



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



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL**

WAGNER APARECIDO DA SILVA

**A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA
FRONTEIRA BRASIL/BOLÍVIA: O PARADOXO ENTRE O
ARCABOUÇO LEGAL E O COTIDIANO LOCAL**

**CORUMBÁ - MS
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

WAGNER APARECIDO DA SILVA

**FRONTEIRA E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: OS DILEMAS DA
MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Estudos Fronteiriços.

Linha de Pesquisa: Saúde e Trabalho da População de Fronteira

Orientador: Prof. Dr. Edgar Aparecido da Costa

**Corumbá - MS
2010**

WAGNER APARECIDO DA SILVA

**FRONTEIRA E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: OS DILEMAS DA
MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Aprovado em 09/04/2010, com Conceito APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Orientador:

Prof. Dr. Edgar Aparecido da Costa
(Universidade Federal do Mato Grosso do Sul)

1º avaliador:

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha
(Universidade Federal do Mato Grosso do Sul)

2º avaliador:

Prof. Dr. Sérgio Ricardo Oliveira Martins
(Universidade Federal do Mato Grosso do Sul)

“Velho cultor de utopias
E de ambições sobranceiras,
Sonho ver, ainda em meus dias,
Um mundo igual, sem FRONTEIRAS”.

Waldir Neves

Fazendo remissão ao princípio Constitucional brasileiro, que possui entre os seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, dedico este trabalho a todos os fronteiriços que visível ou invisível, direta ou indiretamente, se utilizam dos serviços de saúde do SUS como a única opção e, que estabelecem suas vidas num território ainda de contradições.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua presença nos passos de minha vida;

Aos meus pais, pela compreensão, pelo carinho, incentivo e amizade;

Aos meus irmãos, pela amizade, incentivo, apoio e carinho;

Aos meus sobrinhos Fernanda, Valdenir, Nicole e Maria Luíza, pela alegria de nosso convívio;

Ao meu avô Antônio Guardia (in memoriam), pela convivência de tantos anos, pelo carinho, incentivo e amizade. Assim como tantos outros imigrantes, acreditou e amou essa região como um filho;

Ao professor e orientador Dr. Edgar Aparecido da Costa por ter participado dessa importante fase de minha formação profissional. Muito obrigado!

Ao professor Dr. Marco Aurélio Machado de Oliveira, pelo conhecimento repassado durante a minha participação no Programa;

Ao professor Dr. Sérgio R. O. Martins, pela contribuição na qualificação;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, pelos conhecimentos repassados e contribuições nesse trabalho;

Aos colegas do mestrado pelos momentos de convivência, de amizade, discussões e trocas de conhecimentos e idéias. Agradecimento especial aos colegas que tornaram minha estada no curso pós-acadêmico mais feliz:

À Edna Batista, pelos grandes favores e momentos compartilhados; à Giane Moura, pela simplicidade, inteligência socializada e carinho, a qual além de colega de curso, tornou-se minha amiga de todas as horas; à Ana Cecília, por ser esta pessoa humana, obrigado por me ouvir, ao seu Pontes, pelas trocas de idéias e pelas caronas; ao Dr. Moisés dos Reis Amaral, pelas histórias contadas, pelos conhecimentos compartilhados nos dias das aulas, tornando-as melhores. Ficam na lembrança as discussões de estudo, as caminhadas na histórica e bela Corumbá, os lanches, os bate papos nos barzinhos, os passeios na orla portuária, a subida no morro São Felipe para contemplar a bela visão da cidade;

Ao ex-Secretário Acadêmico Emílio, pelos informativos repassados por e-mail;

Aos colegas da Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria, que incentivaram e acreditaram no meu sucesso;

A todos, que direta ou indiretamente participaram dessa importante etapa da minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Associação Beneficente de Corumbá
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CECAA	Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
CEREST	Centro Referência à Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CIS	Centro Integrado de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá
SIHD2	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIS-Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tabulador Desenvolvido Pelo DATASUS
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, conforme a SES/MS, 2007.	42
Figura 2. Microrregiões de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, conforme a SES/MS, 2007.	43
Figura 3. Pirâmide etária do município de Corumbá-MS, 2009.	46
Figura 4. Pirâmide etária do município de Ladário-MS, 2009	47
Figura 5. Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde – Corumbá-MS, 2008.	48
Figura 6. Centros Especializados de Saúde em Média e Alta Complexidade do Município de Corumbá – MS, 2008.	49
Figura 7. Parâmetro para programação de internações esperadas e número de internações contratualizadas com a Santa Casa de Corumbá - 2009.	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo do município de Corumbá - 2009.	45
Tabela 2 - População Residente por Faixa Etária e Sexo do município de Ladário - 2009.	47
Tabela 3 - Produção da Estratégia de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde em Corumbá-MS: 2006, 2007 e 2008.	51
Tabela 4 - Internações sensíveis à atenção primária em Corumbá-MS – julho de 2008 a junho de 2009.	52
Tabela 5 - Recursos humanos SESP, Corumbá-MS: 2007/2008.	54
Tabela 6 - Metas quantitativas – Distribuição por especialidades clínicas para Corumbá.	57
Tabela 7 - Indicativo populacional do Estado e da Região, número de internações estimadas, apresentadas e aprovadas, número de internações por residência, valor médio e valor total das AIH – Período ano 2005 a agosto de 2009.	59
Tabela 8 - Número de internações hospitalares da “Santa Casa de Corumbá” contratualizadas versus aprovadas pelo Sistema SIH, com percentual de meta cumprida - Período julho de 2008 a julho de 2009.	60
Tabela 9 - Internações de usuários residentes em Corumbá por município de internação e especialidade - Julho 2008 a Junho de 2009.	61
Tabela 10 - Internações aprovadas ao hospital de Corumbá, segundo a especialidade e origem do paciente – julho de 2008 a junho de 2009.	62
Tabela 11 - Procedimentos realizados na Santa Casa de Corumbá – Jul. de 2008 a Jun. de 2009 com destaque aos dezesseis procedimentos mais frequentes.	63
Tabela 12 - Atendimento de bolivianos em Corumbá de julho de 2008 a junho de 2009.	66

RESUMO

O atual contexto geopolítico cada vez mais presente nas relações dos países acena para uma estreita relação de integração das regiões de fronteiras e cenários de integração sul-americana, suplantando a imagem das fronteiras como regiões problemáticas e conceitualizando-as como regiões fundamentais para a integração entre nações e povos, na busca de fortalecimento político, institucional e econômico para enfrentamento dos problemas comuns e compartilhados entre as cidades conurbadas. Dessa forma, a saúde que por sua dinamicidade e interface com a qualidade de vida regional, pode corroborar nas diversas áreas como política integradora e das relações de vizinhança. É com base nesse arranjo integrador que a saúde se configura como eixo de transposição da concepção delimitatória política, institucional e geográfica entre os países e, acima de tudo como bem comum coletivo e fundamental do ser humano. A pesquisa buscou oferecer ingredientes teórico-conceituais da definição de fronteira e da legislação de saúde, identificando as questões estruturais do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no estado de Mato Grosso do Sul e suas pendências nas questões de fronteira, desvelando pressupostamente os caminhos e descaminhos da saúde. Especificamente se buscou analisar a forma como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Mato Grosso do Sul contempla o espaço de fronteira e suas implicações para o maior município limítrofe da fronteira com a Bolívia, Corumbá. E, também descrever a estrutura do sistema de saúde na microrregião de Corumbá, focando a saúde na fronteira como um atributo regional, na busca de (re)estruturação da saúde pública. O estudo teve por fundamentação metodológica, o pensamento complexo e seu direcionamento foram pautados em revisões documentais e bibliográficas, na figura do pesquisador participante e análise e interpretações do banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES, Relatório de Gestão da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá. A pesquisa demonstrou que o PDR estadual não considerou as especificidades das regiões de fronteira, sugerindo uma reestruturação do plano, a fim de organizar a oferta e a procura por serviços de saúde nessas localidades. Na análise pontual da microrregião de Corumbá, foi evidenciado um considerável aporte estrutural de saúde, capaz de atender uma demanda regional ampliada. Ao final, foram apontados alguns eixos norteadores, visando contribuir para discussão de ações gestoras e integradoras para a política de saúde na região de fronteira.

Palavras-Chave: Saúde, Fronteira, Regionalização da saúde.

RESUMEN

El contexto geopolítico actual cada vez más presente en las relaciones de los países conduce a una estrecha relación para la integración de las zonas fronterizas y los escenarios para la integración sudamericana, suplantando la imagen de las fronteras como zonas problemáticas y, a juzgar como regiones clave para la integración de las naciones y los pueblos en la búsqueda del fortalecimiento político, institucionales y económicos para hacer frente a los problemas común y compartido entre las ciudades conurbanas. Por lo tanto, la salud por su dinámica y la interacción con la calidad de la vida regional, pueden corroborar los distintos ámbitos como el político, de integración y relaciones de vecindad. Es con este acuerdo integrador que la salud es considerada como un eje de transposición de la delimitación política, institucional y geográfica entre los países y, sobre todo como un bien colectivo y común del ser humano. El estudio trató de proporcionar los ingredientes teóricos y conceptuales de la definición de las fronteras y el derecho de la salud, la identificación de los problemas estructurales del Plan Director de Regionalización - PDR de la salud en el estado de Mato Grosso do Sul y sus cuestiones pendientes de la frontera, supuestamente revelar los caminos y descaminos de la salud. Específicamente se trató de analizar cómo el Plan Director de Regionalización (PDR) del estado de Mato Grosso do Sul incluye la franja fronteriza en su espacio y sus implicaciones para el municipio más extenso de la frontera con Bolivia, Corumbá. Y también describir la estructura del sistema de salud en el micro región de Corumbá, centrándose en la salud de la frontera como un atributo regional, en la búsqueda de (re)estructuración de la salud pública. El estudio tenía razones metodológicas para el pensamiento complejo y su dirección, se han guiado en el revisión documental y la revisión de la literatura, la figura de investigador participante y de análisis y interpretación de la base de datos del Sistema de Información del Hospital/DATASUS, Sistema Nacional de Instituciones de Salud - SCNES, análisis del informe de gestión de la Secretaría Ejecutiva de Salud Pública de Corumbá. La investigación mostró que el Plan Director de Regionalización - PDR no consideró las particularidades de las regiones fronterizas, lo que sugiere un plan de reestructuración con el fin de (re)organizar la oferta y la demanda de servicios de salud en estos lugares. En el análisis puntual de la micro región de Corumbá, se muestra una considerable estructura de la salud, capaz de satisfacer y atender una demanda regional ampliada. Al final, señaló algunos puntos conductores a fin de contribuir a la discusión de acciones para la gestión y la integración de la política de salud en la región fronteriza.

Palabras Clave: Salud, Frontera, Regionalización de la salud.

ABSTRACT

The current geo-political context is becoming ever more present in relations among countries, calling attention to tighter relations in the border regions and scenes of South American integration, supplanting the image of the border regions as problematic, and imagining these as fundamental for the integration between nations and peoples, in the search for political, institutional and economical strength to tackle head-on the problems common to and shared among urbanized cities. In this way, health issues, according to their dynamics and connections with the quality of regional life, may become stronger in diverse areas such as corporate politics and relations among neighbors. On the basis of this integral arrangement, the health system configures itself as an axis of transposition of the concept of political, institutional and geographical limits among countries, and above and beyond that the well-being of the collective is fundamental for mankind. The research sought to offer theoretical - conceptual ingredients of the definition of the border and health legislation, identifying the basic questions from the Plan Director of Regionalization of Health in the state of Mato Grosso do Sul and the disputes in the questions over the border, presumably knowing the good and bad practices of the health system. Specifically it seeks to analyze the way the Plan Director of Regionalization (PDR) of the state of Mato Grosso do Sul contemplates the border space and its implications for the greater municipal border area of Bolivia, Corumbá. And furthermore, to describe the health system's structure in the micro-region of Corumbá, focusing on frontier health as a regional attribute in a search for restructuring the public health system. The study used fundamental methodology: complex thinking and its direction was delineated from revised documents and bibliographies; it used the services of a research participant; and analysis and interpretations of the data bank of the System of Hospital Information/DATASUS, National Public Registry for the establishment of Health – SCNES; administrative report from the executive secretary of public health of Corumbá. The project demonstrates that the state PDR does not consider the specifications of the border regions, suggesting a restructuring plan aiming to organize supply and demand of services in these localities. In a precise analysis of the micro-region of Corumbá, it was evidenced that a considerable structure of health may arrive, capable of meeting the increased demand of the region. In the end, some guiding principles were indicated, seeking to contribute to the discussion of business actions and factors that would consolidate the health politics of the border region.

Key Words: Health, Border, Regional health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SAÚDE E FRONTEIRAS NO BRASIL	20
2.1 Espaço fronteiriço – viver a fronteira	20
2.2 A inserção do fronteiriço no “espaço” da saúde: o desafio	24
2.3 A legislação do Sistema Único de Saúde e a realidade das fronteiras	29
2.4 O direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde	36
3 REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL	40
3.1 Regionalização da saúde: a fronteira de fora	40
3.2 Microrregião de Corumbá	45
3.2.1 Infra-estrutura ambulatorial e hospitalar do sistema público de saúde na Microrregião de Corumbá	48
3.2.2 Os recursos humanos disponíveis	52
3.2.3 A prestação dos serviços de saúde em corumbá	56
3.2.4 Atendimento dos bolivianos em Corumbá	65
3.3 Uma proposta de ações em saúde pública para a fronteira oeste do Brasil	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERENCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

"Boas cercas fazem bons vizinhos"

A frase apresentada e que faz parte do provérbio popular, convida-nos para uma discussão sobre limite, fronteira e região. Ela tem suscitado importante debate no meio acadêmico e profissional, principalmente no que concerne a essência do que seria limite e, embora possa nos parecer diminuta, é extremamente abrangente, pois se refere uma idéia e ao mesmo tempo a uma definição que remete discutir fronteira e as relações nela presentes.

Observando sobre a semântica da frase citada, nota-se que a fronteirização e o limite são inerentes aos seres humanos e que se (re)fazem a toda hora e em todo o lugar. É fácil sua percepção, uma vez que ao rememorarmos o dia a dia, sempre se observam formas de fronteirizar e impor limites, baseadas no arcabouço legal ou não. Essas formas são, por exemplo, facilmente observadas na área laboral, na divisão setorial ou na necessidade de se definir a amplitude de bairros: delimitamos com divisórias, muros num arranjo material; e com traços em mapas os limites de cidades, países, imaterialmente.

Há de se ter claramente a diferença conceitual entre fronteira e limite, para não incorrer na utilização errônea de definições fundamentais:

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 é jurídico do Estado é criado e mantido pelo governo central, não tendo vida própria e nem mesmo existência material (MACHADO, 1996, p. 42).

O marco conceitual de fronteira foi ganhando inúmeros significados, embora as resignificações se propuseram a reformular o conceito simplista de limite entre Estados Nações galgados no processo histórico e de elementos que compunham o cenário pela disputa de poder, de defesa e ainda da formação e da imposição de idéias, permitindo a perspectiva de um novo olhar, em que se busca (re)definições no campo teórico-conceitual. Ganhou ainda novos substratos, dentre os quais, componentes regionais da política, do social e da economia, oferecendo um caminho inverso, pautado na diferença entre lugares de uma região de fronteira. Ou seja, o lado de lá da fronteira é o lugar diferente nos mais variados aspectos e o lado de cá da fronteira é uniforme no inconsciente coletivo do mesmo.

A interrelação entre os países fronteiriços não é algo novo. Contudo, a fase atual do meio técnico-científico-informacional sinaliza facilidades para integração regional entre eles, muito evidente na fronteira Brasil-Bolívia onde ficam localizados Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO), cujas áreas urbanas são próximas, facilitando a mobilidade entre as pessoas. Dessa forma, constitui-se em ingredientes mais do que favoráveis para um projeto de várias ações como regulamentação no trânsito dessas pessoas, da circulação de bens, mercadorias e serviços, do intercâmbio de moedas, das ações sociais, das questões ambientais, de educação, saúde, turismo, dentre outros pontos não menos fundamentais.

A redução ou remoção da existência de barreiras econômicas corrobora na conformação de diferentes arranjos espaciais, novos cenários, podendo acenar para a predominância de interesses fronteiriços coletivos. Entretanto, existe um abismo social nessa região de fronteira e poucas ações conjuntas indutoras de desenvolvimento, perpetuando a concepção de limites internacionais e, por consequência a barreira econômica, que no entendimento de Raffestin (1993), seria uma condição para o Estado assegurar a vida coletiva de um território.

Pensar uma fronteira “viva” é estabelecer uma relação sólida e irrefutável para os protagonistas de uma região, ou seja, as populações nacionais de cada um dos territórios que compõem a fronteira. Contudo, os acordos internacionais são atribuições dos governos centrais e não dos locais, sendo matéria afeita ao Ministério das Relações Exteriores do Brasil. Nesse sentido, por diversas vezes, os gestores municipais fronteiriços são levados a estabelecerem cooperação técnica e política diária, através de negociações informais, tácitas, numa escala subnacional, como aqueles observados para as questões da saúde pública que padecem de uma melhor instrumentalização na esfera de competência da União. Nessa perspectiva de relacionamento, Oliveira (2005) estabeleceu uma tipologia de relações fronteiriças, podendo ser *formais* quando pactuadas através de acordos ou *funcionais* quando são dadas pelo funcionamento das práticas sociais, econômicas locais.

Nessa premissa, não poderíamos deixar de tecer considerações a respeito dessa tipologia no campo da saúde pública nesta região fronteiriça, ora em fase de transição da relação funcional para a formal. Observamos que a demanda espontânea de usuários bolivianos ao sistema público de Corumbá é uma manifestação cotidiana, não considerando os trâmites formais, caracterizando o que Oliveira (2005) cunhou como uma permissividade congênita nas fronteiras.

Por outro lado, dada principalmente a preocupação epidemiológica, cujas doenças e agravos comuns aos dois países, vêm tornando-se frequentes em nossa região, não há como

ficar alheio à problemática, por ações burocráticas que definem as diretrizes para as relações internacionais. Posto isso e, partindo da presente constatação, são frequentes as necessidades em estabelecer medidas para prevenir ou diminuir alguns focos de doenças de fácil disseminação, oriundas no território boliviano. Tanto que a Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá vem desenvolvendo algumas ações conjuntas com os bolivianos, dentre as quais podemos destacar as ações em saúde para o combate a raiva canina e dengue, exigindo uma interatividade entre a prefeitura de Corumbá e as alcaldías dos municípios bolivianos. Ou seja, relações funcionais, mas que pelo significado aos povos fronteiriços deveriam ser formais.

Ao mesmo tempo em que se percebe a vontade de integração regional entre os países como tão bem evidente na Europa, com a transposição nacional e ampla permissão de mobilidade entre o povo europeu, que remete a “abolição das fronteiras”, na verdade dos limites, vivemos um processo transitório. Falar de fronteira é ao mesmo tempo complexo e funcional, com várias nuances estabelecidas. A assimetria imperante nas regiões fronteiriças é decorrente do processo histórico da ocupação do espaço pelos povos, do componente ideológico político, religioso, de defesa e outros. Entramos, assim, numa pauta que exige melhor compreensão, dada a sua fluidez e vastidão conceitual, não transcrita meramente aos mapas, ou acordos políticos entre nações. Noutras palavras, devemos superar a definição original do século XVIII, de inspiração ratzeliana, da materialização territorial para a separação de povos. Portanto, é oportuno agregarmos uma conscientização de sociedade unificada, por meio de um civismo planetário expressado por Morin (2002).

