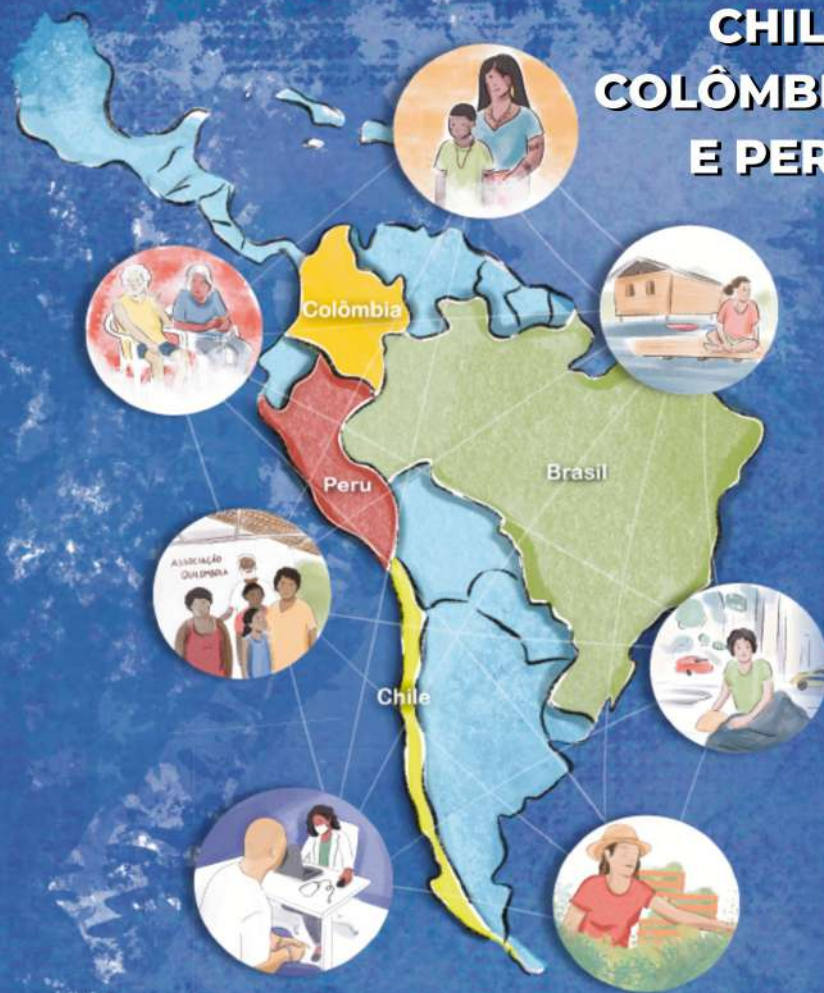


Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# EXPERIÊNCIAS NO ACESSO E CUIDADO DE POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: BRASIL, CHILE, COLÔMBIA E PERU



ORGANIZADORES

Carla Pacheco Teixeira

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Rocío Elizabeth Chávez Alvarez

Maria Cristina Rodrigues Guilam

editora



redeunida





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. São autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Carla Pacheco Teixeira  
Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Rocío Elizabeth Chávez Alvarez  
Maria Cristina Rodrigues Guilam

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**EXPERIÊNCIAS NO ACESSO E CUIDADO DE  
POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: BRASIL, CHILE, COLÔMBIA E PERU**

1ª Edição  
Porto Alegre  
2024



## Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

### Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo García Júnior, Daniela Dallegrove, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

### Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Àngel Martínez-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);  
**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
**Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
**Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense);  
**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);  
**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil);  
**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);  
**Lisiane Bóer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);  
**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);  
**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);  
**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil);  
**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);  
**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil);  
**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil);  
**Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** (Universidade Federal de Pernambuco);  
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);  
**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra);  
**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil);  
**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil);  
**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
**Vanessa Iribarrem Avena Miranda** (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);  
**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);  
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

### Comissão Executiva Editorial

**Alana Santos de Souza**  
**Jaqueline Miotto Guarnieri**  
**Camila Fontana Roman**

**Revisão**  
**Carla Cristina Dias Indalécio**

**Imagem Capa**  
**Milla Scramignon**

**Capa | Projeto Gráfico | Diagramação**  
**Lucia Pouchain e Carla Martins Rodrigues**

E96

**Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária:** Brasil, Chile, Colômbia e Peru/ Carla Pacheco Teixeira; Deivisson Vianna Dantas dos Santos; Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo; Rocío Elizabeth Chávez Alvarez; Maria Cristina Rodrigues Guilam (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

333 p. (Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.53).

E-book: 7.85 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-131-1

DOI: 10.18310/9786554621311

1. Iniquidades em Saúde. 2. Desigualdade Social. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 300  
CDU 364-787.9

---

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)





# DERECHO AL DELIRIO

EDUARDO GALEANO

1940 † 2015

Escritor, periodista e ensaísta uruguayo

¿Qué tal si deliramos por un ratito?

¿Qué tal si clavamos los ojos más allá de la infamia para adivinar otro mundo posible?

El aire estará limpio de todo veneno que no provenga de los miedos humanos y de las humanas pasiones.

En las calles los automóviles serán aplastados por los perros.

La gente no será manejada por el automóvil, ni será programada por el ordenador, ni será comprada por el supermercado, ni será tampoco mirada por el televisor.

El televisor dejará de ser el miembro más importante de la familia y será tratado como la plancha o el lavarropas.

Se incorporará a los códigos penales el delito de estupidez que cometen quienes viven por tener o por ganar, en vez de vivir por vivir no más, como canta el pájaro sin saber que canta y como juega el niño sin saber que juega.

En ningún país irán presos los muchachos que se nieguen a cumplir el servicio militar sino los que quieran cumplirlo.

Nadie vivirá para trabajar pero todos trabajaremos para vivir.

Los economistas no llamarán nivel de vida al nivel de consumo, ni llamarán calidad de vida a la cantidad de cosas.

Los cocineros no creerán que a las langostas les encanta que las hiervan vivas.

Los historiadores no creerán que a los países les encanta ser invadidos.

Los políticos no creerán que a los pobres les encanta comer promesas.

La solemnidad se dejará de creer que es una virtud, y nadie nadie tomará en serio a nadie que no sea capaz de tomarse el pelo.

La muerte y el dinero perderán sus mágicos poderes y ni por defunción ni por fortuna se convertirá el canalla en virtuoso caballero.

La comida no será una mercancía ni la comunicación un negocio, porque la comida y la comunicación son derechos humanos.

Nadie morirá de hambre porque nadie morirá de indigestión.

Los niños de la calle no serán tratados como si fueran basura porque no habrá niños de la calle.

Los niños ricos no serán tratados como si fueran dinero porque no habrá niños ricos.

La educación no será el privilegio de quienes puedan pagarla y la policía no será la maldición de quienes no puedan comprarla.

La justicia y la libertad, hermanas siamesas, condenadas a vivir separadas, volverán a juntarse, bien pegaditas, espalda contra espalda.

[..]

Serán reforestados los desiertos del mundo y los desiertos del alma.

Los desesperados serán esperados y los perdidos serán encontrados porque ellos se desesperaron de tanto esperar y ellos se perdieron por tanto buscar.

Seremos compatriotas y contemporáneos de todos los que tengan voluntad de belleza y voluntad de justicia, hayan nacido cuando hayan nacido y hayan vivido donde hayan vivido, sin que importe ni un poquito las fronteras del mapa ni del tiempo.

Seremos imperfectos porque la perfección seguirá siendo el aburrido privilegio de los dioses.

Pero en este mundo, en este mundo chambón y jodido seremos capaces de vivir cada día como si fuera el primero y cada noche como si fuera la última.

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	19
<b>PREFACIO</b> .....	27
Maria Janeth Mosquera Becerra	
<b>PREFÁCIO</b> .....	31
Maria Janeth Mosquera Becerra	
<b>CAPÍTULO 1   DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E CARIBE</b> .....	35
Carla Pacheco Teixeira, Adriana Medeiros Braga, Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo	
<b>CAPÍTULO 1   DESIGUALDADES SOCIALES E INEQUIDADES EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b> .....	57
Carla Pacheco Teixeira, Adriana Medeiros Braga, Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo	
<b>CAPÍTULO 2   A CATEGORIA “QUESTÃO SOCIAL” E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE BRASILEIRA: APONTAMENTOS</b> .....	79
Carla Pacheco Teixeira, Ionara Ferreira da Silva Garcia, Viviane Cristina Barbosa	
<b>CAPÍTULO 2   LA CATEGORÍA “CUESTIÓN SOCIAL” Y LA POLÍTICA SOCIAL DE SALUD BRASILEÑA: APUNTES</b> .....	91
Carla Pacheco Teixeira, Ionara Ferreira da Silva Garcia, Viviane Cristina Barbosa	
<b>CAPÍTULO 3   VULNERABILIDADES E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	103
Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Marcelo José de Souza e Silva, Tereza Jurgensen	
<b>CAPÍTULO 3   VULNERABILIDADES Y DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b> .....	115
Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Marcelo José de Souza e Silva, Tereza Jurgensen	



## EXPERIÊNCIAS NACIONAIS

**CAPÍTULO 4 | ATENÇÃO BÁSICA NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DA AMAZÔNIA: GESTÃO E TRABALHO NO CUIDADO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS.....** 129

Júlio Cesar Schweickardt, Maria Adriana Moreira

**CAPÍTULO 5 | A BRANQUITUDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS REFLEXOS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE .....** 155

Ionara Magalhães de Souza

**CAPÍTULO 6 | SAÚDE DA MULHER QUILOMBOLA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM ESTADO DA AMAZÔNIA ORIENTAL .....** 167

Nelma Nunes da Silva, Érika Tatiane de Almeida Fernandes, Patrícia Rocha Chaves, Ana Cristina de Paula Soares Maués, Antônio Carlos Sardinha, Max Amaral Balieiro

**CAPÍTULO 7 | A DIMENSÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA POR MEIO DO CONSULTÓRIO NA RUA .....** 191

Mirna Barros Teixeira, Marcelo Pedra Martins Machado, Hermes Candido de Paula

**CAPÍTULO 8 | CONSULTÓRIOS NA RUA: OBJETIVOS, RESOLUTIVIDADE E CRITÉRIOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EM DIFERENTES PERSPECTIVAS .....** 205

Marcelo Pedra Martins Machado

**CAPÍTULO 9 | A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS POTENCIALIDADES DE DIÁLOGOS COM AS MEDICINAS INDÍGENAS.....** 217

Júlio Cesar Schweickardt, Bahiyyeh Ahmadpour, Eliene Rodrigues Putira Sacuena

**CAPÍTULO 10 | SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE EM DELEGACIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....** 233

Ridiney Santos Oliveira, Isabel Fernandes de Aguiar, Sabrina Stefanello

## EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

**CAPÍTULO 11 | EXPERIENCIA COLOMBIANA DE LA INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO E INTERCULTURAL DESDE LA ACADEMIA ...** 247

Elisa Jojoa Tobar, Viviana Andrea Calderón Ramírez, Angela Carmenza Gallego

**CAPÍTULO 12 | MIGRACIÓN Y SALUD EN CHILE: AVANCES Y DESAFÍOS DEL DERECHO A LA SALUD .....** 267

Juan Francisco Bacigalupo Araya

**CAPÍTULO 13 | ACCESIBILIDAD: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE ....** 283

Carlos Güida Leskevicius, Nicole Lobos-Villatoro

**CAPÍTULO 14 | TAYTA-WASI: ACERCANDO AL ADULTO MAYOR A LOS SERVICIOS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN UN CONTEXTO URBANO-MARGINAL DE LIMA, PERÚ .....** 297

Giovanni Meneses, Javier Álvarez, Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, Eduardo Ortega-Guillén, José Arca González del Valle

**CAPÍTULO 15 | DIFICULTADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ENTRE MUJERES RURALES PERUANAS.....** 309

Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca, Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, Kelly Myriam Jiménez de Aliaga, Zoila Isabel Cárdenas Tirado

**DADOS DOS AUTORES E ORGANIZADORES.....** 323

# APRESENTAÇÃO

Prezados leitores, esta obra começou a ser gestada muito antes de o livro se constituir enquanto produção bibliográfica. A participação de Carla Pacheco Teixeira no curso “Medición de desigualdades e inequidad en salud: explorando sus mecanismos e intervenciones”, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Escuela de Salud Pública, da Universidad de Chile, em 2023, que teve a participação de vários profissionais da América Latina, gerou o interesse pela temática e a possibilidade do debate para o interior da rede do PROFSAÚDE.

Combater as desigualdades e iniquidades em saúde exige uma abordagem abrangente e colaborativa. Para tal, é necessário investir em sistemas universais de saúde, acessíveis e de qualidade, com foco na população vulnerabilizada. Políticas públicas efetivas devem ser implementadas para abordar as disparidades socioeconômicas, de gênero e étnicas, que afetam a saúde das pessoas. Nesse sentido, as Experiências Latino-americanas podem ser bem diferentes considerando a organização dos sistemas de saúde, mas que precisam ser conhecidas pensando nos desafios de desenvolvimento econômico e social no “Sul Global”.

O primeiro desdobramento foi uma sessão temática organizada por Carla Pacheco Teixeira e Deivisson Vianna sobre as Experiências Latino-americanas no acesso e no cuidado de populações vulnerabilizadas na Atenção Primária. Essa sessão *on-line* teve a participação de profissionais que também participaram do curso no Chile e compartilharam as experiências dos seus países: Colômbia, Brasil, Chile e México. A sessão foi muito interessante, considerando a realidade desses países no tocante aos sistemas de saúde, às mudanças engendradas nos últimos anos e ao relato de experiências de cada território na atenção básica.

Os sistemas públicos de saúde, quando tendem a se universalizar, possuem capacidade comprovada de reduzir desigualdades sociais e minimizar os impactos negativos na saúde, principalmente, em populações vulnerabilizadas. Nesse sentido, os aspectos discutidos na sessão temática foram: (1) Acesso e estratégias de atenção voltadas a populações vulnerabilizadas; (2) Ações de promoção com caráter participativo envolvendo populações vulnerabilizadas; e (3) Como a atenção primária pode ser uma estratégia para reconhecimento e ampliação da cidadania dessas populações.

As desigualdades e iniquidades em saúde representam um desafio para diversos países, refletindo diretamente no acesso aos cuidados em saúde e nas condições de vida.

Fatores como renda, gênero, etnia, modo de vida, localização geográfica e outros aspectos sociais influenciam diretamente no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, aumentando o risco de doenças evitáveis e agravando problemas de saúde existentes.

Populações como quilombola, de campo, indígenas, imigrantes e em situação de rua enfrentam inúmeros problemas em relação ao acesso à saúde e muitas vezes sofrem preconceito por parte de trabalhadores e gestores da área da saúde, revelando sistemáticas disparidades entre os grupos sociais.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada e coordenadora do cuidado nos sistemas de saúde, tem papel importante na garantia do atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Fortalecer políticas de promoção da equidade no acesso aos serviços, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades, é condição primária dos sistemas de saúde. Diversos países têm pautado a APS como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde, espaço de garantia do direito à saúde e acesso aos serviços públicos.

Considerando esse debate, entendemos, naquele momento, a necessidade de produzir um livro que pudesse trazer relatos de iniciativas e estratégias dos países da América Latina no acesso e no cuidado de populações

vulnerabilizadas, com destaque para o papel da Atenção Primária nessa resposta. Aqui marca cronologicamente a ideia da obra e a parceria com autores de dentro e fora da rede para construção dessa produção.

Ainda como desdobramento desse debate entre os diálogos na rede, Carla Pacheco Teixeira e Júlio Schweickardt organizaram um evento no norte do país intitulado “Saúde da Família nos territórios da Amazônia: formação, produção e divulgação do conhecimento”, que reuniu, na Fiocruz AM, instituições da rede nacional do PROFSAÚDE da Região Norte a fim de debater estratégias para aproximar (mais) as pesquisas e intervenções desenvolvidas no programa das demandas do território; divulgar os produtos das turmas nos territórios/serviços/gestores (devolutiva); acompanhar os impactos dos produtos; fortalecer o debate sobre APS nos territórios e produzir ações interinstitucionais para atender a demandas territoriais.

Replicamos esse debate no encontro nacional da rede e organizamos uma disciplina nacional que tem esse livro como referência para discutir racismo, saúde e as repercussões na APS, o que engloba acesso e cuidado na APS das populações negra/quilombola, ribeirinha, indígena, do campo, da floresta e das águas, rural, privadas de liberdade, em situação de rua, LGBTQIAPN+ e de comunidades periféricas urbanas.

Esta obra está organizada em três partes. A primeira é composta por três capítulos iniciais que trazem perspectivas de análise para o tema da desigualdade e das iniquidades em saúde na América Latina e o Caribe, a categoria “questão social” enquanto expressão das desigualdades e política social de saúde brasileira e o tema sobre as vulnerabilidades, a determinação social e a APS. Os capítulos visam contribuir para o debate mais conceitual, como pano de fundo para o livro. A segunda parte é composta por sete capítulos que abordam experiências do território nacional, e a terceira é formada por cinco capítulos que abordam experiências internacionais.

Na primeira parte, o primeiro capítulo se debruça sobre um panorama geral sobre as desigualdades sociais e iniquidades em saúde que permeiam a América Latina e o Caribe, a questão estrutural das desigualdades, a estrutura

de classes, as disparidades no acesso e a qualidade dos serviços de saúde como expressões das desigualdades.

O segundo capítulo visa refletir sobre a categoria “questão social” enquanto expressão do conjunto das desigualdades sociais geradas pelo modo de produção capitalista e sobre a política social enquanto enfrentamento, com destaque para política social de saúde brasileira e para o sistema universal de saúde.

Na segunda parte do livro, composta por autores brasileiros, teremos o terceiro capítulo explorando o entendimento das vulnerabilidades e da determinação social da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, esse capítulo busca evidenciar a importância de se compreender a relação existente entre as condições sociais, econômicas e ambientais que impactam a saúde das comunidades, para que o cuidado em saúde seja direcionado para além da patologia, considerando as causas subjacentes e a equidade em saúde.

O quarto capítulo aborda os desafios inerentes aos cuidados em saúde dos ribeirinhos no contexto da Atenção Primária, no território líquido amazônico, que, por se tratar de uma região singular, por suas características geográficas, culturais e socioeconômicas, requer maior logística, organização e comprometimento por parte da gestão e dos profissionais de saúde, a fim de garantir o acesso equitativo e fortalecer a atenção básica em áreas remotas e invisibilizadas, em busca de inclusão e mudanças significativas.

O quinto capítulo explora os reflexos da branquitude na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um tema relevante, associado ao racismo que opera na produção de desigualdades, iniquidades e disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, o que impacta, negativamente, as condições de saúde da população negra. Assim, propõe uma problematização acerca do sistema de privilégios que resulta, por um lado, em melhores condições de saúde da população branca e, por outro lado, na vulnerabilização das populações negra e indígena. Nessa direção, intenciona-se mobilizar profissionais de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento do racismo/branquitude e para a promoção da equidade em saúde.

O sexto capítulo versa sobre a saúde da mulher quilombola em um estado da Amazônia Oriental, enfatizando as múltiplas barreiras de acesso e os desafios enfrentados em relação à qualidade dos cuidados, evidenciando a demanda por abordagens de cuidado sensíveis e apropriadas culturalmente. Destaca-se a violência a qual as mulheres quilombolas são submetidas e a falta de políticas específicas que atendam às suas necessidades e que assegurem seus direitos.

O sétimo capítulo discorre sobre o cuidado à população em situação de rua por meio do consultório na rua, trazendo uma abordagem voltada para a dimensão do cuidado, evidenciando a importância dessa iniciativa para atender às necessidades desse grupo diante dos inúmeros desafios enfrentados, que incluem acesso limitado a serviços de saúde, vulnerabilidade a doenças e estigmatização. Ademais, o capítulo apresenta algumas estratégias para assegurar um cuidado humanizado, integral e eficiente.

O oitavo capítulo também explora a temática do cuidado à população em situação de rua por meio do Consultório na Rua. No entanto, este capítulo traz uma abordagem voltada para os objetivos, que abrangem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a redução de danos e o encaminhamento para serviços especializados, além de também englobar a resolutividade, os critérios de monitoramento e a avaliação do consultório na rua, sob diferentes perspectivas. O capítulo evidencia a escassez de referências cujos objetos de estudo sejam critérios de monitoramento e avaliação das equipes no contexto da APS.

O nono capítulo discorre sobre a política de saúde indígena no Brasil. A partir da contextualização histórica desde a colonização europeia, ele destaca como o processo colonizador foi cruel com os povos indígenas. Ademais, evidencia os desafios da gestão da saúde indígena e sua reestruturação, além de destacar a importância da valorização da medicina indígena como estratégia decolonial, forma de resistência, preservação cultural e fortalecimento da política de saúde.

O décimo capítulo aborda a temática da saúde da população privada de liberdade em delegacias. Trata-se de um relato de experiência, no qual se apresenta a realidade das condições de saúde de pessoas reclusas junto

à complexidade de fatores envolvidos, tais como questões estruturais e socioculturais. Com isso, pretende-se dar visibilidade a essa população negligenciada em tantos aspectos, reconhecendo a importância de proteger o direito à saúde e à dignidade, independentemente do *status* legal.

Na terceira parte do livro, são abordadas as experiências internacionais de autores latino-americanos da Colômbia, Chile e Peru. Temos o décimo primeiro capítulo versando sobre a experiência da incorporação da APS com enfoque diferencial étnico e intercultural desde a graduação, na Colômbia. Assim, o texto compartilha a importância da sensibilidade, da inclusão, do respeito e da competência cultural na prestação de cuidados diante da necessidade do cuidado integral, humanizado, pautado nas necessidades inerentes a cada etnia/cultura. Além disso, o capítulo reforça o papel fundamental da formação dos profissionais de saúde para a promoção da diversidade cultural e para a construção de sistemas de saúde mais inclusivos e equânimes.

O décimo segundo capítulo fala sobre os avanços e desafios no direito à saúde de imigrantes no Chile, que adotou medidas de proteção, especialmente para crianças, adolescentes, gestantes e imigrantes em situação irregular, com o intuito de mitigar as desigualdades e barreiras de acesso e garantir o acesso à saúde pública. O autor apresenta as diferenças entre vulnerabilidade e pobreza e aborda os prejuízos ocasionados pela discriminação por parte das equipes de saúde. Ainda, salienta a relevância de esforços intersetoriais direcionados a grupos populacionais vulneráveis.

O décimo terceiro capítulo discorre sobre o acesso da população em situação de vulnerabilidade social aos serviços de APS no Chile e evidencia as barreiras em termos de estrutura, recursos, cultura e formação dos profissionais de saúde, que são determinantes na perpetuação da exclusão e da desigualdade. O capítulo evidencia que as atitudes e práticas dos profissionais são reflexos de suas concepções. Os autores apresentam, ainda, alguns programas chilenos visando promover a equidade e a justiça social.

O décimo quarto capítulo trata da situação de idosos em situação de vulnerabilidade em regiões urbano-marginais do Peru, evidenciando a falta de



ações coordenadas e eficazes direcionadas a essa população. Ademais, destaca a estratégia do programa Tayta-Wasi, que consiste em uma iniciativa criada em 2012 com o intuito de aproximar e fortalecer o vínculo de idosos com os serviços de saúde, família e comunidade. Os autores sugerem que a ampliação dessa iniciativa e a articulação de diferentes setores seriam uma estratégia para melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade dos cuidados em saúde.

O décimo quinto capítulo aborda a necessidade de melhorar a atenção à saúde das mulheres da zona rural do Peru, ressaltando os desafios enfrentados por essa população na busca por cuidados de saúde. Destaca-se a maior incidência de doenças evitáveis e menor acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Uma estratégia proposta pelos autores seria maior articulação e esforço multidisciplinar e intersetorial, para promover a equidade de gênero e melhorar o acesso à atenção integral para as mulheres rurais no Peru.

Boa leitura!!

Carla Pacheco Teixeira  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Rocío Elizabeth Chávez Alvarez  
Maria Cristina Rodrigues Guilam



# PRESENTACIÓN

Estimados lectores, esta obra comenzó a gestarse mucho antes de que el libro se constituyera como una producción bibliográfica. La participación de Carla Pacheco Teixeira en el curso “Medición de desigualdades e inequidad en salud: explorando sus mecanismos e intervenciones”, organizado por la OPAS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en 2023, que contó con la participación de varios profesionales de América Latina, generó el interés por la temática y la posibilidad del debate dentro de la red del PROFSAÚDE.

Combatir las desigualdades e inequidades en salud exige un abordaje amplio y colaborativo. Para ello, es necesario invertir en sistemas de salud universales, accesibles y de calidad, con un enfoque en la población vulnerabilizada. Deben ser implementadas políticas públicas efectivas para abordar las disparidades socioeconómicas, de género y étnicas que afectan la salud de las personas. En este sentido, las experiencias Latinoamericanas pueden ser muy diferentes considerando la organización de los sistemas de salud, pero necesitan ser conocidas pensando en los desafíos de desarrollo económico y social en el “Sur Global”.

El primer resultado fue una sesión temática organizada por Carla Pacheco Teixeira y Deivisson Vianna sobre las Experiencias Latino-americanas en el acceso y cuidado de poblaciones vulnerabilizadas en la Atención Primaria. Esta sesión en línea contó con la participación de profesionales que también asistieron al curso en Chile y compartieron las experiencias de sus países: Colombia, Brasil, Chile y México. Esta sesión fue muy interesante, considerando la realidad de estos países en cuanto a los sistemas de salud y los cambios introducidos en los últimos años, así como los relatos de experiencias de cada territorio y en la atención básica.

Los sistemas públicos de salud, cuando tienden a universalizarse, tienen una capacidad comprobada para reducir las desigualdades sociales y minimizar los impactos negativos en la salud, especialmente en poblaciones vulnerabilizadas. En este sentido, los aspectos discutidos en la sesión temática fueron: (1) Acceso y estrategias de atención dirigidas a poblaciones vulnerabilizadas; (2) Acciones de promoción con carácter participativo involucrando a poblaciones vulnerabilizadas; y (3) Cómo la atención primaria puede ser una estrategia para el reconocimiento y ampliación de la ciudadanía de estas poblaciones.

Las desigualdades e inequidades en salud representan un desafío para diversos países, reflejándose directamente en el acceso a los cuidados de salud y en las condiciones de vida. Factores como ingresos, género, etnia, modo de vida, ubicación geográfica y otros componentes sociales influyen directamente en el acceso y la calidad de los servicios de salud, aumentando el riesgo de enfermedades evitables y agravando problemas de salud existentes.

Poblaciones como quilombolas, campesinas, indígenas, inmigrantes y en situación de calle enfrentan numerosos problemas en relación con el acceso a la salud y muchas veces sufren prejuicios por parte de trabajadores y gestores del área de la salud, revelando disparidades sistemáticas entre los grupos sociales.

La Atención Primaria de Salud (APS), como puerta de entrada y coordinadora del cuidado en los sistemas de salud, tiene un papel importante en garantizar la atención integral a poblaciones en situación de vulnerabilidad y desigualdad social. Fortalecer políticas de promoción de la equidad en el acceso a los servicios, con el objetivo de disminuir las vulnerabilidades, es una condición primordial de los sistemas de salud. Diversos países han considerado la APS como una estrategia imperativa para la consolidación de los sistemas universales de salud, espacio de garantía del derecho a la salud y acceso a los servicios públicos.

Considerando ese debate, entendimos, en aquel momento, la necesidad de producir un libro que pudiera presentar relatos de iniciativas y estrategias

de los países de América Latina en el acceso y cuidado de poblaciones vulnerabilizadas, destacando el papel de la Atención Primaria en esta respuesta. Aquí se marca cronológicamente la idea de la obra y la colaboración con autores de dentro y fuera de la red para la construcción de esta producción.

Aún como continuación de este debate, entre los diálogos en la red, Carla Pacheco Teixeira y Júlio Schweickardt organizaron un evento en el norte del país sobre “Salud Familiar en los territorios de la Amazonía: formación, producción y divulgación del conocimiento”, que reunió, en la Fiocruz AM, instituciones de la red nacional del PROFSAÚDE de la región Norte para debatir estrategias para aproximar (más) las investigaciones y las intervenciones desarrolladas en el programa a las demandas del territorio; para que los productos de las cohortes sean divulgados en los territorios/servicios/gestores (devolutiva); acompañar los impactos de los productos; fortalecer el debate sobre APS en los territorios y producir acciones interinstitucionales para atender demandas territoriales.

Replicamos este debate a nivel nacional en el encuentro nacional de la red y organizamos una asignatura nacional que tiene este libro como referencia para discutir racismo y salud: repercusiones en la APS. Acceso y cuidado en la APS para las poblaciones negra/quilombola; ribereña; indígena; del campo, de la selva y de las aguas; rural, privados de libertad, en situación de calle; LGBTQIAPN+ y de comunidades periféricas urbanas.

Esta obra está organizada en tres partes. La primera parte está compuesta por tres capítulos iniciales que ofrecen perspectivas de análisis sobre el tema de la desigualdad y las inequidades en salud, la categoría de “cuestión social” como expresión de las desigualdades y vulnerabilidades, la determinación social y la APS. Los capítulos tienen como objetivo contribuir al debate más conceptual, como contexto para el libro. La segunda parte está compuesta por siete capítulos que abordan experiencias del territorio nacional y la tercera parte está formada por cinco capítulos que abordan experiencias internacionales.

En la primera parte, el primer capítulo se enfoca en un panorama general sobre las desigualdades sociales e inequidades en salud que atraviesan

América Latina y el Caribe, la cuestión estructural de las desigualdades, la estructura de clases y las disparidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud como expresiones de las desigualdades.

El segundo capítulo busca reflexionar sobre la categoría de “cuestión social” como expresión del conjunto de las desigualdades sociales generadas por el modo de producción capitalista y la política social como respuesta, con especial énfasis en la política social de salud brasileña y el sistema universal de salud.

La segunda parte del libro, compuesta por autores brasileños, incluye el tercer capítulo, que explora la comprensión de las vulnerabilidades y la determinación social de la salud en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). De esta manera, busca evidenciar la importancia de comprender la relación existente entre las condiciones sociales, económicas y ambientales que impactan la salud de las comunidades, para que el cuidado en salud se dirija más allá de la patología, considerando las causas subyacentes y la equidad en salud.

El cuarto capítulo aborda los desafíos inherentes a los cuidados de salud de los ribereños en el contexto de la atención primaria en el territorio líquido amazónico, que, por tratarse de una región singular debido a sus características geográficas, culturales y socioeconómicas, requiere una mayor logística, organización y compromiso por parte de la gestión y de los profesionales de salud, con el fin de garantizar un acceso equitativo y fortalecer la atención básica en áreas remotas e invisibilizadas, en busca de inclusión y cambios significativos.

El quinto capítulo explora los reflejos de la blanquitud en la Atención Primaria de la Salud. Se trata de un tema relevante, asociado al racismo que opera en la producción de desigualdades, inequidades y disparidades en la calidad y el acceso a los servicios de salud, que impactan negativamente en las condiciones de salud de la población negra. Así, propone una problematización acerca del sistema de privilegios que resulta, por un lado, en mejores condiciones de salud para la población blanca y, por otro lado, en la vulnerabilización de la población negra e indígena. En esta dirección, se pretende movilizar a los profesionales de salud para el reconocimiento y enfrentamiento del racismo/ blanquitud y la promoción de la equidad en salud.

