

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DA ASSISTÊNCIA AOS BOLIVIANOS NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ/MS: ENTRAVES E CAPACITAÇÕES

The Community Health Worker in the Face of Assistance to Bolivians in the County of Corumbá/MS: Barriers and Training

Talini Rodrigues*
Rafael Oliveira Fonseca**

Resumo: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) enfrenta empecilhos para sua atuação e, em uma região fronteira como Corumbá/MS, somam-se a esses fatores desafios vinculados ao atendimento dos bolivianos. Assim, visamos compreender as dificuldades do ACS na assistência aos bolivianos, além dos treinamentos recebidos. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica científica e documental, bem como a aplicação de questionário semiestruturado com 48 ACS e posterior análise pela técnica estatística descritiva. Os resultados demonstraram entraves relativos à regularização de documentos, falsificação de comprovante residencial, acompanhamento de saúde, negligência com vacinação e cultura boliviana, além de deficiência no preparo deste trabalhador.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Áreas de Fronteira, Estratégia Saúde da Família.

Abstract: The Community Health Worker (CHW) faces difficulties for his performance and, in a border region such as Corumbá / MS, in addition to these factors, there are the challenges related to serving the Bolivian. So, we aim to understand the difficulties of the CHW in assisting Bolivians, in addition to the training received. To this end, a bibliographic and documental review was carried out, as well as the application of a semi-structured questionnaire with 48 CHW and subsequent analysis done through the descriptive statistical technique. The results showed obstacles related to the regularization of documents, falsification of

Introdução

O sistema público de saúde do Brasil é baseado há algumas décadas no SUS, uma política pública que contribuiu para consolidar o conceito de saúde como elemento constitucional, ao considerá-lo direito de todos e um dever do Estado, baseada na própria Constituição de 1988 (BRASIL, 1991).

Desde então, com o passar dos anos, vários marcos, sobretudo legislativos, foram alterando e regulamentando o SUS de diversas formas. Destacamos, no início da década de 1990, a instituição e regulamentação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, implementando as atividades profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS), elemento central desta pesquisa (BRASIL, 1997).

Outro ponto que merece destaque neste processo é a prioridade dada ao

* Mestre em Estudos Fronteiriços pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Câmpus do Pantanal. Cirurgiã-dentista talinirodrigues@id.uff.br.

** Doutor em Geografia. Docente na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) - Unidade de Campo Grande. rafaeljonseca@uems.br.

residential proof, health monitoring, negligence with vaccination and Bolivian culture, besides deficiency in the preparation of this worker.

Keywords: Community Health Workers, Border Areas, Family Health Strategy.



Programa de Saúde da Família (PSF), que trazia consigo a proposta de inserir um olhar à saúde focado na prevenção da família, através das visitas residenciais periódicas feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde, por exemplo (BRASIL, 1997). Desta forma, elementos como cuidado familiar, intervenção preventiva e visitas domiciliares constantes às famílias formaram os eixos para a construção do PSF, sendo essenciais de sua atuação (VIANA; POZ, 2005).

Dando continuidade, em 1998, houve a publicação de uma Portaria Federal direcionada para a promoção e organização geral da Atenção Básica, bem como do Piso da Atenção Básica (PAB). Segundo Brasil (1998, anexo I), a Atenção Básica é:

[...] um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Para mais, no ano de 2001, o Ministério da Saúde publicou oficialmente o livro intitulado “Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” definindo conceito, funcionamento, planejamento e legislação do PACS, dentre outros (BRASIL, 2001).

E finalmente, em 2002, por meio de Lei Federal, foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002a). Outro momento importante aconteceu em 2006, quando se estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do PACS. Assim, neste momento, o PSF deixa de existir para dar lugar a ESF (BRASIL, 2006).

Nessa realidade, a PNAB passou a guiar as ações de Atenção Básica da Saúde (ABS), recebendo publicações adaptadas em 2012 e 2017 (BRASIL, 2006, 2012, 2017a). Vale ressaltar que, durante as três versões publicadas da PNAB, as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde passaram por mudanças consideráveis, que elevaram a quantidade e a qualidade dos serviços prestados pelo ACS.

Adentrando no contexto profissional do Agente Comunitário de Saúde, este servidor pode fazer parte de uma equipe Atenção Básica (eAB) ou de uma equipe de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2017a). Neste estudo, focaremos nos Agentes Comunitários de Saúde que exercem suas funções em Estratégias de Saúde da Família, portanto, integrantes da eSF.

