

Artigo

Atenção primária à saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas no Brasil*Primary healthcare in rural settlements and quilombola communities in Brazil**Atención primaria de salud em asentamientos rurales y comunidades quilombolas en Brasil*João Paulo Macedo¹Tatiane Meneses da Silva²Magda Dimenstein³Jader Leite⁴Candida Dantas⁵Kátya de Brito e Silva⁶**RESUMO:**

Este estudo teve como objetivo analisar a forma como tem se organizado no Brasil os serviços de Atenção Primária para a população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, tendo como base as informações presentes nos microdados do processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Verificou-se que os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e Norte, as comunidades quilombolas estão nas regiões Nordeste e Sudeste e as equipes da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família) possuem um alcance restrito a esses contextos. Identificou-se a existência de um delicado quadro de exclusão e iniquidade que se associa à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais. Conclui-se que

¹ jpmacedo@ufpi.edu.br

² tatianemeneses95@gmail.com

³ mgdimenstein@gmail.com

⁴ jaderfleite@gmail.com

⁵ candida.dantas@gmail.com

⁶ katyabrito.s@gmail.com

esses moradores, especialmente os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e seguem excluídos dos cuidados básicos de saúde. Desse modo, torna-se necessário investir em uma reorganização dos processos de trabalho de forma a ampliar a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, assentamentos rurais, comunidades quilombolas.

ABSTRACT:

This study aimed to analyze the way in which Primary Care services have been organized in Brazil for the population living in areas of rural settlements and quilombola communities. This was a cross-sectional study, using a quantitative design and information from microdata of the external assessment process of the National Programme for Improvement of Quality and Access to Primary Care (PMAQ). It was observed that settlements are mostly concentrated in the North and Northeast regions, whereas quilombola communities are more frequent in the Northeast and Southeast regions. Basic Care (ESF and NASF) teams have limited reach to these places. It was identified a situation of exclusion and inequity that is associated with the absence of coordination in care and of defining the care flow regarding rural and/or traditional populations. It is concluded that these populations, especially those in quilombola communities, face many obstacles and are still excluded from basic health care. Therefore, it is necessary to invest in restructuring the work procedures and in widening the capacity of the teams and the sustainability of the links between professionals and patients.

Keywords: Primary Health Care, rural settlements, quilombolas communities

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivo analizar la forma en que los servicios de Atención Primaria se han organizado en Brasil para la población que vive en zonas de asentamientos rurales y comunidades quilombolas. Se trata de un estudio transversal, de carácter cuantitativo, basado en la información presente en los microdatos del proceso de evaluación externa del programa nacional para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ-AB). Se encontró que los asentamientos se concentran en porcentajes más altos en los Estados de las regiones noreste y norte, las comunidades quilombolas están en las regiones noreste y sureste y los equipos de atención primaria (estrategia de salud familiar y centros de apoyo a la salud de la familia) tienen un alcance limitado a estos contextos. Se identificó la existencia de un delicado marco de exclusión e inequidad que se relaciona con la falta de coordinación de la atención y la planificación de los flujos de asistencia con los pueblos rurales y/o tradicionales. Se concluye que estos residentes, especialmente los de las comunidades quilombolas, enfrentan muchos obstáculos y siguen excluidos de

la atención básica de la salud. Así, es necesario invertir en una reorganización de los procesos de trabajo con el fin de ampliar la capacidad resolutoria de los equipos y la sostenibilidad de los lazos entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Atención primaria de salud, asentamientos rurales, comunidades quilombola

INTRODUÇÃO

O debate sobre povos ou comunidades tradicionais é relativamente novo no Brasil nas esferas governamental, acadêmica e social. A heterogeneidade de grupos humanos que compõem os chamados “povos tradicionais” é reflexo da imensa diversidade sociocultural e fundiária do Brasil¹. Assim, podem ser reconhecidos, de acordo com o autor, como “populações”, “comunidades”, “povos”, “sociedades”, “culturas”, adjetivados por expressões como “tradicionais”, “autóctones”, “rurais”, “locais”, “residentes”, de maneira tal que qualquer definição adotada deve considerar a abrangência, a diversidade e a heterogeneidade desses grupos humanos. Essas classificações são frequentemente usadas sem maior precisão, sem o conhecimento de seus significados e critérios utilizados e, especialmente, desconsiderando que um estado puro não existe em nenhuma cultura tradicional².

A diversidade fundiária do país e a sua falta de reconhecimento pelo Estado brasileiro trouxeram como consequência a ausência de políticas voltadas para essas populações. Foi somente a partir de 1985, com o processo de redemocratização do país, que novos espaços de atuação política para os povos tradicionais foram abertos. Além disso, com a promulgação da Constituição de 1988, distintas modalidades territoriais, como terras indígenas e remanescentes das comunidades de quilombos, foram fortalecidas ou formalizadas¹.

