

As influências da territorialização no acesso aos serviços de saúde pelas populações de fronteira: revisão sistemática

The influences of territorialization on access to health services by border populations: systematic review

Análisis de los factores que dificultan la lactancia materna exclusiva en Brasil y sus repercusiones en la vida de lactantes y mujeres

Recebido: 31/05/2022 | Revisado: 10/06/2022 | Aceito: 10/06/2022 | Publicado: 20/06/2022

Guilherme Gonçalves Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2298-2354>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: xavierguilherme@gmail.com

Caroline Silva de Araujo Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2537-292X>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: carolinearaujo689@gmail.com

Marcela Mansur Gomides Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-8320>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: marcelamglima@gmail.com

Ludmila Venturini Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3124-2614>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: ludventurini@hotmail.com

Marcella Ciotti Pinheiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2297-1639>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: Marcellaciotti@icloud.com

Marli do Carmo Cupertino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5790-0622>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: marli.cupertino.vet@gmail.com

Márcia Farsura de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8462-0431>
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Brasil
E-mail: mmfarsura@yahoo.com.br

Resumo

A territorialização – integrada à Política Nacional de Atenção Básica – apresenta princípios de universalidade, equidade e integralidade. Assim, objetivou-se revisar as influências da territorialização, no acesso aos serviços e às ações em saúde, pela população residente na região de fronteira brasileira. Realizou-se uma revisão sistemática, na base de dados BVS, entre os anos de 2016 e 2021. Foram recuperados 18 artigos, dos quais 5 foram selecionados para compor a amostra. Verificou-se que a territorialização, quando não percebida apenas sob o aspecto paisagístico, mas como uma ferramenta de gestão para o planejamento em saúde, facilita o acesso universal e equitativo ao Sistema Único de Saúde, estabelecendo um diagnóstico de saúde comunitário, tarefa para a qual os agentes comunitários de saúde apresentam papel de destaque, favorecendo o vínculo da comunidade com a Estratégia Saúde da Família. Entretanto, caso o território seja entendido como um mapa estático, funciona como fator excludente do direito de garantia às ações em saúde às pessoas, como, por exemplo, é a situação de residentes nas áreas localizadas dos dois lados da fronteira. A partir da análise dinâmica e com educação continuada em saúde, podem ser desenvolvidos planejamentos de gestão favorecedores de acesso às ações em saúde pela clientela adscrita e flutuante nas regiões de fronteira.

Palavras-chave: Áreas de fronteira; Universalização da saúde; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Territorialization – integrated into the National Primary Care Policy – presents principles of universality, equity and integrity. Thus, the objective was to review the influences of territorialization, on access to health services and actions,

by the population residing in the Brazilian border region. A systematic review was carried out in the BVS database, between the years 2016 and 2021. 18 articles were retrieved, of which 5 were selected to compose the sample. It was found that territorialization, when not only perceived from the landscape aspect, but as a management tool for health planning, facilitates universal and equitable access to the Unified Health System, establishing a community health diagnosis, a task for which community health agents play a prominent role, favoring the community's bond with the Family Health Strategy. However, if the territory is understood as a static map, it works as an excluding factor from the right to guarantee health actions to people, as, for example, is the situation of residents in areas located on both sides of the border. From the dynamic analysis and continuing education in health, management plans can be developed that favor access to health actions by the registered and floating clientele in border regions.

Keywords: Border areas; Universalization of health; Access to health services.

Resumen

La territorialización, integrada a la Política Nacional de Atención Primaria, presenta principios de universalidad, equidad e integralidad. Así, el objetivo fue revisar las influencias de la territorialización, en el acceso a los servicios y acciones de salud, por parte de la población residente en la región fronteriza brasileña. Se realizó una revisión sistemática en la base de datos BVS, entre 2016 y 2021. Se recuperaron 18 artículos, de los cuales 5 fueron seleccionados para componer la muestra. Se encontró que la territorialización, cuando no solo se percibe desde el aspecto del paisaje, sino como una herramienta de gestión para la planificación en salud, facilita el acceso universal y equitativo al Sistema Único de Salud, estableciendo un diagnóstico de salud comunitaria, tarea en la que los agentes comunitarios de salud juegan un papel importante. papel destacado, favoreciendo el vínculo de la comunidad con la Estrategia Salud de la Familia. Sin embargo, si el territorio se entiende como un mapa estático, funciona como un factor excluyente del derecho a garantizar acciones de salud a las personas, como, por ejemplo, es la situación de los residentes en áreas ubicadas a ambos lados de la frontera. A partir del análisis dinámico y la educación continua en salud, se pueden desarrollar planes de manejo que favorezcan el acceso a las acciones de salud por parte de la clientela registrada y flotante en las regiones fronterizas.

Palabras clave: Zonas fronterizas; Universalización de la salud; Acceso a los servicios de salud.

1. Introdução

A territorialização é um instrumento utilizado na prática da saúde pública, através da esquematização das áreas de abrangência, para melhor elaboração de estratégias em saúde, fornecendo dados aos profissionais da atenção básica sobre as situações relativas à qualidade de vida da população de determinada região geográfica (Corbo et al., 2007).