Sobre a estrutura onde o ACS atua, a Unidade Básica de Saúde (UBS), esta é a principal porta de entrada do SUS, sendo instalada próxima a comunidade e desempenhando um papel singular na garantia do acesso à saúde e na qualidade de atendimentos básicos/gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, o Agente tem como competência realizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças/agravos e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de atuações educativas individuais e coletivas, incluindo nestes, um diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, sanitário e epidemiológico do território (BRASIL, 2017a).

Ademais, este trabalhador do SUS deve informar datas e horários de consultas ou exames agendados. É responsável também por estimular a participação da população em políticas públicas e programas de saúde, bem como potencializar a intersetorialidade através da identificação de possíveis parceiros/recursos locais (BRASIL, 2017a).

Perante suas atribuições, o ACS se torna um importante instrumento para dar voz à comunidade dentro da ESF, relatando seus problemas e buscando soluções junto à equipe (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Esta situação passa por um processo de criação de espaços para fala e escuta do morador, que proporcionam vínculo afetivo entre o ACS e os usuários (FERREIRA *et al.*, 2009).

Nesse contexto, sua relação próxima com a comunidade e com a equipe de saúde propicia que este Agente seja uma ponte de ligação entre população e os profissionais de saúde da ESF (BRASIL, 2017a).

Sobre o conhecimento do ACS, sabe-se que este é uma construção estabelecida pelos saberes técnicos adquiridos em reuniões da equipe (SILVA; TRAD, 2005) e cursos de capacitação diversos, além de experiências de vida do mesmo (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Unidos, eles contribuem para seu crescimento enquanto cidadão e profissional da ESF.

Correlacionado a este fato, destacamos que o processo de qualificação deste profissional ainda é incapaz de garantir o desenvolvimento das novas competências exigidas para sua prática como Agente Comunitário de Saúde (TOMAZ, 2002). Dessa maneira, o Agente acaba encontrando diversas situações para os quais ele não possui a habilidade necessária para solucionar e/ou enfrentar.

Essas questões podem envolver conhecimentos a nível social, sanitário, biomédico, político, comunicativo, de recursos humanos, de assistência social, dentre outros. Em consequência dessa deficiência, suas ações podem acabar não correspondendo às expectativas da equipe, da comunidade, do governo e dele mesmo enquanto Agente Comunitário (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

Ademais, o município de Corumbá/MS, local de atuação dos ACS analisados nesta pesquisa, encontra-se em uma área transfronteiriça, especificamente em um local de coexistência com a sua cidade-gêmea *Puerto Quijarro* na Bolívia, conforme podemos observar na figura 1 (BRASIL, 2014).

O termo cidade-gêmea se refere aos municípios com adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural. Estes podem ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, refletindo em manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira. As adversidades, dessa forma, adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, 2014), bem como ao cotidiano como um todo.

Neste contexto, ressaltamos que as localidades de *Puerto Suárez* (Bolívia) e Ladário – estado de Mato Grosso do Sul (Brasil), por conta da proximidade geográfica, também estão envolvidas neste processo de relações econômicas e culturais (Figura 2).

Figura 1 - Região de fronteira entre os municípios de Corumbá/MS e *Puerto Quijarro* (Bolívia)



Fonte: *Google Earth*, adaptado pela autora.

Figura 2 - Região de fronteira entre os municípios de Corumbá/MS, Ladário/MS, *Puerto Quijarro* e *Puerto Suárez* (Bolívia)



Fonte: *Google Earth*, adaptado pela autora.

Os quatro municípios mencionados possuem uma população total estimada de 168.549 habitantes, a saber: no lado brasileiro Corumbá 111.435 e Ladário 23.331 habitantes (IBGE, 2019a) e no lado boliviano *Puerto Suarez* com 18.240 e *Puerto Quijarro* com 15.543 habitantes (INE, 2012). Além disso, Corumbá está a aproximadamente 430 quilômetros de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, enquanto *Puerto Quijarro* está a aproximadamente 645 quilômetros de *Santa Cruz de la Sierra*, capital do Departamento de Santa Cruz e cidade mais populosa da Bolívia.

Esse contexto demonstra que a dinâmica transfronteiriça entre esses quatro municípios se dispõe em um cenário de relativo “isolamento” geográfico, o que justifica a centralidade de Corumbá no contexto, por se tratar da quarta maior cidade em população do estado de Mato Grosso do Sul (IBGE, 2019b) e por concentrar vários serviços públicos/privados exclusivos em toda essa região, que engloba territórios do Brasil e da Bolívia.