Uma década e meia depois, em 2004, foi instituída a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais, cujo desdobramento foi a implementação do Plano Prioritário de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais entre 2008 e 2010. Entre as

proposições do referido Plano ressalta-se a efetivação de ações e programas que visam ao equacionamento de disparidades existentes entre povos e comunidades tradicionais e demais cidadãs/ãos brasileiras/os. Apesar desse reconhecimento pelo poder público ter estimulado a relação entre sociedade civil e governo, a partir do protagonismo social da primeira, é preciso considerar a persistência da invisibilidade de grande parte dessas comunidades, “silenciadas por pressões econômicas, fundiárias, processos discriminatórios e excluídas política e socialmente”³.

Em termos operacionais, o Decreto Nº 6.040, de 07 de fevereiro de 20074 que constituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), denomina de “povos e comunidades tradicionais”:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição³.

Como forma de facilitar o entendimento sobre “populações tradicionais”, esta categoria conceitual é subdividida em dois tipos: indígena e não-indígena. Sobre a primeira, existem cerca de 300 mil índios que representam enorme sócio diversidade, com 206 povos e cerca de 180 línguas e sociedades diferenciadas. As populações não-indígenas, por sua vez, são formadas por caiçaras, jangadeiros, caboclos/ribeirinhos amazônicos, sertanejos/vaqueiros, caipiras, açorianos, varjeiros (ribeirinhos não amazônicos), pantaneiros, quilombolas, pastoreio (campeiro), pescadores, babaçueiros, sitiantes e praieiros².

Esses povos se caracterizam por um modo de vida pré-capitalista e dependência parcial do mercado, têm a transmissão oral como principal mecanismo de difusão e utilizam recursos naturais associados à ocupação e à fixação dos territórios, devido ao desenvolvimento de atividades culturais e de subsistência. No entanto, os povos ou comunidades tradicionais não devem ser

vistos como opostos às sociedades modernas e ao mundo urbano⁵. De uma forma ou de outra, todas estão articuladas e dependentes da formação social capitalista, estabelecendo maior ou menor dependência. Ademais, são grupos que possuem uma cultura marcada pela “inevitável presença do outro”, seja um sujeito individual, institucional ou plural, que atua na constituição de sua identidade⁶. Outro aspecto fundamental diz respeito à percepção social do ambiente, constituída a partir do seu sistema de representações, de seu imaginário mitológico, de símbolos e aspectos de religiosidade, os quais orientam seu agir sobre o mundo².

Essa diversidade, leva à necessidade de apreender tais sociedades como heterogêneas. Apesar de compartilharem características comuns relativas ao conhecimento sobre a biodiversidade, diferenças importantes marcam essas populações. As tradicionais indígenas, por exemplo, possuem história sociocultural anterior e línguas próprias, distintas da dos não-indígenas, apesar de uma aparente coesão, relacionada às festas, lendas, simbologias, religião, modo de produção mercantil e outros aspectos comuns. Contudo, isso não significa que são culturas iguais, estáticas e sem conflitos².

O mapeamento progressivo da diversidade desses grupos humanos possibilitou o conhecimento das desigualdades históricas e estruturais que marcam a vida desses povos. A condição de vulnerabilidade em que vivem é preocupante dadas as dificuldades de acesso às políticas e programas de saúde, educação, segurança, transporte, habitação, cultura e organização produtiva. A falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso inadequado de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, além das áreas castigadas pela seca, agravam ainda mais as condições de vida dessas populações⁶.

Sabe-se ainda que as condições de vulnerabilidade relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais, principalmente quando há um considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de

mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda⁷.

Diante deste cenário foram empreendidas uma série de lutas pelos movimentos sociais do campo, tendo a saúde como uma das mais fortes reivindicações. A resposta do Estado brasileiro veio com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), instituída em 2011, pelo Ministério da Saúde, visando à promoção de saúde para povos do campo, da floresta e demais povos tradicionais, abarcando as necessidades e especificidades de saúde dessa população⁸. Apesar da diversidade de povos que trata a PNSIPCF, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal ferramenta de atenção à saúde no âmbito primário, ficou centrada mais fortemente na população moradora de assentamentos da Reforma Agrária e Comunidades Remanescentes de Quilombos⁹.

Situando os territórios e suas necessidades em saúde

Os assentamentos rurais são espaços onde desenrolam-se múltiplas relações sociais, trocas de saberes e expressões de luta na busca de melhores condições de vida no campo¹⁰. A legalização das terras e a consequente retenção das mesmas pela elite agrária, além da não legalização dessas áreas, se configuram como um problema de grandes dimensões para essas populações que são constantemente pressionadas e ameaçadas a abandonarem suas terras¹¹.