O conhecimento do território, no qual o sistema de saúde irá atuar junto ao Programa de Saúde da Família (PSF), é fundamental para que se tenha uma perspectiva da abrangência territorial e uma identificação do modo de vida e dos principais processos de adoecimento e morte dos indivíduos (Mafra & Chaves, 2004). Desse modo, o processo de territorialização é, em primeiro lugar, planificação de ações e técnicas nas redes de serviço em saúde e fortificação do elo entre saúde e organização regional das pessoas de uma determinada comunidade (Tahim et al., 2016), que se iniciou após o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esse último emergiu, a fim de remodelar os atos curativos e de assistência ao usuário e, ainda na década de 1990, foram criados o Programa de Agente Comunitários da Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, de 1995 em diante, os municípios brasileiros passaram a executar o modelo fornecido pelo Ministério da Saúde (Mafra & Chaves, 2004).

Segundo o art. 5 da lei 8.080/90, o SUS apresenta como objetivos reconhecer e revelar as razões que estabelecem a saúde, elaborar estratégias que tenham a intenção de diminuir o desenvolvimento das doenças e, por meio dos conceitos de promoção, proteção e recuperação, fornecer auxílio à população em sua totalidade, de forma adequada e igualitária (Brasil, 1990). Para que o acesso à saúde pelos cidadãos seja mais justo, a territorialização, que se interliga à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 (primeira versão) e à de 2017 (documento mais recente), apresenta princípios de universalidade, equidade e integralidade, os quais são fundamentais para que sua realização obtenha êxito (Mafra & Chaves, 2004). A universalidade visa o direito de todos os cidadãos às ações de saúde pública de forma ilimitada e regular, proporcionando qualidade e resolução, com o intuito de criar um vínculo com o paciente. O conceito integralidade é visto como o a união de

todas as atividades exercidas pelos profissionais de saúde, a fim de promover o cuidado, diminuir agravos, prevenir e ter o conhecimento do manejo das doenças (Brasil, 2017). A equidade é o principal pilar desse processo, ao ter como objetivo oferecer cuidado através da capacidade de discernimento das esferas sociais para o atendimento da diversidade, não havendo exclusão de qualquer espécie (Brasil, 2017).

Em nações com grande desigualdade social, a relevância em querer alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade na saúde se encontram na perspectiva de que os distúrbios de saúde levam à acentuação e difusão da desigualdade social (Braveman & Gruskin, 2003). Fato que é explicado por crerem que acabar com o desequilíbrio na saúde acarreta vantagens que não estão associados, exclusivamente, com a condição do bem-estar orgânico da população, mas intervém intensamente nas conexões sociais, que proporcionam uma comunidade de convívio mais sadio, com maior índice de escolaridade, nutrição e higiene, além de baixos indicativos de violência (Giacomelli et al., 2017).

Uma situação que reforça a ideia de desigualdade em saúde atrelada à discrepância social é o que ocorre, por exemplo, nas regiões fronteiriças brasileiras, em que a ideia de território em saúde conflita com a possibilidade de cuidado continuado e onde os cidadãos têm o acesso à saúde dificultado, uma vez que, para a inserção nos serviços de assistência voltados à manutenção do bem estar biopsicossocial, as condições levadas em consideração incluem a disponibilidade geográfica dos serviços em um determinado território, a capacidade de pagamento pelo serviços do usuário, a aceitação dos serviços prestados nas unidades de saúde e o conhecimento dos serviços disponíveis para toda população brasileira de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF88) (Brasil, 1988; Nogueira & Dal Prá, 2006; Costa et al., 2018). Embasado pelas considerações apresentadas, o presente trabalho buscou revisar, na literatura científica, as influências da territorialização no acesso aos serviços e às ações de saúde, pela população residente na região de fronteira brasileira, a fim de servir como fonte científica de divulgação dos dados obtidos, para o planejamento de políticas públicas favoráveis à garantia dos direitos referentes à saúde de todos os cidadãos no território nacional.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática de literatura de natureza qualitativa, seguindo as diretrizes PRISMA, através de busca por estudos brasileiros publicados, no formato de artigo científico original, publicados entre 2016 e 2021. Além disso, recorreu-se às Leis Orgânicas da Saúde (LOS), a saber Leis: 8.080/90 e 8.142/90 – que foram identificadas, respectivamente, nos seguintes sítios eletrônicos http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm do portal da Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos, com acesso no dia 20 de março de 2021.

Os artigos foram buscados na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de julho a agosto do ano 2021, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos “Áreas de Fronteira AND Disparidades em Assistência à Saúde”, “Áreas de Fronteira AND Direitos Socioeconômicos”, “Áreas de Fronteira AND Acesso aos Serviços de Saúde” e “Áreas de Fronteira AND Universalização da Saúde”.

Os critérios de inclusão, incluíram as temáticas: (i) Áreas de fronteira e territorialização, (ii) disparidades em assistência à saúde, universalização da saúde e áreas de fronteira e (iii) direitos socioeconômicos e áreas de fronteira. A inclusão de produções contemplou: artigos originais, que investigavam, segundo o ponto de vista da CF88 e das LOS, a importância da garantia de direitos socioeconômicos, com a menção tácita de acesso à saúde para as populações de fronteira, a fim de atender ao princípio doutrinário universalidade da política pública de saúde brasileira e as influências que a territorialização em saúde produz nesse processo.