Nesta realidade, um dos maiores elementos incentivadores de fluxos transfronteiriços em cidades-gêmeas são os serviços de consumo coletivo como saúde, educação, saneamento, entre outros. Essa mobilidade ocorre justamente por conta da diferença de oferta de serviços, com dominância de fluxos dirigidos ao Brasil, sendo que a maior parte deles se relaciona aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Destacamos, nesta conjuntura, as problemáticas inerentes ao estrangeiro boliviano como: o uso de documentos brasileiros e negação de sua nacionalidade para ter acesso ao SUS (SILVA, 2010); discriminação associada à etnia indígena deste (MARTES; FALEIROS, 2013; COSTA, 2015); preconceitos da sociedade brasileira que associam o boliviano à ideia de doença, sujeira, atraso, pobreza e perigo (COSTA, 2015); desrespeito por parte de profissionais da saúde (WALDMAN, 2011) e a diferença dos idiomas que causa entraves para o boliviano expressar seus sentimentos e sintomas em português (MARTES; FALEIROS, 2013).

Portanto, em uma área transfronteiriça como a de Corumbá/MS, o serviço de saúde tem de atuar com a comunidade local, mas constantemente se depara também com as demandas populacionais de outros países. Dessa maneira, em diversos contextos, os estrangeiros usufruem dos serviços de saúde na rede de Atenção Básica.

Quanto ao acesso ao SUS, por parte da população boliviana, há a Lei Federal de Migração de 2017 (BRASIL, 2017b), conhecida popularmente como Lei do Imigrante, que assegura ao migrante acesso a serviços públicos de saúde/assistência social e à previdência social, nos termos da lei.

A problemática ligada a esse atendimento se relaciona a casos em que o paciente estrangeiro necessita de um acompanhamento contínuo e mais especí-

fico no SUS após seu primeiro atendimento garantido em solo brasileiro. Sendo necessária, para tanto, a emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), também conhecido por cartão SUS, para esse estrangeiro. E devido aos documentos obrigatórios exigidos: Certidão de Pessoa Física - (CPF), comprovante de residência no Brasil, Registro Nacional Migratório (RNM), muitos não conseguem ter acesso ao referido cartão.

Ressalta-se que o direito do estrangeiro ao cartão do SUS é previsto pelo artigo 4º de uma Portaria Federal (BRASIL, 2002b), desde que tenha residência permanente no país. Tal normativa assegura o direito ao Cartão SUS a todos os brasileiros e aos estrangeiros com residência permanente no país. Dessa forma, todos aqueles estrangeiros que não se encontrarem nesta condição somente serão atendidos pelo SUS nos casos de urgência/emergência.

Assim, o estrangeiro que cumpre com as documentações solicitadas consegue emitir seu CNS e passa a ter acesso a todos os serviços de saúde ofertados pelo sistema, seja em nível básico ou complexo, recebendo atendimento em nível integral. No entanto, é uma situação corrente e conhecida que há vários estrangeiros que residem no Brasil sem a condição de “permanente” ou que se utilizam dos serviços públicos de saúde, ainda que residindo no outro lado da fronteira.

Neste contexto, a atuação do Agente Comunitário de Saúde se torna mais complexa, mas ainda mais vital, pois ele participa do processo de acolhimento e assistência deste estrangeiro, além de fazer orientações a esse grupo sobre questões legais para emissão do CNS, por exemplo. Dessa maneira, analisamos sua atividade extrapolando o campo biomédico e atingindo aspectos políticos, econômicos e sociais inerentes ao boliviano, fato que justifica a necessidade deste em estar devidamente capacitado para atender essa demanda.

Portanto, diante das barreiras e construções existentes no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de Corumbá/MS, consideramos a necessidade de entender melhor essa dinâmica. Nesse contexto, este trabalho visa compreender as dificuldades enfrentadas pelo ACS na assistência aos bolivianos, além dos treinamentos que este possui para tal no referido município, de forma a oferecer subsídio para o aperfeiçoamento da capacitação de tal profissional.

Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica científica e documental, além da realização de pesquisa de campo por meio da aplicação de questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas junto aos ACS das equipes de Saúde da Família de Corumbá/MS.

Material e método

Conforme previamente descrito, a análise de campo foi realizada no município fronteiriço de Corumbá/MS, na área de saúde pública, mais especificamente no âmbito das Estratégias de Saúde da Família (ESF). De forma geral, esta pesquisa classifica-se como quantitativa com característica descritiva.

Para realizar a pesquisa de campo, foi solicitada a aprovação da Secretaria de Saúde do município de Corumbá/MS através de uma carta de autorização. Após esta autorização, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética, tendo sido aprovada (CAAE: 07655119.7.0000.0021). Posteriormente às duas autorizações, foi realizada a aplicação dos questionários nas Estratégias de Saúde da Família no município de Corumbá.