A luta pela terra é uma questão antiga no Brasil. Nos anos de 1950 e 1960 a Reforma Agrária surgiu como solução para o problema nacional relacionado à terra. Em 1964 foi promulgado o Estatuto da Terra em meio ao golpe militar, ou seja, sob forte repressão política e pressão econômica para o incremento da modernização da agricultura, com a incorporação de máquinas e uso de insumos químicos, resultando em baixos salários, precariedade das condições de trabalho e, conseqüentemente, de exclusão social no campo¹².

A partir dos anos 1980 e 1990 a Reforma Agrária torna-se palavra de ordem na sociedade brasileira. A urgência da implementação dos assentamentos nesse período objetivou sanar ou minimizar conflitos existentes dando pouca importância às questões relativas à pobreza e exclusão social. Apesar dessas iniciativas, a população assentada no país vive em precariedade estrutural quanto ao acesso às políticas sociais e de infraestrutura do campo. Em 2011, como indicado anteriormente, foi instituída a PNSIPCF para garantir o acesso integral e universal à saúde. Apesar disso, a população rural apresenta um perfil mais precário e preocupante em relação à urbana, com a incidência de doenças como esquistossomose, tétano, tuberculose, hanseníase, doença de chagas, agravos advindos do uso sistemático de agrotóxicos, acidentes de trabalho, enfermidades associadas às más condições de saneamento, abastecimento de água e moradia e transtornos mentais¹³.

No caso das comunidades quilombolas, elas surgiram a partir da luta dos negros contra o regime escravocrata, excludente e violador. Homens, mulheres e crianças foram retirados de sua terra natal e deslocados para lugares onde seus costumes e crenças eram silenciados, além de serem obrigados a trabalhar incessantemente e sob condições desumanas. Os quilombos passaram então a ser locais de resistência e luta, a partir da organização social e política dos escravos no Brasil¹⁴.

Atualmente, há uma discussão acerca do termo “remanescente de quilombo”. Alguns estudiosos afirmam que esse termo limita o real significado do que é “ser” quilombola em termos da história de vida de um povo, dos costumes, das tradições, tratando-se de uma denominação que foi imposta. Outros entendem que não. O mais importante é que as comunidades quilombolas constituem um dos grupos sociais brasileiros mais negligenciados e vulneráveis em relação à saúde. A falta de implantação de políticas públicas e ações afirmativas está relacionada à não titulação dessas comunidades, pois muitas ainda não são reconhecidas legalmente¹⁵. Os negros “ocupam lugares desiguais

nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer”¹⁶.

Como resposta a essa problemática, instituiu-se no Brasil em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como uma estratégia de enfrentamento das injustiças sociais e de reconhecimento do percurso histórico de exclusão e marginalização sofrida pela população negra¹⁷. Faz parte de um rol de iniciativas voltadas às comunidades tradicionais e em situação de vulnerabilidade que referimos anteriormente, encampada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em conjunto ao Ministério da Saúde. Tem como base a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, que pelos princípios da transversalidade, descentralização e gestão democrática, exige de toda a sociedade e dos equipamentos sociais que a compõem, a reflexão sobre a questão negra e a desigualdade no país¹⁸.

Contudo, apesar da existência dessas políticas específicas, tanto a população moradora em assentamentos rurais, quanto em comunidades quilombolas, sofrem no que se refere ao acesso ao cuidado integral em saúde, bem como de problemas referentes à organização dos serviços. Torres¹⁸ apresenta alguns fatores que colaboram para a produção das iniquidades de saúde em duas dimensões: a) fatores internos ao setor saúde que incluem: restrições no acesso aos serviços de saúde; qualidade dos serviços; oportunidade de acesso; segregação e discriminação realizadas pelos próprios serviços; b) fatores condicionantes de natureza socioeconômica: nível de renda e tipo de ocupação; lugar de residência; estilos de vida; qualidade e acesso à educação.

Nesse cenário, a Atenção Primária em Saúde, por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), têm um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida desses povos. Segundo Oliveira¹⁹ é na Atenção Primária que se dá o primeiro contato do indivíduo com a equipe de saúde, sendo uma estratégia que se propõe a proteger, restaurar e reabilitar a saúde da população. Ademais, interliga os

profissionais da saúde à população e vice-versa, contribuindo para a implementação de políticas públicas e evitando níveis mais complexos de atenção.

A fim de melhorar a qualidade da atenção e da gestão da Atenção Básica em Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de ações e atividades no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das principais estratégias indutoras de qualidade, principal desafio atual do Sistema Único de Saúde. O primeiro ciclo ocorreu no período 2011-2013, obtendo a adesão de 17.482 equipes de saúde em 3.972 municípios. No segundo ciclo (2013-2014), a adesão foi de 30.522 equipes, envolvendo equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a participação de 5.077 municípios. No terceiro ciclo (2015-2016), a adesão foi de 95,6% dos municípios brasileiros, participando 38.865 equipes, cobrindo 95,9% equipes de Saúde Bucal e 91,2% equipes NASF. Até o momento foram tornados públicos os microdados do primeiro e segundo ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB, no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A seguir, apresentaremos alguns dados que permitem a discussão sobre como estão organizados atualmente no país os serviços de Atenção Primária para essas populações. A partir disso, refletir sobre os obstáculos à integralidade e acessibilidade ao cuidado em saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas.