Convém salientar que, o momento capitalista presente e as relações internacionais são mutáveis, cuja mola propulsora é dinâmica, constante e veloz, resultando assim numa necessidade de se (re)pensar as fronteiras, suas influências e também em ferramentas integradoras que possibilitem alcançar efetividade nas relações fronteiriças.

A não delimitação territorial, por mais que pareça possível, enseja novas definições para o estabelecimento de um território único que obviamente seria conflituoso, pois a fronteira é um espaço constantemente sujeito a instabilidade, permitindo apenas algumas experiências e facilidades de intercâmbio. Essa dinamicidade fica evidente nas trocas de experiências culturais, de prestação de serviços, moedas, informações, trânsito espontâneo de animais e acima de tudo, das relações de pessoas.

Em se tratando de Brasil e Bolívia, essas trocas ocorrem num contexto de desigualdade. De um lado está o maior país da América Latina em extensão territorial que vem ganhando cada vez mais visibilidade mundial por sua capacidade de concorrência no

mercado internacional, e de outro, a Bolívia que, segundo Medaglia (2006), é a nação mais pobre da América Latina.

Santos (1993, p.123) explica 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.

É preciso considerar as iniquidades no campo social da região fronteira, que por certo, é fator de possível conflito pessoal e coletivo, nem sempre perceptível ao dia-a-dia, mas que deve ser considerado ao se definir as ações programáticas, junto aos setores de planejamento da educação, assistência social, segurança pública, saúde, habitação, emprego e renda, meio ambiente, dentre outros. Esses ingredientes sociais compõem a qualidade de vida de uma população, quando, o setor saúde, pela interface que possui com todas as áreas, obriga-se a planejar ações de prevenção, promoção e recuperação, assim como, fomentar a intersectorialidade no sistema público municipal pela dimensão assistencial conferida a Saúde Pública.

Como se pode ver, a ausência de medidas efetivas visando melhorar a qualidade de vida da população pode levar ao adoecimento, seja de maneira direta ou indireta. No primeiro caso pode-se citar a ausência de água tratada e de esgoto, resultando em transtornos gastrointestinais. No segundo, pela inacessibilidade a educação, com conseqüente dificuldade para o auto-cuidado e entendimento do tratamento prescrito, assim como na elevação dos índices de violência, pela carência de emprego e renda, lugares para cultura e lazer, gerando crise de identidade e de aceitação da condição de fronteira, agravados a partir da estigmatização da região de fronteira.

A abordagem do tema proposto se fundamenta na necessidade de discutir o conflito estabelecido entre a utilização dos serviços de saúde do município de Corumbá (Brasil), por bolivianos e brasileiros residentes nas cidades bolivianas circunvizinhas. Isso num contexto de barreiras estabelecidas pelos dispositivos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil que não contempla esses indivíduos como potenciais usuários, contrariando a realidade posta pela necessidade da assistência à saúde pública. As relações são muito desiguais entre a demanda e a oferta de estrutura e serviços de saúde oferecidos para a população brasileira da fronteira e dos oferecidos na Bolívia. Segundo Medaglia (2006), cerca de 30% dos bolivianos

não têm acesso a nenhum tipo de serviço de saúde, limitando-se às práticas tradicionais de cura.

Vale dizer da dificuldade que os gestores locais de saúde enfrentam dada à singularidade das cidades de fronteira. Não se deve ignorar os problemas que remetem à vida do ser humano e, tampouco deixar de auxiliar o estrangeiro. Nesse sentido, é oportuna a idéia de “Terra-Pátria” proposta por Morin (2002). O deslocamento espacial não nos desenraiza, ao contrário, estamos enraizados em nosso destino terrestre, o qual engloba e respeita todas as Pátrias. Podemos ser membros de várias Pátrias concêntricas.

O estudo tem por fundamento o pensamento complexo do sociólogo francês Edgar Morin (2007), com seu paradigma da complexidade, sob o qual foi firmado o conceito para fronteira e analisado os indicadores quantitativos ambulatoriais e hospitalares dos serviços de saúde ofertados na região fronteira do oeste brasileiro, envolvendo a microrregião de Corumbá. Vale destacar que essa microrregião é produto do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde no estado do Mato Grosso do Sul, no contexto da descentralização para os municípios, impulsionadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral foi compreender as dificuldades na gestão do sistema público de saúde numa área de fronteira. Especificamente se buscou analisar a forma como o PDR do estado de Mato Grosso do Sul contempla o espaço de fronteira e suas implicações para o maior município limítrofe da fronteira com a Bolívia, Corumbá. E, também descrever a estrutura do sistema de saúde na microrregião de Corumbá, focando a saúde na fronteira como um atributo regional, na busca de (re)estruturação da saúde pública.

O entendimento da dinâmica de funcionamento das políticas públicas de saúde do Brasil, sua organização e dinamicidade na fronteira Brasil/Bolívia, no que tange o atendimento de usuário estrangeiro, bem como brasileiros não residentes no país foi obtido mediante documentos e reflexões teóricas. Esses procedimentos foram mediados pela utilização da figura do pesquisador participante, uma vez que este atua diretamente na Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos prestadores de saúde conveniados ou contratados para os serviços no SUS do Mato Grosso do Sul.

Com tal perspectiva, a pesquisa foi direcionada metodologicamente a partir de revisões documentais e bibliográficas sobre a saúde e fronteira, sendo apreciadas as nuances conceituais de diferentes autores. Dessa forma foi possível aproveitar as contribuições de cada um deles, mesmo que apresentassem posturas teóricas divergentes entre eles, reafirmando o pensamento complexo proposto neste trabalho.

Efetuamos um levantamento de informações quantitativas da rede de saúde da microrregião de Corumbá e ao mesmo tempo, propomos medidas norteadoras que corroborassem para a gestão da saúde. Utilizamos-nos de informações ambulatoriais e hospitalares extraídas da base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde - (TABWIN), por meio do DATASUS, além da base nacional do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Relatório de Gestão do município de Corumbá.

No tocante à gestão de serviços de saúde da Bolívia e sua estrutura nos diversos níveis de atenção, deixou de ser objeto em nosso estudo, na medida em que nos vimos impossibilitados em acessar informações sistematizadas que pudessem nos permitir tecer algumas considerações quanto ao sistema de saúde nas cidades bolivianas próximas a Corumbá.

Registre-se, ainda, que os bancos de dados disponibilizados no site do Ministerio de Salud y Deportes de Bolívia, constituem-se de dados meramente epidemiológicos das capitais de departamentos, não contemplando a estrutura da rede, de recursos humanos e de procedimentos realizados por complexidade. Convém esclarecer que o sistema de saúde na Bolívia é administrado em parte, pelas caixas de assistência à saúde, fator já vivenciado pelo Brasil no mandato do então presidente da república Getúlio Vargas e que faz parte da história da construção do nosso sistema público de saúde.

O financiamento da saúde na Bolívia é também fator preponderante na transposição da fronteira, na busca de assistência à saúde no Brasil, pois de um lado temos o acesso universal, igualitário e gratuito em nosso país e do outro lado da fronteira temos o acesso limitado aos que contribuem ao sistema previdenciário e de saúde no país vizinho.

Tais descritores foram avaliados, extraindo-se a essência das informações, permitindo-nos elaborar o presente estudo, após análise e discussão com a literatura pertinente. Abordamos alguns conceitos de outras áreas do conhecimento, buscando uma interface com a nossa inserção profissional na área da saúde pública, favorecendo o aprimoramento teórico-conceitual.

O trabalho foi estruturado em dois capítulos. O primeiro versou sobre saúde e fronteiras no Brasil, sendo abordado o espaço fronteiriço, com ênfase no “viver a fronteira”; a inserção do fronteiriço no “espaço” da saúde como desafio; a legislação do sistema único de saúde e a realidade das fronteiras e o direito do estrangeiro ao sistema único de saúde. O segundo capítulo tratou da regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso do Sul,

partindo de sua constituição e fornecendo um retrato da microrregião de Corumbá. Ao final do mesmo, elaboramos propostas de ações em saúde pública para a fronteira oeste do Brasil.

2 SAÚDE E FRONTEIRAS NO BRASIL

2.1 Espaço fronteiriço – viver a fronteira

A região fronteiriça vislumbrada em Corumbá-MS mantém uma convivência relativamente harmônica entre seus povos. É sabido que existem muitas diferenças no modo e estilo de vida, mas a aproximação diária decorrente do trânsito de pessoas pelos mais variados motivos permite uma interacidade vibrante (OLIVEIRA, 2005). O distanciamento dos municípios bolivianos ao centro daquele país e de Corumbá dos maiores centros urbanos do Brasil, funciona como um fator estimular, mas não exclusivo, de contato mais estreito entre os municípios componentes dessa região. A intensificação dos fluxos decorrentes da interação social e as condições de vida e trabalho influenciam diretamente na geração de novos desafios para o sistema de saúde pública, não só pela demanda de estrangeiros, mas também pelos brasileiros residentes no lado de lá da fronteira, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia desse direito nas regiões fronteiriças, pois é sabido que:

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

O atendimento a estrangeiros pelo Sistema Único de Saúde brasileiro é uma situação que faz parte do processo histórico das relações internacionais, podendo até causar mal estar diplomático e gerar obstáculos para a ampliação do MERCOSUL (no qual a Bolívia ainda não é país integrante, mas constantemente convidado na mesa de reuniões) caso não venha ocorrer.

A faixa de fronteira seca é bastante extensa no estado de Mato Grosso do Sul, observando o livre trânsito de pessoas nos doze municípios fronteiriços, sendo onze limítrofes com o Paraguai e apenas um com a Bolívia, e esse último o tema do presente estudo. Isso facilita que os bolivianos fronteiriços e brasileiros residentes na Bolívia, busquem por serviços de saúde mais qualificados ou não ofertados em seu local de residência. É o caso de Corumbá, que regionalmente possui maior área urbana, maior contingente populacional e agrega uma maior complexidade na oferta desses serviços.

Nesse sentido, se fizeram notar inúmeras iniciativas de ações conjuntas entre as autoridades ligadas à saúde pública das cidades fronteiriças, especialmente do objeto desta

pesquisa. Tais medidas podem ser contempladas por meio de iniciativas como vacinações conjuntas de cães e gatos contra a raiva, controle da Leishmaniose, dentre outras, expressando assim, uma característica típica de relações de fronteira com alta integração formal e funcional, as chamadas fronteiras vibrantes (OLIVEIRA, 2005).

No ano de 2006, houve a celebração de um Pacto de Gestão em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando três dimensões assim discriminadas: pela vida, em defesa do SUS e de gestão, promovendo a regionalização dos serviços e recursos da saúde. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização da saúde são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde - PPI. Assim, coube aos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, através da gestão da saúde, definir tais instrumentos de planejamento da regionalização, considerando o geosaneamento, a capacidade física instalada, a série histórica dos atendimentos em saúde, os percentuais parametrizados pelo Ministério da Saúde, os recursos materiais, financeiros e humanos disponíveis e as especialidades assistenciais.

O fortalecimento do SUS nos últimos anos ampliou a demanda de atendimento aos estrangeiros não residentes nas cidades de fronteira. Além desse fator podemos apontar a falta de gratuidade nos serviços de saúde dos países vizinhos, como fator indutor e, ainda a ausência, carência ou insuficiência de serviços de média e alta complexidade nos municípios bolivianos.

Podemos destacar a terapia renal substitutiva - TRS, por meio das hemodiálises e de algumas especialidades como ortopedia e traumatologia, neurologia, oncologia e as internações hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva - UTI. Os municípios fronteiriços tratam esses atendimentos como uma grande despesa e prejuízo, pois esses não são computados no momento da estipulação do teto de financiamento do SUS e da programação em saúde. Muitas vezes os hospitais arcam com esses custos em virtude de glosas operacionais ou técnicas, tanto do sistema de processamento dos Sistemas de Informações do SUS, quanto por critérios técnicos na análise e avaliação do auditor de serviços de saúde.

Assim, as unidades de saúde fronteiriças sofrem com a demanda espontânea de estrangeiros ou brasileiros não residentes no país, sem dispor de um correspondente incremento financeiro. Desse modo, os profissionais em saúde, costumeiramente, se vêem envolvidos em dilemas ético-profissionais, pois não podem negar atendimento nos casos de urgência e emergência médica, mas sabem que esse atendimento pode custar a falta de recursos para atender um brasileiro.

Não existem dados em Corumbá-MS, quanto ao impacto financeiro gerado, por conta dos atendimentos prestados, tampouco indicadores fidedignos que confirmam o percentual de atendimento destinado aos estrangeiros e brasileiros residentes no lado de lá da fronteira. Com tais evidências, algumas estratégias deverão ser desenvolvidas. Partindo do campo teórico-conceitual, embasada nas proposições de Ciccollela (1996), Villa et al. (2001, p.102) indicam que:

Estudar a fronteira não é mais possível na perspectiva de limite entre nações, e sim tendo a percepção de que a mesma incorpora um caráter contraditório, que ao mesmo tempo que separa, aproxima, visão essa fundamental em num contexto de integração. A oportunidade de estudar os serviços de saúde na relação de fronteira associa-se ao que hoje conhecemos como espaço fronteiriço: “seria o resultado das tensões e contradições multi-escalares existentes dentro da própria realidade loco-regional e o exercício da soberania dos Estados nacionais, profundamente permeados pelo sistema econômico e pelas redes de informações técnico-científicas”.

Neste contexto, podemos identificar várias particularidades envolvendo os municípios de fronteira. No caso de Corumbá, a fronteira dispõe de várias opções de acessibilidade, podendo ocorrer por via terrestre, fluvial, ferroviária e aérea.

Consoante ao fato, possuímos uma população flutuante de difícil mensuração, visto que alguns condicionantes devem ser considerados, destacando-se o cenário econômico, educacional, social e de saúde, o turístico e não obstante, o político, gerando a vida fronteiriça. No contexto dessa vida, o ser humano busca aproveitar as oportunidades contidas no território e ao alcance de suas territorialidades/territorializações. O boliviano se utiliza de vários serviços no lado brasileiro, dentre os quais o comércio, transporte, educação e a saúde.

No caso da saúde, a demanda espontânea de bolivianos aos serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção é diária, indo desde a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, por meio da atenção básica (busca de vacinas, inalações, consulta básica), passando pela média complexidade (consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem) até a alta complexidade (diversos procedimentos de alto custo, como por exemplo, as sessões de hemodiálise e a unidade de terapia intensiva).

É imperioso mencionarmos que os atendimentos ambulatoriais da atenção básica e da média complexidade, quando de seu registro no sistema de informação ambulatorial – SIA, não permitem o registro dos serviços prestados por nacionalidade, não sendo possível assim, identificarmos o percentual real de bolivianos atendidos nas unidades públicas de saúde da microrregião de Corumbá, no lado brasileiro. Em relação aos procedimentos da alta complexidade, é imprescindível a apresentação do cartão SUS, que por sua vez, necessita da informação do Cadastro da Pessoa Física – CPF, o que dificulta o acesso, mas não impede

possíveis práticas fraudulentas, já observadas e noticiadas na mídia¹, quando dos casos dos paraguaios na cidade de Campo Grande, exigindo a intervenção da Polícia Federal e do Ministério Público.

Em Corumbá, ocorreram alguns casos isolados, pouco perceptíveis, dado o trânsito diário de bolivianos na cidade. Contudo, em função de nossa vivência profissional na área da saúde pública, foi possível observar inúmeras situações inusitadas como, por exemplo, um caso ocorrido em área coberta por equipe da estratégia de saúde da família. Quando foi preciso realizar uma busca ativa² a uma senhora cadastrada naquela área, em decorrência de exame positivado para tuberculose, ela não foi localizada de pronto. Acabamos por descobrir que a mesma dividia moradia de forma quinzenal, entre sua casa num bairro de Corumbá – BR (oriunda de programa assistencial) e sua outra residência em Puerto Quijarro – BO, dificultando nosso plano assistencial e terapêutico, dada as intercorrências clínicas e dificuldade de acompanhamento da adesão ao tratamento.

Igualmente noticiada na mídia local e estadual, como no caso supracitado, foi a prevaricação de servidores municipais da saúde em Corumbá³, que adulteravam informações vacinais de bolivianos, para facilitar seu ingresso no Brasil, antes do prazo estabelecido epidemiologicamente, em troca de dinheiro.

No cotidiano local é comum observarmos a dupla nacionalidade, bem como o uso irregular de documentos brasileiros por bolivianos, cuja observância é difícil de aferir, principalmente se considerarmos que não há obrigatoriedade expressa de sua apresentação para o atendimento ambulatorial e de urgência/emergência, salvo quando houver o atendimento hospitalar em regime de internação.

Na área hospitalar, diferentemente da área ambulatorial, o sistema de informação permite o registro da nacionalidade, mas esse importante campo de registro, nem sempre é corretamente preenchido. Empiricamente, na rotina profissional, constatamos que alguns bolivianos informam residir em território brasileiro, fornecendo comprovantes de endereço arranjados apenas para atender a solicitação formal da unidade hospitalar. Por sua vez, quando

¹ Cf. Reportagem intitulada “MS corta hemodiálise de estrangeiro”, publicada em 12/06/2004 pela Folha online, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fohla/cotidiano/ult95u95603.shtml>; também na matéria publicada por Maria Antonieta Maksoud (DRT/MS 164), de 05 de maio de 2004, com o título “Prefeitura garante, com recursos próprios, hemodiálise a estrangeiros”, veiculada pela CGNotícias, disponível em www.cgnoticias.ms.gov.br. O ConesulNews também abordou a questão no dia 28/10/2004 com a reportagem “Paraguaios que vivem na capital temem fim de atendimento”, disponível em www.conesulnews.com.br.

² Busca Ativa é um procedimento de visita domiciliar, realizada por profissionais de saúde, objetivando localizar os pacientes faltosos em Programas de Prevenção/Acompanhamento do tratamento de saúde.

³ Cf. Reportagem veiculada pelo Midiamaxnews, em 01/06/2007, assinada pela jornalista Sylma Lima, intitulada “Agente preso em Corumbá ao vender certificado falso de vacina”, disponível em www.midiamax.com

não há comprovante de endereço e o relato é a única fonte de informação, é comum o boliviano afirmar residir no endereço constantemente informado e impreciso, como sendo a da rua Dom Aquino Corrêa, sem número, curiosamente a principal via que permite o acesso a fronteira.

Como abordado anteriormente, a interação entre a população das cidades de fronteira Brasil/Bolívia é dinâmica, estimulada pela proximidade geográfica desses municípios, facilitando o trânsito de pessoas e o acesso aos diversos serviços. É partindo dessa efetiva realidade, que a inserção do fronteiriço na rede de saúde pública brasileira se torna um desafio, pois a gestão local não deve se consubstanciar apenas e tão somente do fato de assegurar ações e serviços de saúde para o lado de cá da fronteira. É necessário discutir mecanismos de inserção do fronteiriço nas ações e serviços de saúde.