Para analisar o ACS, o questionário destinado a estes profissionais contemplava perguntas de características específicas (fechadas) e amplas (abertas), objetivando detalhar idade, sexo, formação, dificuldades do ACS e treinamentos recebidos por eles para atenderem a demanda boliviana em Corumbá/MS.

A aplicação dos questionários foi realizada no primeiro semestre do ano de 2019 e a metodologia escolhida para analisar os dados obtidos foi a técnica estatística descritiva.

Adotou-se como critérios de inclusão para participação na pesquisa o fato de o pesquisado ser Agente Comunitário de Saúde pertencente à equipe de Saúde da Família do município de Corumbá/MS; ter aceitado voluntariamente preencher o questionário; ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e rubricado sua assinatura em todas as folhas de ambos os documentos. Além disso, o questionário deveria ter sido escrito com caneta e conter todos os dados essenciais para análise de dados.

Por conta dos critérios adotados, dos 50 questionários preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde, dois foram excluídos da pesquisa: um por estar escrito à lápis e outro por não conter todas as informações necessárias para a compilação dos dados. Dessa maneira, a amostra considerada para análise da pesquisa de campo foi de 48 questionários. Este número propiciou uma amostra de aproximadamente 27% de um total de 179 ACS atuantes no município de Corumbá/MS em 2019 (Quadro 1).

Quadro 1 - Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que responderam ao questionário por Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá (2019)

Estratégia de Saúde da Família	Quantidade de ACS que responderam ao questionário
ESF Angélica Anache	2
ESF Beira Rio	2
ESF Breno de Medeiros 1	2
ESF Breno de Medeiros 2	2
ESF Dr. Walter Victório	2
ESF Ênio Cunha 1	2
ESF Ênio Cunha 2	2
ESF Fernando Moutinho	2
ESF Gastão de Oliveira 1	2
ESF Gastão de Oliveira 2	2
ESF Humberto Pereira	2
ESF Jardim dos Estados	2
ESF João Fernandes	2
ESF Lúcia Maria 1	1
ESF Lúcia Maria 2	2
ESF Luis Fragelli	2
ESF Mato Grande 1	0
ESF Mato Grande 2/Albuquerque	2
ESF Nova Corumbá	2
ESF Padre Ernesto Sassida	2
ESF Pedro Paulo 1	1
ESF Pedro Paulo 2	3
ESF Popular Velha	2
ESF Ranulfo de Jesus	2
ESF São Bartolomeu	2
ESF Taquaral	1
Total	48

Fonte: elaborado pela autora.

A correspondência entre a quantidade de ACS que participaram da pesquisa em cada Estratégia de Saúde da Família no município de Corumbá/MS foi feita através do quadro 1. Visamos atingir todas as ESF do município, ou ao menos, a maior parte. Como pode-se notar, uma ESF não teve participantes na pesquisa, a ESF Mato Grande 1, explicita-se que a pesquisadora responsável tentou marcar por diversas vezes a visita para realizar a pesquisa com a enfermeira chefe da equipe, porém não obteve êxito. E, portanto, essa ESF não teve entrevistados na pesquisa. Perante a amostra total, consideramos que essa ausência não impactaria na análise proposta pela pesquisa.

Ao ACS que aceitou contribuir com a pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisa em humanos. Este Termo contém informações gerais da pesquisa, além de possíveis riscos e/ou benefícios do estudo. Este Termo tem duas vias e foi rubricado pelo participante e pesquisadora em todas as folhas e assinado na última folha, permanecendo uma das vias com o ACS e a outra via com a pesquisadora. Além disso, o participante foi informado que poderia desistir a qualquer momento da participação na pesquisa, sendo então a desistência documentada e devidamente assinada por ele.

Em relação a alguma sensação de desconforto ou constrangimento, procuramos preservar o bem-estar do participante, reforçando que se trata de uma pesquisa de caráter exclusivamente científico, sem qualquer envolvimento do poder público executivo. Além do fato de que é mantido o anonimato do Agente Comunitário de Saúde para exposição dos dados obtidos no questionário.

Por fim, os pesquisadores custearam com todos os gastos advindos dos trabalhos em campo, sem qualquer oneração aos pesquisados, bem como às instituições envolvidas.