Este estudo tem como proposta analisar a forma como tem se organizado no país os serviços de Atenção Primária para essa população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Vamos explorar alguns dados a partir de indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²⁰.

Nossa intenção é gerar informações que possam subsidiar a organização e o planejamento dos sistemas de saúde de forma regionalizada, visando superar

as iniquidades existentes em relação ao acesso e estruturação dos serviços, à dinâmica institucional e à organização do trabalho das equipes.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, com base nas informações constantes nos microdados do processo de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizamos o instrumento do segundo ciclo, composto por 1.244 variáveis, distribuídas em três módulos: módulo I - observação de infraestrutura; módulo II - entrevista com profissionais (ESF e NASF); e módulo III - entrevista com usuários.

Realizamos um tratamento na base de dados do PMAQ-AB de modo a incluir outros indicadores que não constavam originalmente no conjunto de variáveis investigadas. Considerando que as unidades de análise foram os municípios, incluímos variável com classificação ordinal (1-5) para identificar a informação concernente ao porte populacional de cada município, a partir da seguinte estratificação: pequeno porte (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno porte (50.000 a 99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande porte (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (Brasil, 2011).

Além disso, incluímos duas variáveis para identificar em cada um dos municípios do banco do PMAQ, a partir de respostas dicotômicas (sim/não), quais equipes de saúde contavam em sua localidade com assentamentos rurais de reforma agrária e/ou com comunidades quilombolas. Para incorporar essas informações nos baseamos nos dados oficiais sobre projetos de reforma agrária e comunidades quilombolas constantes no relatório nacional do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), complementadas pelos dados da Fundação Palmares, tendo como referência o mês de novembro de 2017.

Por fim, das 1.244 variáveis que compõem o banco do PMAQ-AB, realocamos as variáveis com base nos atributos e componentes da atenção básica utilizados nos estudos que têm se debruçado sobre a temática²¹. Tomamos como referência as variáveis que têm relação direta com a população do campo e da floresta.

Identificou-se somente seis variáveis que tratam diretamente sobre a população do campo e da floresta, relacionadas aos seguintes atributos: a) abrangência ou integralidade, que refere ao reconhecimento pela equipe de saúde do conjunto amplo de necessidades da população, e garantia de todos os tipos de serviços por eles necessitados; b) coordenação do cuidado, que implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços, assim faz-se necessário operar com tecnologias de gestão clínica e mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, além da continuidade das ações informacionais para garantia do cuidado; c) orientação para comunidade, que implica reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-adoecimento, a partir do trabalho de territorialização; e d) competência cultural ao reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, bem como pela integração da equipe com a comunidade.

Quadro 1 - Atributos e componentes da atenção básica a partir das variáveis do PMAQ-AB

Atributos	Componentes
1. Primeiro contato	Horário de funcionamento
	Acolhimento
	Agendamento da consulta na AB
	Atendimento de urgência e emergência
2. Longitudinalidade	Continuidade da relação profissional-paciente
	Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)
3. Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	Resolutividade da AB
4. Coordenação do cuidado	Continuidade informacional

	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	Acesso a consultas/exames especializados
	Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada
5. Orientação para comunidade	Territorialização
	Intersetorialidade
	Participação social
6. Centralidade na família	Abordagem familiar
7. Competência Cultural	Abordagem cultural

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Além das seis variáveis constantes no quadro 2, consideramos os quesitos de identificação das equipes profissionais e dos respectivos municípios para traçar o perfil dos serviços investigados. As demais variáveis foram desconsideradas, pois não tratavam especificamente de ações envolvendo a população do campo e da floresta.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas à população do campo e da floresta de acordo com os atributos e componentes da atenção básica.

Módulo 1 - observação de infraestrutura	Módulo 2 - entrevista com profissionais	Atributo	Componente
Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica			
	II.13.5.6 Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)	Orientação para comunidade	Territorialização
População rural, assentados e quilombolas			
	II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as demandas e especificidades do grupo?	Competência Cultural	Abordagem cultural
	II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	Competência Cultural	Abordagem cultural

II.39.3. Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?		Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	II.39.4. A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	Coordenação do cuidado	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	II.39.5. Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Coordenação do cuidado	Continuidade informacional

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares(Referência: Nov/2017).

Quanto à análise dos dados, todas as tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo os dados foram executadas por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 21. As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos.