Após a busca inicial, fez-se a seleção das pesquisas que atendiam aos critérios de inclusão. O estudo não teve restrição de linguagem. Foram excluídos os artigos que se encontraram em duplicidade, após análise comparativa de autoria, título, ano e periódico científico de divulgação. Foi feita a inclusão de todos os artigos pertinentes, através da leitura e análise crítica. Os critérios para a exclusão de trabalhos corresponderam a: (i) Produções referindo áreas de fronteira e os direitos socioeconômicos de sua população, mas não apresentando discussões a respeito de disparidades em assistência em saúde influenciadas pelo processo de territorialização, e (ii) Pesquisas em textos incompletos, editoriais, comentários, cartas ao editor, monografias, dissertações, teses, capítulos de livros, resumos expandidos, publicações em anais de eventos e trabalhos com texto indisponível.

Baseando-se nos critérios de inclusão e de exclusão pré-estabelecidos, foi realizada a seleção dos artigos a partir da leitura de: (i) título e resumo; e (ii) texto completo. Os resultados foram expostos após leitura e interpretação dos textos completos com compilação dos dados e informações obtidas, a partir da utilização de fluxograma PRISMA.

2. Resultados e Discussão

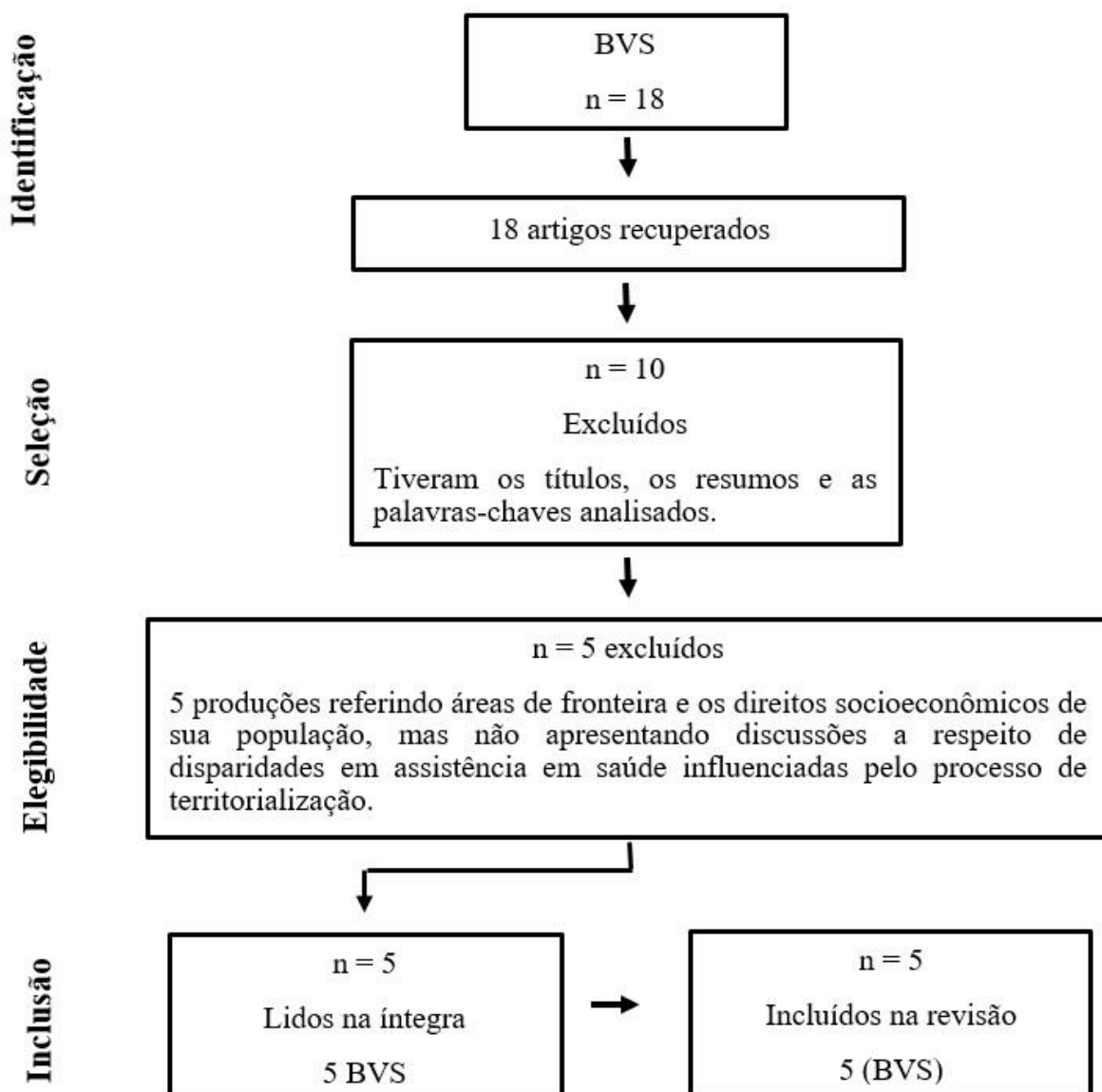
Utilizando os descritores “Áreas de Fronteira AND Disparidades em Assistência à Saúde”, “Áreas de Fronteira AND Direitos Socioeconômicos”, “Áreas de Fronteira AND Acesso aos Serviços de Saúde” e “Áreas de Fronteira AND Universalização da Saúde”, na base de dados BVS, foram recuperados um total de 18 publicações, conforme mostra o Quadro 1. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 5 artigos que foram incluídos neste estudo, conforme está descrito no fluxograma Prisma da Figura 1.