El sexto capítulo trata sobre la salud de la mujer quilombola en un estado de la Amazonía oriental, enfatizando las múltiples barreras de acceso y los desafíos enfrentados en relación con la calidad de los cuidados, evidenciando la demanda de enfoques de cuidado sensibles y culturalmente apropiados. Se destaca la violencia a la que las mujeres quilombolas están sometidas y la falta de políticas específicas que atiendan sus necesidades y aseguren sus derechos.

El séptimo capítulo discurre sobre el cuidado de la población en situación de calle a través del consultorio en la calle, ofreciendo un enfoque centrado en la dimensión del cuidado y evidenciando la importancia de esta iniciativa para atender las necesidades de este grupo frente a los numerosos desafíos que enfrentan, que incluyen el acceso limitado a servicios de salud, la vulnerabilidad a enfermedades y la estigmatización. Además, presenta algunas estrategias para asegurar un cuidado humanizado, integral y eficiente.

El octavo capítulo también explora la temática del cuidado a la población en situación de calle a través del consultorio en la calle, sin embargo, este capítulo trae un enfoque orientado a los objetivos, que abarcan la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la reducción de daños y la derivación a servicios especializados; resolutivez y criterios de monitoreo y evaluación del consultorio en la calle, desde diferentes perspectivas. Evidencia la escasez de referencias cuyos objetos de estudio sean criterios de monitoreo y evaluación de los equipos en el contexto de la APS.

El noveno capítulo trata sobre la política de salud indígena en Brasil. A partir de la contextualización histórica desde la colonización europea, destaca cómo el proceso colonizador fue cruel con los pueblos indígenas. Además, evidencia los desafíos de la gestión de la salud indígena y su reestructuración, y resalta la importancia de valorar la medicina indígena como estrategia decolonial, una forma de resistencia, preservación cultural y fortalecimiento de la política de salud.

El décimo capítulo aborda la temática de la salud de la población privada de libertad en comisarías. Se trata de un relato de experiencia que presenta la realidad de las condiciones de salud de las personas recluidas, junto con la

complejidad de los factores involucrados, tales como cuestiones estructurales y socioculturales. Con ello, se pretende dar visibilidad a esta población descuidada en muchos aspectos, reconociendo la importancia de proteger el derecho a la salud y la dignidad, independientemente del estatus legal.

En la tercera parte del libro, abordaremos las experiencias internacionales de autores latinoamericanos de Colombia, Chile y Perú. El undécimo capítulo trata sobre la experiencia de la incorporación de la APS con enfoque diferencial étnico e intercultural desde la formación en Colombia. Así, comparte la importancia de la sensibilidad, inclusión, respeto y competencia cultural en la prestación de cuidados, frente a la necesidad de un cuidado integral, humanizado, basado en las necesidades inherentes a cada etnia/cultura. Además, refuerza el papel fundamental de la formación de los profesionales de salud para la promoción de la diversidad cultural y la construcción de sistemas de salud más inclusivos y equitativos.

El duodécimo capítulo trata sobre los avances y desafíos en el derecho a la salud de los inmigrantes en Chile, que ha adoptado medidas de protección, especialmente para niños, adolescentes, mujeres embarazadas e inmigrantes en situación irregular, con el objetivo de mitigar las desigualdades y barreras de acceso, y garantizar el acceso a la salud pública. El autor presenta las diferencias entre vulnerabilidad y pobreza, y aborda los perjuicios ocasionados por la discriminación por parte de los equipos de salud. Además, subraya la relevancia de los esfuerzos intersectoriales dirigidos a grupos poblacionales vulnerables.

El décimo tercer capítulo aborda el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a los servicios de APS en Chile y evidencia las barreras, en términos de estructura, recursos, cultura y formación de los profesionales de salud, que son determinantes en la perpetuación de la exclusión y desigualdad. El capítulo evidencia que las actitudes y prácticas de los profesionales son reflejos de sus concepciones. Los autores presentan, además, algunos programas chilenos destinados a promover la equidad y la justicia social.

El décimo cuarto capítulo trata la condición de los ancianos en situación de vulnerabilidad en regiones urbano-marginadas del Perú, evidenciando la falta



de acciones coordinadas y eficaces dirigidas a esta población. Además, destaca la estrategia del programa Tayta-Wasi, que consiste en una iniciativa creada en 2012 con el objetivo de acercar y fortalecer el vínculo de los ancianos con los servicios de salud, la familia y la comunidad. Los autores sugieren que la ampliación de esta iniciativa y la articulación de diferentes sectores sería una estrategia para mejorar el acceso, la calidad y la continuidad de los cuidados en salud.

El décimo quinto capítulo aborda la necesidad de mejorar la atención a la salud de las mujeres en zonas rurales del Perú, resaltando los desafíos que enfrenta esta población en la búsqueda de cuidados de salud. Se destaca la mayor incidencia de enfermedades evitables y el menor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Una estrategia propuesta por los autores sería una mayor articulación y esfuerzo multidisciplinario e intersectorial para promover la equidad de género y mejorar el acceso a la atención integral para las mujeres rurales en Perú.

Buena lectura!!

Carla Pacheco Teixeira  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Rocío Elizabeth Chávez Alvarez  
Maria Cristina Rodrigues Guilam



# PREFACIO

Maria Janeth Mosquera Becerra

Este libro es fruto de un esfuerzo colectivo y producto de aprendizajes y reflexiones generadas en diversas iniciativas desarrolladas por la coordinación del programa de posgrado *stricto sensu* en Salud de la Familia, maestría que es ofrecida por una red nacional de 45 instituciones públicas de educación superior que es lideradas por la Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz y por la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Esta producción académica responde al compromiso de la red de universidades de recoger y diseminar conocimientos sobre temas clave relacionados con la salud colectiva en América Latina y el Caribe. La obra presenta algunas perspectivas conceptuales sobre las desigualdades sociales e inequidades en salud en la Región de América Latina y el Caribe y explora las complejas experiencias de acceso y atención en salud a poblaciones que han sido puestas en condición de vulnerabilidad, en el marco de lo que los autores denominan atención primaria en salud en Brasil, Chile, Colombia y Perú.

Hablar de pobreza e inequidades y desigualdades en salud sigue siendo la constante en América del Sur. Las pobreza que genera la orden mundial capitalista tienen impactos materiales y simbólicos en la salud de la gente y en el bienestar del planeta. Los esfuerzos por garantizar acceso a los servicios de salud o mejor léase “servicios de atención a la enfermedad” siguen siendo limitados, dado que la mercantilización de estos servicios con el objetivo de obtener ganancias con la enfermedad, reducen las oportunidades para el acceso universal a estos servicios (Echeverri, 2008; Laurel, 2016). Es decir, la hegemonía de una mirada biologicista de la salud, que se centra en atender dolencias físicas individuales y la instauración de un estilo de negocio (rentable) de atender la enfermedad individual, no da cabida a estrategias interesadas en mantener a las poblaciones sanas.

La Atención Primaria de la Salud desde su origen en Alma Ata (1978) es una contracorriente a la hegemonía de un modelo de salud basado en la atención a individuos enfermos para obtener ganancias monetarias. De hecho, la APS debe ser entendida como una estrategia política de orientación de los sistemas y de los servicios de salud. Sin embargo, a 40 años de la emergencia oficial de esta estrategia, la APS aún encuentra muchas limitaciones para su plena implementación e incluso se han venido desarrollando diversas versiones, interpretaciones y reelaboraciones de la APS que ponen en duda su esencia inicial (Rovere, 2012).

Un texto como el que aquí se presenta tiene la intención de dar cuenta de cómo, en el marco de distintos modelos de sistemas de salud, la APS se ha interpretado en algunos países de América Latina y del potencial de esta estrategia para responder a las demandas de las poblaciones humanas que históricamente han sido marginalizadas de los sistemas de atención a la salud. Además, en este libro se reconoce a la clase social como la categoría clave para comprender las desigualdades e inequidades en salud en la orden capitalista, pero, también se incorpora la noción de interseccionalidad a fin de identificar las imbricadas relaciones entre la clase social, la raza-etnia, el género y la edad en la producción de inequidades en el acceso a servicios de salud.

Por otro lado, valorar la APS significa también reconocer la responsabilidad de las universidades en la formación de la fuerza de trabajo en salud. Por ejemplo, ya ha sido reportada la falta de profesionales de la salud en el campo de la APS (Parada-Lezcano *et al.*, 2022), los pocos incentivos para la retención de profesionales en zonas con mayores desventajas sociales y económicas, la desproporcionada participación de profesionales racializados en el campo de la APS (Xierali; Nivet, 2018) y en zonas con mayor desventaja socioeconómica y la incursión otras profesiones (ejemplo: trabajo social y psicología) en los equipos de APS. Esto representa tres retos para las universidades.

Primero, la academia tiene la responsabilidad de reconocer la APS como área fundamental en la formación de la fuerza de trabajo en salud. Es decir, le corresponde abordar en los currículos de salud la importancia de

promover la salud poblacional, del trabajo en equipos interdisciplinarios y la articulación con las comunidades y sus saberes (Borrell; Godue, 2008), lo cual no es la tradición en la formación universitaria en el campo de la salud que se caracteriza por centrarse en la hiper-especialización/hospitalaria, en la curación de enfermedades, en el establecimiento de estructuras jerárquicas y en desconocer los saberes populares.

Segundo, la academia también puede contribuir a los procesos de investigación evaluativa para mostrar el papel de la APS en el acceso a los servicios de salud y en el bienestar de las poblaciones, ello teniendo en cuenta que se vienen desarrollando diversas experiencias y que es necesario valorar los alcances y limitaciones de la APS en el marco de la diversidad de sistemas de salud en el mundo.

Tercero, el papel de la academia también es clave en la formación de profesionales que hacen parte de los equipos de APS pero que no se forman en facultades de salud, tal es el caso del trabajo social, la psicología y la geografía que vienen siendo incorporados a estos equipos y que requieren competencias del campo de la salud en general y de la APS, en particular para su desempeño en los equipos de APS.

En este texto se presentan experiencias de acceso a servicios de salud de poblaciones que han sido excluidas y puesta en desventaja socioeconómica: habitantes de calle, grupos humanos racializados, migrantes pobres y adultos mayores. Con ello se llama la atención sobre la diversidad con la que deben lidiar los sistemas de salud y los-las profesionales de la salud, lo que no se reduce a ofrecer una atención bajo los preceptos de la interculturalidad o el multiculturalismo, sino a reconsidera el papel de los profesionales de la salud en las luchas por el derecho a la atención en salud y al bienestar en general.

Esperamos que esta obra constituya un recurso educativo para investigadores, profesionales de la salud, gestores y formuladores de políticas, promoviendo reflexiones colectivas, críticas y profundas sobre qué es y qué debería ser la APS en el contexto sociopolítico latinoamericano y caribeño de hoy y cómo podría contribuir a cerrar brechas de inequidades en salud.

## Referencias

- BORRELL, R. M.; GODUE, C. **La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud**. OPS, 2008.
- ECHEVERRI, O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, p. 210-216, 2008.
- LAURELL, A. C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 34, n.2, p. 293, 2016.
- PARADA-LEZCANO, M.; PARRAO-ACHAVAR, F.; GUROVICH-HERRERA, J.; PALACIOS-SALDIVIA, J. Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. **Investigación en educación médica**, v. 11, n.42, p. 30-41, 2022.
- ROVERE, M. Atención primaria de la salud en debate. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 327-342, 2012.
- XIERALI, I. M.; NIVET, M. A. The racial and ethnic composition and distribution of primary care physicians. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 29, n.1, p. 556-570, 2018.

# PREFÁCIO

Maria Janeth Mosquera Becerra

Este livro é fruto de um esforço coletivo e produto de aprendizagens e reflexões geradas em diversas iniciativas desenvolvidas pela coordenação do programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, mestrado oferecido por uma rede nacional de 45 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Esta produção acadêmica responde ao compromisso da rede de universidades de coletar e disseminar conhecimentos sobre questões chave relacionadas à saúde coletiva na América Latina e no Caribe. A obra apresenta algumas perspectivas conceituais sobre desigualdades sociais e iniquidades em saúde na região da América Latina e do Caribe e explora as complexas experiências de acesso e atenção em saúde de populações que foram colocadas em condições de vulnerabilidade, no âmbito do que os autores chamam de atenção primária à saúde no Brasil, Chile, Colômbia e Peru.

Falar sobre pobreza, iniquidades e desigualdades em saúde continua sendo uma constante na América do Sul. As pobreza geradas pela ordem mundial capitalista têm impactos materiais e simbólicos na saúde das pessoas e no bem-estar do planeta. Os esforços para garantir o acesso aos serviços de saúde, ou melhor, “serviços de atenção à doença”, continuam sendo limitados, dado que a mercantilização desses serviços com o objetivo de obter lucro com a doença, reduz as oportunidades de acesso universal a esses serviços (Echeverri, 2008; Laurel, 2016). Ou seja, a hegemonia de uma visão biologicista da saúde, que se concentra em atender doenças físicas individuais e a instauração de um modelo de negócio (rentável) de atender a doença individual, não dá espaço para estratégias voltadas a manter as populações saudáveis.

A Atenção Primária à Saúde, desde sua origem em Alma Ata (1978), é uma contracorrente à hegemonia de um modelo de saúde baseado na atenção a indivíduos doentes para obter lucros monetários. De fato, a APS deve ser entendida como uma estratégia política de orientação dos sistemas e dos serviços de saúde. No entanto, 40 anos após a emergência oficial dessa estratégia, a APS ainda enfrenta muitas limitações para sua plena implementação e, inclusive, têm sido desenvolvidas diversas versões, interpretações e reelaborações da APS que colocam em dúvida sua essência inicial (Rovere, 2012).

Um texto como o que aqui se apresenta tem a intenção de mostrar como, no contexto de diferentes modelos de sistemas de saúde, a APS tem sido interpretada em alguns países da América Latina e do potencial dessa estratégia para responder às demandas das populações humanas que historicamente foram marginalizadas dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, este livro reconhece a classe social como a categoria chave para compreender as desigualdades e iniquidades em saúde na ordem capitalista, mas também incorpora a noção de interseccionalidade para identificar as intrincadas relações entre classe social, raça-etnia, gênero e idade na produção de iniquidades no acesso a serviços de saúde.

Por outro lado, valorizar a APS também significa reconhecer a responsabilidade das universidades na formação da força de trabalho em saúde. Por exemplo, já foi relatada a falta de profissionais de saúde no campo da APS (Parada-Lezcano *et al.*, 2022), os poucos incentivos para a retenção de profissionais em áreas com maiores desvantagens sociais e econômicas, a desproporcional participação de profissionais racializados no campo da APS (Xierali; Nivet, 2018) e em áreas com maior desvantagem socioeconômica, e a incursão de outras profissões (exemplo: serviço social e psicologia) nas equipes de APS. Isso representa três desafios para as universidades.

Primeiro, a academia tem a responsabilidade de reconhecer a APS como uma área fundamental na formação da força de trabalho em saúde. Ou seja, cabe a ela abordar nos currículos de saúde a importância de promover a saúde populacional, o trabalho em equipes interdisciplinares e a articulação



com as comunidades e seus saberes (Borrell; Godue, 2008), o que não é tradição na formação universitária no campo da saúde, que se caracteriza por focar na hiper-especialização/hospitalar, na cura de doenças, no estabelecimento de estruturas hierárquicas e no desconhecimento dos saberes populares.

Segundo, a academia também pode contribuir para os processos de pesquisa avaliativa, a fim de mostrar o papel da APS no acesso aos serviços de saúde e no bem-estar das populações, considerando que diversas experiências estão sendo desenvolvidas e que é necessário valorizar os alcances e limitações da APS no contexto da diversidade de sistemas de saúde no mundo.

Terceiro, o papel da academia também é fundamental na formação de profissionais que fazem parte das equipes de APS, mas que não se formam em faculdades de saúde, como é o caso do serviço social, da psicologia e da geografia, que estão sendo incorporados a essas equipes e que necessitam de competências no campo da saúde em geral e da APS em particular, para o seu desempenho nas equipes de APS.

Neste texto, são apresentadas experiências de acesso aos serviços de saúde de populações que foram excluídas e colocadas em desvantagem socioeconômica: pessoas em situação de rua, grupos humanos racializados, migrantes pobres e idosos. Com isso, chama-se a atenção sobre a diversidade com a qual os sistemas de saúde e os(as) profissionais de saúde devem lidar, o que não se resume a oferecer um atendimento sob os preceitos da interculturalidade ou do multiculturalismo, mas a reconsiderar o papel dos profissionais de saúde nas lutas pelo direito à atenção em saúde e ao bem-estar em geral.

Esperamos que esta obra se constitua como um recurso educativo para pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas, promovendo reflexões coletivas, críticas e profundas sobre o que é e o que deveria ser a APS no contexto sociopolítico latino-americano e caribenho de hoje e como poderia contribuir para reduzir disparidades e iniquidades em saúde.

## Referências

- BORRELL, R. M.; GODUE, C. **La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud**. OPS, 2008.
- ECHEVERRI, O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, p. 210-216, 2008.
- LAURELL, A. C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 34, n.2, p. 293, 2016.
- PARADA-LEZCANO, M.; PARRAO-ACHAVAR, F.; GUROVICH-HERRERA, J.; PALACIOS-SALDIVIA, J. Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. **Investigación en educación médica**, v. 11, n.42, p. 30-41, 2022.
- ROVERE, M. Atención primaria de la salud en debate. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 327-342, 2012.
- XIERALI, I. M.; NIVET, M. A. The racial and ethnic composition and distribution of primary care physicians. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 29, n.1, p. 556-570, 2018.

# Capítulo 1

## DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Carla Pacheco Teixeira  
Adriana Medeiros Braga  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

No subcontinente latino-americano, o Brasil, do ponto de vista econômico-produtivo, o principal país, ocupa, no continente, uma posição destacada, partilhando, porém, com os demais, a condição de país dependente e periférico na divisão social do trabalho em nível mundial, sua origem histórica colonial provedora de recursos básicos e a exploração colonialista. Alguns dos principais indicadores dessa condição subalterna são sua situação da saúde e seus indicadores sociais. A saúde de um povo é resultado das suas condições socioeconômicas e das formas de distribuição da riqueza material gerada por esse povo. A distribuição dessa riqueza é desigual nas sociedades capitalistas de mercado, pois quem produz a riqueza material detém sua posse. Essa condição é determinante nas sociedades de classe.

A desigualdade social na América Latina e Caribe (ALC) é um problema estrutural e multidimensional, marcado por uma dinâmica persistente de geração e reprodução de desigualdades e pobreza. Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID, 2024), essa é a região mais desigual do mundo, onde 10%

dos mais ricos da população têm um rendimento médio 12 vezes superior ao dos 10% mais pobres, sendo que a média nos países desenvolvidos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 4 vezes. Além disso, um em cada cinco habitantes da ALC é classificado como pobre.

O acesso à saúde de qualidade e à qualidade da vida em geral, é resultado da estrutura e da organização da produção e reprodução material das condições de existência, das formas de partição da riqueza socialmente construída, da quantidade e qualidade dos recursos que se distribuem nas diversas camadas das populações. Essa quantidade de recursos é socialmente desigual, concentrando-se nas camadas mais elevadas e escasseando nas inferiores. Expressando essa condição essencial – que torna a economia de mercado fortemente concentradora de renda e de acesso a recursos – está o acesso à Saúde de qualidade.

A renda da população mais rica do Brasil cresceu, nos últimos anos, segundo o Observatório de Política Fiscal do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas, FGV/IBRE (2023), até três vezes mais do que os rendimentos da parcela mais pobre da população, aprofundando as desigualdades e ampliando as distâncias sociais entre ricos e pobres. A grande burguesia, as camadas de renda mais elevadas, que ocupam 0,01%, o topo da população brasileira, com cerca de 15 mil pessoas, teve um crescimento consistente de 95% em seus ganhos, quase dobrando sua renda média entre 2017 e 2022.

Definir “desigualdade” significa adentrar em um terreno teoricamente complexo. Existem muitas e contraditórias definições de desigualdade, na dependência de que sejam visões críticas ou caudatárias. Na literatura econômica e social, o conceito de desigualdade esteve frequentemente ligado à renda das pessoas, das nações e à sua concentração e distribuição nos estratos populacionais, caracterizando o desenvolvimento entre nações e regiões e sendo uma das causas principais da pobreza; porém, em estudos da América Latina, demonstrou-se progressivamente que a igualdade (ou desigualdade) da renda permanece inalterada em décadas sucessivas de recessão e de elevada recuperação econômica, o que revela que não é necessariamente a

taxa de crescimento económico que determina o aumento ou a diminuição da desigualdade, pelo que é necessário considerar outros fatores para explicar a estrutura distributiva (Díaz, 2008). Todas as sociedades de mercado crescem, aumentando as desigualdades, pois é intrínseco ao capitalismo ampliar as diferenças socioeconómicas entre as classes em quaisquer circunstâncias, seja nas fases de crescimento, seja nas fases de crise dos seus ciclos económicos.

Reygadas (2004) propõe um quadro multidimensional para o estudo da desigualdade, revendo as três principais perspectivas que explicam esse fenómeno, mas que apresentam limitações. Dessa forma, as desigualdades não são resultado de uma única causa, como explicam as teorias individualistas, que enfatizaram a distribuição de capacidades e recursos entre os indivíduos; as teorias interacionistas, que enfatizaram padrões das relações e intercâmbios desiguais; e as teorias holísticas, que concentraram-se nas características assimétricas das estruturas sociais.

Igualmente, como referido por Díaz (2008), durante muitos anos, a pesquisa sobre desigualdades centrou-se na quantificação e na descrição, enfatizando principalmente as análises económicas. Entretanto, ratifica-se cada vez mais a necessidade de pesquisas que possam dar respostas, entendendo os fatores que contribuem para a reprodução desse fenómeno.

Na abordagem multidimensional, a desigualdade é um fenómeno complexo. Existem vários tipos de desigualdades e nela intervêm diferentes tipos de fatores. Assim, as desigualdades têm que ver com as relações socioeconómicas em diferentes níveis, sendo algo que tem a ver com a distribuição de recursos e possibilidades. Por isso, o combate à desigualdade tem que articular ações nas áreas económica, política e social. Segundo (Reygadas, 2004, p.25):

“..no aspecto microssocial, desenvolver as capacidades dos setores historicamente excluídos e explorados, para que possam competir em igualdade de condições; no nível intermediário, eliminar os mecanismos de discriminação e todos os dispositivos institucionais que têm favorecido sistematicamente determinados grupos em detrimento de outros, bem como promover medidas temporárias de ação afirmativa; e, no nível macrossocial, transformar as estruturas

de cargos e os mecanismos mais amplos de distribuição de encargos e benefícios. Se a desigualdade tem muitas faces, muitos limites e muitas dimensões, a procura da igualdade também é multifacetada e tem de ser desenvolvida através de várias vias”.

Como um fenómeno multidimensional, persistem múltiplas desigualdades que completam o quadro da desigualdade na ALC e que vão além da renda, tais como: as disparidades de género na participação laboral e nas horas de trabalho não remunerado; a discriminação e violência relacionadas a pessoas LGBTQIA+ e minorias étnicas, que continuam sem reconhecimento como agentes económicos e políticos ativos no acesso a serviços básicos, incluindo saúde e educação, entre outros, o que contribui tanto para a desigualdade na renda como para a baixa produtividade e o baixo crescimento económico. Tais fenómenos interagem entre si, apoiando-se mutuamente num círculo vicioso que impede a região de fazer progressos no desenvolvimento humano mais avançado para todos (PNUD, 2021).

O modelo liberal, implementado maioritariamente na América Latina, não está direcionado para gerar condições de desenvolvimento equitativo e inclusivo e baseia-se na lógica do lucro, contribuindo para o aumento das desigualdades entre ricos e pobres, com importantes custos sociais, que mantém a concentração de renda entre os países e no interior deles (Díaz, 2008). Nesse sentido, como afirma Molina (2022), o modo de produção capitalista (intensidade e ritmo) é diverso entre os países de América Latina e mesmo no interior deles, gerando uma desigualdade estrutural que impacta os padrões de distribuição da renda e as condições de bem-estar das pessoas.

As desigualdades do colonialismo e do sistema capitalista, como afirmam Breihl (2003) e Borde, Hernández-Álvarez e Porto. (2015), se fundamentam no acúmulo de riquezas, distribuição desigual de recursos e organização social em camadas hierárquicas, a partir de relações socioeconómicas, de classe e de poder, dominação e exploração, cujo distanciamento dos estratos sociais determina não somente o *status* social, mas realidades discrepantes, a prerrogativa de privilégios e oportunidades de acesso à recursos materiais, bens

e serviços, e garantia de direitos às classes dominantes, em detrimento das que se encontram na base. Estabelecer projetos e políticas públicas para promover transformações sociais pode exercer forte influência na determinação da dinâmica social, somado a que a ação passiva ou ativa das classes, gêneros e etnias “dominadas” diante das disparidades materiais ou relações imateriais são determinantes para a “emancipação” e redução das desigualdades.

Retomando a Reygadas (Roberti, 2020) sobre a importância de compreender o passado colonial, é que este estabelece uma matriz social em todos os países latino-americanos, onde existe uma minoria, em geral, de origem europeia, com rendimentos elevados, que se formou na colônia, mas depois se reproduziu nos últimos duzentos anos, enquanto os sectores indígenas, negros e afrodescendentes não têm as mesmas oportunidades diante da concentração de renda e fundiária e da forma como se constitui o Estado. Por isso, a chave para entender quais países são mais ou menos desiguais está na sua estrutura socioeconômica e política, das quais resultam as políticas de redução da desigualdade.

Na América Latina, as reformas políticas deveriam visar prioritariamente à redução das desigualdades estruturais entre níveis de renda, grupos socioeconômicos e classes sociais, famílias e pessoas, e não somente àquelas presentes nos distintos grupos com uma identidade comum definida ou construída (pela origem cultural, gênero, etnicidade, religião), as quais, como características, estão enraizadas na história, nas normas sociais e se entrelaçam, além de determinar em forma injusta o acesso aos recursos e às oportunidades econômicas. Políticas focalizadas nas desigualdades verticais não conseguem fechar as brechas baseadas na identidade de grupo (Frisancho; Vera-Cossío, 2021).

Na análise das dimensões das desigualdades, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2016) apresenta um documento sobre a “Matriz da desigualdade social em América Latina”, que aborda alguns dos eixos estruturantes da profunda e persistente desigualdade social que caracteriza a região. A compreensão de um fenômeno de grande complexidade

como é a desigualdade social, com suas causas, suas características e seus mecanismos de reprodução e permanência no tempo, podem contribuir para o avanço do desenvolvimento sustentável e cumprir os objetivos definidos na Agenda 2030.

Segundo a CEPAL (2024), uma das causas da desigualdade socioeconômica é a ausência de condições de igualdade e oportunidade de acesso e de exercício de direitos para pessoas e grupos de pessoas em diferentes áreas, o que pode referir-se a meios – como propriedade, patrimônio, renda e riqueza –, a oportunidades – como a ausência de discriminação –, ao acesso às possibilidades referentes à rigidez da hierarquia estrutural de classes, que termina por se refletir nas dificuldades de acesso aos conhecimentos e competências necessárias e à participação nas decisões e nas instituições sociais e públicas.

A matriz da desigualdade social na América Latina está fortemente condicionada pela sua matriz produtiva, caracterizada pela alta heterogeneidade estrutural e com a estrutura de classes sociais como a determinante principal, eixo que se entrecruza, potencializa e se encadeia com outros eixos estruturantes, como as desigualdades de gênero, as étnico-raciais, as relacionadas com as diferentes etapas do ciclo de vida das pessoas e as territoriais, explicando a reprodução das brechas identificadas em âmbitos de desenvolvimento social, o nível de renda e o acesso à educação, saúde, emprego, proteção social, espaços de participação, entre outros. Por sua vez, a confluência das múltiplas desigualdades e discriminações caracteriza os “núcleos duros” de pobreza, vulnerabilidade e exclusão social (Bárcena, 2016).

O que confere a cada um desses eixos o caráter estruturante na configuração das desigualdades sociais é o seu peso constitutivo e determinante no processo de produção e reprodução das relações sociais e a experiência das pessoas ou seu impacto na magnitude da reprodução de desigualdades em diferentes áreas do desenvolvimento e do exercício de direitos. Cada eixo tem raízes históricas e sociais e se manifesta de maneiras diferentes, através de vários mecanismos (CEPAL, 2016).

Um aspecto importante da desigualdade social em ALC é a rigidez socioeconômica da estrutura de classes que se perpetua por meio da transmissão



intergeracional das oportunidades, em que a estrutura social tende a reproduzir-se através de uma estrutura (diferencial) de possibilidades e de uma enorme disparidade de resultado. Isso limita a mobilidade social, especialmente para os estratos sociais mais baixos, e limita a integração social ao gerar experiências de vida e expectativas sociais divergentes, acentuando a “cultura do privilégio”, entendida como um conjunto de normas, valores e mecanismos institucionais através dos quais se legitimam e preservam as desigualdades sociais, quando as oportunidades apresentadas às pessoas para melhorar sua situação socioeconômica é acentuadamente díspar e quando aqueles que estão no topo da distribuição de renda alcançaram essa posição a partir de posições herdadas e endossadas (Bárcena; Prado, 2016 citado por CEPAL, 2016).

Dessa forma, falar sobre desigualdades implica igualmente compreender como as pessoas percebem a desigualdade e quanto desta desigualdade percebida é considerada legítima ou ilegítima, entendendo-a como o acesso sistematicamente diferenciado a recursos socialmente valorizados por sujeitos ou grupos sociais, com base em determinadas características históricas e socialmente determinadas. A sedimentação dessas experiências do dia a dia, marcadas pelas diferentes posições socioeconômicas em que os grupos e sujeitos estão inseridos, moldam os ideais normativos provenientes das narrativas sociais dominantes sobre igualdade-desigualdade e constroem quadros de significado para a autoconceituação de sua condição socioeconômica real para a ação social concreta (Castillo; Sandoval; Frías, 2022).

Nas sociedades latino-americanas, o processo de percepção e aceitação das desigualdades é marcado pelos diferenciais ideológicos persistentes na distribuição de rendas e patrimônio, em seus aspectos econômico, social, simbólico e cultural, que delimitam posições no espaço social e que, por sua vez, influenciam diretamente a possibilidade de produzir, interpretar e modificar significados nesse sentido (Bourdieu; Eagleton, 2003).

Para progredir na redução das desigualdades sociais, não basta modificar as infraestruturas socioeconômicas e suas consequentes regulamentações formais, ou seja, do Estado e das relações sociais. Deve-se

observar o papel central da ideologia e da cultura, tanto no nível dos indivíduos como no dos grupos sociais, bem como das instituições, já que as múltiplas disparidades dificultam o entendimento do complexo das relações sociais, das discriminações que têm origem nas desigualdades. Essas discriminações se baseiam em estereótipos que priorizam e desqualificam determinados grupos sociais com base em seu sexo, etnia, raça ou cor da pele, orientação sexual, situação socioeconômica ou outra condição, que estão presentes em diversas áreas da vida social e que se reproduzem (CEPAL, 2016).