2.2 A inserção do fronteiriço no “espaço” da saúde: o desafio

Dada a constante transformação geopolítica do mundo, as relações de integração estão cada vez mais estabelecidas e estreitadas, e são essas relações, que suplantam a imagem do território, numa visão de imobilidade. O contexto socioespacial, comercial, e avançando rumo às ações e serviços sociais, especialmente nas regiões de fronteiras, determinam os novos fluxos e ocupações.

Nessa perspectiva, a saúde é um dos elementos-chave para a integração e fortalecimento das fronteiras e das relações de vizinhança, pois a realidade sub-regional demonstra nitidamente a diferença urbana-social e de qualidade de vida extremamente adversas, como pode ser notado, por exemplo, nos municípios de Corumbá/Ladário - BR e Puerto Quijarro/Puerto Suarez - BO.

Essa assimetria ocorre ao longo de vários anos, como podemos observar nos registros de Peiter (2005) para a parte boliviana desta fronteira, quando afirma:

[...] A situação de saúde era crítica, dada a falta de saneamento, a pobreza da população e a carência do sistema de saúde local. O maior problema consistia da falta de água tratada. Era preocupante a elevada incidência de doenças transmitidas por vetores como a malária, a dengue, a leishmaniose e a febre amarela, esta última ainda freqüente na região graças às constantes falhas dos programas de imunização. Por este motivo as autoridades sanitárias brasileiras não aceitavam os comprovantes de vacinação bolivianos. Os serviços de saúde contavam com 1 hospital em Puerto Suarez (e outro na localidade de Carmen a 205 km de distância), com 1 cirurgião, 1 ginecologista, 1 pediatra e 3 clínicos gerais. Constatou-se, entretanto as

péssimas condições das instalações do hospital. A precariedade do atendimento em Puerto Suarez e cidades bolivianas fronteiriças levam muitas pessoas a busca atendimento em Corumbá [...] (PEITER, 2005, p. 290).

Contudo, é oportuno destacar que a política pública de saúde é tão somente mais um ingrediente rumo ao processo cada vez mais intenso de integração, que possui ainda, outros diversos atores sociais. Destaca-se a própria natureza semiconurbada das cidades fronteiriças (OLIVEIRA, 2005), e ainda, trabalhando as potencialidades e desenvolvendo ações conjuntas, dentre as quais, o meio ambiente e recursos naturais, desenvolvimento industrial, emprego e renda, educação, assistência social e demais ações, na busca de fortalecimento dos vínculos bilaterais.

Oliveira (2009), no trabalho intitulado “Os Elos da Integração: o exemplo da fronteira Brasil-Bolívia” destaca que:

[...] a ampliação da condição fronteira, na junção semi-conurbada, tem estabelecido vetores para consolidação de uma nova consciência mais integracionista (em ambos os lados); tem mexido com as tessituras e as redes territoriais e, como efeito, tem embaralhado as definições e ambigüidades das cidades brasileiras e bolivianas. E, mesmo com todo o preconceito existente, observa-se: a ampliação do convívio social, as participações institucionais de autoridades em festejos comemorativos, a presença dos dois povos em festas culturais, as constantes facilitações na circulação e na comunicação entre as cidades, etc. constata-se visivelmente: animações que confluem para possibilidades de consórcios variados, estudos científicos, ligações associativas, além de outros movimentos de aproximação, respaldando um ânimo otimista sobre a derrocada da disjunção daquela fronteira (OLIVEIRA, 2009, p.41).

Partindo da premissa de integração, a política pública de saúde deve ser considerada um dos serviços a serem planejados, seja pela necessidade organizacional e de otimização de recursos ou pela própria situação epidemiológica, que transpõe a concepção de limites políticos, institucional e geográfico entre os países, pois:

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Segundo Mehry (1994), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social, além de servir de instrumento administrativo e de políticas de governo.

Nesse particular da análise, Tancredi et al (2002) citam que o planejamento e gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde.

A cidade de Corumbá, pela historicidade do comércio portuário e de relações com os países platinos, entre os quais a Argentina, Uruguai e Paraguai e pela própria fronteira estabelecida com a Bolívia, propiciou um território fértil para o processo migratório de entrada no país, seja em direção local ou para a costa brasileira.

Em relação ao território boliviano, se observa que a cidade de Corumbá exerce potencial de atração para o processo imigratório, seja pela conurbação das cidades da região ou pela recepção de seus compatriotas que já vivenciaram os mesmos caminhos. Além disso:

A Bolívia se constitui em um pólo de emigração de mão-de-obra, pela baixa expectativa de desenvolvimento que se origina de sua estrutura social e econômica, pela instabilidade política e pela miséria de determinadas regiões. O Brasil e a Argentina constituem-se em pólos receptores dos emigrantes mais pobres devido ao menor custo de transporte relativamente aos países centrais e a extensa fronteira que separa a Bolívia dos dois países. As sucessivas crises econômicas e sociais da Argentina desde meados da década de 1990 redirecionam e intensificam o fluxo de emigração para o Brasil (CACCIAMALI; AZEVEDO, 2006, p.130).

É difícil quantificarmos a influência que a mobilidade na fronteira confere aos serviços de saúde e sua acessibilidade. A partir dos estudos de Gallo, Costa e Moraes (2004), Dal Prá, Mendes e Miotto (2007, p.S164) apontam que

O trânsito interfronteiriço tem evidenciado questões a respeito da garantia dos direitos, em especial à saúde, e ao exercício da cidadania da população fronteiriça, devido à ausência da titularidade formal do direito à saúde garantido pela Constituição Federal Brasileira. A não titularidade apresenta implicações importantes para o SUS na medida em que, por si só, não barra a demanda de fronteiriços por assistência a saúde e pressiona os gestores dos municípios a atenderem estas demandas em saúde sem condições técnicas e recursos financeiros. Além do atendimento a estas demandas ser realizado de maneira descontínua e fragmentada, uma vez que a legislação vigente prevê apenas assistência emergencial de saúde a esta população.

Numa pesquisa recente realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ foi confirmado que embora os objetivos motivadores de integração entre países sejam econômicos, essas iniciativas repercutem nas políticas e sistemas de saúde. Os 69 municípios brasileiros fronteiriços com os países fundadores do

MERCOSUL são em geral pequenos demograficamente. Em 2007, apenas seis possuíam mais de 50 mil habitantes, 25 tinham entre 10 mil e 50 mil habitantes e 38 contavam com até 10 mil habitantes. Além disso, 81% apresentavam índice de Desenvolvimento Humano (IDH) até 0,80 (de médio a baixo) e predominavam estabelecimentos de atenção primária e unidades hospitalares com baixa incorporação tecnológica. Dessa forma, se concluiu que a rede de saúde pública fronteiriça alcançava resolutividade limitada, sendo dependente de outras redes para garantir a integralidade de atendimento (FIOCRUZ, 2008).

A pesquisa intitulada “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” mostrou que grande parte dos estrangeiros que buscam atendimento em cidades fronteiriças com países do MERCOSUL são atendidos apenas em casos de emergência (GIOVANELLA, *et al.*, 2007).

Durante o ano de 2005, Ligia Giovanella entrevistou secretários de saúde de 67 dos 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. De acordo com os resultados dos questionários, os serviços do SUS são solicitados com frequência pelos estrangeiros em 36% dos municípios analisados, que pertencem aos Estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Do total, 19 secretários de saúde municipais disseram que os estrangeiros são atendidos apenas em casos de emergência. Os secretários das outras 48 cidades afirmaram oferecer assistência médica em qualquer situação, dependendo apenas da disponibilidade dos serviços a serem prestados e de vagas no local. Apesar de todos os secretários terem dito que atendem estrangeiros pelo menos em casos de emergência, a grande questão é que 48% dos serviços de saúde oferecidos nessas cidades exigem comprovante de residência fixa no Brasil e documento de identidade brasileiro dos pacientes e tal fato acaba inviabilizando o atendimento aos estrangeiros. (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Embora os sistemas de saúde sejam bastante distintos nos dois lados de fronteira, o estudo aponta para a necessidade de leis específicas para essa população, considerando o direito universal a saúde e as políticas de integração regional do MERCOSUL. Outro fator que, segundo o estudo, pode dificultar o atendimento aos estrangeiros é o Programa Saúde da Família (PSF) do Governo Federal, implantado em cerca de 80% das cidades analisadas. Nelas a população adstrita é atendida mediante apresentação de um cartão atualizado periodicamente por agentes comunitários em visitas domiciliares. A procura por medicamentos foi indicada como a principal demanda dos estrangeiros, seguida por consultas de atenção básica, partos, vacinas e exames laboratoriais (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

O tema saúde, no âmbito das relações entre os países, deve ser fruto de um intenso debate, promovido pelos representantes de seus governos promovendo uma estrutura de apoio e difusão das temáticas abordadas, quanto à política de saúde. Apoiados em Rubarth (1999), Villa et AL (2001, p.102) indicam que:

A Saúde Internacional é um tema relativamente novo em trabalhos na área de saúde e vem progressivamente ampliando-se, em decorrência do aumento natural de sua complexidade e das implicações com outros setores, assim como das repercussões, na área da saúde, do crescimento acentuado da interdependência entre os países.

A preocupação com as ações e estratégias de cuidados da saúde no contexto mundial é crescente, dada à facilidade da circulação de pessoas, cada vez mais rápido através dos transportes aéreos, compatível com a velocidade com que as doenças se disseminam. Daí a necessidade de formular e deliberar ações conjunturais para a além fronteira, pois a:

Saúde internacional é resultante da dinâmica social, cultural, econômica e da política internacional entre diferentes populações. Em função disso, saúde internacional deve ser considerada como parte das Relações Exteriores em que saúde e doença produzem repercussões que transcendem políticas nacionais e fronteiras nacionais (PANISSET, 1996 apud VILLA *et al.*, 2001, p.103).

Em continuidade a essa dinâmica, as gestões da saúde, frente à consequência deste intenso processo, estão estreitando as relações e, ao mesmo tempo, conduzindo as autoridades para um debate sobre o direito à saúde entre as nações. Neste contexto, a fronteira deve ser valorizada como lócus de possibilidades para fomentar e potencializar outras áreas do conhecimento com interface na saúde, como no caso do direito internacional, reafirmando a necessidade em delinear os padrões na forma de pensar e conceber o direito à saúde. Para entendermos um pouco desse campo, vale destacar que:

[...] o direito a saúde é o critério de atribuição de nacionalidade. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consangüíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos desta condição os estrangeiros e migrantes. A esta visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa. Transpondo a questão para o plano jurídico têm-se os critérios de *jus sanguinis* e de *jus soli*. No Brasil, juridicamente o estatuto de cidadania é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, ainda que de pais estrangeiros. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da cidadania decorre somente por laços consangüíneos, vinculada ao conceito de nação, e, no caso de *jus soli*, vincula-se à idéia do território, favorecendo a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes (GIOVANELLA *et al.*, 2007, p.S252).

A partir da criação do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL iniciaram-se vários debates, no intuito de potencializar as regiões dos países signatários, por meio de políticas

indutoras de desenvolvimento, fundamentadas na elevação no fluxo de bens, pessoas e serviços. Com tal propósito:

A existência do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL funda-se na idéia de que a integração entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai é condição fundamental para acelerar os processos de desenvolvimento econômico com justiça social na região. Nesse processo de integração, ressalta-se a necessidade de ações conjuntas na área da saúde, com destaque para a implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação, as quais definem, em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde. [...] imperiosa necessidade de integração das fronteiras para o equacionamento das dificuldades no acesso aos serviços de saúde das populações ali residentes[...], especialmente no campo do trabalho e do exercício profissional, existe a preocupação dos governos e o compromisso político dos Estados Partes (gestores e trabalhadores) na busca de soluções pactuadas, que deve caminhar no sentido de dar respostas aos desafios e demandas que se apresentam [...] (MACHADO; PAULA; AGUIAR FILHO, 2007, p.S292).

Contudo, inicialmente a saúde não foi ponto de discussão entre os países membros, pois era um aspecto que não tinha sido concebido para a realidade inicial. Mas deixar de lado um tema tão importante para o desenvolvimento humano, não seria uma possibilidade, quando a partir de 1998, o MERCOSUL se reestruturou internamente e, a saúde passou a ser tratada no Sub Grupo de Trabalho 11 – “SGT 11 – Saúde”.

Por fim, a inserção do fronteiriço no sistema público da saúde brasileiro, colocado nos termos mencionados, depende de diversos fatores, com ênfase no econômico e político. Sua aplicabilidade na região de fronteira encontra limitações, pois o direito de proteção à saúde insculpidos no campo da legislação brasileira contraria o conteúdo do direito social e individual a ser garantido pelo estado ao cidadão brasileiro, dada à subjetividade e o cenário local, que carecem de maior exploração pela pasta do executivo nacional que trata das relações internacionais. Diante dessas nuances, se torna fundamental apresentar elementos da legislação atinente à saúde em vigor no Brasil ao encontro da condição fronteiriça.

2.3 A legislação do Sistema Único de Saúde e a realidade das fronteiras

Cumprir com as responsabilidades junto ao usuário no campo da saúde pública no Brasil, com qualidade e de forma satisfatória, implica em compreender a saúde como bem individual e coletivo do ser humano. A luta pelo direito a saúde, como um direito de todos, foi decorrência da organização social, por meio dos movimentos dos cidadãos nas conferências nacionais de saúde, com intensa participação de técnicos e estudiosos na área da saúde. A

participação popular na gestão e controle das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS é um dos eixos de organização, uma instância fiscalizatória assegurada na Constituição Federal (artigo 198, inciso III).

São comuns os questionamentos acerca do direito a saúde em nosso país, quando destacamos que as ações e serviços de saúde são assegurados constitucionalmente. Entendemos que a legislação do SUS estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano e sua garantia como dever do estado. Contudo é extremamente difícil conferir equidade nas regiões periféricas do Brasil, sobremaneira nas fronteiras.

Com o intuito de abordarmos a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS versus a realidade das fronteiras nos propomos a discutir a dimensão da temática e sua influência na vida dos fronteiriços. É sabido que a gestão do sistema de saúde no lado brasileiro presta assistência aos nossos vizinhos bolivianos, que pelo SUS, não fariam jus ao atendimento, sem que fosse assegurado o ressarcimento financeiro, através das câmaras de compensação, assunto ainda pouco discutido entre os gestores da saúde, mas que vem apresentando um substancial crescimento no atendimento aos usuários estrangeiros e brasileiros residentes fora das cidades brasileiras de fronteira.

Para entender as tramas que envolvem o atendimento em saúde ao estrangeiro no Brasil, é preciso transcender a legislação específica do Sistema Único de Saúde editada pela Lei nº 8080/90. O Brasil no campo das relações internacionais é signatário de acordos internacionais, dentre os quais se destaca a assinatura da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, de 10 de dezembro de 1948, na Assembléia Geral das Nações Unidas, adotada e proclamada pela Resolução nº 217, de 10 de dezembro de 1948. Na resolução supracitada, destaca-se o Art. 3º que menciona “[...] toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Já o Art. 25º, enfatiza-se o direito à saúde, quando descreve que:

- 1) Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.
- 2) A maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 1948 – Tradução nossa).

A DUDH estabelece a liberdade de ir e vir, através do Art. 13º e a liberdade de locomoção e residência através dos Arts. 14º e 27º. Caberá aos estados nações, o respeito e cumprimento a plenitude dos direitos humanos, cujo arcabouço jurídico é válido

internacionalmente, tornando-nos cidadãos do mundo. Vale destacar que a saúde aqui foi contextualizada como um bem inerente ao ser humano e, portanto, de legítima sobreposição a mera condição de nacionalidade.

Politizar e (re)politizar as discussões quanto ao direito a saúde, só vem reafirmar a importância do assunto aqui discutido, sendo oportuno destacarmos outras legislações. Cabe mencionarmos, pois, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, adotado pela Resolução nº 2.200 – A (XXI) – Da Assembléia Geral das Nações Unidas, datada de 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992, destacando-se:

- 1) Art. 12 - 1). Os Estados-Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.
- 2) As medidas que os Estados-Partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - 1) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
 - 2) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
 - 3) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
 - 4) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em casos de enfermidade. (ONU, 1966⁴)

Neste Pacto, também aparece, no Art. 20, o direito à nacionalidade: todas as pessoas têm direito a uma nacionalidade, sendo esta no território em que houver nascido se não tiver direito à outra. Porém ninguém deve privar-se arbitrariamente de sua nacionalidade, nem sequer do direito de mudá-la.

As considerações postas não pretendem trazer soluções mágicas para um problema existencial nas faixas de fronteiras do Mato Grosso do Sul e sim despertar o leitor para o tema saúde. A saúde pode ser considerada uma ferramenta estratégica e fundamental para a consolidação da integração das fronteiras e dos países sul-americanos, como um dos ingredientes do desenvolvimento econômico-social macrorregional, permitindo enfrentamento e inserção no mundo globalizado.

Atualmente as regiões de fronteiras estão ganhando uma nova dimensão conceitual, quando deixam de ser consideradas como regiões problemas e de isolamento de um país, para então configurar-se como ponto estratégico de integração regional, de fortalecimento político e econômico. Ao mesmo tempo, para se alcançar efetivamente e consolidar tal integração, são necessárias medidas intervencionistas não só no campo das relações comerciais, mas também

⁴ Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

no campo social, onde a saúde é condição expressa para o desenvolvimento de um povo e de uma região.

Mas, há que se pensar numa grande agenda de desenvolvimento para as regiões de fronteiras, por meio das Políticas Nacionais de Desenvolvimento Regional – PNDR, uma vez que é indiscutível enfrentarmos os problemas comuns, destacando-se as questões saúde de maneira integrada e intersetorializada com outras ações, entre as quais, educação, cultura, meio ambiente, segurança pública, desenvolvimento industrial, moradia, emprego e renda, violência urbana, habitação dentre outras.

Pensar o desenvolvimento das regiões de fronteira, numa perspectiva de integração regional e sul-americana é o grande desafio e a oportunidade de enfrentar uma herança histórica de estagnação sócio-econômica.

Partilhando esse desenvolvimento de maneira integradora com os nossos vizinhos, poderemos construir agendas comuns de ações e serviços de saúde. Assim como nós, nossos vizinhos compartilham dos mesmos problemas e das mesmas dificuldades e vêm no desenvolvimento regional, a possibilidade de melhoria da qualidade de vida, aspiração natural do homem e que transcendem o reducionismo da palavra fronteira.

O MERCOSUL é uma realidade de continua implantação e ampliação, por outro lado, o artigo 4º da Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988), traz princípios de nosso País nas relações internacionais, entre eles a prevalência dos direitos humanos, sobrepondo novamente à nacionalidade. O parágrafo único desse mesmo artigo diz que o Brasil “[...] buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações”, e não podemos fazer isso, sem pensar na saúde e na epidemiologia das fronteiras, pois os germes e as doenças, essas não respeitam fronteiras.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado com alicerce na Constituição Brasileira de 1988, ficando estabelecido a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, a Carta Constitucional reconhece a saúde como um direito de todos e para todos, não se limitando apenas ao poder central da União e sim uma (co)responsabilização entre os entes federados (estados, municípios e Distrito Federal) na busca efetiva e permanente do presente direito fundamentado no estado nação.