Quadro 1 – Quantitativo de artigos obtidos em cada base de dados científicos, de acordo com o descritor utilizado.

DESCRITOR	BVS
“Áreas de Fronteira AND Disparidades em Assistência à Saúde”	0
“Áreas de Fronteira AND Direitos Socioeconômicos”	0
“Áreas de Fronteira AND Acesso aos Serviços de Saúde”	17
“Áreas de Fronteira AND Universalização da Saúde”	1

Fonte: Autores (2022).

Figura 1 – Fluxograma Prisma.



Fonte: Autores (2022).

Esses artigos foram analisados, na íntegra, a fim de interpretá-los e discuti-los. Quanto as características gerais, os 5 artigos que constituem a amostra, estão inseridos no contexto da Atenção Primária à Saúde, sendo que a publicação mais antiga era do ano de 2018. Os achados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Artigos incluídos na pesquisa contemplando os seguintes aspectos: Título, autor, ano, objetivo e principais resultados.

Título	Autor e ano	Abordagem de áreas de fronteira/territorialização	Aborda disparidades em assistência e universalização da saúde e áreas de fronteira	Aborda direitos socioeconômicos e áreas de fronteira.
Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica	Santos-Melo et al., 2020	X	X	X
Acesso à Atenção Primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país	Lima & Toso, 2019A.	X	X	X
Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai	Lemões Matos et al., 2019.	X	X	X
Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira	Lima & Toso, 2019B.	X	X	X
Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde	Aikes & Rizzotto, 2018.	X	X	X

X: Sim, o assunto está presente no estudo referido. Fonte: Autores (2021).

A coleta de dados e a organização dos resultados ocorreu da forma seguinte: (i) princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde; (ii) universalidade em saúde: benefícios e participação; (iii) o território no SUS; (iv) o acesso à saúde pelas populações de fronteira e (v) as ações em saúde nos arcos fronteiriços.

3.1 Princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde

Os anos 1980 iniciaram-se com a necessidade de redemocratização no âmbito político, social e institucional. Desse modo, após organização e luta de muitas propostas de reformulação – Ações Integradas de Saúde (AIS) e Programação e Orçamentação Integrada (POI) –, em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), que incluía a participação da comunidade e dos profissionais do setor. Nela, a saúde foi estabelecida como direito de todos, a fim de oferecer serviços para que haja promoção, proteção e recuperação, garantindo, assim, uma saúde integral (Lima & Toso, 2019A; Aikes & Rizzotto, 2020).

Com base na descrição feita na CNS e na necessidade de ampliação de uma política de descentralização da saúde, a Oitava Constituição do Brasil somada à criação da Lei nº 1.824 originou o Sistema Único de Saúde (SUS) (Nogueira & Dal Prá, 2006). O eixo principal do SUS é sustentado em seus princípios organizacionais – Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando único –, e doutrinários – Universalização, Equidade e Integralidade (Brasil, 2017; Hortelan et al., 2019; Santos-Melo et al., 2020).

Como o próprio nome diz, os princípios organizacionais determinam uma estruturação do sistema, estabelecendo uma política de interação entre as instituições que, conectadas, realizam prestação de serviços de forma efetiva. A Regionalização e Hierarquização estabelecem que, através de padrões epidemiológicos e característicos de uma determinada região, os estabelecimentos da saúde necessitam de uma progressão do grau de complexidade do serviço, para que haja uma articulação entre eles, com a finalidade de garantir acesso organizado e integrado (Lemões Matos et al., 2019). Já a Descentralização é caracterizada pela distribuição de responsabilidade entre as esferas, e inclui, constitucionalmente, o conceito de “comando único”, que significa autonomia sobre as medidas e atividades prestadas pela saúde, incluindo a participação popular por meio de Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1991; Santos-Melo et al., 2020).

Os princípios doutrinários são importantes para luta do SUS em garantir um sistema de qualidade em atendimento, pois através deles é alcançada maior abrangência populacional à atenção primária, proporcionando empatia, equidade e acessibilidade de suporte à saúde (Lima & Toso, 2019; Aikes & Rizzotto, 2020).

3.2 O princípio da universalidade em saúde: benefícios e participação

A universalidade em saúde é compreendida como o abastecimento de serviços para todos os grupos, e para que isso aconteça é exigido diálogo com a coletividade e a participação popular, fornecendo autonomia para expor suas opiniões e carências. Apesar desse princípio ter sido estabelecido como diretriz do Sistema Único de Saúde, a discussão sobre direito à saúde apresenta uma perspectiva para amplificar a atuação e o direito de influência das classes sociais em condição de exclusão (Aikes & Rizzotto, 2020; Santos-Melo et al., 2020).