Resultados

Dentre os participantes da pesquisa, o maior percentual (42%) possui entre 30 a 39 anos. Além disso, 25 ACS são do sexo feminino, enquanto 23 do sexo masculino e a maior parte (48%) possui ensino superior incompleto ou completo (tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da pesquisa

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Faixa etária		
De 20 a 29 anos	13	27%
De 30 a 39 anos	20	42%
De 40 a 49 anos	6	12,5%
De 50 a 59 anos	1	2%
Mais de 60 anos	0	-
Não responderam	8	16,5%
Total	48	100%
Sexo		
Feminino	25	52%
Masculino	23	48%
Total	48	100%

continua >

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Formação escolar		
Ensino Fundamental incompleto	0	-
Ensino Fundamental completo	2	4%
Ensino Médio incompleto	2	4%
Ensino Médio completo	15	31%
Curso técnico	6	13%
Ensino Superior incompleto	11	23%
Ensino Superior completo	12	25%
Total	48	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Em sequência, foram feitas duas perguntas, aqui nomeadas de A e B, para melhor compreensão: A) Você precisa atender durante sua prática como Agente Comunitário de Saúde alguma demanda populacional boliviana? Em caso afirmativo, qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) durante o exercício do seu trabalho para dar assistência em saúde à demanda boliviana? B) Você recebeu algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS? Qual (is)?

Quanto à pergunta “A”, a maioria dos participantes (87,5%) afirmou atender a demanda boliviana na sua prática (tabela 2). Enquanto, na segunda parte da pergunta “A”, foram pontuadas as principais dificuldades encontradas durante o trabalho desse ACS para dar assistência aos bolivianos (tabela 3). A maior parte das citações (77,5%) se concentrou nas questões de regularização da documentação e documentos obrigatórios para fazer o Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Tabela 2 - Primeira parte da Pergunta A: Você precisa atender durante sua prática como Agente Comunitário de Saúde alguma demanda populacional boliviana?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	42	87,5%
Não	6	12,5%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 3 – Segunda parte da pergunta A: Principais dificuldades enfrentadas para assistir à demanda Boliviana dos participantes da pesquisa que responderam “sim”

Dificuldades encontradas pelo ACS para dar assistência em saúde à demanda boliviana	Quantidade de citações	Percentual
Regularização da documentação	29	43%
Documentos obrigatórios para fazer o Cartão Nacional de Saúde	23	34,5%
Falsificação de comprovação de residência	10	15%
Dificuldade em acompanhamento de saúde*	2	3%
Negligência com vacinação	2	3%
Cultura boliviana	1	1,5%
Total	67	100%

*A dificuldade de acompanhamento foi relatada por dois participantes da pesquisa e foi justificada por um desses ACS da seguinte maneira: “Na maioria das vezes eles residem na Bolívia e só vem ao Brasil nos dias de consulta agendada na ESF”

Fonte: Elaborado pela autora.

Já na primeira parte da pergunta “B” (tabela 4), que envolve a questão da instrução para o atendimento ao boliviano, apenas 29% dos ACS responderam ter recebido alguma orientação e/ou treinamento para dar assistência à população do país vizinho durante a prática de trabalho.

Tabela 4 - Primeira parte da pergunta B: Você recebeu algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	14	29%
Não	34	71%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Para mais, no caso de a resposta ser positiva, na segunda parte da pergunta “B”, os Agentes citaram os treinamentos e orientações que receberam (tabela 5). O maior percentual (86%) mencionou capacitação da Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 5– Segunda parte da pergunta B: Capacitações e orientações recebidas para atendimento de Bolivianos recebidas pelos Agentes Comunitários de Saúde que responderam “sim”

Capacitações e orientações recebidas para atendimento de Bolivianos recebidas pelos Agentes Comunitários de Saúde	Quantidade de citações	Percentual
Capacitação da Secretaria Municipal de Saúde	12	86%
Orientação da Polícia Federal	1	7%
Orientação de recepcionistas na Unidade de Saúde	1	7%
Total	14	100%

Fonte: Elaborado pela autora

Discussão

Através dos dados obtidos na tabela 1, pode-se observar que os ACS entrevistados apresentam uma boa formação escolar (48% deles possuem ensino superior completo ou incompleto), fato que auxilia, de certa forma, em sua atuação profissional complexa e abrangente. Porém, não se exclui a importância de uma educação permanente dentro da realidade de trabalho vivenciada por esta categoria.

Durante a trajetória do ACS no SUS, Morosini e Fonseca (2018) explicitam que um dos indicadores que apresentou considerável modificação foi a escolaridade desse profissional. Nos primeiros 10 anos de implantação do PACS e PSF, era necessário que o Agente soubesse apenas ler e escrever. Em 2002, a Lei Federal nº 10.507 passou a exigir o ensino fundamental desta categoria (BRASIL, 2002a). Logo após, a Lei Federal nº 13.595 considerou a admissão de candidatos com ensino médio, como primeira opção e, caso não existam indivíduos com esse nível de escolaridade, pessoas com ensino fundamental poderiam assumir a função de Agente Comunitário (BRASIL, 2018).