RESULTADOS

Há no Brasil 7.936 assentamentos de reforma agrária rural, de acordo com o INCRA, enquanto o número de comunidades quilombolas certificadas é de 2.678, de acordo com a Fundação Cultural Palmares. Os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e Norte do país, enquanto as comunidades quilombolas estão nas regiões Nordeste e Sudeste. Quanto à localização, ambos estão concentrados majoritariamente nos municípios do interior, notadamente nas localidades de pequeno e médio porte.

Tabela 1 - Caracterização dos assentamentos rurais e das comunidades quilombolas no Brasil.

		Assentamentos Rurais	Comunidades Quilombolas
Total		7.936	2.678
Região do país	Norte	14,6%	10%
	Nordeste	44,3%	53,8%
	Centro-oeste	14%	6,9%
	Sudeste	13,7%	17,8%
	Sul	13,4%	11,4%
Localização	Capital	0,6%	2%
	Interior	99,4%	98%
Porte dos Municípios	Pequeno	85%	81,3%
	Pequeno-médio	7,9%	9,5%
	Médio	4%	6%
	Médio- grande	0,8%	1,5%
	Grande	2,4%	1,6%

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares(Referência: Nov/2017).

Ademais, dos 5.570 municípios brasileiros, 98,11% deles contavam com equipes da Estratégia Saúde da Família (n = 39.310) ao término do segundo ciclo de avaliação do PMAQ. Como sabemos, 30.522 equipes da ESF aderiram ao PMAQ nesse ciclo, sendo que apenas 11.647 equipes (38,16%) estavam situadas em municípios que possuíam famílias em áreas de assentamento de reforma agrária rural e somente 7.807 (25,6%) em municípios que possuíam famílias em áreas de comunidades quilombolas. Destas, pelo menos 71,4% (n = 8.311) das equipes contavam com módulo de Saúde Bucal nos assentamentos rurais e 63,4% (n = 4.949) em comunidades quilombolas.

Quanto às equipes ESF que contavam com áreas de assentamentos rurais no seu território, a maioria está concentrada na região Nordeste (18,8%), seguida no Sudeste (12,3%), notadamente nas localidades do interior (92,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (56,3%). Sobre as equipes

situadas em municípios com áreas de remanescentes de quilombo, a maioria também está concentrada na região Nordeste (29,7%), em localidades do interior (70,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (38,7%) e grande porte populacionais (29,2%).

No segundo ciclo do PMAQ também foram pesquisadas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), perfazendo o total de 1.813 equipes. Esse quantitativo representava na época cerca de 80% das equipes implantadas no país. Quanto à distribuição geográfica das equipes pesquisadas do NASF, 46,1% (n = 835) situam-se na região Nordeste, seguido de 29,3% (n = 531) na região Sudeste; 10,6% (n = 192) na região Sul; 7,3% (n = 133) na região Norte e 6,7% (n = 122) na região Centro-Oeste. Quanto à localização 1.537 (84,8%) situam-se nos municípios do interior e 276 (15,2%) nas capitais. Sobre o porte populacional, 54% (n = 979) localizam-se nos municípios de pequeno porte populacional; 17% (n = 308) de grande porte; 13,3% (n = 242) de médio pequeno porte; 11,7% (n = 213) de médio porte e 3,9% (n = 71) de médio grande porte.

Sobre os itens do instrumento do PMAQ que trataram especificamente das ações e atendimentos desenvolvidos pelas equipes da atenção básica junto às populações rurais, percebe-se que 50,6% (15.045) das equipes ofertam ações de promoção e prevenção em saúde, enquanto 47% (14.294) prestam atendimento clínico. Somente 35,8% (n = 4.058) das equipes contam com transporte para a realização de visitas e atividades em assentamentos rurais, enquanto em áreas de comunidades quilombolas o percentual foi ainda menor, alcançando apenas 26,9% (n = 2.030) das equipes.

Tabela 2 - Caracterização das equipes da ESF que aderiram ao PMAQ e contam com assentamentos rurais e comunidades quilombolas em seus territórios de abrangência.

		Assentamentos Rurais		Comunidades Quilombolas	
		N	%	N	%
		11.647	38,16	7.807	25,6
Região do país	Norte	1.431	12,3	658	8,4
	Nordeste	5.691	48,9	3.717	47,6
	Centro-oeste	1.277	11	482	6,2
	Sudeste	2.188	18,8	2.321	29,7
	Sul	1.060	9,1	629	8,1
Localização	Capital	870	7,5	2.301	29,5
	Interior	10.777	92,5	5.505	70,5
Porte dos Municípios	Pequeno	6.562	56,3	3.019	38,7
	Pequeno-médio	1.630	14	852	10,9
	Médio	1.686	14,5	1.055	13,5
	Médio-grande	649	5,6	598	7,7
	Grande	1.120	9,6	2.283	29,2

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares (Referência: Nov/2017).