O princípio constitucional de que trata a saúde ganhou demarcação pela Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990a), onde vale destacar os artigos 1º (inciso II, 5º *caput*), 196 e 198 (inciso II), que estabelecem como fundamento a dignidade da pessoa humana e a responsabilidade do Estado em proporcionar um atendimento integral (BRASIL, 1990a).

O fortalecimento da saúde pública no Brasil, bem como o direito constitucional da mesma, passa por uma compreensão do longo caminho percorrido pela política em saúde, sendo aspecto de suma importância citar a saúde privada como contributiva para o fortalecimento da saúde pública. Anteriormente, apenas uma parcela da população detinha o direito de assistência à saúde através da carteira previdenciária trabalhista, sendo que os trabalhadores informais, bem como os desempregados tinham acesso à assistência precarizada, tal qual aos indigentes.

Assim sendo, não podemos deixar de mencionar as mudanças ocorridas nos cenários políticos e econômicos de nosso país nas décadas de 70 e 80, que contribuíram para o engajamento do movimento social, num processo de rompimento dos paradigmas e anos de repressão social, quando se partiu para a vivência da democracia no Brasil, encerrando entre outras coisas, com modelo sanitário até então existente. Na década de oitenta, com a redemocratização da nação, as políticas públicas tomaram novos rumos, dentre elas a saúde, propagando um novo modelo ainda em construção e transição na atualidade.

Com o advento do SUS, alguns resultados pontuais ocorreram. Dentre os quais se pode destacar o fim do tratamento diferenciado para brasileiros incluídos no sistema previdenciário e os não incluídos economicamente no mercado formal de trabalho, onde constavam os indigentes, que por sua vez:

O SUS pôs fim, em pouco tempo, a figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público único de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada (SANTOS, 1979⁵ apud. BRASIL, 2006b, p.26).

Sendo as égides legais as bases estruturais para o norteamento das ações e políticas no Brasil, como tratar diferencialmente as regiões de fronteiras, uma vez que as leis brasileiras vigentes são excludentes ao cidadão estrangeiro não residente no país? E os brasileiros residentes nos países vizinhos? As dificuldades no campo da saúde não se restringem apenas aos aspectos legais e sua aplicabilidade nas fronteiras, envolvendo ainda, problemas com recursos humanos para a saúde diante da dificuldade de fixação e interiorização de profissionais desse sistema, além da ausência ou insuficiência de aparelhagem médicas e baixo número de instituições de saúde voltadas para a assistência de média e alta complexidade.

⁵ SANTOS, WG. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro: Campus; 1979.

Atualmente, timidamente alguns eixos temáticos estão sendo abordados em discussões bilaterais entre o Brasil e a Bolívia, a partir da Secretaria Executiva de Saúde Pública do município de Corumbá, no estado de Mato Grosso do Sul. Tal medida é uma iniciativa inovadora nessa região, pois trata os problemas da saúde local de maneira pragmática, independente da determinação do poder central.

Entretanto as ações ainda não se mostraram mais contundentes, ao contrário, apontam para um unilateralismo, muito mais do que o caminhar para integralização dos serviços de saúde na região fronteira. A mobilização da saúde, observada na nossa fronteira, ainda está muito focada para as situações epidemiológicas, na tentativa de minimizar os impactos no lado brasileiro, pois não há cercas e muros que impeçam o avançar das doenças entre os países.

Contudo, vale pontuar que no Brasil, a celebração de ato internacional precisa, para sua efetivação, das normativas dos Poderes Executivo e Legislativo. De acordo com a Constituição Federal - CF, “[...] celebrar tratados, convenções e atos internacionais é competência privativa do Presidente da República” (BRASIL, Art. 84, inciso viii, 2001, p. 62), devendo ser referendado pelo Congresso Nacional, imperativo de “[...] resolver definitivamente sobre tratados, acordos e atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional” (BRASIL, Art. 49, inciso I, 2001, p. 48).

Portanto, os Estados membros da Federação brasileira não podem concluir acordos. É atribuição da União, “[...] manter relações com Estados estrangeiros e participar de organizações internacionais” (BRASIL, Art. 21, inciso I, 2001, p. 28). Conseqüentemente, se houver interesse do Estado federado ou municípios em estabelecer acordos bilaterais com Estado estrangeiro, sua tramitação deverá ser estabelecida pela União, por meio do Ministério das Relações Exteriores, portador de competência legal para tal finalidade.

Em Mato Grosso do Sul, o sistema público de saúde tem procurado exercer uma cobertura assistencial quali-quantitativa, com organização do sistema de saúde local, tratando-se os perfis epidemiológicos, na busca de resolutividade, eficiência, eficácia, efetividade e sobremaneira a qualidade da assistência prestada à população, no que trata a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Entre os grandes desafios do sistema público de saúde no Mato Grosso do Sul, está a oferta de serviços de saúde nas regiões de fronteiras com a Bolívia e com o Paraguai, pois além da demanda populacional registrada nos dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, por meio dos dados intersencitários, observa-se um número significativo de populações flutuantes de estrangeiros e de brasileiros residentes nos países

vizinhos. Como esses indivíduos não fazem parte da estatística nacional de habitantes residentes, não são computados nos cálculos para o financiamento da saúde, mesmo sabendo empiricamente que os mesmos se utilizam dos serviços de saúde no Brasil. Dentre os fatores que levam a essa procura é possível destacar a melhor organização estrutural, melhores aparatos tecnológicos e de recursos humanos e principalmente pela gratuidade dos serviços.

Conseqüentemente observa-se uma realidade concreta, mas sem números estimados da perda financeira aplicada a saúde dos não residentes no país. E foi partindo dessa realidade que surgiu o Sistema de Informações de Saúde nas Fronteiras – SIS-FRONTTEIRAS, constituindo-se numa proposta de integração da saúde, tendo como base os dez países sul-americanos que fazem divisa com o Brasil.

A proposta, segundo Gallo, Costa; Bretas (2006) era de que a política aconteceria em etapas distintas. A primeira seria o Programa de Adesão ao Pacto pela Qualificação da Saúde nas Fronteiras, visando: (1) identificar, planejar e regulamentar as ações hoje realizadas, mapeando os usuários e induzindo a organização do sistema; (2) financiar as ações já existentes, aumentando o teto financeiro dos municípios, condicionado à adesão ao SIS-Fronteiras; e (3) criar canais de disseminação sistemática das diversas iniciativas relacionadas às fronteiras, instrumento importante de aprendizado para a gestão local.

Em Mato Grosso do Sul, o projeto SIS FRONTEIRAS, implementado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, foi executado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS no ano de 2006, desenvolvendo a etapa número um do projeto, focado no diagnóstico de saúde nos doze municípios de fronteira no estado. Dentre os pontos críticos levantados pela equipe de pesquisadores, temos: “A origem dos problemas de saúde dos municípios de fronteira, apontado por todos os municípios da região [...] consiste na falta de definição do direito e do financiamento ao atendimento à saúde da população não residente no país”. (TAMAKI et al., 2008, p.177).

Da análise jurídica das Leis, dos princípios norteadores do SUS, dos Tratados Internacionais do qual o Brasil é signatário, das Resoluções do MERCOSUL e da Constituição Federal é relevante apontarmos que a assistência prestada aos nossos vizinhos ocorre motivada pelo sentimento humano e preservação da dignidade da pessoa humana, pois do ponto de vista da legislação, não há obrigatoriedade sem a devida compensação.

O atendimento aos estrangeiros no Estado de Mato Grosso do Sul é uma realidade posta, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a necessidade da realização conjunta de atividades em saúde para a diminuição de epidemias, como a dengue, a

leishmaniose, dentre outros agravos que transcendem o marco conceitual e físico do que é fronteira.

A ordenação do atendimento deveria contemplar não somente os casos de urgência e emergência, mas permitir a possibilidade de continuidade do tratamento na média e alta complexidade, visando à integralidade da assistência a saúde. Para tanto, precisamos suplantar o campo legalista de que o estrangeiro não tem direito a saúde, já que na realidade ele tem a acessibilidade, faltando estabelecer continuidade e integralidade da assistência à saúde nos três níveis de atenção.

A seguir, trataremos de algumas situações pontuais em que o direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde é conferido, pois a Constituição Brasileira, apesar de sustentar que a saúde é um direito de todos, deixa alguns dilemas interpretativos, que fomentam a discussão no campo jurídico.

2.4 O direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde

Não há princípios e diretrizes, tampouco legislações que confirmam unicidade sobre a discussão do direito, garantia e acesso aos serviços de saúde no Brasil por estrangeiros e brasileiros residentes em cidades não brasileiras nas fronteiras uma vez que o debate se volta aos gastos com a saúde para esses potenciais usuários. Entretanto, no Mato Grosso do Sul, dada às especificidades na convivência entre as cidades fronteiriças vale esclarecer que a todo o estrangeiro e brasileiro não residente nas cidades brasileiras é conferido o direito à saúde, destacando-se o tratamento em regime de internação pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de Mato Grosso do Sul, decorrentes dos casos de urgência e emergência, independente de sua condição legal no país. Para tanto, faz-se necessária a avaliação clínica do usuário da saúde, a pertinência de internação e o registro de atendimento no sistema de informação hospitalar, codificando a sua nacionalidade.

Nesse passo, não podemos esquecer que o atendimento ambulatorial também é prestado diariamente, através de vacinações, consultas e outros atendimentos. Contudo, não existe uma forma efetiva de registro em sistema de informação oficial, pois o existente, não permite um campo que contemple o registro da nacionalidade.

De acordo com a Resolução do Glossário de Termos Comuns aos Serviços de Saúde do MERCOSUL do GMC nº21/2000, o procedimento de emergência é o conjunto de ações

empregadas na recuperação de pacientes com risco de morte e que necessitam de assistência imediata. Em virtude do disposto, cumpri-nos esclarecer que os gestores municipais de saúde das fronteiras no Mato Grosso do Sul, não deixariam de demonstrar cautela e preocupação, tampouco ficariam alheios à prestação de serviços de saúde aos agravos mais urgentes ou aos emergentes, quando das condições de eminência de morte.

Por sua vez, a Constituição Federal Brasileira admite direitos iguais a estrangeiro português residente no Brasil, se houver reciprocidade em favor de brasileiros, permitindo a atribuição dos mesmos direitos inerentes ao brasileiro nato, não se estendendo as outras nacionalidades.

Todavia, podemos fazer uma leitura da Constituição Federal do Brasil, focando nos Fundamentos do Estado brasileiro, com destaque ao art. 1º, no qual o Estado brasileiro tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. Destaca também para o art. 3º, que registra os objetivos fundamentais, apontando para construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e de outras formas de discriminação, ou seja, características multifacetadas que podemos aqui, incluir os condicionantes de fronteira.

A Constituição Federal, ainda, dispõe no art. 4º, os princípios da regência nas relações internacionais, pautadas na independência nacional, prevalência dos direitos humanos, autodeterminação dos povos, não intervenção, igualdade entre os estados, defesa da paz, solução pacífica dos conflitos, repúdio ao terrorismo e ao racismo, cooperação entre os povos para o progresso da humanidade, concessão de asilo político. Além desses, aquele que julgamos ser o mais importante pela sua abrangência e projeção, registrado no parágrafo único, em que a República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações. A questão é estratégica e programática e, como tal, para alcançarmos esse marco constitucional, não é possível deixar de ver as fronteiras, seus problemas e sua população residente (binacionalmente).

Corroborando ainda para a nossa compreensão, o art. 5º da Constituição Federal.

“[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 1988).

Nessa mesma linha, no âmbito da obtenção e gozo dos direitos civis, há uma fomentação no espaço da legislação. Porém, cabe destacar que a lei não distingue entre nacionais e estrangeiros; porém, existem limitações quanto à amplitude conferida aos estrangeiros, estando estabelecidas na própria Constituição e, esses só não fazem jus aos direitos assegurados aos brasileiros, quando a própria Constituição ressalvar.

A Constituição Federal descreve no art.196 que “[...] 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” (BRASIL, 1988).

Anteriormente, a Lei nº 6.815/80, datada de 19 de agosto de 1980, definia a situação do estrangeiro no Brasil, quando destaca no art. 1º que “[...] em tempo de paz, qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, resguardados os interesses nacionais”.

No caso específico dos bolivianos nessa fronteira, a Lei supramencionada, garante em seu art. 21 e § 1º.

Art. 21. Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, respeitados os interesses da segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade”.

§ 1º. Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou freqüentar estabelecimento de ensino naqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso. (LEI nº 6.815, 1980).

Por outro lado, a Resolução Recomendada nº 2, de 05 de dezembro de 2000, do Conselho Nacional de Imigração, condiciona o tratamento de saúde a estrangeiros, mediante duas exigências apontadas em seu Art. 2º: indicação médica e comprovação de um entre quatro requisitos – capacidade para custear as despesas de tratamento e subsistência; seguro de saúde com validade em território nacional; certidão de prestação de serviços de saúde acordado internacionalmente e; outra forma de ressarcimento ao SUS ao final do tratamento.

Logo, o direito do estrangeiro a saúde, depreende-se de inúmeras leituras e interpretações das égides legais no campo jurídico. O certo é que não há consenso quanto ao tema, mas na prática diária em nossa fronteira, a gestão pública de saúde, nunca se furtou em atender nossos vizinhos nos casos de urgência/emergência e, ainda se observa permissividade aos atendimentos ambulatoriais.

Ao tratarmos do direito a saúde e a acessibilidade do estrangeiro na rede pública brasileira, deparamo-nos com dilemas, uma vez que.

As opiniões referentes ao grau e à amplitude do direito à saúde pelos não residentes ao SUS foram extremamente diversificadas entre os gestores, profissionais da saúde e conselheiros de saúde, com preponderância das respostas afirmativas. Entretanto, quando se questiona em quais casos o direito não é garantido, aparece alta incidência de respostas segundo as quais isso acontece nos casos de inexistência de documentação civil e comprovante de residência, seguida de tratamentos de alta complexidade e cirurgias eletivas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico e medicamentos de uso contínuo. Aproximadamente, 35% das respostas indicam a não existência de direito garantido. [...]. (NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007, p.S232).

A formação do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL possibilita discutir saúde, de maneira mais pragmática entre os países vizinhos inseridos no bloco econômico.

Estudar a dimensão internacional dos serviços de saúde em municípios de fronteira decorre de inquietações referentes às relações que esses municípios estabelecem no campo da saúde, uma vez que se encontram no centro geográfico do processo de integração econômico, o MERCOSUL [...] (VILLA et al., 2001, p.101).

Sabemos que a busca dos estrangeiros aos serviços de saúde no lado brasileiro é ponto pacífico no cotidiano local. A contiguidade entre os municípios dessa fronteira, o distanciamento dos grandes centros urbanos tanto lá, quanto cá, a população flutuante, a agenda unilateral das ações e serviços de saúde, a estruturação física, de equipamentos e recursos humanos, são ingredientes que dificultam o planejamento da gestão e precisam ser enfrentados. Tal assertiva sugere a possibilidade/necessidade de elaboração de um plano maior que contemple o fronteiro nas suas especificidades. Fato que não foi alcançado com o Plano Diretor de Regionalização – PDR dos serviços de saúde no Mato Grosso do Sul, que será tratado no capítulo seguinte.

3 REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

3.1 Regionalização da saúde: a fronteira de fora

O Pacto Pela Saúde surgiu no Brasil como uma proposta consolidadora ao sistema público em saúde, caracterizando-se como uma nova diretriz, compondo as leis estruturantes do SUS, registrada e publicada por meio da PORTARIA GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ocorreu assim, um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão, num compromisso assumido pelos gestores em saúde das três esferas de governo (a municipal, a estadual e a federal), visando a qualificação do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes.

Essa novidade conferiu uma busca pela excelência técnica para a gestão pública, pautada em resultados e de responsabilização sanitária, tratando também da descentralização do sistema para estados e municípios, mas de forma solidária, pois todos os gestores são co-responsáveis pelas ações e serviços de saúde. Vale destacar que o SUS precisa constantemente ser reafirmado como política inerente de Estado, indelegável, numa visão suprapartidária e de compromisso junto à população brasileira, preservada as agendas, planejamentos e ações dos agentes políticos que assumem o poder.

Dentre os vários eixos norteadores que envolvem a política pública de saúde no Brasil, vale destacar o Plano Diretor de Regionalização – PDR como uma oportunidade única de trabalhar os três níveis de atenção da saúde (atenção primária, secundária e terciária) num recorte territorial, divididos em macrorregiões e microrregiões, permitindo a organização da rede, a sua hierarquização por complexidade dos serviços ofertados e regionalizados por em cada Unidade Federativa. A regionalização abre perspectivas para trabalhar as diferenças e adversidades regionais, como nos casos específicos das fronteiras. No âmbito estratégico, a regionalização em saúde promove um processo de planejamento integrado entre as diversas Secretarias de Estado de Saúde e as inúmeras Secretarias Municipais de Saúde, junto às áreas de atuação das próprias secretarias, destacando-se a regulação, o controle e a avaliação, a auditoria, o planejamento, a atenção básica, a média e alta complexidade, dentre outras.

Essa atividade deve ser encarada como uma ação dinâmica, continuada e permanente de planejamento em saúde, instrumentalizando e orientando todo o processo da gestão para as tomadas decisórias e, ainda, priorizando as necessidades em saúde de cada região e município

e garantindo acesso à população usuária, considerando-se os componentes demográficos, da epidemiologia (morbidade e mortalidade), os aspectos sanitários (coleta de lixo, rede de água e esgoto) os sociais (rede de educação, o produto interno bruto municipal, o índice de desenvolvimento humano da região e do município), dentre outros. Em Mato Grosso do Sul, o PDR foi definido levando-se em conta os recortes territoriais e assegurando o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde. Podendo ainda se organizar como a) Região Infraestadual, composta por mais de um município; b) Regiões Intramunicipais, organizados dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e alta densidade populacional; c) Regiões Interestaduais, conformada a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, como por exemplo, as Regiões Integradoras de Desenvolvimento – RIDE e Regiões fronteiriças, quando o território regional de saúde envolve países vizinhos.

Apesar do estado de Mato Grosso do Sul fazer fronteira com dois países da América do Sul, Bolívia e Paraguai, os elaboradores do Plano Diretor de Regionalização, contraditoriamente, não levaram em conta essa especificidade. Foram instituídas três Macrorregiões (Figura 1) e onze microrregiões de saúde (Figura 2), em conformidade aos dados intersencitários divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e em conformidade a Resolução nº 789/SES/MS, datada de 02 de abril de 2007 e publicada em DOU de 12/04/2007.

A Macrorregião de Campo Grande foi formada por cinco microrregiões:

- Aquidauana, formada por 6 municípios: Anastácio, Aquidauana, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti, Miranda e Nioaque.
- Campo Grande, formada por 15 municípios: Bandeirantes, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Costa Rica, Figueirão, Jaraguari, Maracaju, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Rio Negro, Rochedo, Sidrolândia, São Gabriel d'Oeste e Terenos.
- Corumbá, formada por 2 municípios: Corumbá e Ladário.
- Coxim, formada por 5 municípios: Alcínópolis, Coxim, Pedro Gomes, Sonora e Rio Verde de Mato Grosso.
- Jardim, formada por 4 municípios: Bonito, Guia Lopes da Laguna, Jardim e Porto Murtinho.