Quanto à pergunta “A”, em referência aos 87,5% que afirmaram atender à demanda boliviana, as principais dificuldades encontradas por eles para darem assistência em saúde para a população foram: regularização da documentação, documentos obrigatórios para fazer o Cartão Nacional de Saúde (CNS), falsificação de comprovação de residência, falta de acompanhamento (justificada por um dos Agentes pelo fato de o estrangeiro morar na Bolívia e se dirigir a Corumbá/MS somente para consulta agendada), negligência com vacinação e a cultura boliviana.

Perante os entraves expostos, reiteramos que, por conta de Corumbá ser cidade-gêmea de *Puerto Quijarro* (Bolívia), ocorrem situações de bolivianos que moram

em Corumbá/MS ou em Ladário/MS, assim como existem brasileiros residentes nos municípios bolivianos de *Puerto Quijarro* e *Puerto Suárez*.

Nesta realidade, o boliviano pode vir a precisar de atendimento contínuo ou mais complexo no SUS, sendo necessária, para isso, a emissão do seu Cartão Nacional de Saúde. Esta obtenção do CNS pode ser difícil para alguns estrangeiros, em razão dos documentos obrigatórios exigidos.

No tocante à falsificação do comprovante de residência, segundo Medaglia (2006), a Bolívia é a nação mais pobre da América Latina. Estas diferenças sociais entre Brasil e o país vizinho podem acabar induzindo os indivíduos menos privilegiados economicamente a traçarem estratégias de sobrevivência. Levantamos a questão de que, por conta da oferta desigual dos serviços de saúde pública, podem surgir “criatividades” para se ter acesso ao sistema, a exemplo da falsificação residencial por parte de bolivianos (SILVA, 2010).

Já com relação à falta de acompanhamento, esta foi citada por um dos ACS como sendo motivada pelos bolivianos residirem no país vizinho e só retornarem ao Brasil no dia de consulta. Dessa forma, o boliviano vem para atendimento, mas o Agente Comunitário não pode fazer um acompanhamento periódico domiciliar e, assim, conhecer a realidade que essa família vive, o que é prejudicial tanto para a saúde do boliviano, quanto para o trabalho biopsicossocial da Estratégia de Saúde da Família.

Ademais, outra situação citada foi a negligência com a questão de vacinação por parte dos bolivianos. Fato relevante para a região de fronteira Brasil-Bolívia, onde existe constante fluxo de pessoas dando entrada e saída dos países, podendo causar graves problemas de saúde pública.

Relacionado a essa pontuação, ressaltamos que, em um passado recente, doenças infectocontagiosas ceifaram a vida ou causaram sequelas graves em milhares e milhões de crianças no Brasil e no mundo (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

Nesse contexto, a vacinação na primeira infância vem se transformando em um importante instrumento na prevenção de algumas enfermidades (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010) e sendo capaz, através disso, de evitar a ocorrência de surtos epidêmicos (SILVEIRA *et al.*, 2007).

O último ponto citado foi a cultura boliviana, mencionado por um participante da pesquisa. Relativo à cultura, existem costumes, crenças e hábitos diferentes no Brasil e na Bolívia. Isso pode se tornar algo conflituoso quando relacionamos aos preconceitos que são enraizados no estereótipo cultural do país (“roupagens que revestem” os indivíduos) (CROCHÍK, 1996).

Dentro dessa perspectiva, consideramos importante discutir brevemente sobre as atitudes preconceituosas de brasileiros, que estão atreladas a essa realidade de diferenças entre as duas nações. Destacamos, neste caso, as disparidades em aspecto nacional, social, cultural e étnico na discriminação praticada ao boliviano.

Nessa conjuntura, estas diferenças apontadas acima são usadas como motivos para disparar, por parte do brasileiro, discursos de aversão aos oriundos da Bolívia. Como consequência, os estrangeiros acabam se privando do direito à saúde, por exemplo, pelo próprio medo/receio de serem expostos a situações de julgamento, agressão verbal, maus-tratos, entre outras (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Existem relatos de bolivianos atendidos no SUS que passaram por situações de desrespeito, por parte de profissionais de saúde, como fala alterada e até mesmo agressões físicas (WALDMAN, 2011).