No nível infraestrutural, as classes sociais tornam-se centro de entendimento da dinâmica dos mecanismos de produção e reprodução das desigualdades. Além disso, é relevante a compreensão da relação entre as estruturas de classe e as diferenciações e categorizações sociais baseadas nas diversas dimensões culturais e sociais como etnia, raça, gênero, idade, nacionalidade, religião, língua e demais características sociais distintivas (Jelin, 2023).

Abordando criticamente Jelin (2023), o aspecto multidimensional das desigualdades e categorizações sociais é abordado pela noção de “interseccionalidade”. Esse conceito refere-se à imbricação das opressões relacionadas com, por exemplo, gênero, etnia e classe, que se afetam mutuamente e que expressam relações de poder. Uma análise interseccional, baseada na estrutura de classes sociais, permite compreender os efeitos das estruturas de desigualdade social como experiência singular e individual, como também abrange a correlação dos sistemas de poder que produzem e mantêm as desigualdades (Vigoya, 2023).

O próprio conceito de interseccionalidade foi cunhado em 1989 pela advogada afro-americana Kimberlé Crenshaw, para descrever a maneira como as identidades sociais das pessoas podem se sobrepor. A autora, após 30 anos, definiu esse conceito como:

“..basicamente uma lente, um prisma, para ver a maneira como várias formas de desigualdade muitas vezes operam juntas e se exacerbam. Tendemos a falar sobre a desigualdade racial como separada da

desigualdade baseada em gênero, classe, sexualidade ou *status* de imigrante. O que muitas vezes falta é como algumas pessoas estão sujeitas a tudo isso, e a experiência não é apenas a soma de suas partes” (Steinmetz, 2020, internet).

Segundo Vigoya (2016), em contextos como o latino-americano, o conceito de interseccionalidade começou a ser difundido no meio acadêmico somente em 2008. A autora refere que a variedade de formulações utilizadas para descrever as relações entre gênero, raça e classe revela as dificuldades em abordá-las. Enquanto alguns se referem a gênero, raça e classe como sistemas que se cruzam, outros os entendem como categorias analógicas ou como bases múltiplas de opressão, como eixos distintos ou eixos concêntricos.

Busquier (2018) refere que pode ser que uma das formas que tornou a interseccionalidade uma das propostas teóricas e políticas na América Latina e no Caribe foi a preocupação de se diferenciar dos postulados teóricos de cunho ocidental, eurocêntrico e colonial, e de contemplar as especificidades do contexto latino-americano e Região do Caribe, entendido como um espaço colonizado, não apenas em termos políticos e econômicos, mas também em termos teóricos e ideológicos, o que também foi expresso como “pensamento decolonial” ou como “virada epistêmica decolonial”.

Arias-Uriona, Losantos e Bedoya (2023) realizaram uma análise intercategorial interseccional incluindo dados de 58.790 pessoas entre 16 e 65 anos, de 14 países do continente americano, no período entre 1990 e 2022. Como resultado principal, os grupos que apresentaram o maior risco médio de autopercepção de saúde ruim foram aqueles que continuavam a sofrer discriminação, como mulheres, pessoas pertencentes a grupos étnicos minoritários ou povos indígenas, e aqueles que têm baixo nível de escolaridade; desigualdades que persistiram no continente, independentemente do nível de renda dos países; resultados que convergem com outras evidências.

Esses autores destacam a importância da análise interseccional em estudos populacionais para o mapeamento das desigualdades em saúde,

avançando da análise de uma dimensão social por vez para uma compreensão de como a experiência de saúde se configura na intersecção de dois ou mais eixos de opressão. Dessa forma, a interseccionalidade, como ferramenta analítica, pode contribuir para uma melhor compreensão dos sistemas que reproduzem a desigualdade na saúde, como o patriarcado, o capitalismo e o colonialismo, entre outros (Arias-Uriona; Losantos; Bedoya, 2023).

Para Resurrección (2015), abordar o problema da discriminação em forma unidimensional não permite reconhecer a complexidade da realidade, em que a discriminação não afeta grupos sociais de forma homogênea, existindo grupos dentro de grupos, minorias dentro de minorias, que podem ser mais ou menos expostos à violação de seus direitos pela presença combinada de mais de um fator de risco. Portanto, os estudos relacionados e as políticas públicas devem se relacionar desde o conceito da discriminação múltipla, entendendo que as pessoas podem pertencer a vários grupos simultaneamente desfavorecidos, sofrendo assim formas agravadas e específicas de discriminação.

## **Desigualdades em saúde e Iniquidades em saúde**

As desigualdades em saúde relacionam-se diretamente às desigualdades sociais: étnico-raciais, de gênero, de crenças, regionais, econômicas, entre outras. Em geral, o termo é utilizado para indicar diferenças contrastantes nas condições de saúde de determinados grupos de uma população, em função de suas características sociais. Segundo Barreto (2017), o conceito de desigualdade refere-se às diferentes condições de saúde das pessoas ou de acesso a serviços e cuidado, bem como a diferentes níveis de atenção à saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o problema das disparidades em saúde é universal. Independentemente dos recursos e do grau de desenvolvimento dos países, todos apresentam distintas situações de saúde relativos a determinados grupos populacionais. Em relação ao panorama mundial, as desigualdades evidenciam-se sob a perspectiva própria de um país e em comparação com outros países. Por esse motivo, conceitua-se a

desigualdade global. Cabe ressaltar que cada nação e seus grupos sociais têm diferentes entendimentos político-ideológicos sobre a relevância e associação de fatores sociais na determinação da saúde. (Arcaya; Alyssa; Subramanian, 2015; Barreto, 2017).

Sabe-se que a pobreza está relacionada diretamente a piores condições de saúde. Um estudo de Skou *et al.* (2022) demonstrou os efeitos da pobreza na ocorrência da multimorbidade (duas ou mais condições de saúde coexistentes). O resultado dessa pesquisa evidenciou que indivíduos em vulnerabilidade socioeconômica são acometidos pela multimorbidade dez anos antes que indivíduos que fazem parte de grupos socioeconomicamente mais favorecidos.

A tendência do aumento da pobreza, da pobreza extrema, do desemprego e das desigualdades na renda – com expressão significativa em certas populações, como afrodescendentes, pessoas que vivem em área rural, populações indígenas, entre outras – deveria constituir-se em uma preocupação desde a perspectiva das desigualdades em saúde, baixando, direta ou indiretamente os indicadores de saúde, expandindo as disparidades em saúde e contribuindo para propagar o círculo vicioso de mal estado de saúde, pobreza e desigualdade (Abramo; Cecchini; Ullmann, 2020).

Não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos. Da mesma forma, em que um dado país, seja rico ou pobre, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados, de forma consistente, sempre apresentam piores condições de saúde. (Barreto, 2017, p.2100)

As desigualdades têm um impacto significativo nas condições de saúde, gerando condições desiguais, expressas pelo acesso assimétrico aos recursos do sistema de saúde e qualidade de vida, ampliando o risco de doenças evitáveis e agravando os mais diversos problemas de saúde.

Dessa forma, as disparidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde são uma das expressões das desigualdades. Por isso, garantir o direito à saúde e diminuir as distâncias sociais nesses âmbitos contribui

para a redução da desigualdade. Apesar de as políticas sociais serem ditas universais, a herança histórica das restrições e da destituição de direitos de determinados grupos sociais, discriminados e vitimados – pobres, negros, população LGBTQIA+, mulheres, indígenas, idosos e outros – deixou marcas que se refletem perenemente em suas condições de saúde. A vulnerabilidade social desses grupos está relacionada a diversos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de doenças e de problemas de saúde físicos e mentais, transitórios ou permanentes.

Destarte, emerge a necessidade da formulação de políticas de saúde estrategicamente planejadas e direcionadas à diminuição das desigualdades e à redução e prevenção de vulnerabilidades e restrições, focadas no fortalecimento de ações e cuidados voltados para a promoção do bem-estar, em práticas equânimes, na assistência integral e na garantia de uma proteção social que seja de fato universal e sensível às diferenças (Barreto, 2017). Sistemas de saúde fortalecidos com foco integral na saúde – integrados a sistemas de proteção social universais e sensíveis às diferenças dos grupos populacionais – e políticas articuladas referentes a educação, emprego, desenvolvimento local, igualdade de gênero e étnico-racial podem contribuir, e de fato contribuem, para a melhoria do estado de saúde da população (Abramo; Cecchini; Ullmann, 2020).

Para Barata (2009), “o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas”. Corroborando isso, Borde (2015) afirma que investir veementemente em políticas redistributivas é um movimento indispensável, em face da possibilidade de se alcançar um contexto equânime, através da política, da redução de privilégios e da adoção de medidas de austeridade.

Na América Latina, a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades,

dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. Toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social (Barata, 2009).

Dessa forma, como referem Pitombeira e Oliveira (2020), é de grande importância compreender como as desigualdades presentes na organização social de cada sociedade são refletidas no estado de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde existentes; essa imbricação das condições de saúde da população com a questão social revela em que medida o Estado se apresenta (ou não) implicado no enfrentamento dessas questões.

Em relação às iniquidades em saúde, existe uma diferença entre os termos “desigualdades em saúde” e “iniquidades em saúde”, que consiste no sentido de injustiça, atribuído às iniquidades. Essas são imbuídas do senso de injustiça social, pois são passíveis de serem evitadas e ferem os direitos humanos. Nesse sentido, refletem o como são traduzidas as desigualdades existentes e as diferencia em justas ou injustas, sendo que essa tradução varia entre as sociedades humanas (Barreto, 2017).

Segundo a OPAS (2024), a equidade em saúde é um componente fundamental derivado da justiça social que indica a redução de diferenças acentuadas, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas pelas suas circunstâncias sociais, econômicas, demográficas ou geográficas. Assim, a maioria de diferenças no estado e os resultados da saúde entre grupos não são pelas suas diferenças biológicas, e sim pelos processos sociais que criam e recriam as diferenças no acesso à saúde.

A equidade na Saúde é um valor social proclamando como de grande importância nas agendas políticas locais e globais, com muitos desafios a serem superados e que precisam de respostas diferenciadas dos países do continente para a implementação, análise e avaliação das políticas atuais sobre equidade na saúde e etnia e sobre equidade e igualdade de gênero. Só dessa forma, poderá ser alcançada a premissa transversal de “não deixar ninguém para trás” da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável (Arias-Uriona; Losantos; Bedoya, 2023).

Segundo Abramo, Cecchini e Ullmann (2020), existe uma relação entre os eixos da matriz de desigualdade social e as iniquidades em saúde, produzindo experiências e realidades como, por exemplo, o acesso ao consumo de alimentos não saudáveis, condições insalubres de moradia, maiores taxas de morbidade e mortalidade por uma ampla gama de doenças, entre outras, que, por sua vez, incidem na reprodução de pobreza e desigualdade, reduzindo as oportunidades das pessoas na esfera econômica e as possibilidades de trabalho, educação e aquisição ampliada de habilidades.

Dessa forma, a população geral pode sofrer impactos devidos às iniquidades sociais, mas existem grupos de maior vulnerabilidade, como as pessoas privadas de liberdade, a população de rua, os povos indígenas, a população LGBTQ+, os afrodescendentes, entre outros. Isso, somado às interseccionalidades, pode ter uma maior influência nos resultados de saúde. Portanto, a equidade em saúde refere-se a superar as diferenças. Assim, a atenção à saúde não pode ser ofertada de forma homogênea para enfrentar situações heterogêneas, pois deve-se reconhecer as especificidades das populações em situação de vulnerabilidade (Sena; Schutt-Aine; Arenas; Akaba, 2023).

O enfrentamento desse problema requer a participação e a articulação de diversos atores sociais para constituir e salvaguardar sistemas universais de saúde, acessíveis e de qualidade, com atenção à população vulnerabilizada. Faz-se necessária a implementação de políticas públicas efetivas, empenhadas em extinguir ou atenuar ao máximo as disparidades socioeconômicas, de gênero e étnicas que afetam a saúde das pessoas.

Apesar de alguns avanços na luta contra as desigualdades e iniquidades em diversos países, a maioria ainda gera, perpetua e mantém padrões injustos de estruturas e organizações sociais, que acarretam danos materiais e imateriais, inestimáveis para a saúde da população. Transformar a conjuntura das discrepâncias em saúde, requer, sobretudo, debruçar-se sobre o que determina e garante a equidade. Isso significa que se devem assegurar ações e políticas voltadas para todos, priorizando as demandas identificadas nos grupos populacionais mais vulneráveis, sem prejudicar a saúde da população em geral (Barreto, 2017).



As Américas se constituem em uma região que continua com problemas importantes de pobreza e desigualdade social, com 30% da população sem acesso a serviços integrais de saúde por barreiras financeiras, e 21% devido a barreiras geográficas. Portanto, essa falta de acesso universal à saúde e de uma cobertura universal de saúde adequada afeta mais pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade, podendo perpetuar ciclos de pobreza e doença familiar e comunitária. A segmentação dos sistemas de saúde e sistemas ineficientes com acesso deficiente a cuidados de primeiro nível são algumas das dificuldades para alcançar o acesso universal à saúde (OPAS, 2022).

As barreiras de acesso aos serviços de saúde nos diversos países da região enfatizam a importância de fortalecer a gestão dos sistemas de saúde, a regulação, a supervisão e a integração nos diferentes níveis do sistema, além da coordenação e interoperabilidade entre os sistemas de informação (OPS, 2023).

Em 2014, a OPAS (2022) adotou uma estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, a fim de combater as desigualdades na saúde na região e alcançar a saúde e o bem-estar de todos. Dessa forma, ela enfatiza a necessidade de

“...fortalecer ou transformar a organização e gestão dos serviços de saúde através o desenvolvimento de modelos de cuidados centrados nas necessidades das pessoas e comunidades, o aumento da capacidade de resolução de primeiro nível, articulada na Rede Integrada de Serviços de Saúde e baseada na estratégia de cuidados primários de saúde, como elemento-chave para expandir o acesso a serviços abrangentes de qualidade”. (p. 5).

O Foro Regional que discutiu a estratégia em 2015, com representantes de 16 estados-membros concluiu que as transformações necessárias para que os sistemas de saúde expandam o acesso equitativo aos serviços de saúde com qualidade precisam de vontade política e de estratégias estruturais e funcionais em nível nacional, reconhecendo que os avanços podem ser diferentes em cada país em função da diversidade de contextos e das necessidades complexas da população (OPAS, 2022).

Entre as recomendações finais do Foro Regional, foram apontadas: fortalecer o primeiro nível de atenção, ampliando as competências para a promoção da saúde e do bem-estar das comunidades locais, além do cuidado individual; incentivar o trabalho intersetorial, propondo a atuação de equipes comunitárias; expandir o financiamento para além dos problemas de prestação de serviços em forma individual; melhorar a utilização dos sistemas de informação, fortalecendo, inclusive, a telessaúde e a telemedicina para abranger o acesso aos cuidados; e, por último, incentivar a academia a produzir conhecimento, podendo, com isso, encontrar soluções operacionais reais, adaptadas a diferentes realidades, e gerando evidências para apoiar mudanças (OPAS, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada e coordenadora do cuidado nos sistemas de saúde, tem papel importante na garantia do atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Fortalecer políticas de promoção da equidade no acesso aos serviços, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades, é condição primária dos sistemas de saúde. Diversos países têm pautado a APS como estratégia imperativa para a consolidação dos sistemas universais de saúde e como espaço de garantia do direito à saúde e ao acesso aos serviços públicos.

A APS é uma estratégia útil para promover o acesso da comunidade aos serviços de saúde; porém, ainda que reconhecida sua relevância, seu desenvolvimento apresenta variações, dependendo dos sistemas de saúde de cada país. A região enfrenta problemas pós-pandemia da Covid-19 e começa uma era posterior com prioridades que incluem o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados em um enfoque integral da APS. A APS para a saúde universal é um compromisso do pacto 30-30-30, que propõe eliminar as barreiras de acesso em 30% para o ano 2030. Para isso, é necessário compreender as barreiras que enfrentam os grupos em situação de maior vulnerabilidade. (OPS, 2023).

Almeida *et al.* (2024) realizaram uma análise comparativa da implementação da APS em nove países de América do Sul (Argentina,

Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai), baseada no Marco Operativo para a APS proposto pela OMS e a UNICEF em 2022. Entre os principais achados, os autores destacam processos de revitalização da APS caracterizados pela garantia de ações preventivas, promocionais, de cura e reabilitação; a abordagem familiar e comunitária; o cuidado por equipes multiprofissionais; a territorialização dos serviços de APS com a população adscrita pelas equipes de saúde; ações e serviços de saúde ofertados segundo um pacote predefinido de intervenções e procedimentos; e a presença de ações que promovem a intersetorialidade.

Os autores também destacam os desafios a ser enfrentados relativos à persistência das iniquidades no acesso e à cobertura em saúde, tais como: a segmentação dos serviços de saúde para grupos populacionais segregados por linhas de atenção e ciclos de vida; a falta de coordenação entre os níveis de atenção; as fragilidades e limitações na constituição de Redes Integradas de Serviços de Saúde; sistemas de informação sem integração; e oferta insuficiente de profissionais da saúde, em especial da categoria médica (Almeida *et al.*, 2024).

Embora tenha ocorrido uma expansão do acesso, principalmente aos serviços básicos de saúde, houve também um importante crescimento de seguros privados em todo o continente latino-americano, nos quais as condições de acesso a cuidados de saúde de determinados níveis de qualidade dependem em grande parte da situação do indivíduo no mercado de trabalho (formal ou informal) e, mais geralmente, da sua renda (Conill, 2018).

A arquitetura específica da cobertura de saúde varia amplamente entre os países da América Latina. Com exceção do Brasil, Costa Rica e Cuba, outros países (Colômbia, República Dominicana, México, Peru, Argentina, Equador, El Salvador, Honduras, Paraguai, Chile, Uruguai) vinculam, em maior ou menor grau, a cobertura de seguro dos indivíduos à sua situação no mercado de trabalho, como é tradicional nos sistemas bismarckianos, havendo, ainda, diferenças substanciais entre os países na forma como os seus sistemas de saúde tratam os seus inscritos contributivos e não contributivos (Bancalari *et al.*, 2023).

O Brasil desenvolveu, de fato, um sistema público de saúde universal e fundamentado na Constituição Federal. O Sistema Único de Saúde (SUS) é admirado em todo o mundo, sendo considerado um modelo de referência para muitos países, pois, mesmo o Brasil sendo uma nação extremamente desigual e que enfrenta diversos desafios econômicos, o SUS evidencia múltiplos ganhos e assegura muitos benefícios para a saúde da população (De Paula *et al*, 2018).

Em relação aos países latino-americanos, as principais limitações da APS parecem surgir das reformas neoestruturais dos sistemas de saúde baseadas no modelo neoliberal. Neles, são privilegiadas as economias de mercado, priorizando os cuidados de saúde a partir de uma abordagem curativa, focada na medicina especializada, que inclui tecnologias de alto custo e alta rentabilidade econômica para os prestadores de saúde. No que diz respeito ao fortalecimento das políticas públicas, é importante o compromisso do Estado como principal formulador, financiador e promotor da integralidade na prestação de serviços de saúde na APS, retornando assim aos princípios de Alma Atta, marcados principalmente pela proteção e acesso das populações vulneráveis (Rojas-Torres; Gil-Herrera, 2021).

Para que sejam superadas as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde na ALC, faz-se necessário um compromisso ético e político daqueles que governam com a preservação dos direitos sociais alcançados, além de políticas sociais públicas emancipatórias e de um sistema de saúde universal, comprometido em reduzir as barreiras, tendo a APS como estratégia fundamental de acesso ao sistema.

## Referências

- ABRAMO, L.; CECCHINI, S.; ULLMANN, H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 25 n. 5, p. 1587-1598, 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 29, n. 7, e03792024, 2024. doi: 10.1590/1413-81232024297.03792024
- ARCAYA, M. C.; ALYSSA, L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Global Health Action**, v. 8, n. 1, 2015. Recuperado de <https://www>

tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v8.27106

- ARIAS-URIONA, A. M.; LOSANTOS, M.; BEDOYA, P. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 47, e133, 2023. doi: 10.26633/RPSP.2023.133
- BANCALARI, A. *et al.* Health Systems and Health Inequalities in Latin America. Inter-American Development Bank. **IDB Working Paper Series**, 1533, 2023. Recuperado de <https://publications.iadb.org/en/health-systems-and-health-inequalities-latin-america>
- BANCO INTERAMERICANO DO DESENVOLVIMENTO - BID. Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe. **Hoja informativa**, 2024. Recuperado de <https://www.iadb.org/es/noticias/las-complejidades-de-la-desigualdad-en-america-latina-y-el-caribe#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20es%20la,desarrollados%20en%20la%20OCDE%20es%20de%204%20veces.>
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [on-line]. (Temas em Saúde collection). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/livro/como-e-por-que-desigualdades-sociais-fazem-mal-saude>
- BÁRCENA, A. Prólogo. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. **Naciones Unidas, CEPAL**, p. 7-8, 2016. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c52907b3-a3dc-4866-8f4c-c19491c2b83a/content>
- BARRETO, M. L. Health inequalities: A global perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017. doi: /10.1590/1413-81232017227.02742017
- BOURDIEU, P.; EAGLETON, T. “Doxa y vida cotidiana: Una entrevista” **En Ideología: un mapa de la cuestión**, compilado por Žižek, Slavoj, p. 295–308, 2003. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. DE S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841–854, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- BUSQUIER, L. ¿Interseccionalidad en América Latina y el Caribe? La experiencia de la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora desde 1992 hasta la actualidad. **Con X**, v. 4, p. e023, 2018. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/329632178\\_Interseccionalidad\\_en\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe](https://www.researchgate.net/publication/329632178_Interseccionalidad_en_America_Latina_y_el_Caribe)
- CASTILLO, M.; SANDOVAL, I.; FRÍAS, C. Percepción y legitimación frente a las desigualdades socioecológicas en Chile contemporáneo. **Latin American Research Review**, v. 55, n. 4, p. 648 – 661, 2022. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/latin-american-research-review/article/percepcion-y-legitimacion-frente-a-las-desigualdades-socioecologicas-en-chile-contemporaneo/9754174531B167FBDBC443F7900AD30B>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. CEPALSTAT. **Portal de desigualdades en América Latina**, 2024. Recuperado de <https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/index.html?lang=es>

- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. **Naciones Unidas, CEPAL.** 96 p., 2016. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c52907b3-a3dc-4866-8f4c-c19491c2b83a/content>
- CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2018. doi: 10.5020/18061230.2018.8779
- DE PAULA, J. B.; IBIAPINA, F. L. P.; MOSSÉ, P. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-3, 2018. doi: 10.5020/18061230.2018.8783
- DÍAZ, L. M. Instituciones del Estado y producción y reproducción de la desigualdad en América Latina. In: CIMADAMORE, A. D.; CATTANI, A. D. (comps.). **Producción de pobreza y desigualdad en América Latina**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores/CLACSO, 2008. Recuperado de <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/cattani/06mota.pdf>
- FRISANCHO, V.; VERA-COSSÍO, D. Más que dinero. Brechas de género, raza y etnicidad. In: BUSSO, M.; MESSINA, J. (editores). **La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada**. Banco Interamericano de Desarrollo, p. 101-132, 2020.
- JELIN, E. Repensar las desigualdades, múltiples y entrelazadas. In: NORA GOREN, N.; BONELLI, J. M. **Desigualdades en el siglo XXI : aportes para la reflexión en clave latinoamericana**. José C. Paz: Edunpaz. 1. ed. p. 39-56, 2023.
- MOLINA, E. C. ¿Cuánto es demasiado? heterogeneidades sobre la desigualdad social en América Latina. In: Derteano, P. M., Molina, E. C. (orgs.). **Diversidad en la desigualdad: debates teóricos y exploraciones empíricas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA, 1.ed. p. 33-63, 2022.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Equidad en Salud**. 2024. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal**. Washington, D.C.: OPS, 2022. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones**. Washington, D.C.: OPS, 2023. Recuperado de <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.
- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva [on-line]**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020255.33972019
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD. Atrapados: Alta desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe. **Informe Regional de Desarrollo Humano**, 2021. Recuperado de <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/informe-regional-de-desarrollo-humano-atrapados-alta-desigualdad-y-bajo-crecimiento-en-america-latina-y-el-caribe>

- RELATÓRIO DO OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA FISCAL DO INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2023. Recuperado de <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/>.
- RESURRECCIÓN, L. S. La «discriminación múltiple». Formación del concepto y bases constitucionales para su aplicación en el Perú. **Pensamiento Constitucional**, 20, p. 311-334, 2015. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/14895/15435>
- REYGADAS, L. Las redes de la desigualdad: Un enfoque multidimensional. **Política y Cultura**, n. 22, p. 7-25, 2004. Recuperado de <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/944>
- ROBERTI, E. La persistencia de las desigualdades en América Latina: desafíos para el siglo XXI. entrevista al antropólogo Luis Reygadas. **Sociohistórica**, n. 46, 2020. Recuperado de <https://www.sociohistorica.fahce.unlp.edu.ar/article/view/SHe115/12611>
- ROJAS-TORRES, I. L.; GIL-HERRERA, R. J. Primary Health Care strategies in five Latin American Countries. AVFT. **Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica**, v. 40, n. 7, 2021. Recuperado de [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/26085](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/26085)
- SENA, A.G.N.; SCHUTT-AINE, J.; ARENAS, J.; AKABA, S. Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. **Rev Panam Salud Publica**. n. 47, e42, 2023. doi: [doi.org/10.26633/RPSP.2023.42](https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.42)
- SKOU, S. T. *et al.* Multimorbidity. **Nat Rev Dis Primers**, v. 8, n. 48, 2022. doi: [10.1038/s41572-022-00376-4](https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4)
- STEINMETZ, K. She Coined the Term ‘Intersectionality’ Over 30 Years Ago. Here’s What It Means to Her Today. **Time**, 2020. Recuperado de <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- VIGOYA, M. V. **Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute. 1. ed. 164p., 2023.
- VIGOYA, M. V. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debate Feminista**, 52, p. 1-17, 2016. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>





# CAPÍTULO 1

## DESIGUALDADES SOCIALES E INEQUIDADES EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Carla Pacheco Teixeira  
Adriana Medeiros Braga  
Diana Paola Gutiérrez Diaz de Azevedo

En el subcontinente latinoamericano, Brasil, desde el punto de vista económico-productivo, es el principal país y ocupa una posición destacada en el continente. Sin embargo, comparte con los demás países la condición de nación dependiente y periférica en la división social del trabajo a nivel mundial, con un origen histórico colonial proveedor de recursos básicos y sometido a la explotación colonialista. Uno de los trascendentales indicadores de esta condición subalterna es su situación de salud y sus indicadores sociales. La salud de un pueblo es el resultado de sus condiciones socioeconómicas y de las formas de distribución de la riqueza material generada por dicho pueblo. La distribución de esta riqueza es desigual en las sociedades capitalistas de mercado, ya que quienes producen la riqueza material detentan su posesión. Esta condición es determinante en las sociedades de clase.

La desigualdad social en América Latina y el Caribe (ALC) es un problema estructural y multidimensional en la región, marcado por una dinámica persistente de generación y reproducción de desigualdades y

pobreza. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2024), es la región más desigual del mundo, donde el 10% más rico de la población tiene un ingreso promedio 12 veces superior al del 10% más pobre, mientras que en los países desarrollados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esta diferencia es de 4 veces. Además, uno de cada cinco habitantes de ALC es clasificado como pobre.

El acceso a la salud de calidad y la calidad de vida en general son el resultado de la estructura y organización de la producción y reproducción material de las condiciones de existencia, de las formas y distribuciones de la riqueza socialmente construida, y de la cantidad y calidad de los recursos que se distribuyen entre las diversas capas de la población. Esta cantidad de recursos es socialmente desigual, concentrándose en las capas más altas y escaseando en las inferiores. Esa condición esencial expresa, que la economía de mercado es fuertemente concentradora de renta y de acceso a recursos, incluyendo el acceso a la salud de calidad.

La renta de la población más rica de Brasil ha crecido en los últimos años, según el Observatorio de Política Fiscal del Instituto Brasileño de Economía de la Fundación Getulio Vargas, FGV/IBRE (2023), hasta tres veces más que los ingresos de la parte más pobre de la población. Esto ha profundizado las desigualdades y ampliado las distancias sociales entre ricos y pobres. La gran burguesía, las capas de ingresos más elevados, que representan el 0,01% de la población brasileña, con aproximadamente 15 mil personas, tuvo un crecimiento consistente del 95% en sus ganancias, casi duplicando su renta media entre 2017 y 2022.

Definir “Desigualdad” implica adentrarse en un terreno teóricamente complejo. Existen muchas y contradictorias definiciones de desigualdad, dependiendo de si son visiones críticas o conformistas. En la literatura económica y social, el concepto de desigualdad ha estado frecuentemente ligado a los ingresos de las personas y de las naciones, así como a su concentración y distribución en los estratos poblacionales, caracterizando el desarrollo entre naciones y regiones y siendo una de las causas principales de la pobreza. Sin embargo, en estudios de América Latina, se ha demostrado progresivamente

que la igualdad o desigualdad de los ingresos permanecen inalteradas en décadas sucesivas de recesión y de elevada recuperación económica. Esto revela que no es necesariamente la tasa de crecimiento económico la que determina el aumento o disminución de la desigualdad, por lo que es necesario considerar otros factores para explicar la estructura distributiva (Díaz, 2008). Todas las sociedades de mercado crecen, aumentando las desigualdades, ya que es intrínseco al capitalismo ampliar las diferencias socioeconómicas entre las clases en cualquier circunstancia, ya sea en fases de crecimiento o en fases de crisis de sus ciclos económicos.

Reygadas (2004) propone un marco multidimensional para el estudio de la desigualdad, revisando las tres principales perspectivas que explican este fenómeno, pero que presentan limitaciones. De esta forma, las desigualdades no son resultado de una única causa, como explican las teorías individualistas que enfatizan la distribución de capacidades y recursos entre los individuos, las teorías interaccionistas que enfatizan patrones de relaciones e intercambios desiguales, y las teorías holísticas que se concentran en las características asimétricas de las estructuras sociales.

Igualmente, como refiere Díaz (2008), durante muchos años, la investigación sobre desigualdades se centró en la cuantificación y descripción, enfatizando principalmente los análisis económicos. Sin embargo, se reafirma cada vez más la necesidad de investigaciones que puedan dar respuestas, comprendiendo los factores que contribuyen a la reproducción de este fenómeno.