A Macrorregião de Dourados ficou composta por 4 Microrregiões:

- Dourados, formada por 11 municípios: Caarapó, Deodópolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Caarapã, Rio Brillante e Vicentina.

- Naviraí, formada por 7 municípios: Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti, Mundo Novo e Naviraí.
- Nova Andradina, formada por 7 municípios: Anaurilândia, Angélica, Bataiporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul e Taquarussu.



Figura 1. Macrorregiões de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, conforme a SES/MS, 2007.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2009

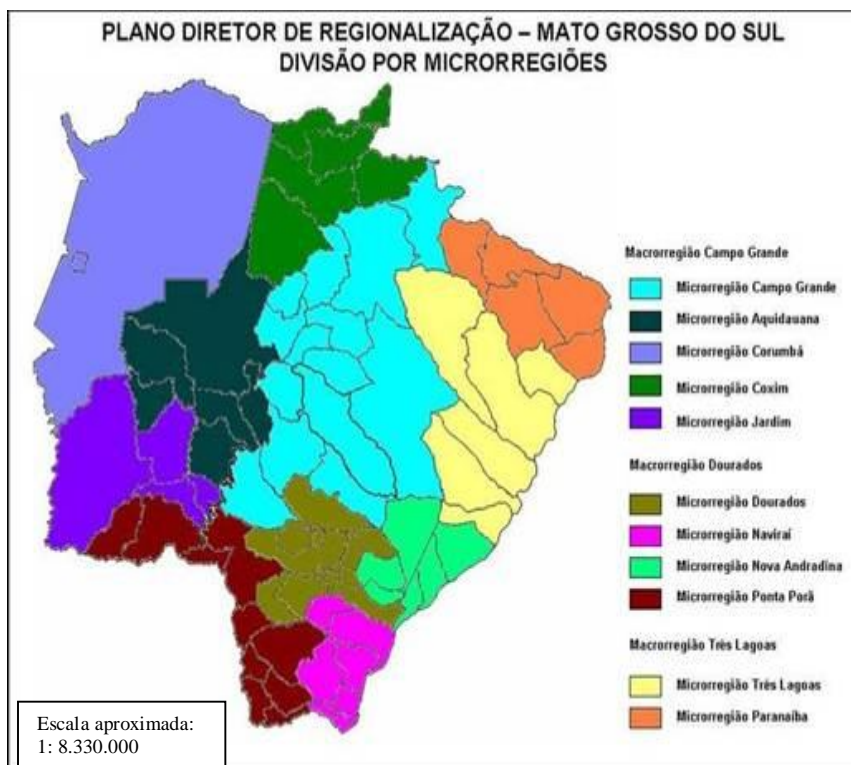


Figura 2. Microrregiões de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, conforme a SES/MS, 2007.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2009.

- Ponta Porã, formada por 10 municípios: Amambaí, Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas e Tacuru. A Macrorregião de Três Lagoas foi arranjada em duas Microrregiões:
- Três Lagoas, formada por 6 municípios: Água Clara, Bataguassu, Brasilândia, Santa Rita do Pardo, Selvíria e Três Lagoas.
- Paranaíba foi formada por 5 municípios: Aparecida do Taboado, Cassilândia, Inocência, Paranaíba e Chapadão do Sul.

Nesse cenário, o município de Corumbá ficou localizado na Microrregião de Corumbá, no bojo da Macrorregião de Campo Grande, comportando em sua base territorial também o município de Ladário. Essa microrregião comporta um quantitativo populacional de aproximadamente 120 mil habitantes, segundo a Estimativa Populacional do IBGE em 2007. Exclui-se deste número os brasileiros residentes na Bolívia e os estrangeiros que eventualmente utilizam o sistema de saúde local. Cabe ao município de Corumbá ofertar a totalidade de serviços primários e os serviços secundários e terciários pactuados, inclusive para a população de Ladário, adstrito no termo de regionalização e na programação pactuada e integrada da assistência à saúde.

Para tanto, considerou-se as especificidades dessa região, estabelecendo a garantia de acesso, analisando ainda a dispersão da população, a distribuição de serviços de saúde, bem como as suas características, voltados para uma boa regulação, otimização e economicidade. Além da garantia de referência dos problemas de saúde envolvendo a alta complexidade que não são disponibilizadas nessa microrregião, tendo sua referência maior no município de Campo Grande e ocasionalmente outro município resolutivo fora do estado.

Vale dizer, portanto, que as fronteiras não foram conceitualmente tratadas no Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, pois o próprio Ministério da Saúde, apesar de destacar a conformação da região de fronteira no Plano Diretor, não pormenorizou e nem fomentou uma discussão, por meio das Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Comissões Intergestores Tripartite - CIT.

Além disso, existem obstáculos jurídicos e organizacionais que precisam ser enfrentados. Possivelmente uma coesão gestora dos municípios de fronteiras, poderia provocar o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde para esse assunto sempre presente nas pautas de discussões - a demanda de estrangeiros no sistema público de saúde.

O Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, apesar de relativamente recente, ao considerarmos o atual recorte, na realidade teve início na década de oitenta. Segundo Krawiec (1998, p.), “A regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso do Sul, teve início em 1981, quando foram criadas, por meio do Decreto nº 9.841, de 23 de março de 1981, as Agências Regionais de Saúde/ARS, que dividiram o Estado em dez regionais”, levando a todos os municípios a execução conjunta de ações de saúde, através dos técnicos estaduais lotados nas agências.

Essa conformação atendia a distribuição política da saúde no estado, que dotou de infraestrutura as Agências Regionais de Saúde e organizou nesse território. Existe um vazio legal a respeito da introdução do recorte fronteiriço no Plano Diretor de Regionalização, cuja transcendência na discussão é pertinente na tentativa de corrigir as distorções assistenciais no campo da saúde pública, vivenciada pelos municípios de fronteira em nosso estado. O Mato Grosso do Sul, pela grande extensão territorial de suas fronteiras e, ainda considerando a divisa com dois países, poderia propor ao Ministério da Saúde, um projeto piloto para discutir o Plano Diretor de Regionalização na ótica da incorporação das fronteiras.

3.2 Microrregião de Corumbá

A microrregião de Corumbá, conforme definição no Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR do estado, localiza-se na região oeste de Mato Grosso do Sul, sendo composta pelo município de mesmo nome que é o terceiro maior do estado, e contando com uma população estimada em 99.475 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE para o ano de 2009. O município é vizinho a Ladário (18.789 habitantes), seu único agregado municipal microrregional, além disso, Corumbá faz fronteira com a Bolívia, formando uma conurbação na região.

A população de Corumbá é predominantemente constituída por jovens e adultos, (Tabela 1 e Figura 3). Isso aponta a importância do desenvolvimento de políticas específicas de prevenção e promoção, bem como recuperação em saúde da criança e do adolescente. São relevantes para esse grupo: a imunização, o uso de terapia de reidratação oral, política alimentar contra desnutrição, incentivo ao aleitamento materno, monitoramento das doenças diarreicas, segurança pública, visando diminuir homicídios e acidentes de trânsito na faixa adolescente, bem como políticas voltadas para Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS – DST/AIDS, saúde reprodutiva e política para saúde mental e drogas.

Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo do município de Corumbá - 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 9	10.578	9.997	20.575
10 a 19	10.018	9.364	19.382
20 a 29	9.191	8.820	18.011
30 a 39	6.826	7.014	13.840
40 a 49	5.672	5.910	11.582
50 a 59	3.731	3.987	7.718
60 a 69	2.183	2.552	4.735
70 a 79	1.160	1.312	2.472
80 e +	510	650	1.160
Total	49.869	49.606	99.475

Fonte: IBGE, Estimativa populacional 2009. Adaptado pelo autor.

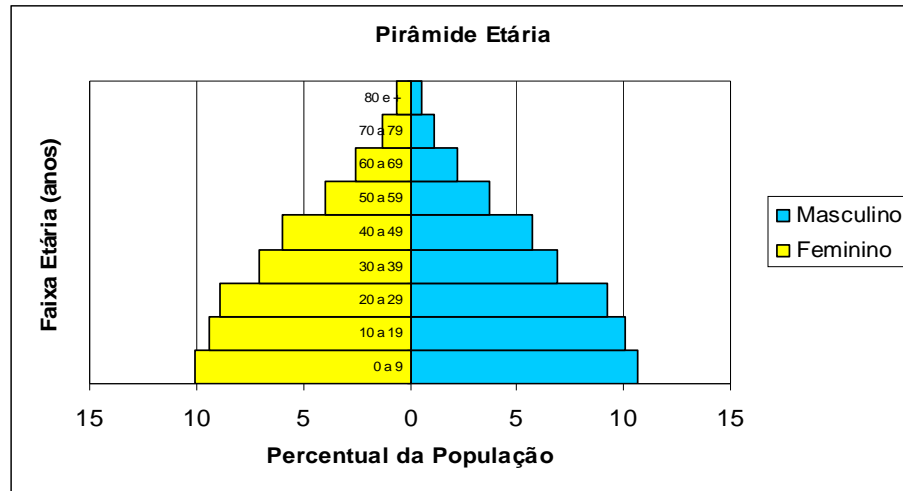


Figura 3. Pirâmide etária do município de Corumbá-MS, 2009.
Fonte: IBGE. Estimativa da População, 2009.

Destaque ainda para as faixas etárias compreendidas de vinte a cinquenta e nove anos, idades economicamente ativas e inseridas no mercado de trabalho formal e informal, produzindo impacto substancial na força de trabalho, sugerindo ênfase assistencial em saúde da mulher, com ações no controle do câncer cérvico-uterino e de mama, assistência ao pré-natal e saúde reprodutiva. Quanto à saúde do homem, são mais freqüentes ações focadas nas doenças sexualmente transmissíveis – DST/AIDS, saúde do trabalhador, saúde reprodutiva, controle do câncer de próstata, ações em segurança pública e outras políticas, em seus diversos níveis de atenção, o que implicaria na redução no número de internações sensíveis a atenção primária, fato também vivenciado por Corumbá.

Nas questões de gênero, não se observou variações significativas que mereçam destaques. Contudo, vale ressaltar que a partir da faixa etária compreendida entre 30 e 39 anos, se observa uma inversão na qual as mulheres passam a ser maioria da população. Isso pode sugerir a migração mais freqüente da população masculina em idade adulta ou mortalidade maior desse gênero.

Em relação ao perfil da população residente em Ladário por sexo e faixa etária (Tabela 2 e Figura 4), se observa o mesmo comportamento e, tal qual o município sede da microrregião, Corumbá, também apresenta uma população de jovens e adultos, de forma predominante. As mesmas considerações feitas ao município de Corumbá, possuem aplicabilidade ao município de Ladário.

Tabela 2 - População Residente por Faixa Etária e Sexo do município de Ladário - 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 9	2.089	1.938	4.027
10 a 19	1.964	1.799	3.763
20 a 29	1.752	1.678	3.430
30 a 39	1.280	1.223	2.503
40 a 49	1.156	1.122	2.278
50 a 59	691	682	1.373
60 a 69	341	408	749
70 a 79	239	222	461
80 e +	99	106	205
Total	9.611	9.178	18.789

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas 2009

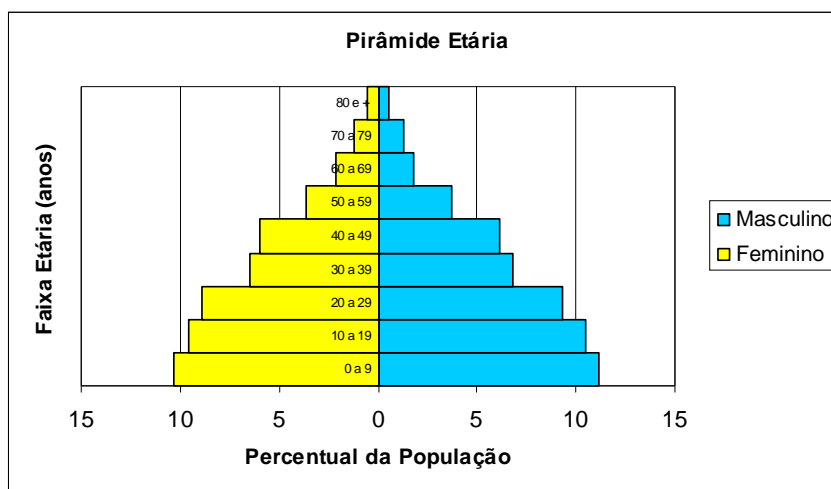


Figura 4. Pirâmide etária do município de Ladário-MS, 2009

Fonte: IBGE. Estimativa da População, 2009.

Diferentemente de Corumbá, quanto às questões de gênero em Ladário, a maioria feminina só é verificada entre a faixa etária de 50 a 59 anos e, 80 anos e mais. Provavelmente a maioria masculina decorre da presença do 6º Distrito Naval, com significativo contingente populacional masculino.

Os municípios de Corumbá e Ladário formam um quantitativo populacional de 118.264 habitantes, perfazendo 5% da população estadual. Em relação à Assistência a Saúde, Corumbá recentemente assumiu a plenitude de sua gestão, conforme Resolução nº 036/09/SES/MS de 27 de julho de 2009. No que tange ao Plano Diretor de Regionalização, Corumbá está inserida na Macrorregião de Campo Grande e forma a Microrregião de Corumbá⁶, conforme a Resolução/SES/MS nº 789 de 02 de abril de 2007. Vale destacar que a formatação do Plano Diretor de Regionalização do estado de Mato Grosso do Sul, não

⁶ Cf. mapas 1 e 2.

considerou a especificidade das regiões de saúde fronteira, o que resultaria num desenho geográfico específico e com política assistencial a saúde caracterizada para cada localidade de fronteira.

3.2.1 Infra-estrutura ambulatorial e hospitalar do sistema público de saúde na Microrregião de Corumbá

Quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde pública de Corumbá, o município, por meio da Secretaria Executiva de Saúde Pública – SESP vem ao longo dos anos ampliando o número de unidades prestadoras de serviços ambulatoriais (Figura 5). Atualmente são compostas de unidades da estratégia de saúde da família (18 equipes) e de agentes comunitários de saúde (3 equipes) e das unidades de serviços especializados (Figura 6).

Saúde da Família	Agentes Comunitários de Saúde
<ol style="list-style-type: none"> 1. ESF São Bartolomeu 2. ESF Popular Velha 3. ESF Fernando Moutinho I 4. ESF Fernando Moutinho II 5. ESF Nova Corumbá 6. ESF Kadwéus 7. ESF Mato Grande – Rural 8. ESF Taquaral – Rural 9. ESF Aeroporto 10. ESF Breno de Medeiro I 11. ESF Breno de Medeiros II 12. ESF Ênio Cunha 13. ESF Dom Bosco 14. ESF Gastão de Oliveira I 15. ESF Gastão de Oliveira II 16. ESF Dr. Luiz Fragelli 17. ESF Beira Rio 18. ESF Dr. Humberto Pereira 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EACS Fernando Moutinho 2. EACS Kadwéus 3. EACS's Ladeira (Dr. Pedro Paulo)

Figura 5. Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde – Corumbá-MS, 2008.

Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá 2008

Centros de Saúde	Nome Fantasia
• Centro de Saúde João de Britto	• CTA/SAE Dr. João de Brito
• Centro de Atenção Psicossocial José Fragelli	• CAPS Dr. José Fragelli
• Centro de Saúde da Mulher	• Centro de Saúde da Mulher
• Centro Integrado de Saúde de Corumbá	• CIS
• Centro de Saúde Ladeira Cunha e Cruz	• Centro de Saúde da Ladeira
• Centro de Especialidades Odontológicas	• CEO
• Unidade de Vigilância Sanitária de Corumbá	• Centro de Saúde da Ladeira
• Centro de Controle de Zoonoses	• CCZ
• Farmácia Básica Municipal	• CIS
• Laboratório de análises Clínicas	• CIS
• Núcleo de Fisioterapia	• CIS – Ligado ao CEREST
• Unidade de Urgência e Emergência	• Pronto Socorro Municipal de Corumbá
• Ambulatório Municipal de Saúde	• Ambulatório Municipal (Entrada pela Rua 15 de Novembro)
• Unidade de Atendimento de 3º Turno	• Unidade Básica de Saúde da Família Fernando Moutinho (Bairro Cristo Redentor) • Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Paulo Maissato (Bairro Nova Corumbá)
• Farmácia Popular do Brasil	• Farmácia Popular do Brasil - Rua Treze de Junho, SN, Centro.
• Centro Regional de Referência à Saúde do Trabalhador	• CEREST

Figura 6. Centros Especializados de Saúde em Média e Alta Complexidade do Município de Corumbá – MS, 2008.

Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá, 2008.

Existe ainda a Unidade Pública de Saúde sob a gestão compartilhada estado-SES/município-SESP de Média Complexidade e Alta Complexidade composta pelo Hemonúcleo Dr. Romeo Albaneze e pela Unidade de Distribuição de Sangue e Hemoderivados.

Corumbá conta ainda com Unidades Especializada sob a gestão estadual, como: Clínica de Diálise Renal Med SC Ltda, Centro de Patologia Clínica de Corumbá Ltda, Associação Beneficente Corumbaense – “Santa Casa de Corumbá”. No tocante ao município de Ladário, a estrutura da saúde pública resume-se a oferta de serviços na atenção básica e alguns procedimentos na média complexidade.

Ladário conta com três unidades básicas de saúde e um núcleo de controle de zoonoses, As necessidades de internações hospitalares são referenciadas para a unidade hospitalar no município de Corumbá, sua primeira referência microrregional.

Segundo os levantamentos de produção constantes no TABWIN⁷ do município de Ladário, num recorte temporal de um ano, compreendidos entre os meses de julho de 2008 a junho de 2009, os procedimentos ambulatoriais por forma de financiamento (Atenção Básica; Assistência Farmacêutica; Fundo de Ações Estratégicas e Compensações; Incentivo da Média e Alta Complexidade - MAC e grupo da Média e Alta Complexidade), se concentram na prestação de serviços da atenção básica, que não geram valor financeiro, uma vez que o repasse ao município é fixo, por meio de valor *per capita*. Em relação aos financiamentos do município, o maior valor de repasse é o da média e alta complexidade, naturalmente esperados.

Estruturalmente, a rede de saúde pública da microrregião de Corumbá é suficiente na equação entre a demanda regional e a oferta de serviços de saúde e facilmente comportaria a demanda oriunda de outros municípios do estado, num redesenho do atual PDR, assim como uma demanda mais organizada dos municípios da fronteira boliviana.

Contudo, é necessário que a microrregião de Corumbá, agregue novas tecnologias de saúde na rede pública, assim como amplie a disponibilidade de serviços especializados, replanejando a oferta, baseada na nova demanda e no perfil populacional. Na questão hospitalar, seria oportuna a construção e aparelhamento de uma unidade pública, pois embora a “Santa Casa” de Corumbá comporte novas demandas, constantemente a população se depara com ameaças de paralisação, decorrente de problemas administrativos já noticiados na mídia local⁸, agravados pelo fato de ser a única prestadora de serviços de saúde hospitalar conveniada ao SUS.

Houve uma oscilação no número de consultas médicas entre os anos de 2006 a 2008, apresentando uma redução significativa. O mesmo comportamento não ocorreu em relação às consultas de enfermeiros, muito provavelmente em decorrência da implantação de produtividade por equipe, com metas estabelecidas e implantação do sistema de informatização nas unidades de saúde (Tabela 3).