A cooperação social nos procedimentos de administração e/ou de proteção do SUS tem adquirido um significado importante no direito participativo no Brasil. Os Conselhos de Saúde, que estão atualmente nos municípios brasileiros, ainda que necessitem de aprimoramento, são eficazes para a formação da saúde coletiva. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, na resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003, é estabelecido que haja cinquenta por cento de participação de usuários do serviço de saúde, vinte e cinco por cento de trabalhadores da saúde e vinte e cinco por cento de representantes do governo somados aos prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (Aikes & Rizzotto, 2018; Lima & Toso, 2019A).

Como relatado, a participação do corpo civil e de funcionários e administradores do SUS tem obtido sucesso no trabalho de ascensão do comando social e no estabelecimento da democracia cooperativa na aquisição da saúde. Porém, ainda há um rumo muito grande a se trilhar. Sendo assim, para enfrentar as iniquidades, permitir que a universalidade se torne verdade absoluta e exercer a politização correta deve haver uma consolidação do poder de vocalização das classes sociais mais afetadas nessa circunstância, além da valorização de ações de cuidado da pessoa, que corresponde a um ser completo, complexo e singular, residindo em um território adscrito a uma rede de atenção à saúde (Nogueira & Dal Prá, 2006; Lemões Matos et al., 2019; Lima & Toso, 2019B).

3.3 O território no SUS

O território em saúde se refere a um mapa geológico, pensado para planejamento em questões de ações em saúde, entretanto, enquanto figura representativa, observa-se apenas uma paisagem (Braveman & Gruskin, 2003; Lima & Toso, 2019B).

Para Campos (2016), faz-se necessário, dessa forma, diferenciar a que correspondem, de fato, o território e a paisagem. Paisagem corresponde a tudo aquilo que pode ser percebido a partir da sinestesia (visão, olfato, tato e audição), com destaque para a visão na eficácia de sua avaliação.

A ideia de território é decorrente da vida em sociedade, ou mesmo, “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (Souza, 1995, p.79).

Mas, planejar saúde para as pessoas que em um determinado território vivem significa preocupar-se com todas as faixas etárias, gêneros, etnias e classes sociais, atentando para um conceito ampliado de território, para além de uma imagem representativa como uma fotografia (Bub, 2006; Lemões Matos et al., 2019; Lima & Toso, 2019A).

No reconhecimento de um território sob responsabilidade de um serviço de saúde, a equipe de saúde não deve se restringir a um olhar desarmado, que não ultrapassa a superfície dos fenômenos (Lima & Toso, 2019B). Recomenda-se, assim, “a aproximação com o olhar da Antropologia, que procura estranhar aquilo que lhe é familiar, aproximando-se do que lhe é estranho”, desprovido de preconceitos (Chiesa & Kon, 2007, p.313).

É relevante para o trabalho do PSF – atenção primária, isto é, porta de entrada do SUS - que, com exceção dos agentes comunitários de saúde (ACS) que vivem naquele território, os demais profissionais de saúde possuam, inicialmente, uma visão que não seja superficial, preocupada apenas com a paisagem, mas toda a dinâmica que ocorre no espaço adscrito ao serviço de saúde. Para isso, existem diferentes compreensões de território pela equipe de saúde, demonstradas através do processo de trabalho: (i) do modo de entender a área de trabalho; (ii) da forma de organização da Estratégia Saúde da Família; e (iii) da maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e com o território (Carvalho, Jesus & Senra, 2017; Lemões Matos et al., 2019; Lima & Toso, 2019A).

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável pelo modelo clientelista – prevenção de agravos e promoção da saúde da comunidade adscrita - a uma região dinâmica, onde vivem de 600 a 1000 famílias, contemplando, no máximo 4000 pessoas, as quais, de acordo com os princípios e diretrizes das LOS, criam vínculo com o serviço de Atenção Primária à Saúde que lhe é correspondente pela territorialização, sob a forma de longitudinalidade (Bravema & Gruskin, 2003; Lemões Matos et al., 2019; Santos-Melo et al., 2020).

Por isso, é função da ESF realizar o diagnóstico da comunidade, considerando os aspectos biopsíquicosociais dos atores sociais presentes nas áreas demarcadas, sem desconsiderar as desigualdades de acesso à saúde, por exemplo, pelas populações que vivem na fronteira - local em que há negligência do princípio da universalidade, conforme observado pelas práticas locais em saúde - a fim de direcionar o processo de trabalho, influenciando consideravelmente na operacionalização do programa (Hortelan et al., 2019; Lemões Matos et al., 2019).

3.4 Acesso à saúde pelas populações de fronteira

Há necessidade iminente de fortalecer a democracia, o direito e o SUS, uma vez que a vulnerabilidade do acesso à saúde por diferentes pessoas, na nação brasileira, se faz presente, e a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel singular nesse processo (Lima & Toso, 2019A; Aikes & Rizzotto, 2020).

