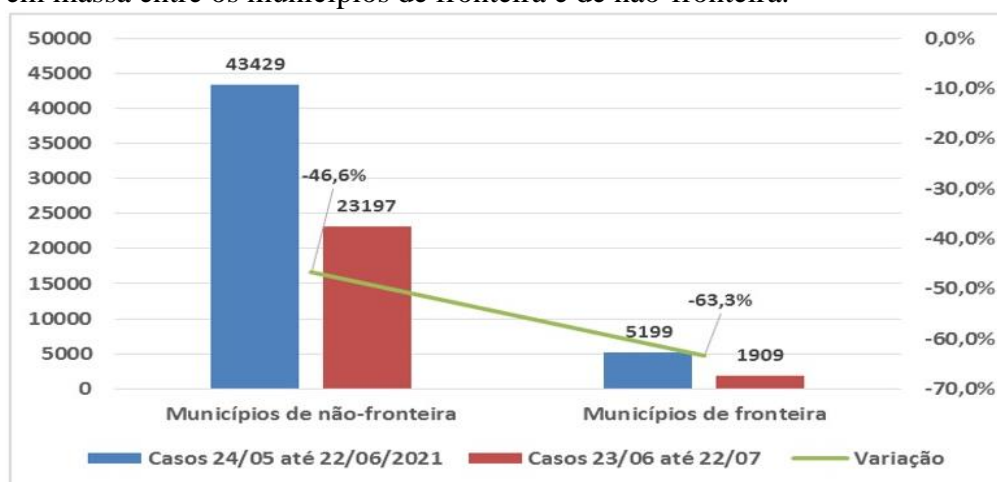
Seguindo as diretrizes, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a vacinação na população de Corumbá aplicando as doses nos grupos prioritários, conforme eram recebidas as doses de imunizantes.

Para reforçar no Mato Grosso do Sul a imunização da população, a Secretaria Estadual definiu a vacinação em massa da faixa de fronteira, adquirindo lotes de vacinas de dose única para aplicar nos 13 municípios da fronteira, além das cidades vizinhas no Paraguai e na Bolívia (G1 MS, 2021; MATO GROSSO DO SUL, 2021).

O resultado dessa vacinação em massa de imunizantes de dose única nas cidades de fronteira resultou numa redução consistente na prevenção de novos casos confirmados, internações e óbitos. Essa campanha de vacinação permitiu uma eficácia acima de 50,9% na prevenção de sintomas, proteção para novas hospitalizações de 72,29% e responsável pela redução de óbitos em 90,5% em um período de 30 dias após o início da campanha (SES-MS, 2021).

Dessa forma, criou-se uma zona de proteção sanitária que diminuiu consideravelmente os riscos de novos casos na faixa de fronteira do estado, além de trazer impactos positivos na redução da propagação da doença nos outros municípios do Mato Grosso do Sul (Gráfico 3). Com essa barreira, diminuiu a difusão de novas variantes, além de reduzir as taxas de ocupação de leitos hospitalares e óbitos (SES-MS, 2021).

Gráfico 3 - Comparativo de casos confirmados por Covid-19 nos 30 dias após vacinação em massa entre os municípios de fronteira e de não-fronteira.