Observamos ainda, nesse contexto das relações, o “poder de nomeação” aos bolivianos como os “outros” no Brasil (BOURDIEU, 1989). Esta construção negativa reforça outra ideia: de que a Bolívia estaria fora dos padrões “civilizados” brasileiros. Assim, o boliviano passa a ser visto como símbolo do atraso, do perigo, da pobreza e da ausência das leis (COSTA, 2015).

Para mais, identifica-se no cotidiano rótulos empregados a eles como “chocos”, “collas” ou simplesmente “índios” ou “bugres” (COSTA, 2015). Dessa forma, podemos observar que a discriminação não acontece somente pela origem nacional, mas também pela diferença étnica indígena associada aos bolivianos (MARTES; FALEIROS, 2013).

Outra situação recorrente em Corumbá/MS refere-se ao binômio sujeira/doença empregado a Bolívia. Existe uma visão irradiada, no lado brasileiro, sobre estes não possuírem uma adequada higiene e, por conta disso, os municípios bolivianos serem foco de doenças. Pode-se mencionar, como exemplo, a ideia de enfermidades como a raiva, a leishmaniose e a dengue não serem tratadas pelo país vizinho, contribuindo, assim, para um discurso da fronteira como área de contaminação (COSTA, 2015).

Já levando em conta à associação da Bolívia à pobreza, esta gera falas de “benevolência” do poder público brasileiro considerado “humanitário” em relação aos bolivianos, seja no atendimento de saúde ou na matrícula em escolas, como se eles dependessem dos brasileiros (superioridade do Brasil) (COSTA, 2015).

Logo, essas diferenças acabam se tornando fatores visíveis de conflito pessoal ou coletivo, que influem não somente na saúde, mas na educação, assistência social, segurança pública, dentre outras (SILVA, 2010). Para mais, a seguir, Madureira,

Seixas e Velani (2013, p.18) expõem um reflexo das inúmeras dificuldades de interação social na região fronteira Brasil-Bolívia:

Diferentes problemas sociais são refletidos nas atitudes dos bolivianos que em muitos casos se rebaixam e escondem sua cultura local. Em conversa com moradores locais descobrimos casos de bolivianos que tentam se passar por brasileiros para que não haja nenhum preconceito ou rejeição. Portanto, mesmo que em muitos casos não esteja explícito, a xenofobia e o preconceito à cultura alheia está presente na cidade de Corumbá, principalmente quando se trata da relação entre brasileiros e bolivianos.

Trabalhando a pergunta “B”, destacamos que de um total de 48 ACS, somente 14 destes afirmaram ter tido algum tipo de preparo para atender a população boliviana. E, estes afirmaram ter recebido, em sua maioria, capacitação da Secretaria Municipal de Saúde, além de orientação da Polícia Federal, bem como orientação de recepcionistas na unidade de saúde.

Avaliamos, portanto, que, apesar das contribuições mencionadas acima, o número de citações é baixo levando em conta um total de 48 ACS pesquisados. Dessa maneira, este resultado torna-se dado preocupante já que, por se tratar de uma região de fronteira com intenso fluxo de bolivianos, deveria existir uma educação constante dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde sobre temáticas ligadas ao estrangeiro e à fronteira, envolvendo questões do trabalho deste servidor frente à realidade da demanda boliviana local.

Considerações finais

O acesso aos serviços de saúde pública do estrangeiro boliviano é garantido através da Lei do Imigrante (BRASIL, 2017b). Todavia, na prática, em unidades de saúde, é dada uma primeira assistência, e, caso sejam necessários procedimentos mais complexos e/ou acompanhamentos, exige-se o Cartão Nacional de Saúde (CNS) deste estrangeiro. E, se ele não o possuir, a assistência médica sofre uma interrupção em seu acompanhamento.

Pelas dificuldades inerentes a cada estrangeiro, em muitos casos, ele não consegue obter os documentos obrigatórios para emissão do CNS e, portanto, fica desassistido no aspecto da saúde. Nesta perspectiva, esperamos que o poder público possa desenvolver um olhar mais atento e acolhedor ao boliviano, assim como aos demais estrangeiros de outras nacionalidades, que buscam por atendimentos mais complexos ou precisam de uma assistência contínua no SUS, e que, por algum motivo, não conseguem obter.

Afinal, conforme a Lei do Imigrante, o Estado deve garantir o direito à vida deste estrangeiro, bem como acesso aos serviços públicos de saúde, nos termos

da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória do mesmo (BRASIL, 2017b).