En el enfoque multidimensional, la desigualdad es un fenómeno complejo, existen varios tipos de desigualdades y en ellas intervienen diferentes tipos de factores. Así, las desigualdades tienen que ver con las relaciones socioeconómicas en diferentes niveles, y están relacionadas con la distribución de recursos y posibilidades. Por eso, el combate a la desigualdad debe articular acciones en las áreas económica, política y social. Según Reygadas (2004)

En el aspecto microsocioal, desarrollar las capacidades de los sectores históricamente excluidos y explotados, para que puedan competir en igualdad de condiciones; en el nivel intermedio, eliminar los

mecanismos de discriminación y todos los dispositivos institucionales que han favorecido sistemáticamente a determinados grupos en detrimento de otros, así como promover medidas temporales de acción afirmativa; y, en el nivel macrosocial, transformar las estructuras de cargos y los mecanismos más amplios de distribución de cargas y beneficios. Si la desigualdad tiene muchas caras, muchos límites y muchas dimensiones, la búsqueda de la igualdad también es multifacética y debe desarrollarse a través de diversas vías (p.25)

En cuanto dimensional, persisten múltiples desigualdades que completan el cuadro de la desigualdad en América Latina y el Caribe (ALC) y que van más allá de los ingresos, como las disparidades de género en la participación laboral y en las horas de trabajo no remunerado, la discriminación y violencia hacia las personas LGBTQIA+, y las minorías étnicas que continúan sin ser reconocidas como agentes económicos y políticos activos en el acceso a servicios básicos, incluyendo salud y educación, entre otras. Estas desigualdades contribuyen tanto a la desigualdad en los ingresos como a la baja productividad y al bajo crecimiento económico, fenómenos que interactúan y se apoyan mutuamente en un círculo vicioso que impide a la región progresar en un desarrollo humano más avanzado para todos (PNUD, 2021).

El modelo liberal, implementado mayoritariamente en América Latina, no está orientado a generar condiciones de desarrollo equitativo e inclusivo y se basa en la lógica del lucro, contribuyendo al aumento de las desigualdades entre ricos y pobres, con importantes costos sociales que mantienen la concentración de la renta entre los países y dentro de ellos (Díaz, 2008). En este sentido, como afirma Molina (2022), en el modo de producción capitalista intensidad y ritmo, son diversos entre los países de América Latina e incluso dentro de ellos, existe una desigualdad estructural que impacta en los patrones de distribución de la renta y en las condiciones de bienestar de las personas.

Las desigualdades del colonialismo y del sistema capitalista, como afirman Breihl (2003) y Borde *et al.* (2015), se fundamentan en la acumulación de riquezas, la distribución desigual de recursos y la organización social en capas jerárquicas. Estas se basan en relaciones socioeconómicas, de clase y de poder,

dominación y explotación, cuyo distanciamiento entre los estratos sociales determina no solo el estatus social, sino también realidades discrepantes, la prerrogativa de privilegios y oportunidades de acceso a recursos materiales, bienes y servicios, y la garantía de derechos para las clases dominantes, en detrimento de quienes se encuentran en la base. Establecer proyectos y políticas públicas para promover transformaciones sociales puede ejercer una fuerte influencia en la determinación de la dinámica social, además de que la acción pasiva o activa de las clases, géneros y etnias “dominadas” frente a las disparidades materiales o relaciones inmateriales, es determinante para la “emancipación” y la reducción de las desigualdades.

Retomando a Reygadas (Roberti, 2020), la importancia de comprender el pasado colonial es que este establece una matriz social en todos los países latinoamericanos, donde existe una minoría, en general, de origen europeo con ingresos elevados, que se formó en la colonia pero luego se reprodujo en los últimos doscientos años, mientras que los sectores indígenas, negros y afrodescendientes no tienen las mismas oportunidades frente a la concentración de renta y de tierras, y la forma en que se constituye el Estado. Por ello, la clave para entender cuáles países es más o menos desiguales está en su estructura socioeconómica y política, de la cual resultan las políticas de reducción de la desigualdad.

En América Latina, las reformas políticas deberían enfocarse prioritariamente en la reducción de las desigualdades estructurales entre niveles de ingresos, grupos socioeconómicos y clases sociales, familias y personas, y no solo en aquellas presentes en los distintos grupos con una identidad común definida o construida (por origen cultural, género, etnicidad, religión), las cuales, como características, están arraigadas en la historia, en las normas sociales y se entrelazan entre sí, además de determinar de manera injusta el acceso a los recursos y a las oportunidades económicas. Las políticas focalizadas en las desigualdades verticales no logran cerrar las brechas basadas en la identidad de grupo (Frisancho; Vera-Cossío, 2021).

En el análisis de las dimensiones de las desigualdades, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2016) presenta un documento

sobre la “Matriz de la desigualdad social en América Latina”, que aborda algunos de los ejes estructurantes de la profunda y persistente desigualdad social que caracteriza a la región. La comprensión de este fenómeno de gran complejidad, con sus causas, sus características y sus mecanismos de reproducción y permanencia en el tiempo, puede contribuir al avance hacia el desarrollo sostenible y al cumplimiento de los objetivos definidos en la Agenda 2030.

Según la CEPAL (2024), una de las causas de la desigualdad socioeconómica es la ausencia de condiciones de igualdad y oportunidad de acceso y ejercicio de derechos para personas y grupos de personas en diferentes áreas. Esto puede referirse a medios como la propiedad, el patrimonio, los ingresos y la riqueza, a oportunidades como la ausencia de discriminación, al acceso a las posibilidades relacionadas con la rigidez de la jerarquía estructural de clases, lo que se refleja en las dificultades de acceso a los conocimientos y competencias necesarias, y a la participación en las decisiones y en las instituciones sociales y públicas.

La matriz de la desigualdad social en América Latina está fuertemente condicionada por su matriz productiva, caracterizada por una alta heterogeneidad estructural y con una estructura de clases sociales como el determinante principal. Este eje se entrecruza, potencia y encadena con otros ejes estructurantes, como las desigualdades de género, las étnico-raciales, las relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas y las territoriales, explicando la reproducción de las brechas identificadas en ámbitos de desarrollo social, el nivel de ingresos y el acceso a educación, salud, empleo, protección social, espacios de participación, entre otros. A su vez, la confluencia de las múltiples desigualdades y discriminaciones caracteriza a los “núcleos duros” de la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social (Bárcena, 2016).

Lo que confiere a cada uno de estos ejes el carácter estructurante en la configuración de las desigualdades sociales es su peso constitutivo y determinante en el proceso de producción y reproducción de las relaciones sociales y la experiencia de las personas, o su impacto en la magnitud y reproducción de desigualdades en diferentes áreas del desarrollo y ejercicio de

derechos. Cada eje tiene raíces históricas y sociales y se manifiesta de maneras diversas a través de varios mecanismos (CEPAL, 2016).

Un aspecto importante de la desigualdad social en América Latina y el Caribe es la rigidez socioeconómica de la estructura de clases, que se perpetúa mediante la transmisión intergeneracional de oportunidades. La estructura social tiende a reproducirse a través de una estructura (diferencial) de posibilidades y una enorme disparidad en los resultados; esto limita la movilidad social, especialmente para los estratos sociales más bajos; limita la integración social al generar experiencias de vida y expectativas sociales divergentes y acentúa la “cultura del privilegio”, entendida como un conjunto de normas, valores y mecanismos institucionales a través de los cuales se legitiman y preservan las desigualdades sociales. Esto ocurre cuando las oportunidades presentadas a las personas para mejorar su situación socioeconómica son marcadamente desiguales y cuando aquellos que están en la cima de la distribución de ingresos han alcanzado ese lugar a partir de posiciones heredadas y respaldadas (Bárcena; Prado, 2016 citado por CEPAL, 2016).

De esta manera, hablar de desigualdades también implica comprender cómo las personas perciben la desigualdad y cuánto de esa desigualdad percibida se considera legítima o ilegítima, entendiéndola como el acceso sistemáticamente diferenciado a recursos socialmente valorados por sujetos o grupos sociales, basados en determinadas características históricas y socialmente determinadas. La sedimentación de estas experiencias diarias, marcadas por las diferentes posiciones socioeconómicas en las que los grupos y sujetos están insertos, moldea los ideales normativos provenientes de las narrativas sociales dominantes sobre igualdad-desigualdad y construye marcos de significado para la autoconciencia de su condición socioeconómica real para la acción social concreta (Castillo; Sandoval; Frías, 2022).

En las sociedades latinoamericanas, el proceso de percepción y aceptación de las desigualdades está marcado por los diferenciales ideológicos persistentes en la distribución de ingresos y patrimonio, en sus aspectos económico, social, simbólico y cultural, que delimitan posiciones en el espacio

social y que, a su vez, influyen directamente en la posibilidad de producir, interpretar y modificar significados en ese sentido (Bourdieu; Eagleton, 2003).

Para avanzar en la reducción de las desigualdades sociales, no es suficiente con modificar las infraestructuras socioeconómicas y sus correspondientes regulaciones formales, es decir, del Estado y de las relaciones sociales. Debe observarse el papel central de la ideología y de la cultura, tanto a nivel de los individuos como de los grupos sociales, así como de las instituciones, ya que las múltiples disparidades dificultan la comprensión del complejo de las relaciones sociales y las discriminaciones que tienen su origen en las desigualdades. Estas discriminaciones se basan en estereotipos que priorizan y descalifican a determinados grupos sociales en función de su sexo, etnia, raza o color de piel, orientación sexual, situación socioeconómica u otra condición, y están presentes en diversas áreas de la vida social, reproduciéndose constantemente (CEPAL, 2016).

A nivel infraestructural, las clases sociales se convierten en el centro de comprensión de la dinámica, en mecanismos de producción y reproducción de las desigualdades. Además, es relevante entender la relación entre las estructuras de clase y las diferenciaciones y categorizaciones sociales basadas en diversas dimensiones culturales y sociales como etnia, raza, género, edad, nacionalidad, religión, lengua y otras características sociales distintivas (Jelin, 2023).

Abordando críticamente Jelin (2023), el aspecto multidimensional de las desigualdades y categorizaciones sociales se aborda a través de la noción de “interseccionalidad”. Este concepto se refiere a la intersección de las opresiones relacionadas, por ejemplo, con género, etnia y clase, que se afectan mutuamente y expresan relaciones de poder. Un análisis interseccional, basado en la estructura de clases sociales, permite comprender los efectos de las estructuras de desigualdad social como experiencias singulares e individuales, así como abarca la correlación de los sistemas de poder que producen y mantienen las desigualdades (Vigoya, 2023).

El propio concepto de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por la abogada afroamericana Kimberlé Crenshaw para describir cómo las



identidades sociales de las personas pueden superponerse. Después de 30 años, la autora definió este concepto como:

Básicamente una lente, un prisma, para ver cómo varias formas de desigualdad a menudo operan juntas y se exacerban. Tendemos a hablar sobre la desigualdad racial como separada de la desigualdad basada en género, clase, sexualidad o estatus de inmigrante. Lo que a menudo falta es cómo algunas personas están sometidas a todo esto, y la experiencia no es solo la suma de sus partes (Steinmetz, 2020).

Según Vigoya (2016), en contextos como el latinoamericano, el concepto de interseccionalidad comenzó a difundirse en el ámbito académico solo en 2008. La autora señala que la variedad de formulaciones utilizadas para describir las relaciones entre género, raza y clase revela las dificultades para abordarlas. Mientras algunos se refieren a género, raza y clase como sistemas que se cruzan, otros los entienden como categorías análogas o como bases múltiples de opresión, como ejes distintos o ejes concéntricos.

Busquier (2018) menciona que una de las formas en que la interseccionalidad se convirtió en una de las propuestas teóricas y políticas en América Latina y el Caribe fue la preocupación por diferenciarse de los postulados teóricos de carácter occidental, eurocéntrico y colonial, y por contemplar las especificidades del contexto latinoamericano y la región del Caribe entendida como un espacio colonizado, no solo en términos políticos y económicos, sino también en términos teóricos e ideológicos, lo que también se ha expresado como “pensamiento decolonial” o como “giro epistémico decolonial”.

Arias-Uriona, Losantos y Bedoya (2023) realizaron un análisis intercategórico interseccional que incluyó datos de 58,790 personas de entre 16 y 65 años, de 14 países del continente americano, durante el período entre 1990 y 2022. Como resultado principal, los grupos que presentaron el mayor riesgo medio de autopercepción de salud deficiente fueron aquellos que continúan sufriendo discriminación, como mujeres, personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios o pueblos indígenas, y aquellos con bajo nivel educativo;

desigualdades que persistieron en el continente, independientemente del nivel de ingreso de los países, resultados que convergen con otras evidencias.

Estos autores destacan la importancia del análisis interseccional en estudios poblacionales para el mapeo de las desigualdades en salud, avanzando desde el análisis de una dimensión social a la comprensión de cómo la experiencia de salud se configura en la intersección de dos o más ejes de opresión. De esta manera, la interseccionalidad como herramienta analítica puede contribuir a una mejor comprensión de los sistemas que reproducen la desigualdad en la salud, como el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo, entre otros (Arias-Uriona; Losantos; Bedoya, 2023).

Para Resurrección (2015), abordar el problema de la discriminación de manera unidimensional no reconoce la complejidad de la realidad, donde la discriminación no afecta a los grupos sociales de manera homogénea, existiendo grupos dentro de grupos, minorías dentro de minorías, que pueden estar más o menos expuestos a la violación de sus derechos debido a la presencia combinada de más de un factor de riesgo. Por lo tanto, los estudios relacionados y las políticas públicas deben abordar el concepto de discriminación múltiple, entendiendo que las personas pueden pertenecer simultáneamente a varios grupos desfavorecidos, experimentando así formas agravadas y específicas de discriminación.

## **Desigualdades en salud e inequidades en salud**

Las desigualdades en salud están directamente relacionadas con las desigualdades sociales, como las étnico-raciales, de género, de creencias, regionales, económicas, entre otras. En general, el término se utiliza para indicar diferencias contrastantes en las condiciones de salud de ciertos grupos dentro de una población, en función de sus características sociales. Según Barreto (2017), el concepto de desigualdades se refiere a las distintas condiciones de salud de las personas o al acceso a los servicios, cuidados y niveles de atención en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, el problema de las disparidades en salud es universal, independientemente de los recursos y del

grado de desarrollo de los países; todos presentan situaciones de salud distintas para determinados grupos poblacionales. A nivel mundial, las desigualdades se evidencian desde la perspectiva de cada país y en comparación con otros países, por lo que se conceptualiza como desigualdad global. Es importante destacar que cada nación y sus grupos sociales tienen diferentes entendimientos político-ideológicos sobre la relevancia y asociación de factores sociales en la determinación de la salud (Arcaya *et al.*, 2015; Barreto, 2017).

Se sabe que la pobreza está directamente relacionada con peores condiciones de salud. Un estudio de Skou *et al.* (2022) demostró los efectos de la pobreza en la ocurrencia de multimorbilidad (dos o más condiciones de salud coexistentes). Los resultados de esta investigación evidenciaron que los individuos en situación de vulnerabilidad socioeconómica experimentan multimorbilidad 10 años antes en comparación con los grupos socioeconómicamente más favorecidos.

La tendencia al aumento de la pobreza, la pobreza extrema, el desempleo y las desigualdades en los ingresos, con una expresión significativa en ciertas poblaciones como afrodescendientes, personas que viven en áreas rurales, poblaciones indígenas, entre otras, debería constituirse en una preocupación desde la perspectiva de las desigualdades en salud. Estos factores tienden a disminuir, directa o indirectamente, los indicadores de salud, expandir las disparidades en salud y contribuir a propagar el círculo vicioso de mal estado de salud, pobreza y desigualdad (Abramo; Cecchini; Ullmann, 2020).

No es casualidad que los países pobres presenten condiciones de salud siempre peores en comparación con los países ricos. De la misma manera, en un país, ya sea rico o pobre, las regiones menos prósperas, las poblaciones de los estratos más bajos o pertenecientes a grupos étnicos marginados, consistentemente, siempre presentan peores condiciones de salud (Barreto, 2017, p. 2100).

Las desigualdades tienen un impacto significativo en las condiciones de salud, generando condiciones desiguales, expresadas por el acceso asimétrico a los recursos del sistema de salud y a la calidad de vida, ampliando el riesgo de enfermedades evitables y agravando diversos problemas de salud.

De esta manera, las disparidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud son una de las manifestaciones de las desigualdades; por lo tanto, garantizar el derecho a la salud y reducir las distancias sociales en estos ámbitos contribuye a la disminución de la desigualdad. A pesar de que las políticas sociales se consideran universales, la herencia histórica de las restricciones y la privación de derechos de determinados grupos sociales, discriminados y víctimas, como pobres, negros, población LGBTQIA+, mujeres, indígenas, ancianos y otros, ha dejado marcas que se reflejan permanentemente en sus condiciones de salud. La vulnerabilidad social de estos grupos está relacionada con diversos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y condiciones de salud físicas y mentales, transitorias o permanentes.

Así, surge la necesidad de formular políticas de salud estratégicamente planeadas y orientadas a la disminución de las desigualdades, la reducción y prevención de vulnerabilidades y restricciones, enfocadas en el fortalecimiento de acciones y cuidados para la promoción del bienestar, prácticas equitativas, asistencia integral y garantía de protección social que sean de hecho universales y sensibles a las diferencias (Barreto, 2017). Sistemas de salud fortalecidos con un enfoque integral de la salud, integrados a sistemas de protección social universales y sensibles a las diferencias de los grupos poblacionales, además de la promoción de políticas articuladas en educación, empleo, desarrollo local, igualdad de género y étnico-racial, pueden contribuir, y de hecho contribuyen, al estado de salud de la población (Abramo; Cecchini; Ullmann, 2020).

Para Barata (2009), “el enfrentamiento de las desigualdades sociales en salud depende de políticas públicas capaces de modificar los determinantes sociales, mejorar la distribución de los beneficios o mitigar los efectos de la distribución desigual de poder y propiedad en las sociedades modernas”. Corroborando esto, Borde (2015) afirma que invertir vehementemente en políticas redistributivas surge como un movimiento indispensable, frente a las posibilidades de alcanzar un contexto equitativo a través de la política, la reducción de privilegios y la adopción de medidas de austeridad.

En América Latina, la discusión sobre las desigualdades sociales se ha llevado a cabo principalmente a la luz de la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Esta teoría analiza la constitución del propio sistema capitalista de producción y sus formas particulares de expresión en las diferentes sociedades, dando mayor énfasis a los mecanismos de acumulación de capital y a la distribución de poder, prestigio y bienes materiales derivados de ellos. Toda enfermedad y su distribución poblacional son productos de la organización social (Barata, 2009).

De esta manera, como señalan Pitombeira y Oliveira (2020), es de gran importancia comprender cómo las desigualdades presentes en la organización social de cada sociedad se reflejan en el estado de salud de la población y en el acceso a los servicios de salud existentes. Esta interrelación entre las condiciones de salud de la población y la cuestión social revela en qué medida el Estado se presenta (o no) implicado en el enfrentamiento de estas cuestiones.

En cuanto a las inequidades en salud, existe una diferencia entre los términos “desigualdades en salud” e “inequidades en salud”, que consiste en el sentido de injusticia atribuido a las inequidades. Estas están imbuidas del sentido de injusticia social, ya que son evitables y violan los derechos humanos. En este sentido, reflejan cómo se traducen las desigualdades existentes y las diferencian en justas o injustas, siendo esta traducción variable entre las sociedades humanas (Barreto, 2017).

Según la OPAS (2024), la equidad en salud es un componente fundamental derivado de la justicia social que indica la reducción de diferencias acentuadas, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Así, la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no se deben a sus diferencias biológicas, sino a los procesos sociales que crean y recrean las diferencias en el acceso a la salud.

La equidad en la salud es un valor social proclamado como de gran importancia en las agendas políticas locales y globales, con muchos desafíos que deben superarse y que requieren respuestas diferenciadas por parte de

los países del continente para la implementación, análisis y evaluación de las políticas actuales sobre equidad en salud y etnicidad, así como sobre equidad e igualdad de género. Solo de esta manera se podrá alcanzar la premisa transversal de “no dejar a nadie atrás” de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (Arias-Uriona; Losantos; Bedoya, 2023).

Según Abramo, Cecchini y Ullmann (2020), existe una relación entre los ejes de la matriz de desigualdad social y las inequidades en salud, produciendo experiencias y realidades como, por ejemplo, el acceso al consumo de alimentos no saludables, condiciones insalubres de vivienda, mayores tasas de morbilidad y mortalidad por una amplia gama de enfermedades, entre otras. Esto, a su vez, incide en la reproducción de pobreza y desigualdad, reduciendo las oportunidades de las personas en la esfera económica y sus posibilidades de trabajo, educación y adquisición ampliada de habilidades.

De esta manera, la población general puede verse afectada por las inequidades sociales, pero existen grupos de mayor vulnerabilidad, como las personas privadas de libertad, la población sin hogar, los pueblos indígenas, la población LGBTQ+, los afrodescendientes, entre otros, que, sumados a las interseccionalidades, pueden tener una mayor influencia en los resultados de salud. Por lo tanto, la equidad en salud se refiere a superar las diferencias, donde la atención sanitaria no puede ofrecerse de manera homogénea para enfrentar situaciones heterogéneas, reconociendo las especificidades de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (Sena *et al.*, 2023).

Enfrentar este problema requiere la participación y articulación de actores sociales para constituir y salvaguardar sistemas universales de salud, accesibles y de calidad, con atención a la población vulnerabilizada. Es necesaria la implementación de políticas públicas efectivas, comprometidas en extinguir o atenuar al máximo las disparidades socioeconómicas, de género y étnicas que afectan la salud de las personas.

A pesar de algunos avances en la lucha contra las desigualdades e inequidades en diversos países, la mayoría aún genera, perpetúa y mantiene patrones injustos de estructuras y organizaciones sociales, que causan

daños materiales e inmateriales, inestimables para la salud de la población. Transformar la situación de las discrepancias en salud requiere, sobre todo, enfocarse en lo que determina y garantizar la equidad. Esto significa que se deben asegurar acciones y políticas dirigidas a todos, priorizando las demandas identificadas en los grupos poblacionales más vulnerables, sin perjudicar la salud de la población en general (Barreto, 2017).

Las Américas es una región que sigue enfrentando importantes problemas de pobreza y desigualdad social, con un 30% de la población sin acceso a servicios integrales de salud debido a barreras financieras y un 21% por barreras geográficas. Por lo tanto, esta falta de acceso universal a la salud y de una cobertura universal adecuada afecta más a las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, pudiendo perpetuar ciclos de pobreza y enfermedad familiar y comunitaria. La segmentación de los sistemas de salud y los sistemas ineficientes con acceso deficiente a cuidados de primer nivel son algunas de las dificultades para alcanzar el acceso universal a la salud (OPAS, 2022).

Las barreras de acceso a los servicios de salud en los diversos países de la región subrayan la importancia de fortalecer la gestión de los sistemas de salud, la regulación, supervisión e integración en los diferentes niveles del sistema, así como la coordinación e interoperabilidad entre los sistemas de información (OPS, 2023).

En 2014, la OPAS (2022) adoptó la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con el fin de combatir las desigualdades en salud en la región y alcanzar la salud y el bienestar de todos. De esta manera, enfatiza la necesidad de

Fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y comunidades, el aumento de la capacidad de resolución en primer nivel, articulada en la Red Integrada de Servicios de Salud y basada en la estrategia de atención primaria de salud, como elemento clave para expandir el acceso a servicios integrales de calidad (p. 5).

El Foro Regional que discutió la estrategia en 2015 con representantes de 16 Estados Miembros concluyó que las transformaciones necesarias para que los sistemas de salud amplíen el acceso equitativo a servicios de salud de calidad requieren voluntad política y estrategias estructurales y funcionales a nivel nacional, reconociendo que los avances pueden variar en cada país debido a la diversidad de contextos y necesidades complejas de la población (OPAS, 2022).

Entre las recomendaciones finales del Foro Regional se destacaron la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención ampliando las competencias para la promoción de la salud y el bienestar de las comunidades locales, además del cuidado individual; incentivar el trabajo intersectorial, proponer la actuación de equipos comunitarios, expandir la financiación más allá de los problemas de prestación de servicios de forma individual, mejorar la utilización de los sistemas de información e incluso fortalecer la telesalud y la telemedicina para abarcar el acceso a cuidados; y, por último, fomentar a la academia para producir conocimiento que pueda encontrar soluciones operativas reales, adaptadas a diferentes realidades y generando evidencias para apoyar cambios (OPAS, 2022).

La atención primaria en salud (APS), como puerta de entrada y coordinadora del cuidado en los sistemas de salud, tiene un papel importante en garantizar la atención integral a poblaciones en situación de vulnerabilidad y desigualdad social. Fortalecer políticas de promoción de la equidad en el acceso a los servicios, con el objetivo de disminuir las vulnerabilidades, es una condición primordial para los sistemas de salud. Diversos países han adoptado la APS como una estrategia imperativa para la consolidación de los sistemas universales de salud, como un espacio para garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios públicos.

La APS es una estrategia útil para promover el acceso de la comunidad a los servicios de salud; sin embargo, aunque se reconoce su relevancia, su desarrollo presenta variaciones dependiendo de los sistemas de salud de cada país. La región enfrenta problemas post-pandemia de COVID-19 y comienza una era posterior con prioridades que incluyen el fortalecimiento



de los sistemas de salud basados en un enfoque integral de APS. APS para la salud universal es un compromiso del pacto 30-30-30, referido a eliminar las barreras de acceso en un 30% para el año 2030. Para eliminarlas, es necesario comprender las barreras que enfrentan los grupos en situación de mayor vulnerabilidad (OPS, 2023).

Almeida *et al.* (2024) realizaron un análisis comparativo de la implementación de APS en nueve países de América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay), basado en el Marco Operativo para APS propuesto por la OMS y la UNICEF en 2022. Entre los principales hallazgos, los autores destacan procesos de revitalización de APS caracterizados por la garantía de acciones preventivas, promocionales, de curación y rehabilitación; la atención familiar y comunitaria; el cuidado por equipos multiprofesionales; la territorialización de los servicios de APS con la población adscrita por los equipos de salud; acciones y servicios de salud ofrecidos según un paquete predefinido de intervenciones y procedimientos, y la presencia de acciones que promueven la intersectorialidad.

Los autores también destacan los desafíos a enfrentar, como la persistencia de inequidades en el acceso y la cobertura en salud, con segmentación de los servicios de salud para grupos poblacionales segregados por líneas de atención y ciclos de vida, sin coordinación entre los niveles de atención y fragilidades/limitaciones en la constitución de Redes Integradas de Servicios de Salud; además, sistemas de información sin integración y oferta insuficiente de profesionales de la salud, especialmente médicos (Almeida *et al.*, 2024).

Aunque ha habido una expansión del acceso, principalmente a los servicios básicos de salud, también se ha producido un importante crecimiento de seguros privados en todo el continente latinoamericano, en los cuales las condiciones de acceso a cuidados de salud de ciertos niveles de calidad dependen en gran medida de la situación del individuo en el mercado laboral (formal o informal) y, más generalmente, de su ingreso (Conill, 2018).

La arquitectura específica de la cobertura de salud varía ampliamente entre los países de América Latina. Con excepción de Brasil, Costa Rica y Cuba,

otros países (Colombia, República Dominicana, México, Perú, Argentina, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay, Chile, Uruguay) vinculan, en mayor o menor medida, la cobertura de seguros de los individuos a su situación en el mercado laboral, como es tradicional en los sistemas bismarckianos. Aún existen diferencias sustanciales entre los países en cómo sus sistemas de salud tratan a sus afiliados contributivos y no contributivos (Bancalari *et al.*, 2023).

Brasil ha desarrollado de hecho un sistema público de salud, universal y fundamentado en la constitución federal. El Sistema Único de Salud (SUS) es admirado en todo el mundo y considerado un modelo de referencia para muchos países, pues a pesar de que Brasil es una nación extremadamente desigual y enfrenta diversos desafíos económicos, evidencia múltiples logros y asegura muchos beneficios para la salud de la población (De Paula *et al.*, 2018).

En relación con los países latinoamericanos, las principales limitaciones de la APS parecen surgir de las reformas neo-estructurales de los sistemas de salud basadas en el modelo neoliberal. En estos sistemas, se privilegian las economías de mercado, priorizando los cuidados de salud desde una perspectiva curativa, centrada en la medicina especializada, que incluye tecnologías de alto costo y alta rentabilidad económica para los prestadores de salud. En cuanto al fortalecimiento de las políticas públicas, es crucial el compromiso del Estado como principal formulador, financiador y promotor de la integralidad en la prestación de servicios de salud en la APS, regresando así a los principios de Alma Ata, que se enfocan principalmente en la protección y el acceso de las poblaciones vulnerables (Rojas-Torres; Gil-Herrera, 2021).

Superar las desigualdades sociales y las inequidades en salud en América Latina y el Caribe requiere un compromiso ético y político por parte de quienes gobiernan, en la preservación de los derechos sociales alcanzados, de políticas sociales públicas emancipadoras y de un sistema de salud universal, comprometido en reducir las barreras, teniendo a la APS como estrategia fundamental de acceso al sistema.