O vocábulo vulnerabilidade apresenta diversos sentidos, tais como: (i) estar sujeito à vulneração – agressão ou dano, por exemplo; (ii) na Ecologia, é inferida como a população que se encontra em uma localidade passível de um desastre ecológico; (iii) susceptibilidade a determinadas reações negativas, diante dos impasses, isto é, problemas mentais enfrentados pelo ser humano; (iv) densidade de cidadania; (v) apresentar ou não percepção do risco ao participar de um experimento; (vi) no Direito, é muito preconizado em referência aos Direitos Humanos (DH) e (vii) ainda na perspectiva das garantias básicas a todos os seres humanos, em resposta à epidemia ocasionada pela enfermidade Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), a partir do vírus da imunodeficiência humana (HIV), começou a ser utilizado para se referir à cobertura de acesso à saúde (Aikes & Rizzotto, 2018).

O estudo de Silva, Assumpção e Kligerman (2020) aponta as regiões transfronteiriças como áreas de vulnerabilidade em saúde, uma vez que o território em saúde, de acordo com o que é recomendado pelos documentos do SUS, serve, verdadeiramente, como fator de exclusão para a obtenção de atendimento em saúde (Nogueira & Dal Prá, 2006; Lima & Toso, 2019A), uma vez que, (i) de todos os países da América do Sul, apenas o Brasil apresenta uma política pública de saúde que garante o acesso gratuito, por todos as pessoas presentes em solo brasileiro, o que pode causar sobrecarga de demandas por atendimento, não só oriundas de brasileiros, mas também de cidadãos provenientes de países vizinhos e (ii) serviços com maior densidade tecnológica do SUS nem sempre se localizam próximos às cidades nacionais localizadas na fronteira, dificultando, pela logística de transporte, o acesso gratuito e universal, ao provocar o deslocamento de pessoas para municípios de outras nações sul-americanas (Lima & Toso, 2019B; Aikes & Rizzotto, 2020).

Geograficamente, o Brasil possui faixa de fronteira de 15.719 Km, o que equivale a um quarto do território brasileiro, em divisa com dez países – Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela -, apontando uma situação possível de dificuldade do exercício de direitos de cidadania previstos na CF88, por uma parcela significativa de pessoas no país (Aikes & Rizzotto, 2018; Hortelan et al., 2019).

A União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), que corresponde a um projeto ousado e complexo iniciado em 2004, através da Declaração de Cuzco, representou as intenções dos países Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela de integração nos campos (i) social, (ii) econômico e (iii) político, através de investimentos nos setores de educação, cultura, infra-estrutura, energia, ciências e finanças, isto é, consistiu na união de blocos econômicos da América do Sul - Associação Latino-Americana de Integração (Aladi), a Alternativa Bolivariana para a América (Alba), a Comunidade Andina de Nações (CAN), a Comunidade Sul-Americana de Nações (Casa) e a União das Nações Sul-Americanas (Unasul), além do Mercado Comum do Sul (Mercosul) -, com a finalidade de obter um ganho relacionado a diferentes interesses, como a atenção em saúde (Aikes & Rizzotto, 2020).

Entretanto, estudos como o de Hortelan et al. (2019) comentam que há gestores de municípios que fizeram parte da amostra de sua pesquisa, os quais são localizados em regiões que fazem fronteira com os países Peru, Colômbia, Uruguai e Argentina, que relatam desconhecimento desses documentos e, ainda, reclamam dos investimentos em saúde, já que consideram que os mesmos são insuficientes para a cobertura da população flutuante que procura pelos serviços de saúde no território. Além disso, o referido trabalho científico identificou que as gestões entrevistadas em sua investigação ressaltam, ainda, a questão ética que implica em atendimento às populações de outros países, sem os servidores atenderem-se exclusivamente à sua clientela adscrita. Ademais, após a saída do Brasil da Unasul, em 2019, para integrar o Fórum para o Progresso da América do Sul (Prosul) – o qual valoriza a soberania e integridade territorial -, juntamente com Argentina, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai e Peru, existe uma proposta de que haja mais flexibilidade e que seja menos oneroso, por parte do Estado, a manutenção de direitos e da democracia na área territorial correspondente a 11 unidades da Federação e 588 municípios divididos em sub-regiões, com aproximadamente 10 milhões de habitantes (Cruz, 2020). Há, por isso, em conformidade com as considerações apresentadas pelo manuscrito científico mencionado, maior necessidade de investimento em capacitação profissional e educação permanente para os coordenadores da atenção em saúde da faixa fronteiriça, a fim de serem propostas novas políticas públicas mais inclusivas e ações de saúde mais eficazes.

3.5 As ações em saúde nos arcos fronteiriços

O planejamento de ações em saúde de uma população visa oferecer uma atenção específica, além de observação das questões mais relevantes e dos fatores que a determinam, para a elaboração de um projeto de prevenção e tratamentos eficazes que busquem a melhoria do bem-estar da coletividade. Logo, é preciso que os profissionais de saúde sejam qualificados para lidar com as situações que o ambiente de integração social traz (Sarti, 2011; Lemões Matos et al., 2019; Santos-Melo et al., 2020).

Como benefícios, devido a implementação da ESF no papel de organização e planejamento podemos considerar: (I) equidade em saúde; (II) queda da mortalidade infantil e complicações de saúde; (III) melhoria no acesso aos serviços de saúde; (IV) maior atuação da comunidade na logística de funcionamento do sistema (Sarti, 2011; Lemões Matos et al., 2019).