⁷ Software de domínio público desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, utilizado para trabalhar com cálculo de indicadores de saúde.

⁸ Cf Reportagem publicada em 18/05/2006, no jornal Agorams, intitulada “Corpo clínico de hospital de Corumbá inicia mobilização”, disponível em www.agorams.com.br. Também na matéria intitulada “MS: Justiça afasta dirigentes de hospital”, do dia 05/06/2006, veiculada na página da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, disponível em <http://ciefas.org.br>.

Tabela 3 - Produção da Estratégia de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde em Corumbá-MS: 2006, 2007 e 2008.

AÇÃO	2006	2007	2008
1.Consultas			
Consulta Médica do ESF	105.160	100.943	80.493
Consulta Atend. Enfermeiro na Unidade (EACS/ESF)	22.601	20.800	40.114
2.Visitas Domiciliares			
Cons./Atend.Domiciliar Enfermeiro (EACS/ESF)	10.140	11.254	7.936
Visita Domiciliar P/Profiss.Nível Médio	9.631	8.981	9.440
Agente Comunitário de Saúde	176.792	150.730	177.386
Médico	5.083	5.207	5.264
3.Cobertura			
Famílias cadastradas	16.984	14.263	14.606
Pessoa cadastrada	67.926	56.782	56.170
Proporção da pop. Coberta pelo ESF	50,06%	58,81%	59,93%
Proporção da pop. Coberta por ACS	92,22%	91,31%	93,90%
Quantidade de ACS	162	153	162
Quantidade de equipes	17	17	18

Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá, 2008 – DATASUS-SIAB.

É possível ainda observar um crescimento, no ano de 2008, nas visitas domiciliares dos profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem), de agentes comunitários e de profissionais médicos, na perspectiva da produtividade instituída. Por outro lado, houve diminuição no número de visitas domiciliares do enfermeiro, o que pode ter relação com a entrada de vários enfermeiros em cursos de especialização, que previam aulas integrais durante uma semana por mês.

A diminuição de famílias e pessoas cadastradas pode ser um indicativo das atualizações cadastrais das fichas familiares nas unidades, mudança de famílias para outros bairros da cidade que ainda não contam com a cobertura das unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Numa análise retrospectiva das internações hospitalares, referente ao período de julho de 2008 a junho de 2009, comprovou-se um percentual de 24% de internações sensíveis à atenção primária (Tabela 4), em relação ao número total de internações ocorridas, inferindo que os procedimentos poderiam ter sido resolvidos em nível de atenção básica.

Tabela 4 - Internações sensíveis à atenção primária em Corumbá-MS – julho de 2008 a junho de 2009.

Sensíveis Atenção Básica	Frequência	Valor Total
Gastroenterites Infecciosas e complicações	323	108.162,71
Doenças pulmonares	228	73.911,52
Hipertensão	189	43.661,06
Insuficiência cardíaca	188	189.433,12
Doenças cerebrovasculares	154	187.416,88
Diabetes melitus	151	75.252,23
Infecção no rim e trato urinário	106	27.739,81
Asma	105	50.661,45
Epilepsias	56	9.806,36
Infecções de ouvido, nariz e garganta	41	7.936,28
Angina	33	16.408,63
Deficiências nutricionais	26	11.684,59
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	20	2.440,89
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	18	5.364,82
Infecção da pele e tecido subcutâneo	12	4.947,38
Úlcera gastrointestinal	10	6.791,51
Anemia	5	1.044,88
Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	3	1.265,43
Pneumonias bacterianas	3	1.862,20
Total	1671	825.791,75

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIH2D/SUS)/TABWIN – 2008/2009.

As seis principais frequências observadas têm interface direta com as ações de prevenção e promoção da saúde. Mas, não há estudos no estado que indiquem qual o percentual aceitável no número de internações sensíveis a atenção básica, quando se considera o perfil do atendimento hospitalar e sua complexidade assistencial. É claro que os gastos demandados são sempre significativos, mesmo na perspectiva da inerência primária.

3.2.2 Os recursos humanos disponíveis

As questões de recursos humanos para a saúde representam um componente crítico e desafio aos novos paradigmas gerenciais para a área pública. A política de recursos humanos para a saúde no Sistema Único de Saúde possui acento constitucional no artigo 200, III da Constituição Federal, como se segue: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Não obstante, dispôs a mesma redação na lei 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo I – Dos Objetivos e Atribuições, artigo 6º, III: “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (LEI 8080/90).

Além disso, a formação de recursos humanos é assegurada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, por meio da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, cabendo ao Ministério da Educação definir a criação, o funcionamento e a manutenção dos cursos de formação de nível superior e profissional para as diversas áreas do conhecimento, dentre os quais, a área da saúde. Embora o município de Corumbá não tenha curso de nível superior específico para a área da saúde, ao longo dos últimos anos a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Executiva de Saúde Pública, tentou atrair alguns profissionais formados aqui mesmo no estado ou em outras regiões, com o propósito de cumprir o desenvolvimento das ações em saúde e repor o quadro profissional que não é estático. Isso demonstra que o município não é alheio ao processo, mas enfrenta o mesmo problema que outros tantos. A solução parece distante e o nó crítico é conjuntural e estrutural.

Entretanto, o município carece de novos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros em áreas especializadas, vislumbrada pela administração pública municipal para desenvolver os serviços de média e de alta complexidade local e que decresceu entre os anos de 2007 e 2008 (Tabela 5).

Na verdade diminuíram o quantitativo geral de profissionais de nível superior e médio e aumentou o de nível elementar sendo que, por exemplo, dentre os profissionais de nível superior, diminuiu sensivelmente o quantitativo de médicos efetivos, mas em compensação aumentou o de enfermeiros. Analisando o quadro de nível médio se verifica que diminuíram os contratados, mas o quadro efetivo registrou um aumento de 221 para 233 profissionais, destacando a contratação de técnicos de enfermagem (13 para 40) e técnico de laboratório (3 para 9). O mesmo se verificou com o nível elementar sendo proeminente a contratação efetiva de agentes de serviços diversos.

Contudo, no contexto da totalidade houve diminuição do quadro de pessoal utilizado, aspecto vivenciado, também por outros municípios do interior do estado, dada a dificuldade de interiorizar e fixar o trabalhador em saúde, sobretudo o profissional médico especializado, resultando num menor grau de desempenho nas atividades de ações e serviços de saúde. Essa realidade posta necessita de estratégias de reversão e o principal aspecto decorrente, é a diminuição no número de consultas médicas, que pode ser indicativo de funcionamento de equipes sem a presença do profissional médico, embora constando dados profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES muitas vezes, apenas para efeito de repasse financeiro.

Tabela 5 - Recursos humanos SESP, Corumbá-MS: 2007/2008.

TIPO DE PROFISSIONAL	Efetivo		Contratado		Cargo comissionado		Total	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
NIVEL SUPERIOR	196	182	18	19	02	02	216	203
Assistente Social	8	8	0	0	0	0	8	8
Enfermeiro	34	37	4	2	0	0	36	39
Farmacêutico	9	5	2	2	0	0	11	7
Fisioterapeuta	6	6	0	0	0	0	6	6
Médico	66	58	10	13	1	0	77	71
Nutricionista	3	5	0	0	0	0	3	5
Odontólogo	45	43	2	2	1	1	48	46
Psicólogo	18	15	0	0	0	0	18	15
Veterinário	5	5	0	0	0	0	5	5
Outros	2	0	0	0	0	1	2	1
NÍVEL MÉDIO	221	233	41	16	02	00	264	249
Auxiliar de Enfermagem	56	56	32	10	0	0	88	66
Técnico de Enfermagem	13	40	3	0	0	0	16	40
Técnico de Raio X	9	12	6	3	0	0	15	15
Técnico de Laboratório	3	9	0	3	0	0	3	12
Auxiliar de Administração I e II	36	34	0	0	0	0	36	34
Aux. de Escritório/Tec. Saúde Pública II	80	82	0	0	0	0	80	82
Outros	24	0	0	0	2	0	26	0
NÍVEL ELEMENTAR	19	64	150	123	0	01	169	188
Agente Comunitário de Saúde	19	18	148	121	0	1	167	140
Agente de Serviços Diversos	0	46	2	2	0	0	2	48
TOTAL GERAL	436	479	209	148	4	3	649	630

Fonte: Relatório de Gestão do município de Corumbá – SESP 2007/2008.

O município conta com alguns cursos profissionalizantes de nível médio para a área da saúde, tanto na área privada de ensino (SENAC), quanto na pública (ESP- Dr. Jorge David Nasser), embora muito pontuais, promoveram algumas formações e capacitações permanentes de recursos humanos voltados para os serviços de enfermagem e odontologia de nível técnico.

Não se estrutura uma Microrregião sem a composição mínima de pessoal para o exercício profissional nos três níveis de atenção, pois a Microrregião possui papel estratégico assistencial para a população local e microrregional. Outrossim, não há uma política de formação profissional de nível superior no estado e os cursos de graduações da área médica,

de enfermagem, odontologia e outros no Mato Grosso do Sul, se comprometem de maneira muito incipiente na mudança do cenário regional.

É oportuno que o gestor estadual discuta nas câmaras técnicas, políticas de formação profissional específica para o Mato Grosso do Sul (graduação e pós-graduação), junto aos reitores das universidades. Paralelamente a isso, cabe ainda discussão junto ao Ministério Público Estadual e Conselhos Profissionais, quanto aos vencimentos profissionais, especialmente ao do médico, que pela lei da oferta e da procura, vem estabelecendo padrões salariais elevados, comprometendo significativamente a aplicação de recursos municipais, com questões salariais, mas que não trataremos em nossa análise.

Destacamos alguns procedimentos na atenção básica e, embora possam nos parecer expressivo, trata-se de uma responsabilidade exclusivamente do município, junto à população. As principais foram ações coletivas de escovação dental supervisionada e visita domiciliar por profissional de nível médio que, entre julho de 2008 e junho de 2009, registram quase 80 mil anotações de procedimentos, seguida por consulta médica em atenção básica, com pouco mais de 60 mil registros. Outros destaques foram: aferição de pressão arterial, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico), administração de medicamentos em atenção básica (por paciente) e atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica que somaram, individualmente, entre mais de 10 e menos de 30 mil registros naquele período.

Na média complexidade, se destacou, em quantidade de registros no período supramencionado, o atendimento de urgência em atenção especializada (quase 45 mil notificações). Em seguida figuraram o atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada, consulta médica em atenção especializada, hemograma completo, dosagem de glicose e análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina entre 10 e 20 mil registros cada. Cabe mencionar o relativo baixo registro de alguns procedimentos de radiografia e ultrassonografia que são exames básicos para compor uma análise diagnóstica e muito necessária para as especialidades médicas, além do exame laboratorial para detecção de sífilis em gestante. Isso pode ser indicativo de impropriedades quanto ao registro da informação, carecendo de uma avaliação permanente dos técnicos da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá.

Em relação aos procedimentos da alta complexidade, sobressai a especialidade nefrológica, por meio das sessões de terapia renal substitutiva, único serviço na região. Os registros de hemodiálise entre julho de 2008 e junho de 2009, por exemplo, com um máximo de três sessões semanais superaram oito mil casos. Vale destacar que os procedimentos da

oncologia não apareceram na tabulação, pois ainda não há sistema implantado no serviço de oncologia, pela ausência de habilitação do serviço.

A baixa frequência nos registros da Vigilância em Saúde, frequentemente observada na produção ambulatorial, por forma de organização e financiamento de saúde, no período de julho de 2008 a junho de 2009⁹, remete para inconformidades no registro das informações e ausência de acompanhamento técnico permanente e avaliativo pela Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá.

3.2.3 A prestação dos serviços de saúde em corumbá

O município de Corumbá, conta apenas com um hospital geral de atendimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, cuja natureza é filantrópica (sem fins lucrativos). A unidade hospitalar é de estrutura horizontalizada, embora possua um andar destinado aos atendimentos de convênios e particulares.

O hospital “Santa Casa de Corumbá”, está inserido no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, nos termos da Portaria/GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005 e Termo de Contratualização nº 001/2009 entre a instituição hospitalar e a Secretaria Executiva de Saúde Pública de Corumbá - SESP. O Termo de Contratualização elaborado pelo município segue os mesmos critérios do Termo anterior estabelecido com a Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS, até que se defina um novo contrato, baseado em novos serviços de saúde e até mudança no perfil assistencial.

É mister aludirmos que o hospital é referência direta e pactuada para o município de Ladário e referência indireta e não pactuada aos municípios de Puerto Quijarro/Puerto Suarez na Bolívia.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, através da Resolução nº. 663/SES/MS de 24/08/2005 estabelece parâmetros para cálculo e programação no número de internações hospitalares, cujo percentual deve ser de 7,52% da população/ano, no número de internações esperadas. Considerando que o município de Ladário, como anteriormente informado, insere-se na soma total populacional do município de Corumbá, pela ausência de rede hospitalar, perfazendo um número esperado de internações hospitalares de 8.892 internações ao ano e 741 internações por mês.

Vale destacar que a meta quantitativa contratualizada entre a SESP e a Associação Beneficente Corumbaense - ABC - Termo de Contrato nº 001/2009 é de 720 internações ao

⁹ Cf. DATASUS/Tabwin 2009

mês. A unidade hospitalar deve cumprir as metas quantitativas constante no TC 001/2009. Ressalva-se que a meta quantitativa contratualizada em 720 internações ao mês, está abaixo do número preconizado e esperado pela Resolução nº. 663/SES/MS de 24/08/2005, estimada em 741 internações ao mês (Figura 7).

População (IBGE - 2009)	118.264 habitantes
Parâmetro para programação de internações hospitalares	7,52% da população ao ano
Nº. esperado de internações/ano	8.892 internações
Nº. esperado de internações/mês	741 internações
Nº de internações contratualizadas	8.640 internações ao ano 720 internações ao mês correspondem a 7,51% do esperado para a população ao ano

Figura 7. Parâmetro para programação de internações esperadas e número de internações contratualizadas com a Santa Casa de Corumbá - 2009.

Fonte: Termo de Contratualização nº. 001/2009 - SESP.

No que se refere ao cumprimento das metas, a unidade hospitalar caso não venha alcançar o que foi acordado, receberá valor percentual ao que produziu. Se a situação persistir por três meses seguidos, poderá ser solicitada pela administração hospitalar, juntamente com a SES, a revisão das metas estabelecidas. Em se tratando da majoração da meta, o hospital receberá o valor integral referente à mesma, não recebendo o excedente, mas poderá solicitar a revisão quantitativa do Termo de Contratualização, podendo negociar novos valores.

Também foram estabelecidas no Termo de Contratualização, metas por especialidades, sendo que para a microrregião de Corumbá o total de internações previstas é de setecentas e vinte internações por mês, com distribuição maior para as clínicas médica, obstétrica e cirúrgica (Tabela 6). Embora tenha um fracionamento por especialidades, para efeitos de cumprimento de metas, se considera o total e, as mesmas observações anteriores quanto ao não cumprimento ou superação destas, são aplicadas.

Tabela 6 - Metas quantitativas – Distribuição por especialidades clínicas para Corumbá.

ESPECIALIDADES	Numero de internações	
	Mês	Ano
Médica	233	2.796
Obstétrica	183	2.196
Cirúrgica	175	2.100
Pediátrica	125	1.500
Psiquiátrica	4	48
TOTAL	720	8.640

Fonte: Termo de Contratualização nº. 001/2009 - SESP.

É cada vez mais expressivo o questionamento dos prestadores hospitalares no que diz respeito às metas contratualizadas, seu cumprimento, produção apresentada versus a aprovada, autorização de Laudos e Espelhos de Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

A produção da informação em saúde, referente ao Sistema Hospitalar, deve estar orientado de forma a permitir a compreensão dos prestadores e dos gestores do município e estado. Vale destacar que todo Laudo para solicitação de AIH vem sendo autorizado e avaliado retrospectivamente, contrariando o que determina a Portaria/GM/MS nº 396, de 12/04/2000, que estipula o prazo para a autorização de Laudos em até 48 horas, nos casos de internação por caráter 02 – urgência/emergência. Já os Laudos de procedimentos eletivos, passarão por processo de análise e autorização prévia à realização do procedimento, como consta na Instrução Normativa nº 006/2006 em seu artigo 3º *in verbis*:

Art. 3º Os Laudos Médicos para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar devem ser preenchidos, nos casos de urgência/emergência, em até dois dias úteis após internação, conforme Manual SIH, aprovado pela PT/GM/MS 396, de 12/04/2000 – versão atualizada no site www.saude.gov.br/sas, e o item 1.2.2 da PT/SAS/MS 113, de 04/09/1997 e deverão ser objetos de análise da auditoria dentro do mês de alta do paciente ou no máximo no próximo mês após alta (INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 006/2006).

Em última análise, encontra-se o espelho de AIH, que além da avaliação e autorização técnica dos Auditores (baseadas na legislação), submeter-se-ão ao crivo e verificação do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD2 (verificação cadastral, de profissionais e serviços, CID, código de procedimento e outros). Sendo assim, o cumprimento das metas contratualizadas não poderá ser interpretado apenas numericamente pela apresentação de Laudos (etapa inicial), nem tampouco de apresentação de espelhos (etapa seqüencial), mas sim da premissa do contexto, ou seja, da qualificação documental.

Na Tabela 7, reunimos alguns dados relacionados ao número de internações apresentadas comparando com as internações aprovadas, número de internações por residência, valor médio e valor total das AIH. Em destaque em tonalidade vermelha, temos um percentual no número de internações acima do esperado por ano, bem como aprovadas para Corumbá e no conjunto Corumbá/Ladário nos anos de 2005 e 2006, quando o hospital recebia por produção. Na época, os Laudos e Espelhos de AIH, não eram submetidos à apreciação dos auditores do estado, e sim por um auditor federal cedido ao estado e conquanto pudesse ter se esmerado em sua atividade laboral, não contava com um suporte de Núcleo Regional, o que corroborou para uma análise menos criteriosa.

Tabela 7 - Indicativo populacional do Estado e da Região, número de internações estimadas, apresentadas e aprovadas, número de internações por residência, valor médio e valor total das AIH – Período ano 2005 a agosto de 2009.

Indicador	2005	2006	2007	2008	Jul 2009
População do Estado	2.264.489	2.297.994	2.331.243	2.336.058	2.360.550
População de Corumbá	100.268	101.089	101.902	99.196	99.475
População de Ladário	17.399	17.775	18.148	18.494	18.789
Pop. da Região de Corumbá	117.667	118.864	120.050	117.690	118.264
% da pop do Estado	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0
Nº. de internações esperadas/ano	8849	8939	9028	8850	8892
Nº. de internações esperadas/mês	737	745	752	738	741
Nº de internações aprovadas a Santa Casa de Corumbá/ano	11.522	9.910	7.218	6.536	4.328
Média mensal do nº de internações aprovadas	960	826	602	545	618
% da população internada/ano em Corumbá	9,8	8,3	6,0	5,6	3,8
Nº. de internações aprovadas para residentes em Corumbá e Ladário	11.775	10.179	7.514	6.804	4.328
% da pop internada/ano residente em Corumbá e Ladário	10,0	8,6	6,3	5,8	3,6
Valor total aprovado por produção	4.445.612,86	3.776.978,81	3.083.349,01	3.026.360,39	2.210.185,68
Valor aprovado médio/mês	370.467,74	314.748,23	256.945,75	252.196,70	315.740,81
Valor médio da AIH	385,84	381,13	427,17	463,03	510,67

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD/SUS)/TABWIN.