## Referencias

- ABRAMO, L.; CECCHINI, S.; ULLMANN, H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 25 n. 5, p. 1587-1598, 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 29, n. 7, e03792024, 2024. doi: 10.1590/1413-81232024297.03792024
- ARCAYA, M. C.; ALYSSA, L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Global Health Action**, v. 8, n. 1, 2015. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v8.27106>
- ARIAS-URIONA, A. M.; LOSANTOS, M.; BEDOYA, P. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 47, e133, 2023. doi: 10.26633/RPSP.2023.133
- BANCALARI, A. *et al.* Health Systems and Health Inequalities in Latin America. Inter-American Development Bank. **IDB Working Paper Series**, 1533, 2023. Recuperado de <https://publications.iadb.org/en/health-systems-and-health-inequalities-latin-america>
- BANCO INTERAMERICANO DO DESENVOLVIMENTO - BID. Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe. **Hoja informativa**, 2024. Recuperado de <https://www.iadb.org/es/noticias/las-complejidades-de-la-desigualdad-en-america-latina-y-el-caribe#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20es%20la,desarrollados%20en%20la%20OCDE%20es%20de%204%20veces>.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [on-line]. (Temas em Saúde collection). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/livro/como-e-por-que-desigualdades-sociais-fazem-mal-saude>
- BÁRCENA, A. Prólogo. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. **Naciones Unidas, CEPAL**, p. 7-8, 2016. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c52907b3-a3dc-4866-8f4c-c19491c2b83a/content>
- BARRETO, M. L. Health inequalities: A global perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. doi: /10.1590/1413-81232017227.02742017
- BOURDIEU, P.; EAGLETON, T. “Doxa y vida cotidiana: Una entrevista”. **En Ideología: un mapa de la cuestión**, compilado por Žižek, Slavoj, p. 295-308, 2003. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. DE S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- BUSQUIER, L. ¿Interseccionalidad en América Latina y el Caribe? La experiencia de la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora desde 1992 hasta la actualidad. **Con X**, v. 4, p. e023, 2018. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>

publication/329632178\_Interseccionalidad\_en\_America\_Latina\_y\_el\_Caribe

- CASTILLO, M.; SANDOVAL, I.; FRÍAS, C. Percepción y legitimación frente a las desigualdades socioecológicas en Chile contemporáneo. **Latin American Research Review**, v. 55, n. 4, p. 648 – 661, 2022. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/latin-american-research-review/article/percepcion-y-legitimacion-frente-a-las-desigualdades-socioecologicas-en-chile-contemporaneo/9754174531B167FBDBC443F7900AD30B>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. CEPALSTAT. **Portal de desigualdades en América Latina**, 2024. Recuperado de <https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/index.html?lang=es>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. **Naciones Unidas, CEPAL**. 96 p., 2016. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c52907b3-a3dc-4866-8f4c-c19491c2b83a/content>
- CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2018. doi: 10.5020/18061230.2018.8779
- DE PAULA, J. B.; IBIAPINA, F. L. P.; MOSSÉ, P. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-3, 2018. doi: 10.5020/18061230.2018.8783
- DÍAZ, L. M. Instituciones del Estado y producción y reproducción de la desigualdad en América Latina. In: CIMADAMORE, A. D.; CATTANI, A. D. (comps.). **Producción de pobreza y desigualdad en América Latina**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores/CLACSO, 2008. Recuperado de <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/cattani/06mota.pdf>
- FRISANCHO, V.; VERA-COSSÍO, D. Más que dinero. Brechas de género, raza y etnicidad. In: BUSSO, M.; MESSINA, J. (editores). **La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada**. Banco Interamericano de Desarrollo, p. 101-132, 2020.
- JELIN, E. Repensar las desigualdades, múltiples y entrelazadas. In: NORA GOREN, N.; BONELLI, J. M. **Desigualdades en el siglo XXI : aportes para la reflexión en clave latinoamericana**. José C. Paz: Edunpaz. 1. ed. p. 39-56, 2023.
- MOLINA, E. C. ¿Cuánto es demasiado? heterogeneidades sobre la desigualdad social en América Latina. In: Derteano, P. M., Molina, E. C. (orgs.). **Diversidad en la desigualdad: debates teóricos y exploraciones empíricas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA, 1.ed. p. 33-63, 2022.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Equidad en Salud**. 2024. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal**. Washington, D.C.: OPS, 2022. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados**

- y **recomendaciones**. Washington, D.C.: OPS, 2023. Recuperado de <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.
- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva [on-line]*, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020255.33972019
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD. Atrapados: Alta desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe. **Informe Regional de Desarrollo Humano**, 2021. Recuperado de <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/informe-regional-de-desarrollo-humano-atrapados-alta-desigualdad-y-bajo-crecimiento-en-america-latina-y-el-caribe>
- RELATÓRIO DO OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA FISCAL DO INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2023. Recuperado de <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/>.
- RESURRECCIÓN, L. S. La «discriminación múltiple». Formación del concepto y bases constitucionales para su aplicación en el Perú. **Pensamiento Constitucional**, 20, p. 311-334, 2015. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/14895/15435>
- REYGADAS, L. Las redes de la desigualdad: Un enfoque multidimensional. **Política y Cultura**, n. 22, p. 7-25, 2004. Recuperado de <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/944>
- ROBERTI, E. La persistencia de las desigualdades en América Latina: desafíos para el siglo XXI. entrevista al antropólogo Luis Reygadas. **Sociohistórica**, n. 46, 2020. Recuperado de <https://www.sociohistorica.fahce.unlp.edu.ar/article/view/SHe115/12611>
- ROJAS-TORRES, I. L.; GIL-HERRERA, R. J. Primary Health Care strategies in five Latin American Countries. AVFT. **Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica**, v. 40, n. 7, 2021. Recuperado de [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/26085](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/26085)
- SENA, A.G.N.; SCHUTT-AINE, J.; ARENAS, J.; AKABA, S. Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. **Rev Panam Salud Publica**. n. 47, e42, 2023. doi: doi.org/10.26633/RPSP.2023.42
- SKOU, S. T. *et al.* Multimorbidity. **Nat Rev Dis Primers**, v. 8, n. 48, 2022. doi: 10.1038/s41572-022-00376-4
- STEINMETZ, K. She Coined the Term ‘Intersectionality’ Over 30 Years Ago. Here’s What It Means to Her Today. **Time**, 2020. Recuperado de <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- VIGOYA, M. V. **Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute. 1. ed. 164p., 2023.
- VIGOYA, M. V. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debate Feminista**, 52, p. 1-17, 2016. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>



# CAPÍTULO 2

## A CATEGORIA “QUESTÃO SOCIAL” E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE BRASILEIRA: APONTAMENTOS

Carla Pacheco Teixeira  
Ionara Ferreira da Silva Garcia  
Viviane Barbosa

Refletir sobre a categoria “questão social” é uma perspectiva de análise da sociedade no âmbito do modo capitalista de produção e, neste capítulo, nosso objetivo é descrever alguns apontamentos sobre a gênese dessa categoria, suas expressões presentes na sociedade e a política social considerada como resposta a essa correlação de forças, na luta de classes e relação entre Estado e Sociedade.

O modo de produção capitalista alimenta e reproduz as desigualdades sociais. Um país pode crescer economicamente e a sua riqueza concentrar-se nas mãos de poucos. Por outro lado, observa-se uma população trabalhadora, em sua maioria, convivendo com pobreza, miséria, desemprego e barreiras no acesso à educação e à saúde. Como afirma Ianni (1992, p.112), “[...], a mesma sociedade que fabrica a prosperidade econômica fabrica as desigualdades”.

Robert Castel (1988) problematiza a questão social na sociedade capitalista com a conseqüente produção de um exército de pessoas excluídas do processo produtivo formal. O autor aponta que a questão social passa a ser

alvo de preocupação no cenário europeu a partir da década de 1830, com o advento do pauperismo da classe trabalhadora.

“O pauperismo constituía-se como um fenômeno diferenciado da pobreza até então conhecida, uma vez que ele não estava mais relacionado à escassez da produção material de bens e muito menos ao baixo desenvolvimento das forças produtivas, mas a um processo de empobrecimento que passava a ser produzido e reproduzido mesmo diante da abundância de mercadorias” (Santos; Carvalho, 2023, p.162)

A partir do momento em que a questão social passou a ameaçar a “paz social”, emergiu a necessidade de uma intervenção sistematizada, para além de iniciativas de caridade. Foi necessário repensar o papel do Estado e a elaboração de políticas públicas que fossem capazes de amenizar as sequelas provocadas pelas expressões da questão social, gestadas no modo de produção capitalista. Era necessário a implantação de políticas sociais no bojo das lutas de classes. De acordo com Cerqueira Filho (1982):

Antes de 1930 [...] a “questão social” não aparecia no discurso dominante senão como fato excepcional e episódico, não porque não existisse já, mas porque não tinha condições de se impor como questão inscrita no pensamento dominante [...].As classes dominantes (oligarquias agrárias), na medida em que detinham o monopólio do poder político, detinham simultaneamente o monopólio das questões políticas legítimas; das questões que em última instância, organizam a percepção do funcionamento da sociedade. Nesse contexto, a “questão social”, por ser ilegítima, não era uma questão “legal”, mas ilegal, subversiva e que, portanto, deveria ser tratada no interior dos aparelhos do Estado. Por isso “a questão social era um caso de polícia”.(p.59-60).

Ainda em relação ao debate acerca da questão social, as abordagens apresentam características particulares, abarcando também o olhar sobre uma *nova questão social*. Alguns autores brasileiros discordam dessa direção, considerando que inexistente uma *nova* questão social, e sim *novas expressões* da velha questão social, tendo em vista que ela só pode ser extinta da sociedade



com a supressão do modo de produção capitalista. Nesse sentido, questão social e modo de produção capitalista são indissociáveis:

Para Yamamoto (2006), a questão social deve ser apreendida como o:

Conjunto das expressões das desigualdades na sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se cada vez mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (1998, p.27).

Sendo assim, a questão social e as formas de enfrentamento por parte do Estado foram ganhando novas nuances e reconfigurando as ações estatais. Para Raichelis (1988, p.28-9), o Estado tem que responder às demandas das classes dominadas para:

- Reduzir ou amainar o confronto político e a tensão social produzidas por essas pressões, buscando impedir o acirramento da luta de classes e recuperar, assim, a ordem e a “paz social”. Nesse sentido, as classes dominadas conseguem maior ou menor resposta aos seus interesses dependendo do nível de pressão que exercem sobre os setores dominantes e o Estado.
- Atender à exigência do próprio processo de desenvolvimento econômico, na medida em que os movimentos reivindicatórios das classes dominadas podem trazer conseqüências negativas para o processo de produção e, portanto, interferir nas condições de acumulação do capital.
- Criar condições que garantam a reprodução material da força de trabalho, seja colocando certos limites à sua exploração (por exemplo, através de leis sociais e trabalhistas), seja através de políticas sociais (habitação, saúde, educação, previdência social etc), para que se tenha disponível no mercado um trabalhador em melhores condições de ser explorado produtivamente e que possa responder às exigências requeridas pelo processo de trabalho.

Um dos instrumentos que o Estado utiliza para legitimar-se com a classe trabalhadora é a implementação de políticas sociais. Essas políticas não devem ser vistas apenas com essa função, pois abarcam um mecanismo de coerção e consenso em suas diversas particularidades, sendo resultado de reivindicações de seu público-alvo. Faleiros (2000) afirma que as políticas sociais no Estado capitalista são dicotômicas, pois “representam um resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. Elas são o resultado da luta de classe a ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais” (p.46).

Em uma sociedade regida pelo modo de produção capitalista, o Estado exerce a função de regulamentação das relações de trabalho, com a finalidade de interferir no processo de reprodução da força de trabalho. Ao regulamentar essas relações, o Estado interfere, ainda que de forma parcial ou fragmentada, para que o trabalhador não seja explorado ao ponto que isso impeça ou ameace o processo de acumulação. A política social tem dupla funcionalidade: intervenção nas relações de trabalho pelo Estado e também uma conquista da classe trabalhadora pelos direitos de cidadania.

Com o caráter fragmentado das políticas sociais, coloca-se em discussão a importância do crescimento econômico como gerador de riqueza para toda a população, implicando no entendimento de que a pobreza está ligada diretamente à falta de recursos financeiros. A caracterização da pobreza, assim como das desigualdades, não deve ser reduzida ou esgotada a seus aspectos socioeconômicos: são problemáticas *pluridimensionais* e possuem mediações complexas. Essa caracterização parte do fundamento socioeconômico, mas não se esgota nele – e, à medida que o mesmo é colocado em segundo plano, o resultado é uma *naturalização* ou uma *culturalização* de ambas (Netto, 2009). A desigualdade de classes perpassa as questões de gênero, raça, etnia e outros.

Nessa direção, Netto (2009) expõe a incompatibilidade de enfrentamento, combate ou redução do pauperismo no modo de produção capitalista:

Esse modo de enfrentamento às sequelas da questão social, de forma fragmentada e recortada, diz respeito ao entendimento particular de

que a pobreza é caracterizada pela falta de recursos financeiros. Por isso mesmo, é falsa a tese segundo a qual o crescimento econômico é a única condição necessária para enfrentar, combater e reduzir o pauperismo que decorre da acumulação capitalista (e, na mesma medida, para reduzir desigualdades). Aqui, são incontáveis os exemplos histórico-concretos que infirmam essa tese e são tantos que até mesmo os organismos internacionais, nos últimos anos, deixam de insistir nela, apesar de tão cara aos apologistas da ordem do capital (p. 143).

Nesse sentido, torna-se inválida a ideia de que crescimento econômico é a única condição necessária para enfrentar, combater e reduzir o pauperismo e, conseqüentemente, reduzir desigualdades, decorrente da acumulação capitalista.

Todavia é possível sinalizar que o crescimento econômico capitalista compatibilizou-se com a redução, ou mesmo com a reversão, de situações de pobreza absoluta, assim como com a redução de desigualdades, como por exemplo, as experiências de Estado de bem-estar social. Barbosa (2018) aponta que:

Apesar da diversidade de modelos existentes de Welfarestate, todos tinham um só objetivo: estabelecer o desenvolvimento de um Estado regulador, interventor, capaz de conseguir o consenso da classe trabalhadora, intervindo em setores básicos não rentáveis para legitimar-se em resposta às pressões desta classe e, assim, contribuir para o aumento e a permanência de altas taxas de lucro. Porém, de um modo geral, essas alternativas amplamente desenvolvidas no pós-guerra, foram se esgotando a partir da década de 1970 (2018, p.234).

A política de pleno emprego foi desenvolvida por John Maynard Keynes que, embora fosse um economista liberal, não acreditava na crença de que o capitalismo era um sistema auto-sustentável. Para o economista Keynes, a *mão invisível do mercado* não produziria uma harmonia entre o interesse de agentes econômicos e bem-estar global. Os pilares seriam o pleno emprego, aliados a serviços sociais universais e à garantia de uma proteção social básica.

A política keynesiana defendia que caberia ao Estado restabelecer o equilíbrio econômico por meio de uma política fiscal, de créditos e de gastos, investindo nos períodos de de pressão como estímulo à economia, elevando

a demanda. Ele não defendia a *socialização dos meios de produção*, e sim a *socialização do consumo*, com um capitalismo regulado (Behring; Boschetti, 2006). Nesse contexto, abriu-se uma janela de oportunidade para incorporação de lutas pelos direitos sociais e redistribuição da riqueza socialmente produzida.

O *WelfareState* começa a demonstrar seu esgotamento na década de 1970, com o início de uma nova crise, própria do modo de produção capitalista. Novas medidas vão sendo criadas como a proposta do estabelecimento de um *estado mínimo* em termos de regulação, com forte impacto para as políticas sociais.

Com o desenvolvimento do neoliberalismo, como uma das saídas para essa nova crise, foram preconizadas ações minimalistas para uma questão social maximizada, reforçando a permanência da pobreza e das desigualdades.

As respostas adotadas pelo estado capitalista pautam-se, sobretudo, em padrões focalistas de atendimento às necessidades sociais. A filantropização da questão social, a despolitização das lutas sociais, o incentivo à informalidade das relações de trabalho, a mercantilização dos serviços sociais, entre outras, são estratégias que reiteram a reprodução da acumulação capitalista e o crescimento de grupos marginalizados e vulneráveis.

Entretanto, no Brasil, apesar do modelo econômico neoliberal que favorece a minimização do sistema de proteção social, as políticas sociais assumem papel relevante para a redução da pobreza e das desigualdades sociais. Segundo Paiva e Ouriques (2006), faz parte das contradições do sistema capitalista a intervenção do Estado quanto aos direitos sociais a partir da organização de sujeitos sociais e políticos que reivindicam políticas públicas e, portanto, possibilitam mudança social. De um lado, as políticas sociais contribuem para o amortecimento de conflitos, por outro, incorporam demandas sociais que reverberam na efetivação de direitos.

Especificamente no Brasil, em relação à política social de saúde, com a ampla contribuição do Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980, foi defendido o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, universal e gratuito e incluído na Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988. Essa Constituição, denominada “Constituição Cidadã”, por garantir diversos

direitos sociais, aprovou o sistema de seguridade social composto por Políticas de Saúde (universal), Previdência Social (contributiva) e Assistência Social (a quem dela necessitar).

A Seguridade Social brasileira possui inspiração em experiências europeias, sendo a política de saúde similar ao modelo beveridgniano. O Relatório Beveridge, publicado na Inglaterra em 1942, apresentou um conceito ampliado de Seguridade Social, com direitos de caráter universal estendidos a todos os cidadãos que necessitarem de serviços essenciais para a qualidade de vida, na busca pela superação da lógica securitária de inspiração bismarckiana (relativa ao sistema de assistência à saúde criado pelo chanceler alemão Otto Von Bismarck, em 1883), com características semelhantes aos seguros privados. Nesse sistema de inspiração alemã, os benefícios cobrem principalmente (por vezes, exclusivamente) os trabalhadores contribuintes e suas famílias, sendo seu acesso condicionado a uma contribuição direta anterior, e sendo o montante das prestações proporcional à contribuição efetuada. Dessa forma, a Seguridade Social brasileira é um misto desses dois sistemas, sendo a Previdência Social de inspiração bismarckiana (contributiva), e as políticas de Assistência Social e de Saúde com inspiração beveridiana (universal).

Nesse contexto, o artigo 196 da Constituição Federal brasileira define a saúde como *direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

De acordo com Barbosa (2019):

A defesa por um efetivo Sistema Único de Saúde (SUS), afirmada pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, tem como contraponto o desmonte das políticas sociais, um verdadeiro processo de contrarreforma, iniciado logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com o início da ofensiva neoliberal brasileira em 1989 e desenvolvida nos anos posteriores. Assistimos ao crescimento da pobreza e da desigualdade em nosso solo, com a

falácia de que o crescimento econômico é necessário para redução e combate do pauperismo, quando sabemos muito bem com “quem” estamos lidando: produção exponenciada de riqueza e produção reiterada de pobreza –traço próprio da dinâmica de produção capitalista (2019, p.241).

Dessa forma, é importante salientar que assegurar direitos na área da saúde, em consonância com a integralidade das ações desenvolvidas e a intersetorialidade entre as demais políticas perpassa pelo papel do Estado e pela análise acerca da questão social e das concepções sobre pobreza, desigualdade, iniquidade e política social.

O Brasil desenvolveu e aprovou de fato um sistema público e universal de saúde, configurando-se como modelo de referência para muitos países. Apesar de o Brasil ser uma nação extremamente desigual e que enfrenta diversos desafios econômicos, o SUS demonstra múltiplos ganhos e assegura inúmeros benefícios para a saúde da população (De Paula; Ibiapina; Mossé, 2018), tais como: a expansão da Estratégia Saúde da Família atingindo mais de 60% da população, favorecendo a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares; e o controle e/ou eliminação de doenças pelo Programa Nacional de Imunizações, com a diminuição da mortalidade infantil. Destacam-se também as ações para prevenção e tratamento do HIV, controle de tabagismo, assistência farmacêutica, financiamento de transplantes, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

## **A política social de saúde brasileira: o que precisamos enfrentar**

Como resposta (intervenção do Estado) às expressões da questão social, as políticas sociais foram instrumentos importantes para a garantia de direitos sociais conquistados e a redução das desigualdades sociais. O avanço neoliberal trouxe para as políticas sociais novas configurações, flexibilização dos direitos, cortes nos gastos públicos para os programas sociais, focalização da ação estatal no atendimento às necessidades sociais básicas, fragmentação e pouca intersetorialidade entre as políticas públicas.

A política social a ser defendida nos dias atuais deve ser firmada em uma perspectiva emancipatória e universalista. Como diz Lobato, “É preciso recuperar o lugar das políticas universais e dotá-las de financiamento e estrutura adequados, articulando-as com as políticas econômicas... Há que associar as políticas focalizadas com as políticas universais e integrá-las em sistemas universais de seguridade e proteção social”. (Lobato, 2009, p.728)

A política de saúde brasileira, enquanto política social, sofre influência do Estado, do mercado e da sociedade. Assim, não podemos deixar de registrar que, para além das arenas institucionais, a política de saúde convive com relações múltiplas de poder de diferentes atores sociais (Fleury; Ouverney, 2008).

Um maior engajamento dos cidadãos pela defesa da saúde pública diante de uma agenda política que desvaloriza direitos sociais poderá se contrapor a um processo de sucateamento acentuado da saúde pública e de redução das desigualdades sociais. Precisa-se defender o direito ao acesso a bens e serviços públicos, principalmente, dos grupos sociais vulnerabilizados, historicamente excluídos, em especial o povo negro, mulheres, indígenas, jovens periféricos e muitos outros.

Nesse sentido, apontamos como uma das possíveis estratégias de enfrentamento contra um modelo que desprivilegia a saúde pública conforme preconizada na legislação vigente, a participação de diversos segmentos da sociedade em colegiados instituídos legalmente para o exercício do controle social. Os Conselhos Locais de Saúde – CLS, por exemplo, se configuram como instância de participação mais próxima da comunidade e dos serviços de saúde, possibilitando, além de gestão participativa dos serviços, o protagonismo dos usuários na luta pela manutenção dos direitos adquiridos.

Os participantes desses fóruns podem fazer o diagnóstico da situação social e sanitária e levá-lo a instâncias superiores, como os Conselhos Municipais de Saúde. Os CLS privilegiam maior vínculo entre profissionais e usuários das unidades de saúde, favorecendo a inclusão e o fortalecimento do SUS (Lisboa; Sodré; Araújo; Quintanilha; Luiz, 2016).

Como discutido anteriormente, faz parte de uma sociedade capitalista as tensões entre a constituição de um estado mínimo para as expressões da questão social e o estabelecimento de lutas para o atendimento dessas demandas. Determinada conjuntura pode restringir ou viabilizar conquistas por direitos sociais. A aprovação da legislação sanitária com o estabelecimento de uma política universal, integral e participativa, foi favorecida pela conjuntura política de redemocratização do país. Na década seguinte e até a atualidade, a manutenção dessa política passa por aviltamentos devido a políticas de contenção de gastos com políticas públicas.

O SUS, apesar de subfinanciado, se consolida com excelência em diversos setores em face de desafios estruturais econômicos e políticos e apresenta abundantes avanços na saúde e na qualidade de vida da população. A militância em sua defesa é fundamental para sua sustentabilidade, com a politização dos cidadãos pela defesa da saúde pública podendo se contrapor a um processo de sucateamento acentuado da saúde, ajudando a promover a concretização de políticas de redução e eliminação das iniquidades sociais.

## Referências

- BARBOSA, V. C. Assistência social como política pública: dos bastidores ao palco principal. **Revista Praia Vermelha**, v. 28, n.1, p. 229-247, Rio de Janeiro, 2018.
- BARBOSA, V. C. Serviço Social e Saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista Em Pauta**, v. 44, n.17, p. 240-254, 2019.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. (Biblioteca básica de serviço social, volume 2). São Paulo: Cortez, 2006.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- CERQUEIRA FILHO, G. **A “questão social” no Brasil – crítica do discurso político**. (Coleção Retratos do Brasil, volume 162). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- DE PAULA, J. B.; IBIAPINA, F. L. P.; MOSSÉ, P. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 31, n.4, p. 1-3, 2018.
- FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**. 8. ed. rev. – São Paulo, Cortez, 2000.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.(Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, p. 23-64. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.



- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade** (10ª ed.). Rio de Janeiro: Cortez, 2006.
- IANNI, O. **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1992.
- LIMA, L. D; CARVALHO, M.S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.7, p.1-2, 2018.
- LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p. 721-730, 2009.
- NETTO, J. P. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. **Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade contemporânea**, n. 19, p. 135–170, 2009.
- PAIVA, B. A.; OURIQUES, N. D. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Revista Katálysis**, v. 9, n. 2, p.166 - 175, 2006.
- RAICHELIS, R. **Legitimidade popular e poder público**. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, M. S.; CARVALHO, L.A.A. “Questão social” e pauperismo no Brasil em tempos de Covid-19. **SER Social: Crise ambiental e Lutas sociais**, v. 26, n. 52, p.158-176, 2023.



# CAPÍTULO 2

## LA CATEGORÍA “CUESTIÓN SOCIAL” Y LA POLÍTICA SOCIAL DE SALUD BRASILEÑA: APUNTES

Carla Pacheco Teixeira  
Ionara Ferreira da Silva Garcia  
Viviane Barbosa

Reflexionar sobre la categoría “cuestión social” es una perspectiva de análisis de la sociedad en el contexto del modo de producción capitalista. En este capítulo, nuestro objetivo es ofrecer algunos apuntes sobre la génesis de esta categoría y sus manifestaciones presentes en la sociedad, así como la política social como respuesta a esta correlación de fuerzas en la lucha de clases en la relación entre el Estado y la sociedad.

El modo de producción capitalista alimenta y reproduce las desigualdades sociales, un país puede crecer económicamente y su riqueza se concentra en manos de unos pocos. Por otro lado, se observa una población trabajadora, en su mayoría, conviviendo con la pobreza, la miseria, el desempleo y barreras de acceso a la educación y la salud. Como afirma Ianni (1992, p. 112), “[...] la misma sociedad que fabrica prosperidad económica fabrica desigualdades”.

Robert Castel (1988) problematiza la cuestión social en la sociedad capitalista con la consecuente producción de un ejército de personas excluidas

del proceso formal de producción. El autor señala que la cuestión social se convirtió en objetivo de preocupación en el escenario europeo a partir de la década de 1830, con el advenimiento del pauperismo de la clase trabajadora.

“El pauperismo se constituyó como un fenómeno diferente de la pobreza conocida hasta entonces, una vez que no estaba relacionado con la escasez de la producción material de bienes, y mucho menos con el bajo desarrollo de las fuerzas productivas, sino con un proceso de empobrecimiento que comenzaba a ser producido y reproducido incluso ante la abundancia de mercancías” (Santos; Carvalho, 2023, p.162).

A partir del momento en que la cuestión social empezó a amenazar la “paz social”, surgió la necesidad de una intervención sistematizada, que fuera más allá de las iniciativas caritativas. Fue necesario repensar el papel del Estado y el desarrollo de políticas públicas capaces de paliar las consecuencias provocadas por las expresiones de la cuestión social, generadas por el modo de producción capitalista. Era necesario la implantación de políticas sociales en medio de las luchas de clases.

Según Cerqueira Filho (1982):

Antes de 1930 [...] la “cuestión social” no aparecía en el discurso dominante más que como un hecho excepcional y episódico, no porque no existiera ya, sino porque no reunía las condiciones para imponerse como cuestión inscrita en el pensamiento dominante [...].Las clases dominantes (oligarquías agrarias), en la medida en que detentaban el monopolio del poder político, detentaban simultáneamente el monopolio de las cuestiones políticas legítimas; de las cuestiones que, en última instancia, organizan la percepción del funcionamiento de la sociedad. En este contexto, la “cuestión social”, por ser ilegítima, no era una cuestión “legal”, sino ilegal y subversiva que, por tanto, debía tratarse al interior de los aparatos del Estado. Por eso “la cuestión social era un asunto policial” (p.59-60).

Todavía en relación con el debate sobre la cuestión social, los abordajes tienen características particulares, incluyendo la visión de una *nueva cuestión*

*social*. Algunos autores brasileños discrepan de esta visión, considerando que no existe una *nueva cuestión social*, sino *nuevas expresiones* de la vieja cuestión social, dado que ésta sólo puede extinguirse de la sociedad con la supresión del modo de producción capitalista. En este sentido, la cuestión social y el modo de producción capitalista son inseparables.

Para Yamamoto (2006), la cuestión social debe entenderse como el:

Conjunto de las expresiones de las desigualdades en la sociedad capitalista madura, que tienen una raíz común: *la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más ampliamente social, mientras que la apropiación de sus frutos sigue siendo privada, monopolizada por una parte de la sociedad* (1998, p.27).

Siendo así que, la cuestión social y las formas de enfrentamiento por parte del Estado fueron adquiriendo nuevos matices y reconfigurando las acciones estatales. Para Raichelis (1988, p. 28-9), el Estado tiene que responder a las demandas de las clases dominadas para:

- Reducir o suavizar la confrontación política y la tensión social producidas por esas presiones, buscando evitar que la lucha de clases escale y recuperar así el orden y la «paz social». En este sentido, las clases dominadas logran una mayor o menor respuesta a sus intereses en función del nivel de presión que ejercen sobre los sectores dominantes y el Estado.
- Atender las exigencias del propio proceso de desarrollo económico, en la medida en que los movimientos reivindicatorios de las clases dominadas pueden tener consecuencias negativas para el proceso productivo y, por tanto, interferir en las condiciones de acumulación de capital.
- Crear condiciones que garanticen la reproducción material de la fuerza de trabajo, ya sea poniendo ciertos límites a su explotación (por ejemplo, a través de leyes sociales y laborales) o a través de políticas sociales (vivienda, salud, educación, seguridad social,

etc.), de modo que se disponga en el mercado de un trabajador en mejores condiciones de ser explotado productivamente y que pueda responder a las demandas del proceso de trabajo.

Uno de los instrumentos que utiliza el Estado para legitimarse ante la clase trabajadora es la aplicación de políticas sociales. Estas políticas no deben ser vistas únicamente en términos de esta función, ya que abarcan un mecanismo de coerción y consenso en sus diversas particularidades, siendo resultado de reivindicaciones de su público objetivo. Faleiros (2000) afirma que las políticas sociales en el Estado capitalista son dicotómicas, ya que “representan un resultado de la relación y del complejo desarrollo de las fuerzas productivas y de las fuerzas sociales. Dichas políticas, son el resultado de la lucha de clases y, al mismo tiempo, contribuyen a la reproducción de las clases sociales” (p. 46).

En una sociedad regida por el modo de producción capitalista, el Estado ejerce la función de regulación de las relaciones laborales, con la finalidad de interferir en el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. Al regular estas relaciones, el Estado interfiere, aunque sea de forma parcial o fragmentada, para que los trabajadores no sean explotados hasta el punto de que esto impida o amenace el proceso de acumulación. La política social tiene una doble funcionalidad: intervención en las relaciones laborales por parte del Estado y también una conquista de la clase trabajadora por los derechos ciudadanos.

Con el carácter fragmentado de las políticas sociales, se pone en discusión la importancia del crecimiento económico como generador de riqueza para toda la población, implicando en la comprensión que la pobreza está directamente vinculada a la falta de recursos financieros. La caracterización de la pobreza, así como de las desigualdades, no debe reducirse o agotarse a sus aspectos socioeconómicos: son problemas *pluridimensionales* y con mediaciones complejas. Esta caracterización parte del fundamento socioeconómico, pero no se agota en él - y al situarse en un segundo plano, el resultado es una *naturalización* o *culturalización* de ambos (Netto, 2009). La desigualdad de clase es transversal a las cuestiones de género, raza, etnia y otros asuntos.

En esta dirección, Netto (2009) expone la incompatibilidad de enfrentar, combatir o reducir el pauperismo en el modo de producción capitalista:

Esta forma de abordar las secuelas de la cuestión social, de manera fragmentada y recortada, está relacionada con la concepción particular de que la pobreza se caracteriza por la falta de recursos financieros. Por eso mismo, es falsa la tesis según la cual el crecimiento económico es la única condición necesaria para enfrentar, combatir y reducir el pauperismo resultante de la acumulación capitalista (y, en la misma medida, para reducir las desigualdades). Aquí hay incontables ejemplos histórico-concretos que desmienten esta tesis y son tantos que incluso las organizaciones internacionales, en los últimos años, han dejado de insistir en ella, a pesar de ser tan apreciada por los apologistas del orden del capital (p.143).

En este sentido, pierde validez la idea de que el crecimiento económico es la única condición necesaria para enfrentar, combatir y reducir el pauperismo y, consecuentemente, reducir las desigualdades, resultantes de la acumulación capitalista.

Sin embargo, es posible ver que el crecimiento económico capitalista ha sido compatible con la reducción, o incluso reversión, de situaciones de pobreza absoluta, así como con la reducción de desigualdades, como por ejemplo, las experiencias del Estado de bien-estar social. Barbosa (2018) señala que:

A pesar de la diversidad de modelos de *Welfarestate* existentes, todos tenían un mismo objetivo: establecer el desarrollo de un Estado regulador, intervencionista, capaz de ganarse el consenso de la clase trabajadora, interviniendo en sectores básicos no rentables para legitimarse en respuesta a las presiones de esta clase y contribuir para el aumento y la permanencia de altas tasas de lucro. Sin embargo, en general, estas alternativas, ampliamente desarrolladas en la posguerra, se agotaron a partir de la década de 1970 (2018, p.234).