DISCUSSÃO

Acena-se para importância de certos fatores que determinam o acesso da população aos serviços: o financiamento, a disponibilidade e a regionalização de unidades e equipes de saúde; a disponibilidade de recursos tecnológicos e recursos humanos qualificados; além de recursos que facilitem a mobilidade dos profissionais de saúde para se deslocarem até as comunidades que ficam em áreas distantes do chamado núcleo “urbano” das cidades ou mesmo em áreas rurais. Tais dificuldades impactam no acesso à saúde das populações que vivem em contextos rurais e no desenvolvimento de ações territoriais de forma ampla, levando em conta a diversidade cultural da população assistida²².

Desse modo, não custa lembrar que as desigualdades sociais não são expressas apenas individualmente quando a população adoece de problemas

negligenciados como a dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. As condições de vida atravessadas por marcadores como a pobreza, a fome, a falta de acessos à educação, trabalho, renda e demais recursos de proteção e suporte social e comunitário acabam por manter o quadro de iniquidades e vulnerabilidades que assola certas regiões e populações do país, especialmente as que vivem nos contextos rurais²³.

O objetivo da atenção básica em saúde é oferecer acesso universal, com serviços abrangentes, além de expandir e coordenar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, articulando ainda com ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças²⁴. Apesar de todos os avanços na atenção básica nas duas últimas décadas e, de forma complementar, o estabelecimento de uma política de saúde específica para os povos dos campos, das florestas e das águas, bem como para população negra, a dificuldade de acesso dessas populações à rede SUS ainda é uma realidade. Tal quadro impacta na realização de todos os outros atributos da atenção básica para essas populações: orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e integralidade das ações²⁵.

Nesses termos, as equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) acabam não tendo o alcance necessário junto às áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas, seja para realizar ações promocionais e preventivas em saúde, seja para a oferta de atendimentos clínicos e acompanhamentos. A gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção da rede local e regional fica comprometida. Identificamos que apenas 41,1% (n = 4.653) das equipes realizam ações desta ordem junto aos assentamentos rurais, enquanto em áreas de comunidades quilombolas o índice foi de 31,2% (n = 2.352). Trata-se, sem dúvida, de um delicado quadro de exclusão e iniquidade associados à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais.

Outro dado que chama atenção diz respeito às condições básicas de vida nessas localidades, que é o acesso e o armazenamento da água para consumo e sobrevivência. A existência de cisternas em áreas de assentamentos rurais foi confirmada por 47,2% (n = 5.344) das equipes, enquanto em áreas com comunidades quilombolas foi confirmada por somente 42,8% (n = 3.225) das equipes. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, as comunidades que vivem em zonas rurais são as mais atingidas por falta de saneamento básico e as que mais bebem água sem tratamento²⁶.

Além disso, o Nordeste brasileiro, devido, sobretudo, aos períodos de seca e estiagem que enfrenta, é uma das regiões do país mais atingida pela falta de água. A falta de cisternas para armazenar água da chuva, açudes, poços, lagoas, dentre outros, torna-se, portanto, um agravante. Além do mais, não raro, muitas famílias recorrem à água de fontes contaminadas, pois muitas comunidades vivem à margem de rios, lagos e poços impróprios para o consumo humano. Outra consequência é a presença de doenças recorrentes em função de condições inadequadas de saneamento e pouca orientação em relação ao uso adequado da água. Os povos tradicionais que vivem no Amazonas são frequentemente acometidos por espécies de helminto, provocando doenças intestinais que refletem as precariedades do ambiente e as desfavoráveis condições em que vivem²⁷.

Outro agravante é que somente 46% (n= 5.269) das equipes confirmaram que os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água em áreas de assentamentos rurais, enquanto nas comunidades quilombolas 42% (n= 3.169) das equipes confirmaram a realização dessa ação. A falta de orientação em relação ao tratamento adequado da água e em relação à manutenção e limpeza dessas cisternas pelas equipes de saúde acaba acarretando alguns problemas endêmicos relacionados a doenças infecciosas de veiculação hídrica aumentando assim as taxas de mortalidade, sobretudo, mortalidade infantil. É notório que a construção dessas cisternas foi um avanço, mas não basta apenas construir, é

preciso orientar essas comunidades sobre os cuidados a serem adotados em relação à água e a manutenção dos reservatórios de armazenamento, a fim de minimizar os riscos de contaminação e conseqüentemente de doenças²⁷.

É interessante mencionar ainda que o saneamento básico não se resume apenas a construção de instalações adequadas para o abastecimento público de água potável. Inclui-se ainda ações de coleta, transporte e descarte do lixo em lugares apropriados, bem como tratamento, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Tais ações se aliam ainda às políticas sociais e econômicas que são indispensáveis para proteção e redução do risco de doenças, assegurando ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde²⁸. Nesse sentido, ressalta-se a urgência de considerar o humano, a biologia, o estilo de vida e o ambiente enquanto componentes que determinam diretamente os modos de vida e as condições de saúde de diferentes grupos sociais. Diante disso, é perceptível que a saúde atravessa também a questão da desigualdade social¹².