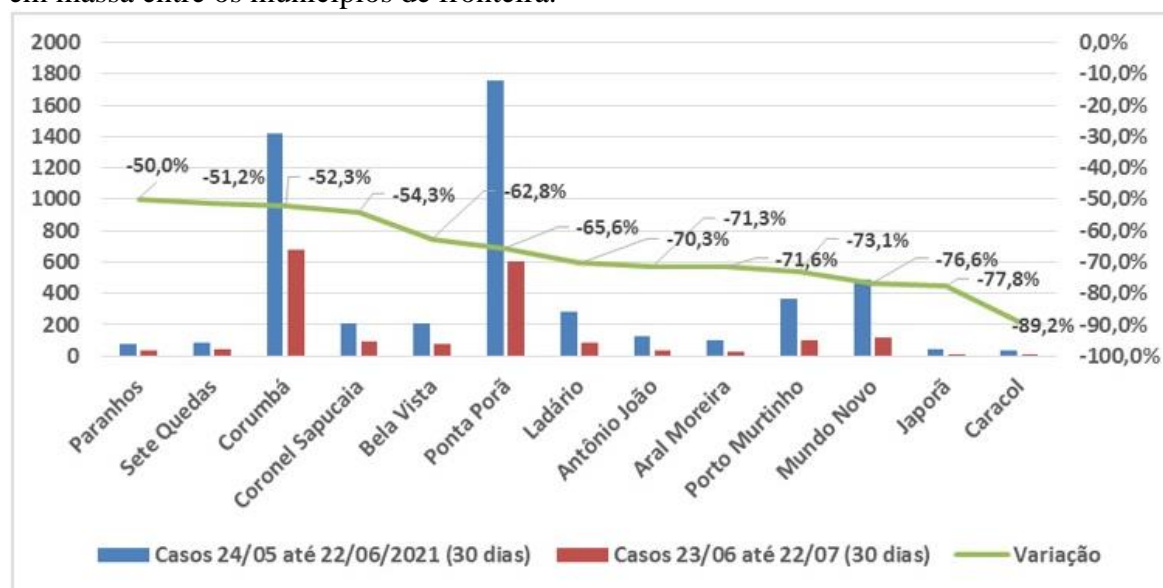


Fonte: SES-MS, 2021.

Em Corumbá, a vacinação em massa representou uma redução gigantesca no seu quadro epidemiológico, em todos os quesitos. Segundo os dados da Secretaria Estadual, Corumbá registrou uma variação de -52,3% no total de novos casos, em comparação com o período anterior à vacinação em massa.



Gráfico 4 - Comparativo de casos confirmados por Covid-19 nos 30 dias após vacinação em massa entre os municípios de fronteira.



Fonte: SES-MS, 2021.

Cabe destacar, que durante que redução no número de casos positivos é reflexo da alta taxa de cobertura vacinal que permitiu a imunização dos municípios. Além disso, a Secretaria Estadual distribuiu doses extras para a população fronteiriça das cidades bolivianas por compreender que somente com essa ação, a vacinação em massa seria mais efetiva. Essa ação é uma das poucas ações centradas e idealizadas para a população fronteiriça, sem haver distinção entre brasileiros e bolivianos.

Vale ressaltar, que durante o mês de outubro/2021, três meses após o início da campanha de vacinação, a cidade não registrou nenhum novo caso positivo de Covid-19 por um intervalo de tempo de, aproximadamente, 17 dias. Em entrevista ao Jornal MS1 - TV MORENA, a profa. Dra. Elisa Pinheiro de Freitas (2021) apresenta os reflexos da vacinação em massa, quando explica que

Nos últimos 15 dias, a Macrorregião de Saúde de Corumbá não registrou novos casos positivos de Covid-19 e nem óbitos em decorrência da doença. Ainda no dia 14 de outubro (de 2021), a cidade de Corumbá zerou os casos ativos, não havendo mais pessoas em isolamento domiciliar e não há mais internados pela Covid. Esse cenário de estabilidade na nossa região é reflexo da vacinação em massa, que foi acelerada em julho/2021, mas também se deve ao alto índice de cobertura vacinal existente em todo estado, além da elevada taxa de cobertura vacinal no município, que supera 87%, o que possibilita uma grande redução na circulação viral (FREITAS, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação encerra-se com reflexões sobre as fragilidades existentes no sistema de saúde pública na Fronteira Brasil-Bolívia e como estão expostas e vulneráveis as populações residentes na faixa fronteiriça. Esta pesquisa tem por finalidade atestar que o Sistema Único de Saúde, por meio da Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa de Corumbá, tem um papel fundamental no cotidiano e na vida dos fronteiriços residentes nas cidades de Corumbá, Ladário, Puerto Quijarro, Puerto Suárez e para além dessas localidades.

Reitera-se a necessidade de políticas públicas que busquem integrar de melhor maneira o acesso e a garantia de atendimento às populações estrangeiras, principalmente os residentes fronteiriços de origem boliviana, que cotidianamente atravessam o limite internacional em busca de serviços médicos. Reforça-se a compreensão dos gestores regionais e nacionais quanto às especificidades e particularidades existentes na faixa de fronteira Brasil-Bolívia, quanto a maior disponibilidade de recursos financeiros, infraestrutura hospitalar e equipe de saúde que consiga atender não somente aos cidadãos brasileiros, mas dispor de meios que possam atender aos imigrantes que circulam por Corumbá.