La política de pleno empleo fue desarrollada por John Maynard Keynes que, aunque era un economista liberal, no creía que el capitalismo fuera un

sistema autosuficiente. Para el economista Keynes, *la mano invisible del mercado* no produciría una armonía entre los intereses de los agentes económicos y el bien-estar global. Los pilares serían el pleno empleo, combinado con servicios sociales universales y la garantía de una protección social básica.

La política keynesiana defendía que correspondía al Estado restablecer el equilibrio económico mediante la política fiscal, de créditos y de gastos, invirtiendo en los periodos de presión para estimular la economía y aumentar la demanda. No defendía la *socialización de los medios de producción*, sino por la *socialización del consumo*, con un capitalismo regulado (Behring; Boschetti, 2006). En este contexto, se abrió una ventana de oportunidad para la incorporación de las luchas por los derechos sociales y la redistribución de la riqueza producida socialmente.

El *Welfare State* comenzó a mostrar su agotamiento en la década de 1970, con el inicio de una nueva crisis, propia del modo de producción capitalista. Se crearon nuevas medidas, como la propuesta de establecer un *Estado mínimo* en términos de regulación, con un fuerte impacto en las políticas sociales.

Con el desarrollo del neoliberalismo como una de las salidas a esta nueva crisis, se propugnaron acciones minimalistas para una cuestión social maximizada, reforzando la permanencia de la pobreza y de las desigualdades.

Las respuestas adoptadas por el Estado capitalista se basan, sobre todo, en patrones focalizados de atención a las necesidades sociales. La filantropización de la cuestión social, la despolitización de las luchas sociales, el incentivo a la informalidad de las relaciones de trabajo, la mercantilización de los servicios sociales, entre otras, son estrategias que reiteran la reproducción de la acumulación capitalista y el crecimiento de los grupos marginados y vulnerables.

Entre tanto, en Brasil, a pesar del modelo económico neoliberal que favorece la minimización del sistema de protección social, las políticas sociales desempeñan un papel importante en la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales. Según Paiva y Ouriques (2006), hace parte de las contradicciones del sistema capitalista, la intervención del Estado en los derechos sociales a partir de la organización de sujetos sociales y políticos que reivindican políticas públicas



y, por lo tanto, posibilitan el cambio social. Por un lado, las políticas sociales contribuyen a amortiguar los conflictos y, por otro, incorporan demandas sociales que repercuten en la realización de los derechos.

Específicamente en Brasil, cuando hablamos de política social de salud, con la amplia contribución del Movimiento de Reforma Sanitaria en la década de 1980, se defendió el Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público, universal y gratuito, incluido en la Constitución Federal de Brasil, promulgada en 1988. Esta Constitución, conocida como la “Constitución Ciudadana” por garantizar diversos derechos sociales, aprobó el sistema de seguridad social compuesto por las políticas de Salud (universal), Seguridad Social (contributiva) y Asistencia Social (para quien la necesite).

La Seguridad Social brasileña se inspira en las experiencias europeas, siendo una política de salud similar al modelo beveridgniano. El Informe Beveridge, publicado en Inglaterra en 1942, presentó un concepto ampliado de Seguridad Social, con derechos de carácter universal extendidos a todos los ciudadanos que necesitan servicios esenciales para su calidad de vida, en busca de superar la lógica de seguro de inspiración bismarckiana (relacionada con el sistema de asistencia sanitaria creado por el canciller alemán Otto Von Bismarck en 1883), con características similares a los seguros privados. En este sistema de inspiración alemana, las prestaciones cubren principalmente (a veces exclusivamente) a los trabajadores cotizantes y a sus familias, estando el acceso condicionado a una cotización directa previa, y siendo la cuantía de las prestaciones proporcional a la cotización realizada. De esta forma, la Seguridad Social brasileña es una mezcla de estos dos sistemas, siendo la Seguridad Social de inspiración bismarckiana (contributiva), y las políticas de Asistencia Social y Salud de inspiración beveridiana (universal).

En este contexto, el artículo 196 de la Constitución Federal brasileña define la salud como *un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas dirigidas a la reducción del riesgo de enfermedades y otras dolencias y al acceso universal e igualitario a acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.*

Según Barbosa (2019):

La defensa de un Sistema Único de Salud (SUS) eficaz, afirmada por el Movimiento Brasileño de Reforma Sanitaria, tiene como contrapartida el desmantelamiento de las políticas sociales, un verdadero proceso de contrarreforma, que comenzó poco después de la promulgación de la Constitución Federal de 1988, con el inicio de la ofensiva neoliberal brasileña en 1989 y se desarrolló en los años siguientes. Asistimos al crecimiento de la pobreza y de la desigualdad en nuestro suelo, con la falacia de que el crecimiento económico es necesario para reducir y combatir el pauperismo, cuando sabemos muy bien con “quién” estamos tratando: producción exponencial de riqueza y producción reiterada de pobreza - una característica propia de la dinámica de producción capitalista (2019, p.241).

Por lo tanto, es importante destacar que la garantía de los derechos en el área de la salud, en consonancia con la integralidad de las acciones desarrolladas y la intersectorialidad entre las demás políticas, implica el papel del Estado y un análisis de la cuestión social y de las concepciones de pobreza, desigualdad, inequidad y política social.

Brasil desarrolló y aprobó un sistema público y universal de salud, configurándose como modelo de referencia para muchos países. A pesar de que Brasil es una nación extremadamente desigual y enfrenta muchos desafíos económicos, el SUS ha mostrado múltiples conquistas y garantizado innumerables beneficios para la salud de la población (De Paula; Ibiapina; Mossé, 2018), tales como: la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia para alcanzar a más del 60% de la población, favoreciendo la reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades cardiovasculares; y el control y/o eliminación de enfermedades a través del Programa Nacional de Inmunizaciones y la reducción de la mortalidad infantil. También destacan las acciones de prevención y tratamiento del VIH, control del tabaquismo, asistencia farmacéutica, financiación de trasplantes, vigilancia sanitaria y epidemiológica, entre otras (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

## La política social de salud brasileña: lo que debemos enfrentar

Como respuesta (intervención del Estado) a las expresiones de la cuestión social, las políticas sociales han sido importantes instrumentos para garantizar los derechos sociales conquistados y reducir las desigualdades sociales. El avance neoliberal ha traído nuevas configuraciones a las políticas sociales, flexibilización de derechos, recorte del gasto público en programas sociales, focalización de la acción estatal en la atención de necesidades sociales básicas, fragmentación y poca intersectorialidad entre las políticas públicas.

La política social a defender hoy debe basarse en una perspectiva emancipadora y universalista. Como dice Lobato, “Es necesario recuperar el lugar de las políticas universales y dotarlas de financiación y estructura adecuadas, articulándolas con las políticas económicas...Es necesario asociar las políticas focalizadas con las políticas universales e integrarlas en sistemas universales de seguridad y protección social”. (Lobato, 2009, p.728)

La política de salud brasileña, en cuanto política social, sufre influenciada del Estado, del mercado y de la sociedad. Como tal, no podemos dejar de señalar que, más allá de las arenas institucionales, la política de salud coexiste con múltiples relaciones de poder entre diferentes actores sociales (Fleury; Ouverney, 2008).

Un mayor compromiso de los ciudadanos en la defensa de la salud pública frente a una agenda política que desvaloriza los derechos sociales podría contrarrestar un proceso de deterioro acentuado de la salud pública y de reducción de las desigualdades sociales. Es necesario defender el derecho al acceso a bienes y servicios públicos, principalmente de los grupos sociales vulnerabilizados, históricamente excluidos, en particular el pueblo negro, las mujeres, los indígenas, los jóvenes de la periferia y muchos otros.

En este sentido, señalamos como una de las posibles estrategias de enfrentamiento contra un modelo que desfavorece la salud pública según lo establecido en la legislación vigente, la participación de diversos segmentos de la sociedad en órganos colegiados legalmente instituidos para el ejercicio

del control social. Los Consejos Locales de Salud - CLS, por ejemplo, se configuran como una instancia de participación más cercana a la comunidad y a los servicios de salud, posibilitando, además de la gestión participativa de los servicios, el protagonismo de los usuarios en la lucha por la conservación de los derechos adquiridos.

Los participantes en estos foros pueden diagnosticar la situación social y sanitaria y llevarla a instancias superiores, como los Consejos Municipales de Salud. Los CLS privilegian un mayor vínculo entre los profesionales y los usuarios de las unidades de salud, favoreciendo la inclusión y el fortalecimiento del SUS (Lisboa; Sodré; Araújo; Quintanilha; Luiz, 2016).

Como ya se ha discutido, hacen parte de una sociedad capitalista, las tensiones entre la constitución de un Estado mínimo para las expresiones de la cuestión social y el establecimiento de luchas para satisfacer estas demandas. Determinada coyuntura puede restringir o viabilizar conquistas de los derechos sociales. La aprobación de la legislación de salud, con el establecimiento de una política universal, integral y participativa, fue favorecida por la coyuntura política de la redemocratización del país. En la década siguiente y hasta la actualidad, el mantenimiento de esta política se ha visto perjudicado debido a políticas de contención de gastos en políticas públicas.

El SUS, pesar de estar subfinanciado, se consolida con excelencia en diversos sectores frente a desafíos estructurales, económicos y políticos, y presenta numerosos avances en la salud y en la calidad de vida de la población. La militancia en su defensa es fundamental para su sostenibilidad. La politización de los ciudadanos en defensa de la salud pública puede contrarrestar un proceso de deterioro acentuado de la salud, ayudando a promover la concreción de políticas para la reducción y eliminación de las inequidades sociales.

## Referencias

BARBOSA, V. C. Assistência social como política pública: dos bastidores ao palco principal. **Revista Praia Vermelha**, v. 28, n.1, p. 229-247, Rio de Janeiro, 2018.

- BARBOSA, V. C. Serviço Social e Saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista Em Pauta**, v. 44, n.17, p. 240-254, 2019.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. (Biblioteca básica de serviço social, volume 2). São Paulo: Cortez, 2006.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- CERQUEIRA FILHO, G. **A “questão social” no Brasil – crítica do discurso político**. (Coleção Retratos do Brasil, volume 162). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- DE PAULA, J. B.; IBIAPINA, F. L. P.; MOSSÉ, P. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 31, n.4, p. 1-3, 2018.
- FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**. 8. ed. rev. – São Paulo, Cortez, 2000.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.(Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, p. 23-64. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade** (10ª ed.). Rio de Janeiro: Cortez, 2006.
- IANNI, O. **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1992.
- LIMA, L. D; CARVALHO, M.S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.7, p.1-2, 2018.
- LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p. 721-730, 2009.
- NETTO, J. P. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. **Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade contemporânea**, n. 19, p. 135-170, 2009.
- PAIVA, B. A.; OURIQUES, N. D. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Revista Katálysis**, v. 9, n. 2, p.166 - 175, 2006.
- RAICHELIS, R. **Legitimidade popular e poder público**. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, M. S.; CARVALHO, L.A.A. “Questão social” e pauperismo no Brasil em tempos de Covid-19. **SER Social: Crise ambiental e Lutas sociais**, v. 26, n. 52, p.158-176, 2023.



# CAPÍTULO 3

## VULNERABILIDADES E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Marcelo José de Souza e Silva  
Tereza Jurgensen

Seriam os diagnósticos tradicionais suficientes para traçarmos linhas de cuidado para uma pessoa, para uma família e para uma comunidade?

Pensemos no Ricardo e na sua mãe que é dependente de oxigênio domiciliar e recebeu as receitas médicas de certos medicamentos que não consegue pagar, principalmente porque a conta de luz subiu muito depois da instalação do aparelho de oxigênio em casa. Ricardo acabou de chegar da Venezuela para ajudar a cuidar de sua mãe que já está no Brasil há alguns anos. Ele não conhece bem a língua, acha que todos no Brasil falam rápido demais e ainda está procurando emprego.

Na visita domiciliar, o médico e a equipe de saúde tiveram uma postura técnica e profissional. Mediram a pressão da Dona Arlinda, mãe do Ricardo, verificaram se os parâmetros do aparelho de oxigênio estavam corretos e refizeram as receitas dos medicamentos que não foram comprados. Por fim, aconselharam a família da importância de irem à unidade de saúde,

alertando que, como tanto o Ricardo como sua mãe podiam se locomover, não conseguiriam fazer visitas domiciliares frequentes. O médico também explicou e orientou que deveriam ser administrados os medicamentos de forma correta, devido ao risco de piora da saúde da D. Arlinda recair sobre ele.

A equipe de saúde foi tecnicamente perfeita. Entretanto, deixou de observar diversos fatores contextuais que influenciam na saúde desta família.

Após a saída da equipe, Ricardo se sentiu ainda mais culpado por não conseguir cuidar da forma esperada da sua mãe. Isso impactou sua autoestima e aumentou a sua preocupação, pois, como estava desempregado, via as contas se acumulando, principalmente a de luz, que tinha triplicado desde a instalação do aparelho. Como não entende bem o português, ficou com a impressão de que se não seguisse corretamente as orientações poderia ser deportado de volta para Venezuela e por isso achou melhor evitar a unidade de saúde a partir daquele dia.

Como podemos ver, nesta situação, não tão hipotética assim, os pilares conceituais que guiam uma ação de saúde possuem importância fundamental para a reflexão dos seus efeitos, principalmente quando esta ação de saúde ocorre próxima aos territórios onde as pessoas vivem. Desta forma, vemos a necessidade de definir as ações baseadas em critérios mais amplos e que façam uso da autoridade tecno-científica com valores que extrapolam seu núcleo de validade. Isto significa submeter os “como fazer” da técnica a análise e reflexão do “o que deve ser feito”, do “o que não pode ser feito” e do “por que deve ou não ser feito”, próprios ao paradigma das Ciências Sociais em Saúde (Ayres, 2022).

Na família de Ricardo, isto implicaria ir além da prescrição para a doença respiratória de Arlinda ou da verificação dos parâmetros de funcionamento do aparelho de oxigenoterapia. Seria necessário abarcar, por exemplo, a necessidade de incluir a família no cadastro único do Sistema Único de Assistência Social para receber o benefício da gratuidade na conta de luz, ou algum outro benefício de apoio que tenham direito. Seria necessário, também, compreender que a barreira linguística e cultural exigiria uma consulta mais acolhedora e atenta, a fim de explicar as medidas necessárias para o cuidado da



mãe. Assim como, a sensibilidade de acolher os temores e pesos que o cuidador Ricardo tem com a função de cuidar da sua mãe.

Abordagens ampliadas possuem maiores chances tanto de cultivar o vínculo com os usuários de saúde como, também, são mais efetivas para abordarem problemas que transbordam sinais e sintomas detectáveis em uma anamnese (Campos, 2007). No caso de Ricardo, oferecer o apoio financeiro necessário e demonstrar empatia por suas dificuldades de comunicação podem evitar que ele evite a unidade de saúde. Além disso, isso poderia incentivá-lo a se envolver mais no tratamento de sua mãe, sentindo-se parte integrante do processo.

Entretanto, tal postura perpassa por conhecimento de fatores para além dos diagnósticos, que incluam os conhecimentos sociais, culturais e econômicos dos territórios. Tais fatores estão na esfera da determinação social.

## **Determinação social e a Atenção Primária**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como marco uma conferência realizada em Alma-Ata, em 1978. A declaração final dessa conferência criou a consigna de Saúde para Todos no ano 2000 e definiu que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2002, p. 1).

A partir daí, a Atenção Primária à Saúde passa a ser considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais (Rodrigues; Souza, 2023, p. 243). Parte de uma crítica do modelo

biomédico e vertical, com valorização de outras profissões da saúde, assim como é vista como a principal porta de entrada nos sistemas de saúde.

O contexto político-econômico na qual acontece a conferência em Alma-Ata é de uma crise que acarretará grandes mudanças sociais. No campo da saúde, acentua a crise que já acontecia desde algum tempo, sendo a crise da atenção hospitalocêntrica. O modelo de assistência baseado no hospital já estava se mostrando demasiado caro nas últimas décadas e, com a crise econômica, passou a se tornar, aos olhos do neoliberalismo, insustentável. Além disso, surgem estudos que mostram problemas na lógica centrada apenas no hospital. A conclusão era a de que a assistência à saúde precisava de outro local principal de atuação, distribuída pelo território, para estar mais perto de onde as pessoas residem e trabalham.

Esta ampliação conceitual do cuidado em saúde foi de encontro aos movimentos sociais que lutaram pela redemocratização social e pela construção de políticas públicas de proteção social, como o SUS. Esse contexto específico permitiu o surgimento de teorias críticas ao modelo biomédico atreladas a críticas sociais. Uma dessas teorias é a Determinação Social do Processo Saúde-doença:

No interior de uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (nestes, inclua-se aí aspectos culturais, políticos etc.), a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção (Souza, 2020, p. 176).

Segundo Laurell (1982), isso ocorre por meio do local de produção em que se encontra o indivíduo, no trabalho no qual ele está inserido. Na sociedade capitalista, cujo objetivo final de todas as atividades é a geração de lucro, os diversos trabalhos devem ser exercidos para atingir esse objetivo e, dentro de cada trabalho específico, os indivíduos acabarão tendo formas de vida, adoecimento e morte muito semelhantes. É o que a autora chama de perfil epidemiológico, que será diferente para diferentes classes e em uma mesma classe, diferente para suas frações (cada atividade específica).

Essa teoria será uma das bases da luta por melhorias na área da saúde no Brasil, que terá como clímax o surgimento do Sistema Único de Saúde e, com ele, da vinda da Atenção Primária à Saúde (APS). A Atenção Primária tem como uma de suas bases a teoria da Determinação Social da Saúde, que permite entender que não basta termos profissionais de saúde oferecendo consultas para a população, mas que é preciso conhecer de forma ampla todo o contexto em que essa pessoa vive e trabalha. A forma que cada pessoa está inserida na sociedade e, dentro dela, em um território específico, cria a possibilidade de melhorar a efetividade da assistência à saúde (Albuquerque, 2014).

A determinação social da saúde é muito mais do que determinantes de saúde isolados, são a relação entre fatores de riscos e estilos de vida individuais, juntamente com as condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural (Buss, 2007). Desta forma, não basta creditar a obesidade de uma pessoa ao seu hábito alimentar. Esta abordagem tradicional dos aspectos de saúde é fundada na compreensão dos fatores de risco similares à quando avaliamos elementos como tabagismo ou sedentarismo sob a ótica individual. Essa abordagem possui um forte risco de “culpabilização” dos sujeitos quando adotamos os fatores de risco individuais como categorias explicativas da saúde.

O caso da obesidade, antes mencionado, se enquadra nesta reflexão. Orientações baseadas em mudanças do estilo de vida ou do padrão alimentar podem ser inócuas, dependendo do território e das condições sociais de uma pessoa. Estar submetido a jornadas de trabalho extenuantes por necessidade econômica, pode inviabilizar qualquer atividade física, assim como trabalhos que possuem como características o sedentarismo por si. Estar inserido em uma sociedade consumista que fomenta o consumo de ultraprocessados, únicos alimentos possíveis em rendas familiares diminutas, vedam qualquer variedade nutricional (Barbosa, 2009). Portanto, um olhar com o filtro teórico da Determinação Social pode impulsionar ações clínicas mais sensíveis ao cotidiano real dos cidadãos.

Outro conceito que auxilia esta ampliação é o de “vulnerabilidade”.

## Vulnerabilidade e a Atenção Primária

A concepção de “vulnerabilidade” é multifatorial e não está restrita ao campo da Saúde Coletiva. Ela se amplia na consolidação de outras políticas públicas a fim de reduzir a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos. Entretanto, tal conceito também sofre do mesmo problema do conceito explicado anteriormente. Houve uma captura taxonômica pelas correntes neoliberais e pelos organismos internacionais que traz à tona, novamente, o pressuposto ético-político individualizante, de focalização na parcela mais pobre da população (Monteiro, 2011).

Na saúde, este tipo de abordagem limita a concepção de “vulnerabilidade” aos conceitos epidemiológicos de risco, grupo de risco e comportamento de risco. De acordo com Ayres (2011) a epidemia de HIV-SIDA na década de 1980 foi um exemplo e um divisor para outra construção do entendimento sobre vulnerabilidade. A epidemia auxiliou a ruptura resultante de um processo de interseções entre o ativismo fomentado pela epidemia e os movimentos dos direitos humanos.

Ayres (2014) relembra que nos anos de 1980, quando o mecanismo de transmissão do vírus do HIV foi descoberto, percebeu-se haver maior incidência em três grupos populacionais nos Estados Unidos. Estes grupos foram rotulados como grupos de risco e criou-se uma referência a eles: eram conhecidos como os três “Hs” em referência, na época, aos hemofílicos, homossexuais e os haitianos. Do ponto de vista epidemiológico (desconectado da realidade) a observação não estava incorreta, pois eram grupos onde, realmente, havia maior incidência inicial do vírus. A compreensão poderia se desenvolver de forma que as ações fossem direcionadas de maneira singular e adaptadas para esses grupos. Contudo, o paradigma de risco individualizado transformou a interpretação do fenômeno na culpabilização destas três populações. A culpabilização foi reforçada e mediada pelo preconceito e se expressou mais intensamente na população LGBT e nos migrantes haitianos. Rapidamente, houve a associação que estes grupos de riscos eram responsáveis pela propagação da doença e, assim, eles foram perseguidos e oprimidos.

Desta maneira, quando não associado aos aspectos contextuais e a determinação social, o risco por si só pode induzir a uma inversão do entendimento do conceito de “vulnerabilidade”. Ao invés de nos perguntarmos que elementos são responsáveis pela vulnerabilização de uma população, passamos a perguntar sobre os elementos que uma população vulnerabilizada pode ocasionar ao seu meio.

Por isso, a discussão sobre o tema no início dos anos 1980 foi permeada por elementos em defesa dos direitos humanos, tendo em mente que o conceito deve relacionar diferentes contextos sociais como determinantes de variadas suscetibilidades. Nessa construção, foi-se pontuando que os segmentos populacionais mais expostos não seriam mais identificados por algum traço, mas sim pelo lugar ocupado ante o conjunto da sociedade. No exemplo, da epidemia de HIV/AIDS, o termo “vulnerabilidade” passou a ter outro significado, construído por segmentos acadêmicos e direitos humanos, a fim de mudar o olhar da própria epidemia para um fenômeno social, e não causado por grupos populacionais específicos (Ayres *et al.*, 2009).

O termo, então, no campo da saúde coletiva, deixa de assumir a conotação de identificação de grupos ou indivíduos marginalizados que são alvo de políticas públicas específicas de auxílio e identifica os elementos sociais e territoriais de vulnerabilização. Por esta razão, a classificação do fenômeno passou por mudanças nos últimos anos e para alinhar a nomeação com a ampliação conceitual, é mais acurado utilizar termos como “populações vulnerabilizadas” ou “situações de vulnerabilização” do que populações vulneráveis, por exemplo. Entretanto, tais conceitos continuam em disputa, e por isso não podemos afirmar que há uma nomeação final.

Este movimento auxiliou na superação da individualização da resposta à epidemia e mesmo dos problemas de saúde que acometem pessoas. Assim, como ajudou a extrapolar as três dimensões clássicas das análises de vulnerabilidade – individual, social e programática, articulando-as a fim de não recair na costumeira divisão entre o individual e o coletivo. Se por um lado não podemos negar a autonomia e os contextos singulares das pessoas, assim

como os seus aspectos biológicos e constitutivos, por outro, tais autonomias são dependentes dos meios, das histórias e culturas em que as pessoas estão inseridas. Por isso, a necessidade de olharmos para a integralidade dos sujeitos para nos calcarmos no fato de que todo processo de adoecimento nasce das formas como coletivamente organizamos as relações entre nós e o nosso meio, logo, só coletivamente podemos modificá-las (Ayres, 2009).

Assim, não é possível pensar sobre os cotidianos individuais e as intervenções sobre eles sem considerar as relações vividas, mediadas pela cultura, pelas condições socioeconômicas e pelas relações de poder institucionais. Assim como, não é possível pensar que estes cotidianos não sejam atravessados pelos marcadores sociais de gênero, raça, de gerações, etc.

E a Atenção Primária? Em que cenários utilizamos o conceito de “vulnerabilidade” calcado nos determinantes sociais neste nível de atenção?

Basicamente o tempo inteiro.

Devido à natureza da Atenção Primária e sua ligação com os territórios, quem trabalha na APS precisa ter uma compreensão dos problemas de saúde a partir de uma premissa contextual das comunidades e dos indivíduos. Pela sua imensa capilaridade e proximidade do cotidiano das pessoas, a maior parte da demanda que aporta nos serviços de Atenção Básica configura uma demanda não diagnosticada. Em um país onde a carência de políticas públicas é uma realidade, em diversos territórios o serviço de saúde pode ser o representante estatal acolhedor mais próximo. Assim, naturalmente, questões relacionadas ao sofrimento, a violência, ao desemprego, aos conflitos familiares chega nas salas de acolhimento das unidades básicas de saúde. Desta forma, se a atenção dessas demandas não for ampliada e o filtro teórico se restringir à anamnese clássica, o resultado será a medicalização de diversos fenômenos (Tesser, 2006).

Ter um olhar mais restrito, pode inclusive ter um efeito contrário, o de criar vulnerabilidades, tais como práticas excessivamente medicalizantes, pouco sensíveis às particularidades das pessoas e seus contextos culturais. Quando uma pessoa em sofrimento chega em uma unidade de saúde, se for avaliada sob enfoque diagnóstico, o sofrimento transforma-se em transtorno mental. À

medida que compreendemos que a pessoa vive em um território de violência, que é uma pessoa preta e sofre com o racismo, que é mulher e está submetida a uma segunda ou terceira jornada de trabalho e ainda que trabalha de forma precarizada por meio de aplicativos, a compreensão do sofrimento se amplia.

Por isso, é importante que a abordagem da vulnerabilidade não seja individualizada, tornando-a um atributo ou sintoma de uma pessoa. Aqui entra a interação com os determinantes sociais e as ciências humanas, por trazer elementos para pensar esses aspectos estruturais, práticas e contextos intersubjetivos que estão na base das situações de vulnerabilização.

Exatamente por isso que devemos trazer à tona as interseccionalidade e seus diversos marcadores de diferença (gênero, raça, classe social, etc.) para compreender as estruturas e as dinâmicas das relações sociais. Em outros casos, categorias transculturais são tão importantes quanto para a compreensão das realidades. Assim, a valorização do saber experiencial e experiências vividas e refletidas pelas pessoas atribuem um pano de fundo real a estes marcadores. Por isso, a participação dos sujeitos imediatamente interessados, aqueles em situação de vulnerabilidade, é fundamental tanto para a formulação do conhecimento, quanto para sua aplicação na Atenção Primária (Ayres, 2014).

A Atenção Primária se esforça para adaptar sua forma de cuidado para diferentes situações de vulnerabilidade. Tivemos a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação das Equipes de Consultório na Rua (eCR). Tivemos também a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo das Florestas (PNSIPCF), instituída pela Portaria n.º 2.866 a fim de reconhecer as especificidades de saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PCFAs), e dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs). Neste caso, foram criadas tipologias de equipes específicas para populações ribeirinhas e fluviais. Para além de criar tipificações de equipes específicas para populações vulnerabilizadas, devemos focar no tipo de clínica ampliada para considerar as demandas desta população a partir da perspectiva destas populações (Brasil, 2011, 2014).

E assim, voltamos ao Ricardo e Dona Alzira. Na Atenção Primária, podemos realizar visitas domiciliares, conhecer e conversar com os vizinhos,

localizar outros serviços do território que a pessoa pode acessar e as barreiras de acesso a eles. Na Atenção Primária, é possível observar o sofrimento e o processo de adoecimento sob a ótica de marcadores de raça e gênero. Se as equipes de saúde conseguirem levar tais informações para as reuniões de equipe e espaços de reflexão, podem adotar uma abordagem crítica, ampliada e epistêmica que envolva e compreenda o sujeito em sua totalidade como cidadão. Ao mesmo tempo, os trabalhadores também embarcam em um trabalho cidadão que os leva à percepção do exercício de sua cidadania fora dos muros da unidade de saúde como sendo política. A política é o meio para a mudança social mais profunda, através da luta pelo direito à saúde e pelas políticas públicas de proteção social.

## Referências

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 953-965, 2014.
- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 196-206, 2023.
- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. de S.; FERNANDES, J. J. S. (Orgs.). **Atenção à saúde das populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. Natural History of Disease to Vulnerability: Changing Concepts and Practices in Contemporary Public Health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (eds.). **Routledge Handbook of Global Public Health**. New York: Routledge, 2011.
- BARBOSA, J. M. *et al.* Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. **Archivos latinoamericanos de nutricion**, v. 59, n. 1, p. 22-29, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. 2002. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866. **Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense**.



Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt0837\\_09\\_05\\_2014.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html). Acesso em: 20 jun. 2024.

- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.
- CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista latinoamericana de Salud**, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982.
- MONTEIRO, S. R. da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.
- RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 242-252, 2023.
- SCOTT, J. B. *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.
- SOUZA, D. de O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, p. 174-191, 2020.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 347-362, 2006.



# CAPÍTULO 3

## VULNERABILIDADES Y DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Marcelo José de Souza e Silva  
Tereza Jurgensen

¿Son suficientes los diagnósticos tradicionales para trazar líneas de atención para una persona, una familia y una comunidad?

Pensemos en Ricardo y en su madre, que es dependiente de oxígeno domiciliario y ha recibido recetas de ciertos medicamentos que no puede pagar, principalmente porque la factura de la luz subió mucho después de instalar la máquina de oxígeno en su casa. Ricardo acaba de llegar de Venezuela para ayudar a cuidar a su madre, que ya lleva unos años en Brasil. No conoce bien el idioma, cree que en Brasil todo el mundo habla demasiado rápido y está buscando empleo.

Durante la visita domiciliaria, el médico y el equipo sanitario adoptaron un enfoque técnico y profesional. Midieron la tensión arterial de la Sra. Arlinda, madre de Ricardo, comprobaron que los parámetros del aparato de oxígeno eran correctos y rehicieron las recetas de los medicamentos que no fueron comprados. Por último, aconsejaron a la familia sobre la importancia

de acudir a la unidad sanitaria, señalando que, dado que tanto Ricardo como su madre podían desplazarse, no podrían recibir visitas frecuentes en su domicilio. El médico también explicó y orientó que los medicamentos debían administrarse correctamente, debido al riesgo de que el deterioro de la salud de Doña Arlinda recaiga sobre él.

El equipo de salud fue técnicamente perfecto. Sin embargo, no observaron varios factores contextuales que influyen la salud de esta familia.

Después de la salida del equipo, Ricardo se sintió aún más culpable por no poder cuidar, de la forma esperada, a su madre. Esto repercutió en su autoestima y aumentó su preocupación por que, al estar desempleado, veía cómo se acumulaban las facturas, especialmente la de la luz, que se había triplicado desde que se instaló el aparato. Como no entiende muy bien el portugués, tuvo la impresión de que, si no seguía correctamente las instrucciones, podrían deportarlo a Venezuela, por lo que pensó que era mejor evitar el centro de salud a partir de ese día.