O uso de agrotóxicos também é uma problemática que afeta diretamente a vida dos povos tradicionais. Trata-se de produtos químicos que têm a função de combater pragas em animais e doenças nas produções agrícolas (em larga escala ou na agricultura familiar). Esses produtos começaram a ser utilizados no Brasil por volta da década de 1940, tornando o país, em 2008, o principal mercado consumidor de agrotóxicos no mundo. Esse crescimento ocorreu em função do fomento e incentivos financeiros do governo federal para o aumento da produção e desenvolvimento econômico do país²⁸.

Apesar disso, apenas 26,8% (n = 3.032) das equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) afirmaram realizar orientação à população quanto ao uso seguro de agrotóxicos tratando-se de assentamentos rurais e 19,3% (n = 1.454) tratando-se comunidades quilombolas. O uso de agrotóxicos traz inúmeros riscos e impactos à saúde humana, dentre eles estão o risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer, intoxicação aguda, irritação nos olhos e mucosas causando alergias de pele e crises de asma brônquica, além de seu uso também estar associado à diminuição da atividade visual e ao parkinsonismo. Devido à sua

ação no sistema nervoso central e, nos casos de exposição intensa, provocam faringite, dermatite, conjuntivite e bronquites, além de problemas nos sistemas neurológicos, respiratório, reprodutivo, cardiovascular, disfunções oculares, gastrointestinais e cutâneos também podem estar associados ao uso dessas substâncias²⁹.

Diante do exposto, percebe-se que, apesar do esforço na implementação de políticas públicas em saúde específicas para os povos tradicionais, as iniquidades em que vivem essas populações torna ainda mais urgente a necessidade de investigações para avaliar o acesso e a organização das ações em saúde para esses povos. Formas discriminatórias relacionadas ao racismo institucional reforçam e aprofundam tal quadro de desigualdades, gerando diferenciais de acesso e oferta de ações em saúde em comunidades quilombolas³⁰.

O racismo institucional caracteriza-se por comportamentos, práticas e normas discriminatórias praticadas no dia a dia do trabalho e dos serviços que têm como consequências a reprodução de estereótipos e preconceitos racistas, produzindo obstáculos e barreiras de acesso a certos serviços, inclusive, no campo das políticas de direitos⁴. Apesar da temática do racismo ter crescido nos últimos anos, a discussão específica sobre o racismo institucional é relativamente nova³⁰. Carneiro²⁹ atribui, inclusive, ao fato das instituições não se reconhecerem enquanto reprodutoras desse tipo de racismo, em função da falsa ideia de democracia racial de harmonia e igualdade entre as raças. É interessante afirmar que ao longo do tempo o Estado vem legitimando o racismo institucional ao dispor de políticas que acabam tornando o acesso desigual aos diferentes grupos étnicos. Esse tipo de racismo apresenta-se de forma sutil e não se reduz a atos isolados de indivíduos, mas sim de todo o sistema que produz e fomenta essas desigualdades.

Desse modo, não é possível pensar o exercício da cidadania, inclusive no âmbito da saúde, descolado das questões raciais. Perceber como as instituições estão diretamente envolvidas no processo de desigualdade racial e

como a sociedade internaliza esse processo e contribui para a sua manutenção ou minimização, é um desafio para os trabalhadores e gestores da saúde e demais políticas públicas. Souza afirma que o acesso e as oportunidades da população negra em relação aos serviços de saúde aumentaram³¹. Porém, os índices históricos em relação à desigualdade entre negros e brancos não estão sendo significativamente alterados. Na medida em que as instituições não fornecem informações sobre as populações historicamente negligenciadas ou afirmam que não realizam ações e não atendem essa população estão praticando o racismo institucional, já que teoricamente o Estado deveria fornecer todo o aparato técnico, estrutural e humano para que todas as pessoas tivessem acesso aos cuidados em saúde. Os resultados obtidos neste estudo só reforçam que é preciso avançar nas discussões étnico-raciais e na temática do racismo institucional, tão invisibilizado no dia a dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou discutir a forma como tem se organizado no país os serviços de Atenção Primária para a população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Nesse sentido, destacamos que a despeito da distribuição majoritária de equipes da ESF e NASF em regiões do país que apresentam perfil mais precário em termos das condições de vida da população, especialmente a rural, como é o caso do Nordeste brasileiro, alguns problemas ficam evidentes em relação à organização da oferta de cuidados em saúde nessas áreas. Há problemas de ordem estrutural, de recursos humanos e financeiros em grande parte dos municípios de pequeno porte que afetam diretamente o planejamento da atenção. Além disso, parece que a realidade das condições de vida dessas populações não só é desconhecida, como não alimenta o cotidiano do trabalho das equipes da Atenção Primária, incluindo os ACS.