Além disso, é primordial que a Prefeitura de Corumbá, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, junto com a administração da Santa Casa de Misericórdia, disponham de ferramentas e instrumentos que possam mensurar de modo concreto e assertivo, os atendimentos realizados a brasileiros oriundos de outras cidades da Federação, principalmente a população imigrante e fronteiriça. 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 do Mato Grosso do Sul.

Salienta-se também o protagonismo do Sistema Único de Saúde representado pela Associação Beneficente de Corumbá na incessante luta contra a Covid-19 ao longo de mais de três anos de pandemia, prestando todo suporte e assistência à população, mesmo com as adversidades vivenciadas, como falta de equipamentos, insumos e profissionais com

salários atrasados, ainda que existam problemas que precisam ser melhor geridos, como a “*seletividade*” de atendimentos aos bolivianos.

Contudo, cabe destacar a urgência de melhor infraestrutura hospitalar e médica na cidade de Corumbá, que possa diminuir a pressão exercida sobre a Santa Casa de Misericórdia, principalmente no que se refere a atendimentos de média e alta complexidade, uma vez que a região não dispõe de cidades que possam ser de apoio em casos de grande gravidade.

Em síntese, a pandemia de Covid-19, vivenciada em Corumbá em todas as suas fases e nuances, comprovou as principais hipóteses traçadas por cientistas e especialistas em infectologia e epidemiologia. A primeira hipótese comprovada consiste na ineficácia dos métodos sem comprovação e amparo científico para tratamento dos casos de Covid-19, demonstrando um cenário epidemiológico caótico e nocivo à população, em contraposição ao panorama apresentado por defensores de tais tratamentos.

Além disso, a outra hipótese comprovada em Corumbá refere-se à vacinação como principal instrumento para redução do quadro epidemiológico existente em todo o globo. A vacinação em massa na faixa de fronteira Brasil-Bolívia permitiu uma cobertura vacinal na região que, conseqüentemente, garantiu uma severa diminuição nos números de casos positivos, internações hospitalares e óbitos em decorrência da doença. Porém, infelizmente essa vacinação chegou tarde para muitas famílias fronteiriças, que perderam os seus entes ao longo do decurso que a Sars-Cov-2 assolou o planeta.

Por fim, este estudo pretendeu demonstrar e reforçar a importância, a primordialidade e relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas mais variadas camadas, setores e segmentos na garantia de uma saúde pública de qualidade, universal e com liberdade de acesso a todos, mesmo com todos os obstáculos e desvalorizações que o programa tem enfrentado desde sua gênese. O SUS é o patrimônio do povo brasileiro.

Viva o SUS!

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ARRUDA, Luana Barreto; ARAÚJO, Ana Paula Correia. A migração boliviana para trabalho nas feiras livres de Corumbá-MS. **Revista GeoPantanal**, v.17, n.31, 2021. p. 182 – 198.

BAENINGER, R. (org.). **Imigração Boliviana no Brasil**. Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa. Campinas, 2012.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Estado Plurinacional da Bolívia**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/relacoes-bilaterais/todos-os-paises/estado-plurinacional-da-bolivia>>. Acesso em: 10 / 11 / 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Distrito Federal - Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **PORTARIA GM/MS Nº 3.286, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2021**. Brasília, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3286\\_29\\_11\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3286_29_11_2021.html). Acesso em: 25 ago 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/pni>. Acesso em: 25 ago. 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União. Brasília, 2017. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm)>. Acesso em: 21 / 11 / 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm)>. Acesso em: 21 / 11 / 2022.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência do Governo Federal. **Convênios por Estado/Município**. Brasília. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/convenios/ConveniosListaEstados.asp>>. Acesso em: 27 / 07 / 2023.

BOLÍVIA. Instituto Nacional de Estadística. **Proyecciones de Población, Revisión 2020**. Disponível em: <<https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-proyecciones-de-poblacion-sociales/>>. Acesso em: 16 / 11 / 2022.

CARDIN, E. G., ALBURQUERQUE, J. L. C. **Fronteiras E Deslocamentos**. Revista Brasileira de Sociologia. Vol 06, N. 12. 2018, p. 114-131.