A seguir, nos anos de 2007, 2008 e 2009, observou-se um declínio em relação à mesma análise anterior, justificadas pelo processo de contratualização da unidade e de uma avaliação mais técnica do grupo de auditores da SES. Na data de 22 de maio de 2007, houve a celebração do Termo de Contratualização nº. 10.422 entre a SES e a Associação Beneficente de Corumbá.

Embora as alterações ocorridas pela contratualização e a avaliação de Laudos e Espelhos de AIH tenha reduzido o número de internações de 9,8% em 2005 e 8,3% em 2006 (sombreamento vermelho), passando respectivamente para, 6,0% em 2007 e 5,6% em 2008 (sombreamento amarelo), há de se deixar claro que parte do declínio ocorreu em sua quase totalidade, pela inobservância do próprio prestador ao cumprimento das égides legais (documentadas) e mesmo assim, o valor repassado nos termos do contrato, foi sempre superior ao valor de produção da AIH.

Verificamos e comparamos também, o número de internações contratualizadas com o número de internações aprovadas pelo Sistema de Informação Hospitalar e o número de

internações pactuadas pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI (Tabela 8), bem como seus percentuais. Alertamos para o número pactuado na PPI, que diverge do contratualizado, ou seja, o contrato deveria estar inserido na PPI.

Tabela 8 - Número de internações hospitalares da “Santa Casa de Corumbá” contratualizadas versus aprovadas pelo Sistema SIH, com percentual de meta cumprida – Período julho de 2008 a julho de 2009.

Especialidade	Contratualizado		Pactuado	Intern. aprovadas	% da meta cumprida	% cumprim. PPI
	n° anual	%				
Clínica médica	2796	33	1914	2623	94	137
Clínica cirúrgica	2100	24	1837	1208	58	66
Obstetrícia	2196	26	1766	2085	95	118
Pediatria	1500	17	993	1183	79	119
Psiquiatria	0	0	302	1	0	0
Total	8592	100	6812	7100	83	104

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD/SUS)/TABWIN.

A análise remete para o não cumprimento da meta em clínica cirúrgica, que está abaixo do contratualizado, indicando depreciação em relação à clínica médica. Ou seja, uma ação que requer planejamento na realização de procedimentos não urgencializados, por meio da unidade hospitalar, para aqueles casos em que ocorreu diagnóstico prévio, como por exemplo, os casos de hérnia inguinal, varizes, problemas na vesícula, dentre outros.

Seria pertinente a gestão estadual definir em cláusula contratual, o interesse e incentivo na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos (definir elenco), a composição da equipe mínima, suas atribuições e o fluxo entre a rede ambulatorial especializada e a hospitalar.

Contraditoriamente, seria de se esperar, pelo fato de ser fronteira que Corumbá extrapolaria a meta, mas ao contrário, isso não ocorreu. Isso não significa que o hospital não tenha gerado produção suficiente, o que pode ser comprovado *in loco*. O fato é que entre o setor de faturamento da unidade e o sistema de informação hospitalar, existe uma lacuna, referente à qualidade da informação nos prontuários físicos. Isso decorre do fato de serem freqüentemente inaptos para a geração do registro em banco de dados oficiais, quando da verificação dos Órgãos de Controle e Auditoria, que por sua vez não autoriza ou glosa os procedimentos decorrentes da inobservância do prestador de saúde aos ditames tão bem estabelecidos.

No que se refere aos números de internações de usuários residentes em Corumbá, por município de internação e especialidade, nota-se que (destacado em vermelho na Tabela 9) o município de Corumbá extrapolou o número de encaminhamentos pactuados com Campo Grande para área hospitalar. Contudo, 96% de sua população foi atendida no hospital “Santa Casa de Corumbá”, sem entrar no mérito do tipo de procedimento, que será pormenorizado mais adiante.

Tabela 9 - Internações de usuários residentes em Corumbá por município de internação e especialidade - Julho 2008 a Junho de 2009.

Especialidade	Município/internações						Total
	Corumbá	Campo Grande	Internações Pactuadas para Campo Grande	Cumprimento da PPI com Campo Grande (%)	Coxim	Aquidauana	
Cirúrgico	1083	111	60	185	2	1	1197
Obstétricos	1804	3	0	0	0	1	1808
Clínico	2344	79	70	112,9	1	1	2425
Psiquiatria	1	29	27	107,4	0	0	30
Tisiologia	0	3	0	0	0	0	3
Pediátricos	1051	43	11	390,9	1	0	1095
Leito Dia / Aids	0	1	0	0	0	0	1
Total	6283	269	168	160,1	4	3	6559
%	96	4			0	0	100

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD/SUS)/TABWIN 2008/2009.

Quando analisados os casos referenciados para Campo Grande na Alta Complexidade se nota sua pertinência, pois todas as sete maiores frequências têm sua responsabilização naquela localidade. Segundo a ordem quantitativa foram observados os seguintes encaminhamentos para Campo Grande: internação para quimioterapia de administração contínua, internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas, revascularização miocárdica com uso de extracorpórea (com 2 ou mais enxertos), transplante de córnea (em reoperações), implante de prótese valvar, angioplastia coronariana com implante de dois stents, angioplastia coronariana com implante de stent e gastroplastia com derivação intestinal.

Já os indicadores da média complexidade, despertam a atenção aos procedimentos para tratamento em psiquiatria e oncologia, dentre as dez maiores frequências que deveriam ser acompanhados no próprio município de Corumbá. Os sete principais encaminhamentos

foram para: tratamento em psiquiatria (por dia), tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, tratamento de insuficiência cardíaca, tratamento de pneumonias ou influenza (gripe), tratamento cirúrgico de varizes (bilateral), tratamento de tuberculose (A15 a A19) e tratamento em psiquiatria - em hospital geral (por dia). Ressalva-se que embora constasse no cadastro da unidade hospitalar e do município o profissional psiquiatra, na época (julho de 2008 a junho de 2009), o município efetivamente não dispunha do especialista *in loco*.

Quanto aos procedimentos em oncologia, embora o município tenha o profissional cadastrado na unidade hospitalar, justificam-se os encaminhamentos pela ausência de habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde. Por mais que o profissional resolva atender os casos *in loco*, o Sistema SIHD2 efetuará o cancelamento de sua produção, pela exigência da habilitação.

Outro elemento na verificação do papel microrregional é constatar se o hospital local exerce função receptora para os usuários definidos na pactuação. A Tabela 10 demonstra as internações aprovadas segundo a especialidade e origem do paciente, num recorte temporal compreendido entre julho de 2008 a junho de 2009. É possível observar, pela mesma, que a Microrregião vem cumprindo sua orientação assistencial hospitalar para os municípios de Corumbá e Ladário.

Tabela 10 - Internações aprovadas ao hospital de Corumbá, segundo a especialidade e origem do paciente – julho de 2008 a junho de 2009.

Município de origem	Cirúrgico	Obstétricos	Clínico	Psiquiatria	Pediátricos	Total	%
Corumbá	1083	1804	2344	1	1051	6283	88
Ladário	125	279	278	0	132	814	11
Abadia de Goiás	0	1	1	0	0	2	0
Araguaína	0	1	0	0	0	1	0
Total	1208	2085	2623	1	1183	7100	100

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD2/SUS)/TABWIN – 2008/2009.

Em relação aos procedimentos realizados na Santa Casa de Corumbá entre os meses de julho de 2008 a junho de 2009 (Tabela 11), destacamos os dezesseis de maior ocorrência e com frequência acima de 100. É importante enfatizar que 24% do total de internações realizadas pela “Santa Casa de Corumbá” depõem contra um efetivo funcionamento da atenção básica, sendo evidente o apelo da clínica médica, nos perfis analisados, possivelmente decorrentes da inobservância e acompanhamento mais sistemático dos usuários, agravando e cronificando algumas patologias.

Tabela 11 - Procedimentos realizados na Santa Casa de Corumbá – Jul. de 2008 a Jun. de 2009 com destaque aos dezesseis procedimentos mais frequentes.

Procedimentos realizados na Santa Casa de Corumbá – jul. de 2008 a jun. de 2009	Frequência	%
Parto normal	1114	16
Parto cesariano	585	8
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	484	7
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	301	4
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	207	3
Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	181	3
Tratamento de crise hipertensiva	180	3
Curetagem pós-abortamento / puerperal	172	2
Tratamento de insuficiência cardíaca	163	2
Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clinica medica	159	2
Tratamento de outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	147	2
Tratamento de diabetes <i>mellitus</i>	142	2
Tratamento de distúrbios metabólicos	140	2
Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	138	2
Colecistectomia	137	2
Tratamento de estreptococcias	106	1

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIH2D/SUS)/TABWIN – 2008/2009.

De acordo com Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES – 2009, a unidade Santa Casa de Corumbá possui sete Leitos em Unidade de Terapia Intensiva tipo II adulto, mas não houve especificação na cláusula contratual, diferenciando a complexidade do atendimento e definindo metas quali-quantitativas. Quanto a Saúde Reprodutiva, os procedimentos de Vasectomia e Laqueadura até a presente data nunca foram realizadas na unidade. Provavelmente a causa seja a falta de entendimento e questionamento por parte de alguns profissionais quanto ao valor da tabela SUS, suscitando que a administração hospitalar e o gestor local definam uma contratualização interna com os profissionais, estabelecendo metas e vinculando os vencimentos as mesmas nos atendimentos das respectivas clínicas.

É salutar destacar a necessidade em se estimular a clínica cirúrgica, especificamente os procedimentos eletivos, descrevendo no Termo de Contratualização o papel desejado que a unidade hospitalar exerça na microrregião, aliando inclusive a possibilidade de ações do estado junto ao Plano Diretor de Investimento – PDI, potencializando as microrregionais para exercerem papel resolutivo.

No caso específico da microrregional ora analisada e considerando a geografia da região, sua distância, o fato do município sede ser o principal na região de fronteira, o quantitativo populacional, a importância econômica exercida no estado, o porte hospitalar existente, o quadro de profissionais existente no hospital, dentre outros fatores não menos fundamentais, apontam a necessidade da definição e ampliação dos serviços especializados como cirurgias de traumatologia e neurocirurgia, estabelecendo um cronograma para a implantação e habilitação. Também dos demais procedimentos que impliquem cada vez mais para uma resolução local, otimizando recursos e garantindo a municipalização assistencial ao usuário do SUS, referenciando somente aqueles procedimentos de maior complexidade. Vale lembrar que alguns procedimentos de média complexidade também exigem habilitações.

Observando os dados referentes aos procedimentos realizados no ambulatório da Santa Casa de Corumbá, num recorte temporal de um ano, compreendido entre os meses de julho de 2008 a junho de 2009 se pôde notar que foram pouco expressivos numericamente, resultando em não cumprimento de metas por algumas competências, previstas no Plano Operativo do Termo de Contratualização para atendimento ambulatorial e consultas especializadas. Advertimos para os procedimentos de atendimento de urgência com observação até 24 horas, atendimento de urgência em atenção especializada e atendimento ortopédico com imobilização provisória, uma vez que a unidade hospitalar não deveria ser porta de entrada para os atendimentos ambulatoriais de urgência/emergência, considerando que há um Pronto Socorro Municipal anexo ao complexo hospitalar.

No período analisado (de julho de 2008 a junho de 2009), houve o cumprimento de metas em apenas cinco meses/competências, prevalecendo o não cumprimento das metas em sete meses/competências. É oportuno mencionar que de acordo com o Termo de Contratualização em sua Cláusula Décima Primeira, § 3º prevê:

§ 3º. Se o HOSPITAL FILANTRÓPICO não atingir pelo menos 70% das metas quantitativas pactuadas, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, voltará a receber por meio do faturamento dos procedimentos realizados para o SUS por um período Máximo de 2 (dois) meses, período este definido como limite para a apresentação de um novo Plano Operativo junto ao Ministério da Saúde, pactuado entre o gestor e o estabelecimento hospitalar (TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2009).

Apesar disso, tal regra contratual nunca fora acionada, merecendo atenção dos gestores do estado e município, para que não pareça ser um mero instrumento contratual sem aplicabilidade na prática. Não será exagero afirmar que, diante dos quadros e tendências reveladas pela expressão numérica, o hospital Santa Casa de Corumbá não vem cumprindo

com as metas pactuadas para o ambulatório, reforçando a necessidade do gestor local regular o atendimento hospitalar e ambulatorial da unidade, estabelecer no contrato médico, metas em ambulatório, implantar protocolos clínico-assistenciais e (re)definir o papel do Pronto Socorro municipal.

Pode ser depreendido das análises da prestação de serviços de saúde na microrregião de Corumbá uma condição mínima de atendimento da população fronteiriça, carecendo de reformulações da rede assistencial, da inclusão de novos aparatos tecnológicos associado ao incremento de recursos humanos.

3.2.4 Atendimento dos bolivianos em Corumbá

Outro aspecto analisado pelo trabalho foi o número de atendimentos hospitalares realizados no município de Corumbá, entre o período de julho de 2008 a junho de 2009, segundo a nacionalidade. Logicamente a nacionalidade brasileira é a mais freqüente, seguida pela boliviana – dados naturalmente esperados pela condição de conurbação internacional. A anotação de outras nacionalidades foi bem pouco significativa.

É oportuno destacar que a caracterização do estrangeiro não ocorre nos atendimentos ambulatoriais, pois o próprio Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, não prevê campo para o registro da nacionalidade, dificultando estabelecermos um nexo entre o atendimento ambulatorial prestado na rede assistencial de Corumbá, versus a sua possível decorrência, pautada no atendimento hospitalar.

Das 7.016 internações hospitalares, registradas e aprovadas pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH, houve o registro de 77 atendimentos a bolivianos, correspondendo a 1% no universo de atendimento. A maior freqüência de atendimento foi a de parto normal e parto cesariana, bem como alguns procedimentos da clínica médica/especializada (Tabela 12).

Não se conhece, como afirmamos anteriormente, o percentual com gastos públicos ao atendimento de bolivianos na rede de saúde da microrregião de Corumbá, dada à fragilidade dos sistemas de informações oficiais. É possível inferir como problemática, não apenas o gasto com os procedimentos realizados aos bolivianos, mas outros condicionantes como: a ausência da garantia na continuidade do atendimento, a compensação dos procedimentos não autorizados ou glosados tecnicamente.

Apesar de parecerem pouco significativo, sabemos que na prática esses números são bem maiores, se considerarmos um presumível sub-registro da unidade hospitalar, decorrente de inúmeros fatores. Dentre os quais se pode destacar os procedimentos não autorizados pela

Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria - CECAA da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, os problemas técnico-operacionais que resultam num pequeno impacto financeiro, mas que do ponto de vista assistencial poderia corroborar com a falta de vaga a um usuário brasileiro do sistema de saúde.

Tabela 12 - Atendimento de bolivianos em Corumbá de julho de 2008 a junho de 2009.

Procedimentos realizados entre julho de 2008 e junho de 2009	Bolivianos atendidos	%
Parto normal	22	0,31
Parto cesariano	6	0,08
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	5	0,07
Tratamento conservador de traumatismo cranioencefalico (grau leve)	3	0,04
Tratamento de crise hipertensiva	3	0,04
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	3	0,04
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	3	0,04
Tratamento de doenças do esôfago estomago e duodeno	2	0,02
Reconstrução total ou parcial de nariz	2	0,02
Prostatectomia suprapubica	2	0,02
Tratamento de outras doenças do aparelho urinario	2	0,02
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	2	0,02
Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2	0,02
Tratamento de desnutrição	1	0,01
Tratamento de insuficiência arterial c/ isquemia critica	1	0,01
Tratamento de insuficiência cardíaca	1	0,01
Tratamento de doenças do fígado	1	0,01
Tratamento de outras doenças do intestino	1	0,01
Tratamento de outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	1	0,01
Tratamento de infecções específicas do período perinatal	1	0,01
Tratamento de traumatismos de localização especificada / não especificada	1	0,01
Tratamento de efeitos de outras causas externas	1	0,01
Hemorroidectomia	1	0,01
Jejunostomia / ileostomia	1	0,01
Colecistectomia	1	0,01
Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metafise distal dos ossos do antebraço	1	0,01
Redução incruenta de fratura diafisaria / lesão fisaria proximal do fêmur	1	0,01
Tratamento cirúrgico de fratura bimalleolar / trimaleolar / da fratura-luxação do tornozelo	1	0,01
Retirada de placa e/ou parafusos	1	0,01
Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar	1	0,01
Total	77	1% do total de 7.016

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS (SIH2D/SUS)/TABWIN – 2008/2009.

Temos ainda, a não caracterização do boliviano como estrangeiro no momento da internação, o uso de documentos brasileiros por bolivianos, as informações falseadas, bem como a dupla nacionalidade.

Ao indagarmos essas práticas individuais e coletivas desencadeadas pelos bolivianos, na busca da garantia do atendimento em saúde na região de Corumbá, é possível considerarmos que os cenários nos municípios bolivianos, suscitam uma precariedade na rede integral de assistência à saúde na região boliviana que faz fronteira com Corumbá, destacando-se a falta ou insuficiência de materiais e equipamentos, recursos humanos, acessibilidade e outros.

Ressalvamos que os dados de internações por nacionalidade supracitada, não pormenoriza de forma efetiva e fidedigna a origem do usuário. Ou seja, não fica claro se o boliviano é: residente e legalizado no Brasil; naturalizado; residente irregular no Brasil ou se é boliviano residente nas cidades bolivianas da fronteira.

A microrregião de Corumbá e o hospital Santa Casa de Corumbá, juntamente aos respectivos gestores da saúde, estadual e municipal, vem direcionando esforços para atender as demandas da região do lado brasileiro. Vale destacar que essa microrregião possui potencialidade para se configurar como sede de Macrorregião, podendo ser receptora de encaminhamentos oriundos da região pantaneira - “pantanal Sul”. Para tanto, deve estar previsto na Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI e configurada no Plano Diretor de Regionalização – PDR. Além disso, precisa incorporar novas tecnologias à estrutura para atender a necessidade local, permitindo a ampliação de oferta para a média complexidade e descentralizando alguns procedimentos da alta complexidade, articulando por meio de um Comitê de Fronteira, a demanda e a oferta de serviços aos vizinhos bolivianos.

Ao concatenar todos esses dados, é evidente que alguns dilemas precisam ser enfrentados, destacando-se a necessidade de se (re)discutir os recursos humanos e a formação acadêmica no estado para a área da saúde, a mudança do perfil assistencial que na atualidade centra-se na clínica médica, acompanhamentos gerenciais das áreas técnicas com a emissão de relatórios problematizadores, de ações pontuais e resolutivas e que impactem na redução das internações sensíveis a atenção primária e promovam a política de saúde do idoso, diminuindo o número de óbitos para essa faixa etária, a elaboração do novo Termo de Contratualização, destacando pontos até então não tratados, como especificidades para as regiões de fronteiras, leitos especiais como os da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, a implantação do sistema de regulação do módulo hospitalar e ambulatorial local, a necessidade da contratualização entre a

instituição hospitalar e os profissionais atuantes, com atenção aos médicos e com metas para a área hospitalar e ambulatorial, dentre outros não menos fundamentais.