Fica evidente que em termos de acessibilidade, esses moradores, em particular, os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e

seguem excluídos dos cuidados básicos de saúde. Se considerarmos que as equipes da Atenção Primária deveriam desenvolver ações permanentes voltadas para a comunidade, levando em conta as condições étnicas, de acordo com suas demandas e especificidades, coordenadas com os outros níveis de atenção do SUS, os resultados do PMAQ apontam para a manutenção do cenário histórico de negligência em relação à população rural. É necessário investir em uma reorganização dos processos de trabalho, potencializando as tecnologias já utilizadas nesse nível de atenção como é o caso das visitas domiciliares, da presença do ACS no território de vida dessas pessoas, dos saberes e modos de vida próprios dessas comunidades, ampliando assim a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

1. Little PE. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. (No. 322); 2002.
2. Diegues AC. Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP. 2000;211 p. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/750>.
3. Costa Filho A. Quilombos e povos tradicionais. *Grupo de Estudos em Temáticas*. 2011. Disponível em: https://conflitosambientaismg.lcc.ufmg.br/wp-content/uploads/2014/04/TAMC-COSTA_FILHO_Aderval_Quilombos_e_Povos_Tradicionais.pdf.
4. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União. 7 fev de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.
5. Pereira BE, Diegues AC. Conhecimento de populações tradicionais como possibilidade de conservação da natureza: uma reflexão sobre a perspectiva da etnoconservação. *Desenvolvimento e Meio ambiente*, 2010. <http://dx.doi.org/10.5380/dma.v22i0.16054>.

6. Thum C. Povos e Comunidades tradicionais: aspectos históricos, conceituais e estratégias de visibilidade. *REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*. 2017;162-179. <https://doi.org/10.14295/remea.v0i0.6899>.
7. Silva SP. A agricultura familiar e suas múltiplas interações com o território: Uma análise de suas características multifuncionais e pluriativas. 2015;No. 2076. Disponível em:<https://hdl.handle.net/10419/121700>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, & Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 2013. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
9. Dutra RMS, Souza MMO. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2017;13(24), 127. Disponível em:<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/34540>.
10. Martins AFG. Potencialidades transformadoras dos movimentos camponeses no Brasil contemporâneo: as comunidades de resistência e superação no MST. 2004. Disponível em:<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3877>.
11. Leite JF, Dimenstein M. Psicologia e contextos rurais. *Natal: EDUFRN*; 2013.
12. Bergamasco SMPP. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. *Estudos avançados*. 1997;11(31), 37-49.<https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000300003>.
13. Norder LAC. Assentamentos rurais: casa, comida e trabalho. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1997. Disponível em:<https://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/278983>.
14. Leite IB. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*. 2000;4(2), 333-354. Disponível em:http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354.pdf.
15. Silva MGD. A titulação das terras das comunidades tradicionais quilombolas no Brasil: análise da atuação do Estado. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo; 2017. <https://doi.org/10.11606/T.8.2018.tde-09042018-155054>.

16. Cotrim IA, Silva LDJ, Souza R. Cenários Da Saúde Da População Negra No Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143517>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral da população negra: Uma política do SUS. 2013. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf.
18. Pinto EA, Souza R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002;18(5):1144-1145. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n5/1144-1145/>.
19. Estenssoro LER. (2003). Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina. (Tese de doutorado). São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2003. <https://doi.org/10.11606/T.8.2003.tde-23102003-072125/>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável- PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 jul de 2011. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
21. Lima JG., Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. *Novos Caminhos*. 2016;(12). Disponível em:<http://www.regiaoeredes.com.br>.
22. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011;20, 867-874. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
23. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*. 2016;25, 535-549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.
24. Paim JS, Travassos CMDR, Almeida CMD, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011;377(9779):11-31. Disponível em:<https://arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>.

25. Pereira PA. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez; 2008.
26. Santos JLA, Dias SMF. Análise da percepção de atores envolvidos em programa de Educação Ambiental aplicado na implantação de cisternas rurais. *Revista Brasileira de Educação Ambiental (RevBEA)*. 2015;10(3):41-59. <https://doi.org/10.34024/revbea.2015.v10.1928>.
27. C Magalhães Filho FJC, Paulo PL. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. *Interações*. 2017;18(2):103-116. <https://doi.org/10.20435/inter.v18i2.1435>.
28. Follador K, Prado GP, Passos MG, Nothaft SC. Saneamento básico: meio ambiente e saúde. *Revista UNINGÁ Review*. 2015;23(1). Disponível em: <https://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1636>.
29. Carneiro FF. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. *EPSJV/Expressão Popular*; 2015.
30. Biato SV, Oliveira APB. Racismo Institucional na Saúde. *MOITARÁ-Revista do Serviço Social da UNIGRANRIO*. 2019;1(3):118-138. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/mrss/article/view/5485/293>.
31. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2010;14(4):322-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>.