CAMPO GRANDE NEWS. **Secretária admite falta de estrutura em áreas da saúde de Corumbá**. Portal Campo Grande News. 2014 Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/secretaria-admite-falta-de-estrutura-em-areas-da-saude-de-corumba>. Acesso em: 25 mai 2023.

\_\_\_\_\_. **Protesto por saúde fecha fronteira entre MS e Bolívia para transporte de cargas**. Portal de Notícias Campo Grande News. 2020. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/protesto-por-saude-fecha-fronteira-entre-ms-e-bolivia-para-transporte-de-cargas>. Acesso em: 05 jul 2023.

\_\_\_\_\_. **Bolsonaro chega amanhã a Corumbá, 3ª cidade com mais casos de covid-19 em MS**. Portal de Notícia Campo Grande News, 2020. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/bolsonaro-chega-amanha-a-corumba-3a-cidade-com-mais-casos-de-covid-19-em-ms>. Acesso em: 16 jul 2023.

CÂMARA DE CORUMBÁ. **Vereador questiona falta de medicamentos na UPA e no Pronto Socorro**. Câmara Municipal de Corumbá. 2023 Disponível em: <https://camaracorumba.ms.gov.br/noticia/vereador-questiona-falta-de-medicamentos-na-upa-e-no-pronto-socorro>. Acesso em: 25 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. **Aprovada abertura de crédito adicional para custeio de 10 leitos para tratamento da Covid**. Câmara municipal de Corumbá, 2021. Disponível em: <https://camaracorumba.ms.gov.br/noticia/aprovada-abertura-de-credito-adicional-para-custeio-de-10-leitos-para-tratamento-da-covid>. Acesso em: 25 abril 2023.

CONCEIÇÃO JÚNIOR, A. R. Uma Análise Das Manifestações Xenofóbicas Na Fronteira Brasil-Bolívia Segundo O Ordenamento Jurídico Brasileiro. **Dissertação (mestrado em estudos fronteiriços)**. Programa de Pós graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços. UFMS, 2021, p. 72.

CORREIO DO ESTADO. **Primeiro paciente com Covid-19 em Corumbá recebe alta da Santa Casa**. Jornal Correio do Estado. Campo Grande, 2020. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/primeiro-paciente-com-covid-19-em-corumba-recebe-alta-da-santa-casa/370607/>. Acesso em: 09 jul 2023.

CORUMBÁ. Portal da Transparência do Governo Municipal. **Corumbá**. Disponível em: <<http://swb.corumba.ms.gov.br:8079/transparencia/>>. Acesso em: 27 / 07 / 2023.

\_\_\_\_\_. **Prefeitura discute protocolo de atendimento médico com representantes da Bolívia**. Portal da Prefeitura de Corumbá. Disponível em: <https://ww2.corumba.ms.gov.br/2023/01/prefeitura-discute-protocolo-de-atendimento-medico-com-representantes-da-bolivia/>. Acesso em: 06 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. **Prefeitura decreta toque de recolher e toma outras medidas para conter Covid-19.** Corumbá, 2020. Disponível em: <https://www.corumba.ms.gov.br/prefeitura-decreta-toque-de-recolher-e-toma-outras-medidas-para-conter-covid-19/>. Acessado em: 5 maio 2023.

\_\_\_\_\_. **Decreto municipal n° 2.263, de 16 de março de 2020.** Dispõe sobre as diretrizes para enfrentamento da Covid-19 em Corumbá. Diário Oficial de Corumbá. 2020. Disponível em: <http://do.corumba.ms.gov.br/portal/edicoes/download/3632>.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Corumbá, 2023. Disponível em: <https://www.corumba.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-dia-05-05.pdf>. Acessado em: 15 maio 2023.

\_\_\_\_\_. **Unidades de Saúde.** Portal da Prefeitura de Corumbá. Disponível em: <https://sisms.corumba.ms.gov.br/#two>. Acesso: 15 mai. 2023.

COSTA, G. V. L. **Os bolivianos em Corumbá – MS:** conflitos e relações de poder na fronteira. Mana, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.35 - 63, 2015.

COSTA, E. A.; COSTA, G. V. L.; OLIVEIRA, M. A. M. (org.). **Fronteiras em foco.** Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2011.

COSTA, E. M. S.; CUNHA, R. V; COSTA, E. A. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília-DF, 2018.