O iniciador de um planejamento é o diagnóstico de saúde em uma comunidade, que diz respeito a uma circunstância presente, ocorrida por fatos antecedentes, implementando uma direção para o futuro. Seu principal objetivo é, através da prevenção e domínio de enfermidades e da promoção da saúde, conduzir ações de saúde que visem aprimorar e auxiliar nas prioridades da população (Lima & Toso, 2019B). O diagnóstico de um território específico pretende identificá-lo a fundo, a fim

de aprimorar o conhecimento do modo de vida social (Aikes & Rizzotto, 2018). Isso é colocado em prática a partir da comunicação, união e partilha de conhecimento entre a comunidade e equipe de saúde (Lepper, 2012).

O processo de diagnóstico passa por uma análise geral da condição de saúde do território em relação ao convívio social, estrutural e orgânico, para reconhecer impasses e saber priorizar o que é a realidade com o propósito de organizar um plano que traga benefícios à população. Também é esperado que haja uma comunicação e cooperação constante entre equipe e moradores para o aprendizado mútuo (Costa, Costa & Cunha, 2018; Santos-Melo et al., 2020).

Os ACS têm papel fundamental nesse seguimento e representam o meio de comunicação entre os outros profissionais e os habitantes da área pré-estabelecida. Esse trabalho de envolvimento de todas as esferas, tem como finalidade avaliar o meio socioeconômico, cultural, geográfico, os principais fatores genéticos e predisponentes a complicações; e oferecer oportunidade de acesso ao atendimento de todas as esferas (Lepper, 2012; Lemões Matos et al., 2019; Lima & Toso, 2019A).

Na pesquisa de Costa, Costa e Cunha (2018), verificou-se, dentro do escopo de atribuições da APS, que a prevenção de doenças infectocontagiosas, como a dengue, por exemplo, no município fronteiriço de Ponta Porã, no estado do Mato Grosso do Sul, ocorre com a participação integrada dos ACS com os agentes de combate a endemias (ACE), que fazem a pesquisa de vetores, inclusive, no Paraguai, na região de fronteira com o Brasil, uma vez que não se pode negligenciar o trânsito de pessoas, de mercadorias, de transmissores de agentes patogênicos e, conseqüentemente, de doenças entre os territórios das duas nações. Foi demonstrado por esse mesmo estudo, ainda, que a educação popular em saúde apresenta grande relevância para a redução de incidência de casos de dengue e de malária, já que, o trabalho identificou, também, que na fronteira com a Bolívia, os profissionais de saúde relataram que, devido a questões culturais relacionadas à negligência de saneamento básico pelos bolivianos, é extremamente difícil o combate ao *Aedes aegypti*.

No campo de promoção da saúde, é factível a procura por serviços do nível primário e do nível secundário de atenção, tanto por brasileiros nas nações vizinhas, quanto por estrangeiros em território nacional, comprometendo o cuidado continuado, que é primordial na terapêutica de enfermidades crônicas (Zaslavsky & Goulart, 2017; Lima & Toso, 2019A).

Por isso, é necessário que ocorra “inter-relação entre os direitos sociais, políticos e econômicos” (Nogueira & Silva, 2009, p.84) nas regiões de fronteiras, a fim de facilitar o acesso universal às ações em saúde, conforme preconizado pelas LOS e pela CF88, além de transpor a noção de território para além de um marco cartográfico, de uma figura e de um mapa estático (Aikes & Rizzotto, 2018; Lemões Matos et al., 2019).

4. Considerações Finais

Após a análise dos artigos recrutados pela presente pesquisa, observou-se que é fundamental a participação de todos os funcionários da saúde em conjunto, para que ocorra a territorialização de uma comunidade, conforme observado pelo princípio organizativo descentralização do SUS. Esse acompanhamento deve ser feito pela equipe de saúde, associado à cooperação dos integrantes que habitam um determinado território, acarretando um planejamento de saúde eficaz, que busca prevenir e diminuir danos causados na população. Sendo assim, ter um conjunto profissional multidisciplinar capacitado, por meio do processo de mapeamento e territorialização, possibilita condicionamento para implementação de um plano de saúde que tenha conhecimento das características do meio (i) social, (ii) estrutural e (iii) econômico, a fim de estabelecer o diagnóstico dos principais agravos de saúde da localidade, gerando ações que favoreçam a universalidade de acesso à saúde.

Entretanto, na faixa de fronteira brasileira com os demais países sul-americanos, a concepção de território, da forma como preconizada nas demais regiões da nação, dificulta o acesso às ações em saúde por todos os cidadãos presentes na região, negligenciando o princípio doutrinário universalidade do SUS.

Para que esse problema seja evitado, o presente estudo identificou, na literatura científica, que é necessário haver uma integração em saúde do Brasil com os outros dez países fronteiriços, a fim de se estabelecerem políticas públicas que garantam mais serviços e ações em saúde, com mais recursos financeiros, à população ocupante de 27% da área territorial brasileira, a fim de pôr fim à vulnerabilidade presente nos arcos de fronteira.

Sugere-se, para trabalhos futuros, que seja explorada a temática de internacionalização de políticas públicas nas regiões de fronteira brasileira.