Como es evidente, en esta situación no tan hipotética, los pilares conceptuales que guían una acción de salud tienen una importancia fundamental para reflexionar sobre sus efectos, especialmente cuando esta acción de salud tiene lugar cerca de los territorios donde viven las personas. De este modo, vemos la necesidad de definir las acciones a partir de criterios más amplios que hagan uso de la autoridad tecno-científica con valores que van más allá de su núcleo de validez. Esto significa someter los “cómo hacer” de la técnica al análisis y reflexión de “lo que debe ser hecho” y de “lo que no puede ser hecho” y de “por qué debe o no ser hecho”, propios del paradigma de las Ciencias Sociales en Salud (Ayres, 2022).

En la familia de Ricardo, esto implicaría ir más allá de la prescripción médica para la enfermedad respiratoria de Arlinda o la verificación de los parámetros de funcionamiento del aparato de oxigenoterapia. Por ejemplo, sería necesario incluir a la familia en el registro único del Sistema Único de Asistencia Social para recibir el beneficio de la gratuidad de las facturas de electricidad, o alguna otra prestación de apoyo a la que tuvieran derecho.

También sería necesario darse cuenta de que la barrera lingüística y cultural requeriría una consulta más acogedora y atenta para explicar las medidas necesarias para el cuidado de la madre. Así como la sensibilidad para asumir los miedos y las cargas que Ricardo, como cuidador, tiene con la tarea de cuidar a su madre.

Abordajes ampliados tienen mayores posibilidades de cultivar un vínculo con los usuarios de los servicios de salud y también son más eficaces para abordar problemas que van más allá de los signos y síntomas detectables en una anamnesis (Campos, 2007). En el caso de Ricardo, ofrecerle el apoyo económico necesario y mostrar empatía por sus dificultades de comunicación podría evitar que evadiera asistir a la unidad de salud. Además, esto podría animarle a implicarse más en el tratamiento de su madre, sintiéndose parte integrante del proceso.

Sin embargo, una postura de este tipo requiere el conocimiento de factores que van más allá de los diagnósticos, incluido el conocimiento social, cultural y económico de los territorios. Estos factores pertenecen al ámbito de la determinación social.

## **Determinación social y atención primaria**

La Atención Primaria de Salud (APS) tiene como hito una conferencia celebrada en Alma-Ata en 1978. La declaración final de esta conferencia creó la bandera de la Salud para Todos en el año 2000 y definió que:

Los cuidados primarios de salud son cuidados esenciales basados en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien fundamentadas y socialmente aceptables, puestos al alcance universal de individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y autodeterminación. Representan el primer nivel de contacto entre los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, por lo cual los cuidados de salud son llevados lo más próximamente posible a los lugares donde viven y trabajan las personas, y constituyen el

primer elemento de un proceso continuo de asistencia a la salud (Ministerio de Salud, 2002, p. 1).

A partir de entonces, la Atención Primaria a la Salud pasó a ser considerada como una estrategia decisiva para hacer efectiva la asistencia en salud en los sistemas universales (Rodrigues; Souza, 2023, p. 243). Se basa en una crítica al modelo biomédico y vertical, valorizando otras profesiones de la salud, además de ser vista como la principal puerta de entrada a los sistemas de salud.

El contexto político y económico en el que se celebró la conferencia de Alma-Ata era de crisis, lo que provocaría grandes cambios sociales. En el ámbito de la salud, acentuó la crisis que ya acontecía desde hacía algún tiempo: siendo una crisis de atención hospitalocéntrica. El modelo de asistencia basado en el hospital ya estaba resultando demasiado caro en las últimas décadas y, con la crisis económica, se hizo insostenible a los ojos del neoliberalismo. Además, surgieron estudios que mostraban problemas con la lógica centrada apenas en los hospitales. La conclusión fue que la asistencia a la salud necesitaba de otro lugar principal de actuación, distribuido por el territorio, para estar más cerca de donde viven y trabajan las personas.

Esta ampliación conceptual de cuidado en salud estaba en consonancia con los movimientos sociales que luchaban por la redemocratización social y por la construcción de políticas públicas de protección social, como el SUS. Este contexto específico permitió el surgimiento de teorías críticas al modelo biomédico, vinculadas a las críticas sociales. Una de estas teorías es la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad:

Dentro de una relación inseparable entre los aspectos biológicos y sociales (que incluyen aspectos culturales, políticos, etc.), la salud humana adquiere sus contornos individuales y colectivos, transitando en varios niveles y de diversas maneras, dependiendo de las relaciones sociales establecidas, especialmente las relaciones sociales de producción (Souza, 2020, p. 176).

Según Laurell (1982), esto ocurre a través del lugar de producción en el que se encuentra el individuo, en el trabajo en el que está inserto. En la sociedad capitalista, en la que el fin último de todas las actividades es la generación de lucro, los distintos trabajos deben ser ejercidos para conseguir este objetivo y, dentro de cada trabajo específico, los individuos acabarán teniendo formas de vivir, enfermar y morir muy parecidas. Esto es lo que la autora denomina perfil epidemiológico, que será diferente para las distintas clases y, dentro de la misma clase, diferente para sus fracciones (cada actividad específica).

Esta teoría será una de las bases de la lucha por mejoras en el área de la salud en Brasil, que tendrá su clímax con el surgimiento del Sistema Único de Salud y, con él, el advenimiento de la Atención Primaria de Salud (APS). La Atención Primaria tiene como una de sus bases la teoría de la Determinación Social de la Salud, que permite entender que no basta con tener profesionales de la salud ofreciendo consultas a la población, sino que es necesario tener una comprensión amplia de todo el contexto en el que esa persona vive y trabaja. La forma en que cada persona se inserta en la sociedad y, dentro de ella, en un territorio específico, crea la posibilidad de mejorar la eficacia de la atención a la salud (Albuquerque, 2014).

La determinación social de la salud es mucho más que determinantes aislados de la salud, son la relación entre los factores de riesgo y los estilos de vida individuales, junto con las condiciones de vida y de trabajo, así como la macroestructura económica, social y cultural (Buss, 2007). Por lo tanto, no basta con culpar de la obesidad de una persona a sus hábitos alimentarios. Este abordaje tradicional de los aspectos sanitarios se basa en una comprensión de los factores de riesgo similar a cuando evaluamos elementos como el tabaquismo o un estilo de vida sedentario desde una perspectiva individual. Este enfoque tiene un fuerte riesgo de “culpabilizar” a los individuos cuando adoptamos los factores de riesgo individuales como categorías explicativas de la salud.

El caso de la obesidad, mencionado anteriormente, encaja en esta forma de pensar. Las orientaciones basadas en cambios de estilo de vida o pautas

alimentarias pueden ser inocuas, dependiendo del territorio y las condiciones sociales de la persona. Estar sometido a jornadas laborales extenuantes por necesidad económica puede hacer inviable cualquier actividad física, así como trabajos caracterizados por el sedentarismo. Formar parte de una sociedad consumista que fomenta el consumo de alimentos ultraprocesados, la única alimentación posible con una pequeña renta familiar, impide cualquier variedad nutricional (Barbosa, 2009). Por lo tanto, mirar a través del filtro teórico de la Determinación Social puede impulsar acciones clínicas más sensibles al cotidiano real de los ciudadanos.

Otro concepto que ayuda a esta expansión es el de “vulnerabilidad”.

## **Vulnerabilidad y la Atención Primaria**

El concepto de “vulnerabilidad” es multifactorial y no se restringe al campo de la Salud Colectiva. Se está ampliando en la consolidación de otras políticas públicas con el fin de reducir el acceso desigual a bienes y servicios públicos. Sin embargo, este concepto también sufre del mismo problema que el concepto explicado anteriormente. Ha sido capturado taxonómicamente por corrientes neoliberales y por organismos internacionales, lo que trae a colación, una vez más, el supuesto ético-político individualizador de centrarse en la parte más pobre de la población (Monteiro, 2011).

En salud, este tipo de abordaje limita el concepto de “vulnerabilidad” a los conceptos epidemiológicos de riesgo, grupo de riesgo y comportamiento de riesgo. Según Ayres (2011), la epidemia de VIH-SIDA en la década de 1980 fue un ejemplo y un punto de inflexión para otra comprensión de la vulnerabilidad. La epidemia provocó una ruptura resultante de un proceso de intersecciones entre el activismo alimentado por la epidemia y los movimientos de derechos humanos.

Ayres (2014) recuerda que, en los años 80, cuando se descubrió el mecanismo de transmisión del virus del VIH, se observó que había una mayor incidencia en tres grupos de población en Estados Unidos. Estos grupos fueron etiquetados como grupos de riesgo y se creó una referencia a ellos: fueron conocidos como las tres “Hs” en referencia, en aquel momento, a hemofílicos,



homosexuales y haitianos. Desde un punto de vista epidemiológico (desconectado de la realidad) la observación no era incorrecta, ya que se trataba de grupos en los que realmente había una mayor incidencia inicial del virus. La comprensión podría desarrollarse de tal manera que las acciones se dirigieran de forma singular y adaptadas para estos grupos. Sin embargo, el paradigma del riesgo individualizado transformó la interpretación del fenómeno en la culpabilización de estas tres poblaciones. La culpabilización fue reforzada y mediada por el prejuicio y se expresó con mayor intensidad en la población LGBT y en los migrantes haitianos. Se asoció rápidamente que estos grupos de riesgo eran los responsables de la propagación de la enfermedad, por lo que fueron perseguidos y oprimidos.

De esta forma, cuando no se asocia con aspectos contextuales y la determinación social, el riesgo por sí solo puede inducir a una distorsión de la comprensión del concepto de “vulnerabilidad”. En lugar de preguntarnos qué elementos son responsables de la vulnerabilización de una población, empezamos a preguntarnos por los elementos que una población vulnerabilizada puede ocasionar en su entorno.

Por esta razón, la discusión sobre el tema a principios de los años 1980 estuvo impregnada de elementos en defensa de los derechos humanos, teniendo en cuenta que el concepto debería relacionar diferentes contextos sociales como determinantes de diversas susceptibilidades. En esta construcción, se enfatizó que los segmentos más expuestos de la población ya no serían identificados por algún rasgo, sino por su lugar en el conjunto de la sociedad. En el ejemplo de la epidemia del VIH/SIDA, el término “vulnerabilidad” pasó a tener otro significado, construido por grupos académicos y de derechos humanos, para cambiar la visión de la propia epidemia como un fenómeno social, y no causado por grupos específicos de la población (Ayres *et al.*, 2009).

El término, entonces, en el campo de la salud pública, deja de asumir la connotación de identificación de grupos o individuos marginados que son objeto de políticas públicas específicas de ayuda, sino que identifica los elementos sociales y territoriales de la vulnerabilización. Por este motivo,

la clasificación del fenómeno ha sufrido cambios en los últimos años y, para alinear la nominación con la ampliación conceptual, es más preciso utilizar términos como “poblaciones vulnerabilizadas” o “situaciones de vulnerabilización” en lugar de poblaciones vulnerables, por ejemplo. Sin embargo, estos conceptos continúan en disputa, por lo que no podemos decir que exista una denominación definitiva.

Este movimiento ha contribuido a superar la individualización de la respuesta a la epidemia e incluso de los problemas de salud que afectan a las personas. También ha contribuido a extrapolar las tres dimensiones clásicas de los análisis de vulnerabilidad -individual, social y programática-, articulándolas para no caer en la división habitual entre lo individual y lo colectivo. Si bien, por un lado, no podemos negar la autonomía de las personas y sus contextos únicos, así como sus aspectos biológicos y constitutivos, por otro, estas autonomías dependen de los entornos, historias y culturas en los que las personas están insertas. Por eso, es necesario mirar la integralidad de los individuos para basarnos en el hecho de que todo proceso de enfermedad nace de las formas en que organizamos colectivamente las relaciones entre nosotros y nuestro entorno, luego, sólo colectivamente podemos modificarlas (Ayes, 2009).

Por lo tanto, no es posible pensar en los cotidianos individuales y las intervenciones sobre ellos, sin considerar las relaciones vividas, mediadas por la cultura, las condiciones socioeconómicas y las relaciones de poder institucionales. Tampoco es posible pensar que estos cotidianos no están atravesadas por los marcadores sociales de género, raza, generaciones, etc.

¿Y, la atención primaria? ¿En qué situaciones utilizamos el concepto de “vulnerabilidad” basado en los determinantes sociales en este nivel de atención?

Básicamente, todo el tiempo.

Debido a la naturaleza de la Atención Primaria y a su conexión con los territorios, quienes trabajan en APS necesitan tener una comprensión de los problemas de salud basada en la premisa contextual de las comunidades y los individuos. Por su inmensa capilaridad y proximidad del cotidiano de las personas, la mayor parte de la demanda que llega a los servicios de Atención

Primaria configura una demanda no diagnosticada. En un país donde la carencia de políticas públicas es una realidad, en diversos territorios el servicio de salud puede ser el representante del Estado acogedor más próximo. Así, naturalmente, cuestiones relacionadas con el sufrimiento, la violencia, el desempleo y los conflictos familiares llegan a las salas de acogimiento de las unidades básicas de salud. Por lo tanto, si no se amplía la atención prestada a estas demandas y se restringe el filtro teórico a la anamnesis clásica, el resultado será la medicalización de diversos fenómenos (Tesser, 2006).

Adoptar una visión más estrecha puede incluso tener el efecto contrario, creando vulnerabilidades, como prácticas excesivamente medicalizadoras poco sensibles a las particularidades de las personas y sus contextos culturales. Cuando una persona en sufrimiento llega a una unidad de salud, si se la evalúa desde un punto de vista diagnóstico, su sufrimiento se convierte en un trastorno mental. En la medida que comprendemos que la persona vive en un territorio de violencia, que es una persona negra y sufre racismo, que es mujer y está sometida a una segunda o tercera jornada laboral, y que trabaja de forma precarizada a través de aplicativos, la comprensión de su sufrimiento se amplía.

Por eso es importante que el abordaje de la vulnerabilidad no sea individualizado, convirtiéndola en un atributo o síntoma de una persona. Aquí es donde entra en interacción con los determinantes sociales y las ciencias humanas, que aportan elementos para pensar estos aspectos estructurales, prácticas y contextos intersubjetivos que subyacen a las situaciones de vulnerabilización.

Precisamente por eso debemos sacar a la luz la interseccionalidad y sus diversos marcadores de diferencia (género, raza, clase social, etc.) para comprender las estructuras y dinámicas de las relaciones sociales. En otros casos, las categorías transculturales son igualmente importantes para la comprensión de las realidades. Así, la valorización del saber experiencial y las experiencias vividas y reflexionadas por las personas atribuyen un trasfondo real a estos marcadores. Por ello, la participación de los sujetos directamente interesados, aquellos en situación de vulnerabilidad, es fundamental tanto para la formulación del conocimiento como para su aplicación en la Atención Primaria (Ayres, 2014).

La Atención Primaria se esfuerza por adaptar su forma de cuidado a diferentes situaciones de vulnerabilidad. Hemos tenido la Política Nacional para la Población en Situación de Calle y la creación de los Equipos de Consultorio en la Calle (eCR). También tuvimos la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de las Florestas (PNSIPCF), instituida por la Portaria n.º 2.866 con el fin de reconocer las especificidades de salud de las Poblaciones del Campo, de las Florestas y de las Aguas (PCFAs), y de los Pueblos y Comunidades Tradicionales (PCTs). En este caso, se crearon tipologías de equipos específicos para poblaciones ribereñas y fluviales. Además de crear tipificaciones de equipos específicos para poblaciones vulnerabilizadas, debemos centrarnos en una clínica ampliada que considere las demandas de esta población desde la perspectiva de estas mismas poblaciones (Brasil, 2011, 2014).

Y así, volvemos a Ricardo y Doña Alzira. En la Atención Primaria, podemos realizar visitas domiciliarias, conocer y conversar con los vecinos, localizar otros servicios del territorio a los que la persona puede acceder y las barreras de acceso a estos. En la Atención Primaria, es posible observar el sufrimiento y el proceso de enfermedad desde la perspectiva de los marcadores de raza y género. Si los equipos de salud logran llevar esta información a sus reuniones y espacios de reflexión, pueden adoptar un enfoque crítico, ampliado y epistémico que involucre y comprenda al sujeto en su totalidad como ciudadano. Al mismo tiempo, los trabajadores también se embarcan en un trabajo ciudadano que los lleva a la percepción del ejercicio de su ciudadanía fuera de los muros de la unidad de salud como algo político. La política es el medio para el cambio social más profundo, a través de la lucha por el derecho a la salud y por las políticas públicas de protección social.

## Referencias

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 953-965, 2014.
- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 196-206, 2023.
- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. *In*: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. de S.; FERNANDES, J. J. S. (Orgs.). **Atenção à saúde das populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014.

- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. Natural History of Disease to Vulnerability: Changing Concepts and Practices in Contemporary Public Health. *In*: PARKER, R.; SOMMER, M. (eds.). **Routledge Handbook of Global Public Health**. New York: Routledge, 2011.
- BARBOSA, J. M. *et al.* Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. **Archivos latinoamericanos de nutrición**, v. 59, n. 1, p. 22-29, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866. **Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837\\_09\\_05\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html). Acesso em: 20 jun. 2024.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.
- CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista latinoamericana de Salud**, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982.
- MONTEIRO, S. R. da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.
- RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 242-252, 2023.
- SCOTT, J. B. *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.
- SOUZA, D. de O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, p. 174-191, 2020.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 347-362, 2006.



# EXPERIÊNCIAS NACIONAIS







# CAPÍTULO 4

## ATENÇÃO BÁSICA NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DA AMAZÔNIA: GESTÃO E TRABALHO NO CUIDADO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

Júlio Cesar Schweickardt  
Maria Adriana Moreira

### Introdução

A Amazônia foi inventada, segundo Neide Gondin (1994), por viajantes, escritores, religiosos e cientistas, mas somente no início do século XX que passou a ser entendida como uma região. Antes mesmo da chegada dos europeus nesse território, vários povos originários povoavam o vale do Rio Amazonas. A colonização veio acompanhada de outra língua, de novos costumes, novas formas de ver o mundo, mas também veio o processo de escravização e de guerra aos povos que se resistiam ao processo de colonização. Com a ocupação consolidada na região, a população foi se concentrando nas cidades e vilas, sendo impulsionada pela economia da borracha a partir de 1880 até 1915, criando um imaginário de uma Amazônia “civilizada” pelo consumo dos produtos europeus, a partir de uma riqueza gerada pelo trabalho exploratório de milhares de seringueiros, migrantes da região nordeste e de indígenas espalhados pelas calhas dos rios.

Bertha Becker diz que o “espaço sempre foi associado ao tempo” (2005, p. 71). Esse tempo foi acelerado a partir da segunda metade do século XX,

quando o governo militar decidiu que a Amazônia deveria ser integrada por estradas, grandes obras de infraestrutura e pelo projeto de desenvolvimento da Zona Franca de Manaus. O slogan era “integrar para não entregar”, pois havia a ideia da “cobiça internacional” sobre as riquezas da região. A partir da década de 1970, foram criados os projetos de colonização a partir de outro slogan “terra sem gente para gente sem terra”, partindo do pressuposto equivocado do “vazio demográfico”. Ou seja, a Amazônia era um grande “deserto verde”, que aguardava a chegada de migrantes de outras regiões para derrubar a floresta e transformá-la em pastos e em lavouras, deixando as portei ras abertas para o agronegócio ou quando se “deixou a boiada passar” sem limites.

No entanto, não foi possível concluir o projeto militar de interligar toda a região por estradas, porque a floresta resistiu ao trator e às linhas retas dos mapas. Ainda assim, houve grandes regiões de desmatamento com a chegada do migrante nos estados de Rondônia, Roraima, Mato Grosso, sul do Amazonas e do Pará, onde se introduziu as culturas da soja, café, milho, arroz e do gado. Na *Amazônia Ocidental*<sup>1</sup> ainda se localizam as populações de características mais ribeirinhas, que tem nas águas as suas referências de vida. Falaremos dessa Amazônia também conhecida como *Amazônia Ribeirinha*.

Temos, portanto, várias “amazônias”, vinculadas por relações de poder, de ocupação dos territórios, com histórias e ancestralidades, que criaram diferentes lugares de vida. Temos uma Amazônia Ribeirinha, das águas, Amazônia das estradas e dos assentamentos, do extrativismo e das reservas ambientais, Amazônia indígena, Amazônia negra, Amazônia do agronegócio, das fronteiras, Amazônia distante e remota, profunda, natural e para-além-do-natural.

Sob as copas das árvores, literal ou como metáfora, temos muitos modos de conduzir a vida, com cultura, tradição, ancestralidade, mitos, ritos e histórias. As populações vivem em distintos tipos de territórios: terra firme e várzea, nos campos e na floresta, em palafitas e flutuantes, nas e sob as águas,

---

1 Bertha Becker (2005, p. 83) denomina Amazônia Ocidental a calha dos principais rios dos estados do Amazonas, Pará e Acre. “Amazônia ocidental, que tem a maior área de fronteira política é a mais preservada (porque não foi cortada por estradas e seu povoamento foi pontual, na Zona Franca de Manaus, enquanto o resto do estado ficou abandonado). E o fato de ser uma região em si, constitui uma força de resistência à destruição da floresta”.

nos barrancos e nas savanas, na pequena e na grande propriedade, na reserva e no assentamento, no castanhal e no seringal.

Quando pensamos na Amazônia, olhamos sob a perspectiva das suas dimensões gigantescas, das grandes árvores, dos rios sem fim, das profundezas, das longas distâncias, dos tempos, da dispersão populacional, das grandes cheias e das secas históricas. Jamais imaginávamos, em um tempo recente, que as águas iriam embora, que os peixes morreriam sem ar, que os botos e peixe-boi morreriam com a temperatura das águas, que os rios virariam caminhos secos e lamacentos. Infelizmente, esse cenário trágico passará a ser mais frequente com o fenômeno das mudanças climáticas de âmbito planetário.

Assim, quando falamos de políticas públicas para a Amazônia, é necessário pensar na sua história, nos seus múltiplos territórios, nos modos de vida, nos desafios e nas invenções. Conhecer como os caminhos dos territórios são imperativos para o desenvolvimento da gestão e do trabalho em saúde. Mas, mais que tudo, é pensar no modo de chegar até a última comunidade, no último rio, no último lago, por mais distante que for, pois somente assim conseguiremos cumprir com a universalidade, integralidade e equidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Definitivamente, a Amazônia não se revela de imediato, apesar do impacto visual que produz nos viajantes que se aventuram nos barcos. Há muito mais realidade e diversas formas de produzir a vida nas comunidades, vilas e cidades.

A integralidade do cuidado se faz no diálogo com outras práticas de cuidado, com o pajé, o rezador, com as parteiras e os curandeiros. Faz-se com proteção antes de entrar no rio, na floresta, no outro lugar. Integralidade se faz no diálogo entre o natural e o não natural, entre as demandas do corpo e da alma, dos remédios e das plantas medicinais, das consultas e dos rituais, dos cantos e das danças.

Não resta dúvida que para fazer saúde na Amazônia necessita de compromisso ético e político na gestão e no trabalho, um compromisso com as tantas vidas que habitam esse imenso território, que ocupa mais da metade do país. Portanto, olhar para tantas formas de vida é levar a sério a ideia de que

a equidade se constrói ao reconhecer as diferenças, agindo de maneira distinta com o que é diferente. Isso é essencial para não produzir violência e para deixar de colonizar as vidas que historicamente foram negadas e silenciadas.

Já perceberam que não queremos somente contar como se faz política pública nos territórios amazônicos, mas queremos conduzir os leitores para uma viagem pelos rios que conectam e criam identidades próprias com o lugar, um pertencimento que também pode ser da política de saúde. O convite é para entrar no barco, amarrar a sua rede e deixar que o rio leve aos possíveis destinos.

## **A política de Atenção Básica em Saúde: em direção a uma saúde na Amazônia**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se por meio da Lei n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da Lei n.º 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A estruturação da rede de Atenção Básica à Saúde, iniciou com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), um ano após o PNACS transforma-se no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Mathias, 2008). Em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), marcando uma mudança significativa na abordagem dos serviços de Atenção à Saúde. As práticas anteriores, centradas principalmente na doença e na priorização dos hospitais, foram substituídas por novos princípios, que direcionaram a atenção para a promoção da saúde e a participação da comunidade. Porém, o programa credenciava somente equipes em territórios com uma grande concentração populacional, deixando as populações rurais e ribeirinhas, de baixa densidade demográfica, sem cobertura.

Em relação ao financiamento, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998, cuja finalidade foi custear as ações da Atenção Básica à Saúde nos municípios, pois os pagamentos, até então, eram por produção. Essa implantação foi responsável pela principal meta de um sistema universal de

saúde, que é proporcionar equidade na distribuição dos recursos financeiros (Mendonça, 2023). Pela primeira vez na história, os recursos federais para a saúde foram descentralizados para todos os municípios brasileiros.

A equipe do PSF era composta somente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas a partir do ano de 2001 as ações de saúde bucal foram incluídas na estratégia do PSF, acrescentando à equipe o cirurgião-dentista, o técnico de higiene dental (THD) e/ou atendente de consultório dentário (ACD).

Com o passar dos anos, o PSF já foi firmado como eixo norteador e estruturante do SUS, e, em 2006, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso, visando a reorganização da Atenção Básica no Brasil, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da portaria n.º GM/648 no dia 28 de março de 2006 (Pinto; Giovanella, 2018). Essa política estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS (Brasil, 2006).

A partir de 2008, o microscopista foi incluído na ESF. Nesse mesmo ano, por meio do Pacto pela Saúde, o leque de profissionais atuando junto à população foi mais uma vez ampliado com a edição da Portaria n.º 154 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF foi estabelecido como um recurso de suporte à Estratégia de Saúde da Família, atuando na perspectiva do apoio matricial junto às equipes de forma interdependente às mesmas. Ele funciona como um serviço que visa assegurar a continuidade e a integralidade da Atenção Básica, promovendo, assim, a expansão dos cuidados primários de saúde (Lima, *et al.*, 2018; Canton, 2021).

Em 2011, a PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS. Destacamos que, com a PNAB, foram implementadas ações da Atenção Básica voltadas para as populações ribeirinhas, através da criação da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e da implantação da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e da Estratégia de Saúde da Família Fluvial (eSFF).

Destacamos também, a publicação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011, composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades da gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional (Brasil, 2013). Essa política, no entanto, produziu impacto limitado na prática (Sousa *et al.*, 2019).

É importante sublinhar a importância do Programa Mais Médicos (PMM), pela Medida Provisória n.º 621, de 9 de julho de 2013, posteriormente foi convertida na Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. O PMM foi uma ampla iniciativa para impulsionar as políticas de equidade no acesso à saúde, de forma que foram priorizados os Distritos Especiais Sanitários Indígenas (DSEI) e os municípios que apresentavam indicadores de maior vulnerabilidade, portanto, com maior necessidade de ações e serviços de saúde (Schweickardt; Lima; Ferla, 2022). Foi a partir desse programa que algumas equipes que estavam suspensas pela ausência do profissional médico foram reativadas, principalmente para as regiões de difícil acesso e áreas indígenas.

Por meio da Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, temos mais uma vez a reformulação da PNAB. Destacamos a inclusão do Agente de Combate às Endemias (ACE), e a mudança do parâmetro de cobertura populacional que era de 3.000 a 4.000 para 2.000 a 3.500 pessoas por equipe, ainda recomenda a inclusão do gerente de Unidade Básica de Saúde como mais um membro da equipe e financia, além da eSF, a Equipe de Atenção Básica (eAB).

Com a extinção do incentivo financeiro ao NASF, em 2020, não foram mais credenciadas novas equipes. No primeiro ano da gestão do governo federal, em 2023, esta estratégia foi reformulada, sendo criadas as equipes multiprofissionais (eMulti). Mesmo com o avanço nas construções das UBSF e na implantação das eSFF, essas equipes não foram contempladas na implantação das eMulti.

## Território líquido e a política de saúde ribeirinha

Precisamos lembrar que na Amazônia, uma das características mais visíveis à produção da saúde são os fluxos das águas, que se atravessam em distintas condições da existência, em um fenômeno que denominamos de território líquido (Schweickardt *et al.*, 2016; Lima *et al.*, 2016, Kadri *et al.*, 2017). O território amazônico tem caráter forte e concretamente líquido, tornando os fluxos, a cadência do tempo, a circulação e o modo do andar da vida bastante diferenciado, inclusive nas diferentes etapas do ano, o que requer um olhar mais cuidadoso ao ser analisado (Schweickardt *et al.*, 2022, p. 99).

A categoria território líquido nasce na leitura das políticas públicas na Amazônia, como uma necessidade do pensamento e das práticas de saúde nesse lugar. Inicialmente, a categoria dialoga com as características das águas na região, especialmente olhando para o ciclo hidrológico: seca, enchente, cheia e vazante. A reflexão era em torno de como fazer saúde no movimento permanente dos rios, lagos e igarapés, onde a população precisa, constantemente, se ajustar às mudanças produzidas pelas águas. Portanto, o “líquido” estava diretamente relacionado à Amazônia ribeirinha, onde vivem as populações ribeirinhas.

Os exemplos da UBS Fluvial e as equipes de saúde ribeirinhas foram os mais explorados para se referir a um modo de fazer gestão e cuidado na Amazônia no território líquido (Lima *et al.*, 2016; Schweickardt *et al.*, 2016; Kadri *et al.*, 2019). Os modelos tecnoassistenciais voltados para as populações ribeirinhas são inovações da PNAB, pois estão voltadas para a produção da equidade no contexto da Amazônia. O trabalho nesse tipo de território não pode ser uma reprodução de outros modelos genéricos de fazer saúde, senão pensar que as singularidades do lugar possibilitam “inventar” outra saúde. Por isso, os encontros com as populações e a complexidade do território permitem “aberturas à aprendizagem de aspectos sociais, políticos, geográficos, sanitários e epistêmicos” (Martins, 2022, p. 205).

O território líquido, logo, foi nos mostrando a necessidade de pensar diferente, de um pensamento decolonial, que primeiramente faz uma crítica aos

modos como se relaciona com os povos amazônicos a partir de um lugar de poder. Em segundo lugar, surge a necessidade de dar visibilidade para os saberes encobertos por uma episteme moderna, eurocêntrica e branca. Em terceiro lugar, é necessário reconhecer que os outros modos de ser precisam fazer parte da política, ou seja, necessitamos criar espaço para as cosmologias e as cosmogonias que fazem uma mediação cosmopolítica com a natureza e com os seres naturais.

O território líquido tem superfícies híbridas, com terra firme, florestas densas e uma infinidade de rios, lagos, furos e outras coleções líquidas, que conectam superfícies, mas, também, constroem leitos densos, com vida farta e uma miríade de oportunidades de pensar a vida, a saúde e a viabilidade das existências vivas em outras perspectivas que não a sustentabilidade espoliativa e extrativista, que consome e desfaz os lastros da vida comum e do bem viver (Schweickardt; Lima; Ferla; 2021, p. 42).