COSTA, M. dos S.; BRASIL, M. S.; FEIDEN, A.; CAMPOLIN, A. I. Do Produtor ao Consumidor: Integração Socioeconômica e Cultural em Feiras Livres na Fronteira Brasil-Bolívia; **Rev. Bras. de Agroecologia.** 3375-3378, 2009.

COFEN. **Anvisa alerta:** hidroxicloroquina não é recomendada contra coronavírus. Conselho Federal de Enfermagem, 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/anvisa-alerta-hidroxicloroquina-nao-e-recomendada-contracoronavirus\\_78044.html](http://www.cofen.gov.br/anvisa-alerta-hidroxicloroquina-nao-e-recomendada-contracoronavirus_78044.html). Acesso em 03 ago 2023.

DIÁRIO CORUMBAENSE. **Governo promete equipar hospital e bloqueio na Bioceânica é suspenso.** Disponível em: <https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=118630>. Acesso em: 27 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Bolivianos voltam a bloquear Bioceânica e cobram estrutura para a Saúde da fronteira.** Disponível em: <https://www.diarionline.com.br/index.php?s=noticia&id=118430>. Acesso em: 05 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **Falta de profissionais de saúde também afeta Santa Casa de Corumbá.** Disponível em: <https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=123470>. Acesso em: 02 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. **Com crescente nos casos de covid-19, Santa Casa de Corumbá adota medidas e tem fila de espera para internação.** 2021. Disponível em: <https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=124882>. Acesso em: 05 ago 2023.

\_\_\_\_\_. **Com quase 40 profissionais com covid-19, Santa Casa de Corumbá faz mudanças para manter atendimento.** 2022. Disponível em: <https://www.diarionline.com.br/?s=noticia&id=129359>

EL DEBER. **Habilitan centro de aislamiento para casos de coronavirus en Puerto Quijarro.** Disponível em: [https://eldeber.com.bo/coronavirus/habilitan-centro-de-aislamiento-para-casos-de-coronavirus-en-puerto-quijarro\\_180922](https://eldeber.com.bo/coronavirus/habilitan-centro-de-aislamiento-para-casos-de-coronavirus-en-puerto-quijarro_180922). Acesso em: 28 jan. 2021.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade [online]**. 2015, v. 24, n. 4, p. 1137- 1150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>. Acesso em: 22 abr. 2020.

FEIDEN, Alberto; COSTA, Edgar Aparecido. Diagnóstico da produção e comercialização transfronteiriça de hortaliças na fronteira entre os municípios de Corumbá e Ladário no Brasil e Puerto Quijarro e Puerto Suarez na Bolívia. *In*: I Seminário Internacional de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável, 2017. **Anais**. Marechal Rondon, 2017.

FIOCRUZ. **O que é uma pandemia?**. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>>. Acesso em: 01 de junho de 2022.

FOLHA MS. **Com unidades lotadas, pacientes reclamam de demora no atendimento médico em Corumbá.** Portal de Notícias Folha MS. 2021. Disponível em: <https://folhams.com.br/2021/12/27/com-unidades-lotadas-pacientes-reclamam-de-demora-no-atendimento-medico-em-corumba/>. Acesso em: 25 mai. 2023.

FREITAS, Elisa Pinheiro de. Território, poder e biocombustíveis: as ações do Estado brasileiro no processo de regulação territorial para a produção de recursos energéticos alternativos. 2013. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. Estudo aponta que vacinação em massa em 13 cidades de MS reduziu internações e mortes por Covid. Entrevista concedida a TV Morena - Jornal MS1. Corumbá, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2021/10/19/estudo-aponta-que-vacinacao-em-massa-em-13-cidades-de-ms-reduziu-internacoes-e-mortes-por-covid.ghtml>. Acesso em: 30 ago 2023.

FREITAS JUNIOR, G.; FREITAS, E. P. Espaço e Sustentabilidade: Governança para cidades sustentáveis. **Revista GeoPantanal**, n. 12, v. 23, p. 231-244, 2017.

FREITAS, Eduardo Gorga. Os impactos socioespaciais da presença do 17º Batalhão de Fronteira para o município de Corumbá-MS/Brasil. 2020. **Dissertação de Mestrado em Estudos Fronteiriços**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

GADELHA, C. A. G., COSTA, L. A política nacional de Integração e o desenvolvimento das fronteiras: o programa de desenvolvimento da faixa de fronteira – PDF. *In*: OLIVEIRA, T. C. M. (org.). **Território sem limites**. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS, 2005.