A Microrregião, por meio da rede assistencial de sua sede e da unidade hospitalar prestadora possui um bom suporte para cumprir de maneira resolutiva o proposto no Pacto pela Saúde, fato evidenciado no percentual de 96% de internações realizadas na unidade hospitalar local e apenas 4% de encaminhamentos para a referência macrorregional - Campo Grande, com grau de pertinência para a Alta Complexidade e necessária para alguns casos da média complexidade, trazendo para discussão uma proposta de (re)definição do papel que a SES e a SESP esperam do município sede e também do hospital.

A despeito da habilitação de novos serviços, a SESP e a SES precisam definir um elenco de habilitações para a Microrregião, lembrando que alguns procedimentos da média complexidade também exigem essa formalização, bem como confrontar a visão legalista do Ministério da Saúde, que dentre vários pontos, valoriza muito o critério quantitativo populacional na habilitação de novos serviços de saúde.

Enfim, trouxemos algumas considerações extraídas da análise pontual de alguns dados do município sede de Microrregião e da Santa Casa de Corumbá e considerando que a SESP e a SES, possui interesse no fortalecimento do SUS e na atenção dispensada aos usuários dessa região, bem como ao cumprimento da legislação da saúde pública, como o Pacto pela Saúde, a PPI, a Resolução/SES nº. 663/SES/MS/2005 e a Portaria MS GM nº. 1.101/2002. Visto sob este prisma, esperamos que esse pequeno instrumento de análise constante na dissertação, possa subsidiar e nortear as discussões e ações dos gestores, a partir da visão acadêmica.

3.3 Uma proposta de ações em saúde pública para a fronteira oeste do Brasil

As ações em saúde pública na fronteira oeste do Brasil se deparam com inúmeras situações diárias, cuja interface com o arcabouço legal do direito a saúde pelo estrangeiro e a prática das relações de fronteiras resultam em diversos níveis de contradição, onde se procurou exemplificar com fatos observados nas atividades laborais do pesquisador. Podemos destacar:

- o uso de documentos emprestados por brasileiros aos bolivianos;
- a negação da nacionalidade boliviana, pelo boliviano ao usar o sistema de saúde brasileiro;

- o fornecimento de endereço brasileiro, muitas vezes de amigos, para caracterizar sua residência em solo nacional brasileiro;
- o suborno aos funcionários da saúde brasileiros, por bolivianos que querem se utilizar das ações e serviços de saúde no Brasil, com destaque a vacinações e acesso a medicamentos;
- a demanda espontânea de bolivianas na rede hospitalar do Brasil, sobremaneira para a realização de parto;
- dependência de serviços em saúde na atenção básica, da média e alta complexidade e a atração pela gratuidade;
- difícil acesso dos bolivianos aos grandes centros de saúde em seu país, seja pela distância, bem como a disponibilização rápida de meios de transportes.

O fato é que a gestão local deve (re)pensar a fronteira, a relação entre os povos e suas necessidades coletivas e atribuir a saúde pública como bem comum humano, sobrepondo a abordagem do direito à saúde como bem coletivo para os nacionais (brasileiros) e para os não nacionais, excluindo os nossos vizinhos bolivianos.

É com base nas observações do cotidiano local que proporemos, como produto da dissertação, algumas diretrizes para a gestão do município de maior contingente populacional da região, Corumbá, através de uma agenda de ações, pois não temos governabilidade no desencadeamento das ações gestoras. Inicialmente, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, juntamente ao escritório da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ poderiam aproximar-se das autoridades governamentais dos municípios que compõe a região, bem como dos gestores da saúde, num enfoque multidisciplinar e interdisciplinar, formando um comitê, com a participação direta do Ministério das Relações Exteriores, pois vale pontuar que no Brasil, a celebração de ato internacional precisa, para sua efetivação, das normativas dos Poderes Executivo e Legislativo. De acordo com a Constituição Federal - CF, “[...] celebrar tratados, convenções e atos internacionais é competência privativa do Presidente da República” (BRASIL, Art. 84, inciso viii, 2001, p. 62), devendo ser referendado pelo Congresso Nacional, imperativo de “[...] resolver definitivamente sobre tratados, acordos e atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional” (BRASIL, Art. 49, inciso I, 2001, p. 48).

Com o comitê devidamente constituído, deverá ser definido um cronograma de oficinas, no intuito de planejar e organizar as Redes de Atenção a Saúde da Região Fronteiriça Brasil/Bolívia, discutindo, (re)definindo, pactuando e (re)estruturando a rede de saúde dessa

região, organizando assim, o sistema de saúde na atenção básica, média e alta complexidade, inserindo algumas propostas na pauta de discussões, como:

- elaborar um banco de dados com informações e indicadores de saúde da região fronteiriça Brasil/Bolívia;
- desenvolver ações de vigilância sanitária e epidemiológica de forma integrada;
- disponibilizar um sistema para registro dos atendimentos de bolivianos nas cidades da faixa de fronteira do Brasil, por meio de um cartão saúde “fronteira” tanto para atendimento ambulatorial e hospitalar;
- implantar no lado brasileiro, um ambulatório de fronteira;
- inserir na rede de saúde no lado brasileiro, um laboratório de fronteira para diagnóstico clínico, nos diversos níveis, como bioquímicos e hematológicos, sorológicos, hormonais, vigilância epidemiológica e ambiental, toxicológicos e microbiológicos;
- discutir medidas de financiamento e co-financiamento para a região fronteiriça oeste de Mato Grosso do Sul - Brasil/Bolívia e câmara de compensações;
- elaborar ações conjuntas em Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental e de Saneamento;
- apresentar uma proposta alternativa para o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no estado de Mato Grosso do Sul, considerando as características e especificidades da região de fronteira com a Bolívia;
- discutir a formação profissional técnica e superior para a área da saúde na região, bem como a implantação de curso superior em universidade pública e a validação de diplomas bilateralmente;
- traçar a necessidade de ampliação e implantação de novos serviços em saúde para a região, sobremaneira os de alta complexidade;
- elaborar uma listagem com a necessidade de especialistas médicos, de enfermagem, odontologia e outros profissionais da área de saúde para a região;
- induzir políticas para a fixação e interiorização do trabalhador em saúde;
- discutir políticas salariais para a saúde na região;
- propor um comitê de urgência/emergência para a região;
- discutir a implantação de um hospital municipal em Corumbá que contemple o atendimento a usuários bolivianos;
- definir ações coletivas para prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, assim como as doenças e agravos não transmissíveis;

- inserir o Ministério Público Federal e Estadual, a polícia federal e os consulados do Brasil e Bolívia nas discussões da assistência a saúde do fronteiriço na região;
- elaborar um protocolo clínico-assistencial a ser seguido para os atendimentos regulados;
- definir um elenco mínimo de procedimentos que serão disponibilizados aos usuários oriundos da Bolívia e os critérios para o atendimento, por meio de uma central de regulação do acesso;
- propor uma legislação específica para a acessibilidade do estrangeiro em faixa de fronteira, ao sistema público de saúde no Brasil.

Sendo assim, a proposta da agenda em saúde deve ser considerada para um planejamento mais efetivo, seja pela necessidade organizacional do sistema de saúde ou pela própria situação epidemiológica, que transpõe a concepção delimitatória política, institucional e geográfica entre os países e, acima de tudo como bem comum coletivo e fundamental do ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fronteira oeste de Mato Grosso do Sul traz uma realidade muito particular nas relações e no fluxo fronteiriço dos municípios brasileiros e bolivianos. Dentro dessa interação, apontamos a saúde como política integradora para a região de fronteira. Foi possível compreendermos um pouco da necessária teoria do que é fronteira, assim como analisar e entender as dificuldades e os desafios da gestão em saúde do lado brasileiro, para inserir o fronteiriço (inclusive os brasileiros) no “espaço” da saúde, a partir da realidade e vivência da fronteira.

Trouxemos ainda, elementos conceituais da legislação do Sistema Único de Saúde e a perspectiva do direito do estrangeiro ao atendimento na rede pública de saúde, quando observamos um conflito de interpretações no campo jurídico, não sendo possível uma resposta pragmática. Nessa direção, apontamos a necessidade de aprofundamento dos debates, em diversas áreas do conhecimento sobre o direito à saúde nas fronteiras.

Nesse particular da análise, em face das especificidades da saúde, buscamos aduzir a importância da regionalização da saúde no estado de Mato Grosso do Sul enquanto viés para a organização do território, como alicerce para as ações programáticas em saúde. De todo modo, conquanto o Pacto da Saúde tenha se esmerado no fornecimento de uma normatividade mais próxima do usuário do sistema de saúde, por meio dos recortes regionais, o Plano Diretor de Regionalização estadual limitou-se a tratar a saúde, restritivamente ao seu território, deixando parte da complementaridade das fronteiras de fora, talvez pela ausência de novos pressupostos tratando do assunto, e definindo proposições para um PDR ampliado para além fronteira.

Outro fato relevante, diz respeito ao registro de atendimento desses usuários, pouco frequentes nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, decorrentes em sua grande maioria do medo do estrangeiro se identificar como tal e ser furtado do atendimento, das inconformidades no registro da informação ou por conta do sistema não permitir o registro da nacionalidade, sobremaneira o sistema de informação ambulatorial, que não prevê campo para o registro da nacionalidade, diferentemente do sistema de informação hospitalar.

O certo é que a temática fronteira e saúde, versus a acessibilidade do estrangeiro, envolvem redes de articulações que devem ser construídas num sentido inverso ao tradicional, inicialmente pautado nas barreiras conceituais e territoriais, exigindo dos atores sociais, fomentarem um novo tecido, partindo das relações entre as pessoas e, pautadas na necessidade

do ser humano. O desafio envolvendo a abordagem passa por uma (re)concepção na forma de se ver a fronteira, a saúde e como essa relação ocorre, uma vez que o processo pode instalar algumas contradições e eivá-lo de tal modo a ponto de finalizar uma possível trajetória em que todos vislumbramos, o desejo de integração e desenvolvimento na região fronteira. A busca de uma identidade para a nossa fronteira e saúde não é facilmente assimilada, muito por conta da visão do que é fronteira, dos inúmeros conceitos que a fronteira apresenta enquanto contexto regional ou pelas diferentes análises que pode suscitar.

A identificação da dificuldade na interpretação, bem como de legislações mais abrangentes e específicas para as regiões de fronteira e do direito a saúde aponta, como parte do processo, a necessidade de uma análise cada vez mais integrada e pormenorizada entre os atores sociais que discutem as políticas voltadas para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, suas diretrizes e disposições.

Concomitante a abordagem, é inevitável uma definição em relação à alocação de recursos para investimento em políticas de saúde nas áreas de fronteiras, discussão para a implantação de câmaras de compensações, criação específica de legislação para tratar o assunto saúde e acessibilidade aos fronteiriços, incluindo os brasileiros não residentes no país.

Há necessidade ainda de implementação de políticas de saúde para essa região de fronteira, destacando-se a organização, por meio de um fluxograma de atendimento e baseado na hierarquização dos serviços de saúde ofertados, sua programação, a regionalização e os investimentos sob um novo olhar, a de que somos diferentes dos demais municípios do centro do estado e do país. Não numa visão reducionista, mas a de que possuímos especificidades e características que nos tornam típicos cidadãos brasileiros do interior e acima de tudo, fronteiriços. Ao final, trouxemos algumas propostas de ações em saúde, considerando o componente territorial.

No entanto, as questões da saúde e suas nuances nas regiões de fronteira, demandam entendimentos e negociações que fogem ao âmbito nacional, no qual não temos governabilidade e, embora possa nos parecer uma dificuldade aparente, é ao mesmo tempo o combustível instigador para discussões no campo da gestão, assim como no campo acadêmico, permitindo o aprofundamento do presente estudo.

Esperamos que esse estudo, bem como a agenda de ações proposta, possa vir a contribuir nas discussões envolvendo os temas fronteira e legislação da saúde, com algumas diretrizes, numa subjacência a idéia simplista de mero limite territorial e “muro” entre municípios. A necessidade coletiva é maior e deve suplantear o conceito de fronteira e limite

como barreira e, assim elevar os padrões de convivência harmoniosa entre os povos e romper de paradigmas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006a. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.721/GM*, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratação dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1721.htm>

BRASIL. CONASS. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: CONASS: Progestores; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.101*, de 12 de junho de 2002. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Resolução Recomendada Nº02*, de 05 de Dezembro de 2000, disponível em
http://www.mte.gov.br/legislacao/resolucoes_recomendadas/2000/rr_20001205_02.asp, com acesso em 15 nov 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=169.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

BRASIL. *Constituição Federal Brasileira de 1988*. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

BRASIL. *Estatuto do Estrangeiro*. LEI nº 6.815, 1980. Brasília: Palácio do Planalto, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L6815.htm> com acesso em 15 nov 2010.

CACCIAMALI, Maria Cristina; AZEVEDO, Flavio Antônio Gomes de (2006). Entre o tráfico humano e a opção da mobilidade social: os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. *Cadernos PROLAM/USP*, Ano 5, v. 1, p. 129-143.

CICCOLELLA, JP. Desconstrução/reconstrução do território no âmbito dos processos de globalização e integração. In: Santos M, Souza MA, Silveira ML. *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 296-307.

CORUMBÁ. Termo de Contratualização, N.001/2009. Secretaria Municipal de Ações Sociais; Secretaria Executiva de Saúde Pública. Corumbá: Prefeitura Municipal de Corumbá, 2009. Mimeografado (inédito).

DAL PRA, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa and MIOTO, Regina Célia Tamaso. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, suppl.2, pp. S164-S173. ISSN 0102-311X.

FIOCRUZ. Agência Fiocruz de Notícias. *Saúde e ciência para todos*. Abril de 2008, entrevistas em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1448&sid=3>

GALLO, E.; COSTA, L.; BRETAS, N. Sistema Integrado da Saúde nas Fronteiras: SIS Fronteira e a integração em busca da equidade. In: COSTA, L. (org.) *Integração de fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Integração Nacional/Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 41-51.

GIOVANELLA, Ligia 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2007, vol.23, suppl.2, p. S251-S266. ISSN 0102-311X.

IBGE. *Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. TABWIN, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popms.htm>

KRAWIEC, Elza Helena. Descentralização e financiamento do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso do Sul: a participação dos recursos do tesouro do Estado. Campo Grande: UFMS, 1998, 123 f. (Mestrado em Saúde Coletiva).

MACHADO, Lia O. *Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade*. Revista Território. Rio de Janeiro, v. 8, 1996, p. 9-29.

MACHADO, Maria Helena; PAULA, Aïda El-Khoury de and AGUIAR FILHO, Wilson. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, suppl.2, pp. S292-S301. ISSN 0102-311X.

MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria. Instrução Normativa nº 006/06, de 3 de julho de 2006. Dispõe sobre autorização de Laudos e AIH's para prestadores de serviços hospitalares do SUS. Diário Oficial de Mato Grosso do Sul nº 7.161, Campo Grande, MS, de 26 de fevereiro de 2008. Disponível em: http://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/DO7161_26_02_2008.pdf

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Resolução nº 036/09/SES/MS, de 27 de julho de 2009. Aprovar as decisões da Comissão Intergestores

Bipartite Estadual. Diário Oficial de Mato Grosso do Sul nº 7.514, Campo Grande, MS, de 04 de agosto de 2009. Disponível em:
http://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/DO7514_04_08_2009.pdf

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Resolução nº 789/07SES/MS, de 02 de abril de 2007. Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. Diário Oficial de Mato Grosso do Sul nº 6.947, Campo Grande, MS, de 12 de abril de 2007. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_ms.pdf

MEDAGLIA, Thiago. A reinvenção da Bolívia: a eleição inédita de um presidente indígena será capaz de revogar os séculos de exploração, estagnação econômica e desigualdades sociais de um dos países mais bonitos da América do Sul? *Revista Terra*, São Paulo, ano 14, nº 171, jul. 2006. p. 58.

MEHRY, E. E. *Razão e planejamento*, 1.ed., São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. DE S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. Da necessidade de um pensamento complexo. In: Francisco Menezes Martins e Juremir Machado da Silva (org). *Para navegar no século XXI*. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs, 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRA, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, suppl.2, pp. S227-S236. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, T. C. M. “Tipologia das Relações Fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos” In: OLIVEIRA, T.C.M(Org). *Território sem Limites – Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005.

OLIVEIRA, T.C.M. Os elos da integração: o exemplo da fronteira Brasil-Bolívia. In: OLIVEIRA, M.A.M.; COSTA, E.A. (Org.). *Seminário de estudos fronteiriços*. 1.ed. Campo Grande: Editora da UFMS, 2009, p. 25-44.

ONU. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Nova Iorque: Assembléia Geral das Nações Unidas, 1966.

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembléia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em <http://www.un.org/es/documents/udhr/> acesso em 10 mar 2010.

PEITER, Paulo Cesar. *A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. Tese submetida ao corpo docente do Instituto de Geociências, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Geografia. Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

RUBARTH, E. O. *A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde*. Brasília: Instituto Rio Branco, 1999.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

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

SANTOS, W.G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SAQUET, Marcos Aurélio. *Abordagens e concepções do território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SILVA, P.L.B. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. *CAD FUNDAP*. 1983; 3: 27-50.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. O Projeto SIS-Fronteira no Estado de Mato Grosso do Sul. In. *A Saúde e a inclusão social nas fronteiras*. SOUZA, M.L. et al (org.). Florianópolis: Editora Boiteux, 2008, p. 177-208.

TANCREDI, F.B. et al. *Planejamento em Saúde*. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002 (Série Saúde e Cidadania)

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. *Rev. Latino-am. Enfermagem* [online]. 2001, vol. 9, n.3, pp. 101-105. ISSN 0104-1169.



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1517 do Pesquisador Wagner Aparecido da Silva intitulado "A acessibilidade aos serviços Públicos de Saúde na fronteira Brasil/Bolívia: o Paradoxo entre o arcabouço legal e o cotidiano local", foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 27 de agosto de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 31 de agosto de 2009.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

**Termo de Autorização para Publicação na Biblioteca Digital de Teses e
Dissertações da UFMS**

1. Identificação do material bibliográfico: Tese Dissertação

2. Identificação do documento/autor

Programa de pós- graduação: Mestrado Profissionalizante em Estudos Fronteiriços

Área de concentração (Tabela CNPQ): Ciências da Saúde - Interdisciplinar

Palavras – chave (3 a 5): Saúde, Fronteira, Regionalização da saúde.

Título: **FRONTEIRA E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: OS DILEMAS DA
MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ-MS**

Autor: **WAGNER APARECIDO DA SILVA**

e-mail: wagnerms2@gmail.com

Orientador: Prof. Dr. Edgar Aparecido da Costa

e-mail: edgarac10@gmail.com

Co-orientador: _____

Número de páginas: 74 f. Data de defesa: 09/04/2010

Data de entrega do arquivo à secretaria: 23/08/2010

3. Informações de acesso ao documento

Total parcial Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Sumário

Capítulos, Especifique: _____

Bibliografia

Outras restrições: _____

Por quanto tempo? 1 ano _____ anos sempre

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissão assinada, do documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado, para fins de leitura, impressão e/ou pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data.

Assinatura do autor

Assinatura do orientador

Data: 05/Agosto /2010

Data: 05/Agosto /2010

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)