Para mais, entendemos que a qualificação voltada aos Agentes Comunitários de Saúde e aos demais profissionais do SUS, com relação aos estrangeiros, deve ser um dos primeiros passos para que se possa garantir o direito à saúde da população boliviana que precisa dos serviços de saúde em Corumbá/MS.

Lembrando que compete a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da Atenção Básica desenvolver ações, articular instituições e promover acesso para formação e garantia da educação permanente dos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

Quanto à formação continuada, sugerimos que seja feito um investimento em treinamentos técnicos que permitam ao ACS conhecimento para orientar o boliviano quanto ao seu processo de regularização no Brasil, para ampliar seu entendimento sobre a cultura boliviana e para que este trabalhador saiba proceder em determinados casos como falsificação de comprovante de residência, acompanhamento de saúde do boliviano que não está morando efetivamente na área e negligência com a vacinação, por exemplo. Neste momento, destacamos a relevância das parcerias intersetoriais que podem ser estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS e a Polícia Federal, Receita Federal e Instituições de Ensino Superior locais, integrando saberes.

No aspecto cultural, principalmente nas cidades-gêmeas de Corumbá/MS e *Puerto Quijarro/Bolívia*, faz-se necessário conhecer os hábitos, credences, cultos, dentre outros do país vizinho, e criar reflexões quanto à xenofobia. Todo esse aprendizado visando compreender melhor a “realidade do outro” e quebrar discursos de aversão ao estrangeiro.

Dessa forma, consideramos que essas questões, essenciais para a integração dos países, devem alcançar todos os profissionais do SUS, da Prefeitura Municipal e demais órgãos públicos, além da sociedade de Corumbá/MS como um todo. Acreditamos que, através dessas iniciativas, pode-se iniciar um processo de ruptura dos “muros” construídos pelo preconceito entre essas nações, potencializando as trocas nessa região.

Por fim, esperamos que esta pesquisa possibilite um maior esclarecimento público sobre o Agente Comunitário de Saúde, profissional presente em todo território nacional, que enfrenta inúmeros desafios diários, muitas vezes, sem o devido reconhecimento de sua importância para o SUS.

Em suma, buscamos analisar algumas razões e circunstâncias que levam a determinadas problemáticas ligadas ao exercício dessa profissão, apresentando um

material de pesquisa que pode servir de base para o aperfeiçoamento de políticas públicas e/ou programas de saúde, bem como incentivar a continuidade de outras pesquisas no âmbito acadêmico ou governamental.

Referências

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)/ Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.560/GM, de 29 de agosto de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Cartão de Nacional de Saúde, instrumento de identificação unívoca dos usuários do SUS e de informação sobre o atendimento individual prestado pelos serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017a.

BRASIL. Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017b.

BRASIL. Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. DOU de 18.4.2018. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento. Programa de Aceleração do Crescimento. **Infraestrutura Social e Urbana - UBS – Unidade Básica de Saúde**. Disponível em: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/ro>. Acesso em: 24 mai. 2019. Ministério do desenvolvimento, 2019.

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

CROCHÍK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3., p. 47-70, 1996.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr., 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 17 abr. 2019. Brasília, 2019a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2019**. DOU 26.8.2019. IBGE, 2019b.

INE – Instituto Nacional de Estadística. **Censo Nacional de Poblacion y Vivienda 2012**. Disponível em: <https://www.ine.gov.bo/index.php/censos-y-banco-de-datos/censos/>. Acesso em: 05 abr. 2019. INE: La Paz/Bolívia, 2012.

MADUREIRA, D.V.; SEIXAS, I.M.; VELANI, L.G. **Organizações de Fronteira em Corumbá-MS**. Projeto Conexão Local, Fundação Getúlio Vargas – EASP, 2013.

MARTES, A. C. B., FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

MEDAGLIA, T. 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, n. 171, jul., p. 58, 2006.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 261-274, set. 2018.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun., 2008.

OLIVEIRA, R. A. *et al.* Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. **Revista Psicologia para América Latina**, México, v. 23, p. 47-64, 2012.

PUGLIESI, M.V. ; TURA, L. F. R. ; ANDREAZZI, M. F. S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 10, n. 1, jan./mar. 2010.

SANTOS, L.P.G.S.; FRACOLLI, L. A. Community Health Aides: possibilities and limits to health promotion. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**, v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, set./fev., p. 25-38, 2005.

SILVA, W. A. **Fronteira e regionalização da saúde**: os dilemas da microrregião de Corumbá -MS. Corumbá, Mato Grosso do Sul. 2010. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Corumbá.

SILVEIRA, A.S.A. *et al.* Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev. esc. Enferm.**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun., 2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Revista Interface, Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

WALDMAN. T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 90-77 114, 2011.