GAZEL.A. S.; CRUZ. V. **Crise do oxigênio no Amazonas completa um ano com impunidade e incerteza causada pela ômicron**. Portal G1 Amazonas. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no-amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela-omicron.ghtml>>. Acesso em: 27/07/2023.

GIOVANELLA L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e 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**, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Atlas, 2017.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. (6.<sup>a</sup> ed.) Rio de Janeiro. Editora Atlas, 2008.

GOMES, P. R. S. Processos eleitorais e a participação de estrangeiros na política de Corumbá: um olhar da colonização até a redemocratização pós-golpe de 1964. *In*: RUCKET, F. Q.; SENA, D. M.; OLIVEIRA, M. A. M (orgs.). Corumbá e Ladário: capítulos de história regional. Editora UFMS. Campo Grande, 2021.

G1 MS. **Vacinas da Janssen que serão destinadas para 13 municípios da fronteira já estão em MS**. Portal de notícias G1 MS. 2021 Disponível em: <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2021/07/01/vacinas-da-janssen-que-serao-destinadas-para-13-municipios-da-fronteira-ja-estao-em-ms.ghtml>. Acesso em: 06 set 2023

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2.<sup>a</sup> ed. rev. atual. São Paulo: Editora Loyola, 2004.

IBGE. Cidades. **Corumbá (MS)**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/corumba/panorama>. Acesso em: 19 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias : 2017 / IBGE, Coordenação de Geografia. - Rio de Janeiro : IBGE, 2017.

INSTITUTO BUTANTAN. **A ômicron é a última variante descoberta até o momento e já responde por mais de 99,7% das infecções de São Paulo**. Instituto Butantan, 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/seis-fatos-sobre-a-omicron-a-variante-mais-transmissivel-da-covid-19>. Acesso em: 25 ago 2023

JUNQUEIRA, N. M. A História Antiga contada através do olhar: os resquícios dos elementos da arquitetura da antiguidade nas fachadas de Corumbá (MS). **Revista Eletrônica História em Reflexão**. v. 17, n. 33, p. 360–390, 2023.

KROLL, R. Festas de fim de ano em tempos de pandemia. **Revista ARCO**. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Santa Maria, 2020. Disponível em > <https://www.ufsm.br/midias/arco/festas-fim-de-ano-pandemia>.



KUKIEL, Eder Damião Goés; COSTA, Edgar Aparecido; BENEDETTI, Alejandro Gabriel. Fronteira Brasil-Bolívia: A Construção Histórica Dos Relacionamentos Comerciais Entre Corumbá E Puerto Quijarro. V Seminário de Estudos Fronteiriços. **Anais**. Corumbá, 2015.

LAVOR, Adriano de. Amazônia sem respirar: falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n.221, p.20-23, fev. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020**. Campo Grande, 2020. 301 p.

\_\_\_\_\_. **História do MS**. Agência de Notícias do Mato Grosso do Sul. 2016. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ms.gov.br/a-historia-de-ms/>. Acesso em: 30 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2016-2019** Secretaria Estadual de Saúde - Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2015. 134 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 2023. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/Boletim-Epidemiologico-COVID-19-2022.11.01.pdf>. Acessado em: 01 maio 2023.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual de Saúde. Impacto da vacinação nos municípios de fronteira apresenta 63% de queda de casos novos de Covid19 em MS**. 2021. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/impacto-da-vacinacao-nos-municipios-de-fronteira-apresenta-63-de-queda-de-casos-novos-de-covid19-em-ms/>. Acesso em: 16 ago. 2023

\_\_\_\_\_. Secretaria de Turismo. **Corumbá adota pesque-solte e abre temporada com alta procura por pacotes**. 2021. Disponível em: <https://www.turismo.ms.gov.br/corumba-adota-pesque-solte-e-abre-temporada-com-alta-procura-por-pacotes/>

MARTINS, Paulo Cesar dos Santos; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado. Brasil e Bolívia: cooperação econômica na fronteira de Corumbá/MS. *In: XVII Congresso Internacional Fórum Universitário Mercosul*, 2019. **Anais**. Foz do Iguaçu, 2019. p. 129-146.