Referências

- Aikes, S. & Rizzotto, M. L. F. (2020). A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saúde Soc*, 29(2), e180196, 1-14.
- Aikes, S. & Rizzotto, M. L. F. (2018). Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 34(8), 1-11.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1991). Assessoria de Comunicação Social. *Lei Orgânica de Saúde*. (2a ed.), Brasília. <https://www.prattein.com.br/home/images/stories/Saude/Lei-org-saude.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII - Da Ordem Social, Seção II - Da Saúde - artigo 196-200. <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoLegislacaoAnotada/anexo/CF.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria/MS nº 648, 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 União 2006; 28 mar. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2017; https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Braveman, P. A. & Gruskin, S. (2003). Pobreza, equidade, direitos humanos e saúde. *Boletim da Organização da Saúde*: Revista Internacional de Saúde Pública.
- Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P. & Santos, E. K. A. (2006). Noção de cuidado de si mesmo e conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 15(2), 152-157.
- Campos, G. W. D. S. (2016). Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS: subtítulo do artigo. *Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo*. Associação Paulista de Saúde Pública.
- Carvalho, A. L. B., Jesus, W. L. A. & Senra, I. M. V. B. (2017). Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(4), 1155-1164.
- Chiesa, A. M. & Kon, B. R. (2007). *Compreensão do território: instrumento de gestão em atenção primária à saúde*. Manole. 309-322.
- Corbo, A. D., Morosini, M. V. G. C., Pontes, A. L. M. (2007). Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini, M.V.G.C., Corbo, A.D. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. ESPJV/FIOCRUZ.
- Costa, E. M. S., Costa, E. A. & Cunha, R. V. (2018). Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28:4, e280415, 1-21.
- Cruz, D. A. M. O. Os rumos da integração regional no subcontinente: da UNASUL ao PROSUL, o que mudou? *Revista de Geopolítica*, 11:4. 111-122, 2020. <file:///C:/Users/marci/Downloads/306-1138-1-PB.pdf>
- Giacomelli, G. S., Marin, S. R., Feistel, P. R. (2017). Da economia tradicional do bem-estar à Abordagem das Capacitações e a importância da equidade em saúde para o desenvolvimento humano. *Nova econ*. [online]. 27(1), 89-115.
- Hortelan, M. S., Almeida, M. L., Fumincelli, L., Zilly, A., Nihei, O. K., Peres, A. M., Sobrinho, R. A. & Pereira, P. E. (2019). Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paul Enferm*. 32(2), 229-36.
- Lemões Matos, M. A., Lange, C., Castro Przylynski, D. S., De Llano Pereira, P. M., Machado Antunes, R. & Hermes Bester, G. Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Rev. urug. Enferm*. 14(1), 38-48.
- Lepper, L., Garcia, C., Pereira, E.G., Fischer, M.Q., Radtke, M.B. & Wagner, R.I. (2012). Diagnóstico Comunitário da Estratégia de Saúde da Família de Rio Pardo. III Salão de Ensino e de Extensão. UNISC – Santa Cruz do Sul/RS.
- Lima, L. T. P. & Toso, B. R. G. O. (2019). Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. *R. Saúde Púb*. 2(1):13-20.
- Lima, L. T. P. & Toso, B. R. G. O. (2019). Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira. *Semina cienc. biol. Saúde*. 40(1), 37-46.

- Mafra, M. R. P. & Chaves, M. M. N. (2004). *O processo de territorialização e a atenção à saúde no Programa Saúde da Família. Família, Saúde e Desenvolvimento*. Biblioteca digital de periódicos – UFPR.
- Nogueira, V. M. R. & Dal Prá, K. (2006). MERCOSUL: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira. *Ser Social*, 1(1), 159-188.
- Nogueira, V. M. R. & Silva, M. G. (2009). Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 6(24), 83-98.
- Pereira, A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica. Biblioteca Central da UFSM*. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1
- Santos, A. S. & Miranda, S. M. R. C. (2007). (Org.). A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Manole. 309-22.
- Santos, M. A. M. & Cutolo, L. R. A. (2004). A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 33(3), 31-40.
- Santos-Melo, G. Z., Andrade, S. R., Meirelles, B. H. S. & Ortiga, A. M. B. (2020). Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. *Revista Saude Publica*. 54(5), 1-11.
- Sarti, T. D., Campos, C. E. A., Zandonade, E., Ruschi, G. E. C. & Maciel, E. L. N. (2011). Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Departamento de Medicina Social*. Centro de Ciências da Saúde.
- Silva, M. P., Assumpção, R. F. & Kligerman, D. C. (2020). Bacias hidrográficas transfronteiriças: saneamento e saúde ambiental sem fronteiras. *Saúde Debate*, 44(24), 251-262.
- Souza, M. L. (1995). O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, I. E. de, Gomes, P. C. C. & Corrêa, R. L. (org.). *Geografia: conceitos e temas*. 77-116.
- Tahim, J. C., Vasconcelos, S. M., Pinto, M. S., Pereira, A. M. C., Carvalho, N. S. & Arruda, C. M. (2016). Processo de territorialização na atenção primária à saúde e o estágio curricular de saúde coletiva: um relato de experiência. In: *Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde, Fortaleza - CE*. Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde.
- Zaslavsky, R. & Goulart, B. N. G. (2017). Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 3981-3986.