MATOS, M. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, 35(8), 2021. pp. 25–35.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004b.

MACHADO, L. O. LIMITES, FRONTEIRAS E REDES. *In: Strohaecker, T. M. et al(org.)*. **Fronteiras e Espaço Global**. AGB-Porto Alegre. Porto Alegre, 1998, p.41-49.

MACHADO, Lia Osório. Cidades na fronteira internacional. Conceitos e tipologias. *In: NÚÑES, Ângela; PADOIN, Maria Medianeira; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de*. **Dilemas e diálogos platinos: fronteiras**. Dourados (MS): UFGD ed., 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

MARQUES, A. M. Fronteira e Saúde: Puerto Quijarro e Puerto Suárez (Bolívia) e Corumbá. *In*: BAENINGER, R. (org.). **Imigração Boliviana no Brasil**. Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa. Campinas, 2012.

MIDIAMAX. **Morador de Puerto Quijarro morre em Corumbá vítima do Coronavírus**. Portal de Notícias MidiaMax. 2021. Disponível em: <https://www.midiamax.com.br/cotidiano/2020/morador-de-puerto-quijarro-morre-em-corumba-vitima-do-coronavirus>. Acesso em: 27 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Santa Casa de Corumbá diz que Ministério da Saúde atrasou repasse e deixou médicos sem salários**. 2021. Disponível em: <https://midiamax.uol.com.br/cotidiano/2021/na-linha-de-frente-da-covid-medicos-estao-ha-tres-meses-sem-salarios-na-santa-casa-de-corumba/>. Acesso em: 02 jul 2023.

\_\_\_\_\_. **Saúde de Corumbá tem 'baixa' de 105 trabalhadores afastados por Covid**. 2022 Disponível em: <https://midiamax.uol.com.br/cotidiano/2022/saude-de-corumba-tem-baixa-de-105-trabalhadores-afastados-por-covid/>. Acesso em: 28 ago 2023

MINAYO, M. C. S. (2015). **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade. (34.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis- RJ: Vozes.

MOTA, A. A. *et al.* Relatório Técnico Geocartográfico De Análise Dos Indicadores E Do Índice De Morbimortalidade Da Covid-19 Na Microrregião De Saúde De Corumbá-Ms Referente Às Semanas Epidemiológicas 31<sup>a</sup> À 33<sup>a</sup>. **UFMS**. Disponível em: <[https://www.ufms.br/wpcontent/uploads/2020/08/RELAT%C3%93RIO\\_MICRO\\_CORUMB%C3%81-31%C2%AA-a-33%C2%AA-semana-epidemiol%C3%B3gica.docx-2.pdf](https://www.ufms.br/wpcontent/uploads/2020/08/RELAT%C3%93RIO_MICRO_CORUMB%C3%81-31%C2%AA-a-33%C2%AA-semana-epidemiol%C3%B3gica.docx-2.pdf)>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

Organização Mundial de Saúde - OMS. **Coronavirus disease 19**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>> . Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812). Acesso em: 25 jan. 2021.

OLIVEIRA, T. C. M. de. Para além das linhas coloridas ou pontilhadas – reflexões para uma tipologia das relações fronteiriças. **Revista da ANPEGE**, [S. l.], v. 11, n. 15, p. 233–256, 2017. DOI: 10.5418/RA2015.1115.0009. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6454>. Acesso em: 29 nov. 2022.

OLIVEIRA, M. A.M. O Ambiente Fronteiriço: Traços intangíveis e realidades sinuosas. **Revista GeoPantanal**, n. 21, p. 13-22, 2016.

OLIVEIRA, M. A. M.; CORRÊA, J. M.; OLIVEIRA, J. C. “Imigrantes Pendulares em Região de Fronteira: semelhanças conceituais e desafios metodológicos”. In: **Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 12, n. 27, pp. 91-108, 2017.

OLIVEIRA, Tito Carlos de; ESSELIN, Paulo M. Localizando as condições pretéritas e as relações correntes na complexa fronteira Brasil – Bolívia. **Revista Geosul**, Florianópolis, v.30, n. 60, p. 125-163, jul./dez. 2015.

PEREIRA, R. J.; SENA, D. M. MAÇONARIA EM CORUMBÁ E LADÁRIO NO FINAL DO SÉCULO XIX. In: RUCKET, F. Q.; SENA, D. M.; OLIVEIRA, M. A. M (orgs.). **Corumbá e Ladário**: capítulos de história regional. Editora UFMS. Campo Grande, 2021.

PEREIRA, L. S, SÁ. R.R., FREITAS, E.P. Saúde na fronteira Brasil-Bolívia: considerações sobre a política de saneamento básico em Corumbá-MS. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Vol. 47 nº 1. 2020, p. 276 – 292.

\_\_\_\_\_. A evolução da COVID-19: O caso de Corumbá- MS. **Revista Ensaios de Geografia**, Niterói, vol. 5, nº 9, p. 100-105, 2020.

PESAVENTO, S. J. Além Das Fronteiras. In: MARTINS, M. H. (org.). **Fronteiras Culturais (Brasil – Uruguai – Argentina)**. São Paulo, Atelier Editorial- CELP Cyro Martins-SMC- POA, 2002.

RAFFESTIN, C. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA T. C. M. (org.). **Território sem limites**. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS; 2005, p. 9-15.

RUCKET, F. Q.; SENA, D. M.; OLIVEIRA, M. A. M (orgs.). **Corumbá e Ladário**: capítulos de história regional. Editora UFMS. Campo Grande, 2021.

SANTOS, Milton. **Território e cidadania**: o espaço do cidadão. 2 ed, São Paulo: Nobel, 1993.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; MIRANDA, Elaine Silva; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 1-5, 2021.

SANTOS-MELO G. Z.; ANDRADE S. R.; RUOFF A. B. A **Integração de saúde entre fronteiras internacionais**: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm, 2018.

SCHERMA, M. A. As Fronteiras Nas Relações Internacionais. **Revista Monções**, Vol.1, N.1. p. 102-132, 2012.

SCHABIB HANY, Fátmato Ezzahrá. Corumbá, Pantanal de Mato Grosso do Sul: Periferia ou espaço central?. 152 f. **Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais)**. Escola Nacional de Ciências Estatísticas–ENCE, IBGE. Rio de Janeiro, 2005.

SEABRA, M. P. C. S. **O conceito de fronteira**: uma abordagem multifacetada. Lisboa: Instituto De Estudos Superiores Militares, 2012

SENADO FEDERAL. **Relatório Final Da Comissão Parlamentar De Inquerito - CPI DA PANDEMIA**. Senado Federal. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>>.

SENA, Divino Marcos de. Entre articulações e conveniências na Câmara Municipal de Corumbá: Relações de poder, laços sociais e atuação política no final do Império. 2017. 331 f. **Tese (Doutorado em História)** – Universidade Federal da Grande Dourados, 2017.

SILVA, I. M. O governo Bolsonaro, a crise política e as narrativas sobre a pandemia. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)biográfica**. v. 5, n. 16, p. 1478–1488, 2020.

SILVA, WAGNER APARECIDO. Fronteira e regionalização da saúde : os dilemas da microrregião de Corumbá-MS. **Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços)**. Programa de Pós graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços. UFMS, 2010, p. 77.

SILVA, Luis Paulo Batista da. A geografia das cidades gêmeas de Corumbá (Brasil) e Porto Suárez (Bolívia): interações espaciais na zona de fronteira Brasil – Bolívia – 2012. 130 f.: il. **Dissertação (Mestrado em Geografia)** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Geociências, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012.

SOUZA, R. O. A Saúde No Brasil Recente: Elementos Da Política De (Não) Enfrentamento À Covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, 35(8), 2021. pp. 36-52.

SÁ, R. R.; SILVA, J. E. M. L.; FREITAS, E. P. A efetividade de políticas públicas para mobilidade urbana: um estudo de caso de Corumbá (MS). **Ensaio de Geografia**, v. 6, p. 104-124, 2020.

SÁ, Rafael Rocha *et al.* Políticas públicas para ciclomobilidade urbana: um estudo de caso de Corumbá-MS. **Revista Pantaneira** – Ed. Especial. v. 18. Aquidauana, 2020.

VERNOCHI, A. G. S. Xenofobia em ambiente escolar fronteiriço: uma análise de estudo de caso em Corumbá, MS. Programa De Pós Graduação Em Estudos Fronteiriços. **Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços)**. CORUMBÁ, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5670>.