A geógrafa Doreen Massey (2009) defende que a análise do espaço necessita ser pensada por uma política relacional, lugar de negociação das relações marcadas pela multiplicidade e as diferenças. O espaço é um lugar de permanente construção na multiplicidade. Segundo a autora, a política relacional pede uma mente aberta para o outro. A “coetaneidade” (lugar de copresença) é o convívio com as múltiplas trajetórias que estão, ao mesmo tempo, ocupando o espaço. Massey ainda considera que a coetaneidade acontece na relação com os não humanos, sendo necessária uma política de negociação, que pode ser denominada com a noção de cosmopolítica. A Amazônia, portanto, é o lugar onde a “interpenetração dos humanos e não-humanos seja encontrada em toda parte” (Massey, 2009, p. 228). Assim, as negociações acontecem no território habitado, vivido, usado e disputado. As políticas públicas acontecem, ao mesmo tempo, em que as vidas das pessoas estão em pleno viver, isto é, como elas são e em relação com todos os entes presentes no território no aqui e no agora.

O termo “líquido”, portanto, não está limitado às situações geográficas, mas se refere a um modo de viver no território, aos movimentos, aos



deslocamentos, o descer e subir, o fluxo e o fixo, as conexões com o fluido e o concreto das vidas e existências. “O território líquido se projeta como categoria de análise para além da várzea e das comunidades ribeirinhas. O território líquido coloca em análise o concreto duro e as árvores de vidro da Avenida Paulista” (Ferla; Moreira, p. 231).

O território líquido pode estar em qualquer lugar, mesmo quando não há águas, mas que pode ser visto e analisado a partir da experiência da Amazônia, de relações, trocas, de conflitos e de solidariedade. Assim, território líquido faz sentido como uma categoria amazônica, mas não restrita a ela, pois pode ser lida para outros territórios e outras realidades onde a dinâmica da vida está imbricada como no “pulso das águas” (Schweickardt; Schweickardt, 2022).

Esse território tem variações mais acentuadas na geografia espacial e humana, com combinações de concentração/dispersão populacional muito amplas, com condições de distância e acesso muito adversas e, por fim, com escassos padrões de representação dessa diversidade o que, entre outras consequências, coloca a necessidade de outros parâmetros para classificar escalas de consumo, eficiência e sustentabilidade econômica para as políticas públicas. O território líquido opera com noções de tempo diferentes da cronologia sequencial dos relógios, incluindo o tempo oportuno (*kairós*) em que as coisas acontecem a partir da potencialidade ou como um *devoir*. Assim, o tempo do deslocamento entre dois pontos não se constitui em uma linha reta, pois depende de cada modalidade de barco e da potência do motor, que tem diferentes referências na seca e na cheia. Além disso, temos o tempo do cuidado, o tempo da natureza, que se constitui no tempo da cultura para realizar as diferentes atividades de trabalho e lazer.

O território líquido acontece de modo híbrido e complexo entre os sistemas locais de saúde e os saberes e práticas tradicionais. Nesse contexto, diversas comunidades resistem e, de maneira resiliente, produzem cuidado. O território é permeado e encharcado com os modos de vida, com os símbolos e sentidos assentados nas águas (Schweickardt *et al.*, 2021). Portanto, podemos dizer que há uma distância epistêmica e das políticas oficiais em relação às

práticas dos territórios, que geraram e ainda geram invisibilidades da Amazônia profunda (Schweickardt; Lima; Ferla, 2021).

A população ribeirinha é uma categoria social, que não está presa ao lugar geográfico, como às margens dos rios e lagos. Ribeirinhos são considerados aqueles que vivem em comunidades, tendo uma relação próxima e dinâmica com o ciclo das águas, mas não estão presos a esse lugar (Almeida *et al.*, 2022). Há uma tendência em classificar o ribeirinho ao espaço, mas é importante inseri-lo como um ator político e social que tem seus modos de organização e de resistência a um modelo urbano-industrial-capitalista, mesmo que esses elementos estejam presentes no cenário ribeirinho. A questão é olhar para essa população como parte de uma construção social que dialoga com o local, mas também com o global, em uma perspectiva *g-local*, significando que não está isolada e presa ao ambiente, como que romanticamente fizesse parte de uma sociedade “primitiva” e que vive “harmonicamente” com a natureza. Seguramente, o ambiente faz parte da cosmovisão e da cosmopolítica das populações amazônicas, sendo relações que geram conflitos, lutas, negociação e ataques, seja de humanos como de não humanos.

Quando olhamos para o território líquido, enxergamos muitos processos e relações que não estão na nossa dimensão racional porque envolve, não somente as águas, mas um conjunto de entes, instituições, seres que estão em diálogo, entendido como uma arena de disputas (Bahktin, 1986), e que estão no aqui e no agora. Olhar para o mundo amazônico é olhar para um caleidoscópio multicolorido e pluriversal de modos de vidas que organizam e se reorganizam em um movimento autopoiético de viver ou do bem viver. Nesse sentido, a política pública é mais um elemento nessa relação, que se coloca no jogo da negociação pelo cuidado integral e equitativo.

## **Os desdobramentos para a Atenção Básica**

O território líquido, categoria construída por aqui na Amazônia, é uma ideia potente porque faz sentido, como nos disse um secretário de um município ribeirinho do Amazonas. Faz sentido para as pessoas que vivem

no lugar porque é onde estão colocadas as suas vidas, suas experiências e memórias. Faz sentido para as políticas públicas criadas para produzir acesso às populações ribeirinhas, como as equipes de saúde da família fluvial e ribeirinha. Faz sentido para a dinâmica da vida das pessoas que acompanham e criam resiliência para viver nas mudanças produzidas pelo ciclo das águas, construindo uma vida no período da cheia e outra na seca. Faz sentido porque fala ao imaginário das pessoas. Tem a ver com a mãe-d'água, com os bichos do fundo, com a origem dos povos, com os peixes-gente e encantados das águas. Assim, o território líquido faz sentido como uma categoria amazônica, mas não restrita a ela, pois pode ser lida para outros territórios e outras realidades onde a dinâmica da vida está imbricada com o movimento das águas (Schweickardt; Schweickardt, 2022, p. 10).

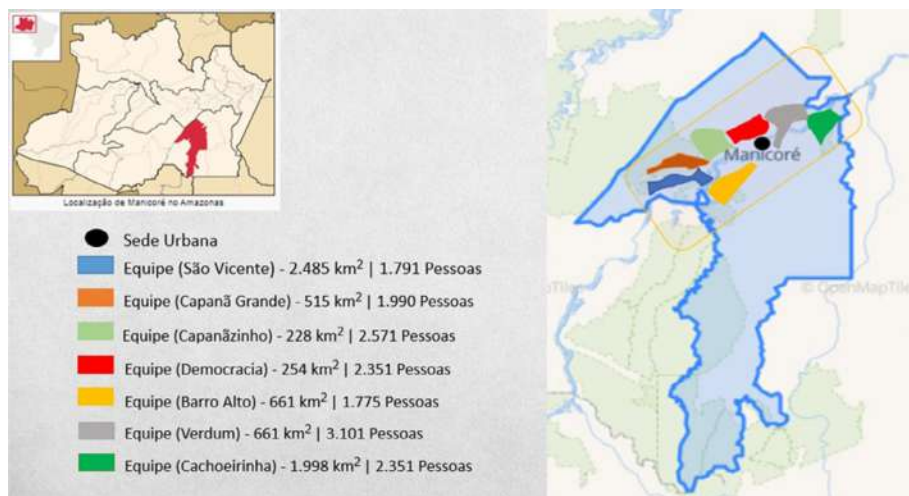
A UBS Fluvial (UBSF) e as equipes de saúde ribeirinha foram modelos tecnoassistenciais inovadores para a saúde na Amazônia (Lima *et al.*, 2016; Kadri *et al.*, 2019; Santos, 2018). O inovador significa colocar em discussão como produzir cuidado em um território tão diverso e complexo, sem colonizarmos o lugar com práticas e pensamentos, que se fixam nos protocolos e no modelo biomédico. Assim, a Atenção Básica ribeirinha é um inédito viável da política, pois colocar “as possibilidades e o devir como forma de pensar o lugar, as relações, os processos e fluxos” (Schweickardt; Schweickardt, 2022, p. 12). O território líquido é um caminho possível para o pensamento e a prática do cuidado em saúde.

Esta é a questão: uma política pensada a partir do território que se movimenta e é vivo pela sua materialidade e vivências. Como colocar em movimento uma política em um território que também se movimenta periodicamente e ciclicamente? Nunca temos um mesmo território; talvez esse seja o ponto de partida da política: nunca temos a mesma política em um lugar porque não temos as mesmas pessoas nem as mesmas condições. Podemos ter as mesmas doenças e agravos, mas efetivamente não temos os mesmos processos de vida. Nesse caso, não é pensar em determinantes, porque esses são muito “determinados”, e em um território em movimento, o determinado

é influenciado pelos banzeiros das águas e dos corpos (Schweickardt; Schweickardt, 2022, p. 13).

A saúde ribeirinha é diversa porque necessita ser ajustada à cada realidade dos municípios, que se diferenciam pelas características da calha dos rios e pelas qualidades das águas, pois as águas pretas do rio Negro são muito diferentes que as águas brancas do rio Solimões, ou as águas verdes do Tapajós, ou sinuosas como o Juruá e Purus. Além disso, realizar a saúde no período da cheia é diferente da vazante ou da seca. Apesar de termos uma saúde ribeirinha “universal”, ela é aplicada de modo diferenciado em cada contexto da Amazônia. Assim, trazemos o exemplo da gestão ribeirinha do município de Manicoré, localizado na Região de Saúde do Rio Madeira, que possui uma população de cerca de 53.914 habitantes (IBGE 2022), distribuídos na zona urbana, dois distritos e 230 comunidades ribeirinhas. O território é de 48.282 mil km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 0,9 hab./km<sup>2</sup>.

**Figura 01.** Mapa das equipes ribeirinhas no município de Manicoré, Amazonas



Fonte: Elaboração dos autores, 2023.

A UBSF (Figura 02) tem a seguinte estrutura: no primeiro nível está a sala de espera, consultórios médicos, consultório odontológico, sala de observação, farmácia, laboratório. No segundo nível estão os camarotes, a cozinha, refeitório, cabine do piloto. No terceiro nível fica uma área de recreação e atividade física. A estrutura é no modelo de balsa de ferro, adequada para a navegação nos rios da Amazônia.

**Figura 02.** UBSF do município de Manicoré, Amazonas



Fonte: Rodrigo Telemann Alves de Paula, 2022.

A equipe mínima de Saúde da Família Fluvial (eSFF) é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, microscopista. No entanto, em determinadas viagens, devido a alguma demanda, a equipe pode ser ampliada para psicólogo, educador físico, nutricionista. Ainda fazem parte da equipe o piloto/comandante, cozinheira, ajudantes de navegação. As viagens da UBSF são realizadas, em média, a cada 50 dias.

O trabalho das equipes da UBSF e Ribeirinha tem um regime de trabalho diferenciado porque necessitam permanecer um tempo sequencial nos territórios, gerando uma modalidade de trabalho médio de 15 a 20 dias em área e o mesmo período de folga. A equipe fluvial fica embarcada em todo o percurso de visita às comunidades ribeirinhas, em muitos casos, sem conexão com a sede do município. A equipe tem uma rotina de trabalho de oito horas, mas é muito comum que ultrapasse esse tempo porque é necessário aproveitar o período na comunidade para responder a todas as demandas.

A Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) é composta por um profissional médico generalista, dois profissionais enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem com o suporte de Agentes Comunitários de Saúde que varia em número conforme as comunidades adscritas no território, além de um dentista, dois auxiliares de higiene dental, e cinco profissionais responsáveis por diagnósticos de doenças endêmicas denominados microscopistas. É importante destacar que a equipe é ampliada, sendo assim, permite que cada quinzena seja escalada parte da equipe para atendimento na área, como exemplo na primeira quinzena do mês um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de higiene dental, seis técnicos de enfermagem e na quinzena seguinte um enfermeiro, um médico, um auxiliar de higiene dental, seis técnicos de enfermagem, de forma que nos trinta dias do mês tem equipe no território realizando ações no território. Os Agentes Comunitários de Saúde e os microscopistas são moradores das comunidades, trabalhando 40 horas semanais.

As equipes de saúde ribeirinhas são responsáveis pelos atendimentos de saúde de cerca de duas mil pessoas, que varia segundo a distribuição nas comunidades. A baixa densidade demográfica aumenta ainda mais o desafio no sentido de garantir o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica. Atualmente, o município de Manicoré possui sete equipes responsáveis pelas ações de saúde da Atenção Básica nas áreas ribeirinhas, sendo que uma delas é responsável pelos atendimentos ofertados na UBSF.

O planejamento das equipes de saúde ribeirinhas é feito conforme o número de comunidades e populações das regiões. Os polos de atendimentos

são definidos a partir da escuta qualificada dos próprios ribeirinhos que apontam as comunidades com melhor acesso, além de considerar também a legislação municipal. Cada equipe da eSFR é responsável, em média, por cerca de 30 comunidades. A comunidade recebe a visita da equipe em um período de 60 dias, sendo que em emergências os usuários são removidos para a sede do município.

A partir da sede do distrito, os atendimentos são realizados de forma itinerante, a exemplo da Figura 3. O deslocamento para as comunidades é realizado por lanchas menores e de barcos de maior porte, ou com a UBSF. Dentre esses atendimentos, destacamos as visitas domiciliares para pacientes com necessidades especiais ou limitações de locomoção, além de consultas médicas, de enfermagem e odontológica, são realizados procedimentos como curativo, aplicação de medicamentos, verificação de pressão, glicemia, imunização, inserção de DIU, entre outros. No percurso das equipes, cada comunidade atendida define um ponto de apoio, que geralmente são equipamentos já existentes, como escolas, igrejas, centros sociais, entre outros, para suporte durante as consultas e realização de procedimentos. As atividades de educação em saúde e procedimentos, como escovação supervisionada e promoção da saúde, são realizados ao ar livre.

Por fim, entendemos que o caso de Manicoré ilustra o desafio de realizar a saúde ribeirinha, mostrando ser possível promover a inclusão da população à política de saúde. Entendemos que a realidade amazônica não pode ser lida exclusivamente por suas características geográficas, como uma barreira de atenção, mas vista como um lugar de invenção e de possibilidades de criação de novos arranjos tecnoassistenciais e novas formas de gestão de saúde. Desse modo, temos oportunidade para promover outros modos de fazer a clínica e a gestão do cuidado, tendo o território líquido como uma referência, um lugar de encontros múltiplos.

**Figura 03.** Atendimento saúde bucal na comunidade



Fonte: Coordenação Atenção Básica, Semsma Manicoré, 2023.



## Desafios para uma saúde diferenciada às populações amazônicas

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, almejava a “saúde para todos até o ano 2000”. O documento final enfatizou como a desigualdade social afeta as políticas de saúde e ressaltou a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essa conferência incentivou os países a cooperarem na busca do objetivo comum de proporcionar saúde como um direito e dever de todos, tanto individual quanto coletivamente (Brasil, 2002).

A formação das lutas sociais no Brasil, a partir da década de 1980, desempenhou um papel fundamental no avanço das políticas de saúde. Essas reivindicações impulsionaram o processo de redemocratização do país, culminando no fim da ditadura militar. Isso, por sua vez, fortaleceu o Movimento da Reforma Sanitária e proporcionou uma maior visibilidade para grupos minoritários, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Siqueira; Hollanda; Motta, 2016; Pereira *et al.*, 2019). A Carta Magna brasileira, no artigo 196, garante a saúde como direito de todos, dever do Estado, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nessa conjuntura de movimentos e reformas sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990, priorizando o “direito de acesso universal e atenção integral”, representando uma substituição ao sistema anterior, que era marcado pela exclusão e desigualdade que era vigente antes de 1988. A partir daí, as políticas públicas passaram a ter como princípio a equidade, trazendo a discussão da inclusão dos direitos humanos e sociais, especialmente dos grupos minorizados para o fazer saúde (Barros; Sousa, 2016).

Comumente utilizado para manifestar igualdade e justiça, o termo equidade origina-se do latim *aequitas*, *aequitatis*, que descende de *aequus*, que quer dizer justo (Friede, 2002). O conceito de equidade em saúde refere-se à garantia de que todas as populações tenham oportunidades justas para alcançar seu potencial máximo de saúde, sem que nenhum indivíduo seja prejudicado nesse processo (Carvalho *et al.*, 2020).

O conceito de equidade em saúde, conforme Siqueira, Hollanda e Motta (2016), destaca a importância de proporcionar oportunidades justas para que todas as pessoas alcancem seu potencial completo de saúde. Na Atenção Básica, isso se traduz na garantia de acesso igualitário aos cuidados de saúde, independentemente das circunstâncias pessoais ou sociais.

A equidade não se resume apenas à igualdade, à justiça e ao acesso, mas também à qualidade e abrangência dos serviços, considerando que algumas pessoas podem precisar de serviços adicionais para superar barreiras sociais ou de saúde (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Isso implica em uma distribuição justa e adequada aos serviços da AB para atender as necessidades individuais e coletivas. Essa abrangência do cuidado em saúde aborda inúmeras necessidades de saúde, desde a promoção em saúde até o tratamento de doenças (Barros; Sousa, 2015).

O SUS, segundo Pinheiro e Tocantins de Souza (2022), é uma produção muito generosa e inclusiva, se constituindo na maior política de inclusão e equidade do país. Porém, podemos observar que ao longo das primeiras décadas de sua implementação, as políticas públicas foram programadas e produzidas de maneira homogênea, ignorando as diversas particularidades do país (Silva, 2015), esquecendo do princípio da equidade. No entanto, com o desenvolvimento do ciclo da política, observamos que o sistema de saúde foi se tornando mais sofisticado na medida em que foi respondendo às demandas de grupos específicos, muito por conta do controle social e das pressões dos movimentos organizados.

A Amazônia e suas populações é um desses lugares que precisamos pensar e agir pela equidade, especialmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. A região tem os piores indicadores de desenvolvimento social e econômico do país, apenas para utilizar um parâmetro, porque, historicamente, tem os menores investimentos públicos para o desenvolvimento das pessoas e das populações. O “desenvolvimento regional” proposto, desde o período militar, foi devastador para a região porque pensou somente no econômico e no capital, colocando a natureza e as populações amazônicas em risco, como podemos observar as

queimadas, os fenômenos das cheias e secas extremas, o garimpo ilegal, os conflitos socioambientais (Maciel; Schweickardt, 2022). Assim, equidade tem a ver com o lugar, com manutenção da vida, seja humana e não humana.

Nesses municípios, principalmente nas áreas mais remotas, onde a média e alta complexidade concentram-se quase que exclusivamente nas capitais, o vazio assistencial se faz presente. Esses desequilíbrios de recursos e infraestrutura cria uma falha na prestação de serviços de saúde, deixando muitas vezes essa população sem o acesso adequado.

Para que, de fato, a equidade aconteça, é necessária uma redistribuição estratégica de recursos para superar as barreiras geográficas e garantir que as áreas remotas não sejam negligenciadas. A Atenção Básica precisa ser fortalecida nas áreas rurais dos municípios, proporcionando um atendimento mais acessível e integral (Brasil, 2015).

As populações ribeirinhas, em particular, merecem um olhar diferenciado. Suas comunidades, muitas vezes isoladas ao longo dos rios e lagos, enfrentam dificuldades de acessar os serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) juntamente com as Estratégias de Saúde da Família Fluvial (ESFF), as Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) são meios que amenizam essas desigualdades e tentam superar as distâncias para levar atendimento de qualidade até essas populações (Kadri *et al.*, 2019).

Não podemos deixar de considerar as necessidades específicas de cada comunidade ribeirinha. É necessário que as políticas públicas estejam em diálogo e negociação com o território líquido, como abordado acima, na proposição de produzir encontros com as populações, trabalhadores, gestores nos seus lugares de vida.

A integralidade é um dos pilares que sustentam a criação do SUS, garantido a qualidade da atenção à saúde (Campos, 2003). Mas não é tão simples, como nada na vida, pois envolve uma arte das composições entre tecnologias de diferentes naturezas, produzindo encontros entre trabalhadores da saúde, usuários e o contexto territorial (Schweickardt; Lima; Ferla, 2022). Integralidade do cuidado é movimento e não um conceito ideal, como já

nos alertou Matos (2004). Pensamos na integralidade como uma oferta tecnoassistencial do cuidado, mas também envolve outras dimensões que estão mais próximas da lógica do bem viver, ou seja, de uma relação que envolve a natureza e o cosmo. O bem viver ressalta a importância da visão holística ou da “Pacha”, a harmonia com as diversas formas de vida, a busca pelo equilíbrio e pela complementaridade da diversidade. “Na Pacha não existe separação entre seres vivos e corpos inertes: todos têm vida. A vida só se explica pela relação entre as partes do todo” (Solón, 2019, p. 25).

O objetivo da integralidade do cuidado orienta os profissionais a enxergarem o usuário como um sujeito histórico, social e político, que está interligado com sua família, ambiente e a sociedade em que está inserido. Isso, por sua vez, instiga esses profissionais a integrar diversas iniciativas de promoção da saúde em sua prática diária, como ações de educação em saúde, com o propósito de desenvolver um conhecimento coletivo que empodere o indivíduo e o capacite a cuidar de si mesmo, de sua família e do ambiente ao seu redor (Machado *et al.*, 2007; Arce; Sousa, 2013).

Assegurar uma atenção integral demanda a criação de vínculos de confiança e responsabilidade entre os profissionais de saúde. É evidente que a construção desses vínculos nas interações entre profissionais e usuários representa um desafio significativo para a busca da integralidade no cuidado. Desenvolver esse princípio requer a adoção de uma abordagem na qual o agir na área da saúde se torna educativo, uma nova forma de aprender e ensinar em saúde que rompe com a abordagem tradicional e descontextualizada do conhecimento. Além disso, implica estabelecer uma prática de saúde que compreende o processo saúde-doença e reconhece a influência de valores, crenças, determinantes políticos, econômicos e sociais na vida do indivíduo (Silva; Sena, 2008).

Nesse sentido, a integralidade do cuidado na prática estabelece uma relação de confiança e empatia com o usuário, considerando o contexto em que ele está inserido, promover a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde e atuar de forma preventiva e promocional. Portanto, é fundamental compreender que esse princípio do SUS transcende o mero tratamento de

sintomas e de doenças, pois o ser humano é uma complexa rede de emoções, experiências, valores, cultura e história pessoal, se refletindo em uma oferta de cuidado mais completa e efetiva.

Refletir sobre a integralidade do cuidado na saúde nos leva a algumas considerações importantes, principalmente se tratando do território amazônico que apresenta desafios e particularidades únicas, como vimos acima. Desse modo, é necessária uma abordagem sensível e ajustada, ou melhor, dialogada com as particularidades da região com foco na valorização da diversidade cultural, da medicina indígena e tradicional, da conexão com o meio ambiente e do empoderamento das comunidades ribeirinhas.

Essa abordagem complexa busca promover a saúde e o bem viver de modo mais sustentável, baseada na ideia de “decrecimento”<sup>2</sup>, pois vivencia as tradições e os modos de vida das populações amazônicas. Dessa forma, o vasto território amazônico com suas características singulares, apresenta desafios únicos para a implementação da integralidade no cuidado de suas populações ribeirinhas. No entanto, ele também oferece oportunidades para inovações tecnoassistenciais que consideram as particularidades regionais, como a complexa rede de rios, igarapés, furos e paranás, que podem ser explorados como alternativas viáveis de acesso aos serviços de saúde para os habitantes locais (Aguiar; Werneck; Matos, 2019).

## Considerações finais

A avaliação da Política Nacional da Atenção Básica acontece quando conseguimos visualizar as ações da gestão e das equipes nos territórios mais distantes e específicos da realidade brasileira. Quando uma política consegue produzir inclusão é sinal de que estamos produzindo justiça social e promovendo melhores condições de vida para as populações. Costumamos dizer que se uma política funciona na Amazônia, é sinal de que pode ser realizada em qualquer território. Se conseguimos promover a inclusão e o acesso das pessoas às políticas de saúde na Amazônia, significa reconhecer

---

<sup>2</sup> O “decrecimento” é uma opção política pela ideia de uma alternativa ao desenvolvimento, diferente do desenvolvimento alternativo, contrariante a lógica de crescimento econômico sem limites (Azam, 2019).

a necessidade das políticas públicas na correção e superação das injustiças sociais produzidas na nossa história.

As políticas públicas para a Amazônia, historicamente, foram elaboradas com pouco diálogo com as particularidades da região, ignorando as tradições e conhecimentos dos múltiplos povos. Tivemos um exemplo disso, quando as estradas foram projetadas pela lógica da linha reta, ignorando as populações que viviam no lugar e os significados do território presentes no imaginário e na vida das pessoas e comunidades. Portanto, trazer à categoria de território líquido, expressão de uma Amazônia ribeirinha, é uma tentativa de ressignificar esse lugar e construir um caminho de análise e de práticas que consigam responder às necessidades tanto do pensamento e interpretação da região, como incidir sobre as práticas das políticas públicas de saúde.

As equipes fluviais e ribeirinhas, as que atuam na floresta e nos campos são inovações históricas da atenção à saúde na Amazônia. Essa foi uma conquista importante, pois produziu inclusão e equidade, conseguiu dar acesso às populações que estavam excluídas do direito à saúde. Temos motivos de comemorar essas inovações, mas ainda temos desafios importantes que é a necessidade de ampliar essas modalidades de cuidado, criar um financiamento diferenciado para estratégias que propõem modelos tecnoassistenciais específicos, realizar uma clínica que esteja efetivamente dialogando com a promoção da saúde e com os saberes locais, criar estratégias participativas de cogestão do cuidado, desenvolver processos de Educação Permanente com e para as equipes, por fim, produzir um diálogo permanente com as populações ribeirinhas para a promoção do bem viver.

A Amazônia é um lugar de cuidado diferenciado, que pode nos ensinar muito sobre como fazer saúde em outros territórios e regiões. As distâncias e os tempos não devem se constituir em barreira para o acesso de qualquer pessoa ao sistema de saúde, mas devem ser inspiradoras de uma atenção necessária e possível. Quando nos deparamos com muitas formas de cuidar e fazer saúde dos povos originários, por exemplo, nos damos conta dos nossos limites em relação ao que denominamos de saúde. Ainda estamos presos a um modelo da clínica

e biomédico, pois em algum momento nos desconectamos das dimensões mais integrais da vida. Por isso, pensar na saúde nos territórios ribeirinhos, quilombolas, extrativistas e indígenas da Amazônia é a possibilidade de *desver*, como o poeta Manoel de Barros (20130) nos ensina, as palavras e o mundo para “vermos coisas novas” ou as antigas que esquecemos.

Somos (eu, tu, você, nós, outros) diversos e múltiplos porque somos muitos mundos, somos pluriversos, somos coletivos e plurais, somos de muitas histórias. A diversidade exige equidade, diferença e alteridade, exige algo para as possíveis formas de produção da saúde, que iniciam e chegam no inédito viável. Assim, uma Atenção Básica tem o compromisso de chegar no último rio, no último ramal, no barranco que ainda não caiu, no rio que ainda não secou é a possibilidade da universalidade do cuidado. O acesso se produz apesar dos banheiros e dos rebojos que ocupam o cotidiano da gestão e do trabalho em saúde.

## Referências

- AGUIAR, T. L.; WERNECK, A. B.; MATOS, N. Potencialidades e desafios da atenção primária à saúde na Amazônia: a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois municípios do Estado Amazonas. *In: Schweickardt, J. C.; El Kadri, M. R.; Lima, R. T. S. (Eds.), Atenção básica na região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 51-70.
- ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e180, 2018.
- ALMEIDA, V. F.; SCHWEICKARDT, J. C.; REIS, A. E. S.; VIEIRA, G. P. S. Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades. *Interface (Botucatu)*, v. 26, e210769, 2022.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. D. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 109-123, 2013.
- AZAM, G. Decrescimento. *In: SOLÓN, P. Alternativas sistêmicas*. São Paulo: Elefante, 2019.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BECKER, B. K. Geopolítica da Amazônia. *Estudos avançados*, v. 19, n. 53, p. 71-86, 2005.
- BARROS, M. *Menino do Mato*. Biblioteca Manoel de Barros. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**, 2008.
- 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**. 1.ª ed.; 1.ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. In: As cartas da promoção da saúde (Série B: Textos Básicos em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeto regiões rurais 2015**: relatório técnico. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 8-18, 2016.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CANTON, P. R. C. Política de Saúde: análise da implantação do NASF e o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional do NASF no município de Medianeira. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, PR, 2021.
- CARVALHO, A. M. D. P.; SILVA, G. A. D.; RABELLO, E. T. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 590-598, 2020.
- FERLA, A. A.; MOREIRA, M. A. O caminho se faz ao navegar: produção de saúde no território líquido da Amazônia. In: Martins, F. M.; Schweickardt, K. H.; Schweickardt, J. C. (org.). **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 21).
- FRIEDE, R. A equidade no ordenamento jurídico brasileiro. **REALE**, v. 123, 2002.
- GONDIN, N. **A invenção da Amazônia**. São Paulo: Marco Zero, 1994.
- KADRI, M. R. E.; SANTOS, B. S. DOS; LIMA, R. T. DE S.; SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, F. M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180613, 2019.
- LIMA, A. W. B.; ARRUDA, G. M. M. S.; FROTA, A. C.; MACENA, R. H. M.; PONTES, R. J. S. Implantação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de efetivação das políticas públicas do SUS. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2018.



- MACHADO, M. D. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.
- MACIEL, F. B.; SCHWEICKARDT, J. C.; MACIEL, J. B.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C. Saúde e Desenvolvimento na Amazônia que “queremos”. **Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 25, 2022.
- MASSEY, D. **Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 2009.
- MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, K. H.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; MOREIRA, M. A.; MEDEIROS, J. S. Produção de existências em ato na Amazônia: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface (Botucatu)**, v. 26, 2022.
- MARTINS, F. M. Cartografias do cuidado no território líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia. In: MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, K. H.; SCHWEICKARDT, J. C. (org.). **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 21).
- MATHIAS, M. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. Profissional é fundamental para a Estratégia de Saúde da Família. **Revista POLÍ: Saúde, Educação e Trabalho**, ano I, n. 01, p. 24, 2008.
- MATOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MENDONÇA, C. S. Piso de Atenção Básica: um marco no financiamento e equidade na distribuição dos recursos financeiros do SUS. **APS em Revista**, v. 5, n. 1, p. 45-51, 2023.
- PEREIRA, F. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C. O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: Schweickardt, J. C.; El Kadri, M. R.; Lima, R. T. S. (Eds.), **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 92-107.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. **Saúde dos povos do campo, das águas e floresta: situação atual, desafios, problemas e estratégias para enfrentar os problemas e garantir a atenção à saúde adequada para estas populações**. Texto preparatório para o ABRASCÃO 2018.
- PINHEIRO, M. C. M.; TOCANTINS DE SOUZA, C. C. O programa Mais Médicos e a gestão municipal de saúde: Olhando a iniciativa desde “O TERRITÓRIO”. In: Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. D. S.; Ferla, A. A. (Eds.), **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 234-240.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.
- SCHWEICKARDT, J. C.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C. O território líquido como espaço-tempo do trabalho e da produção das diversas saúdes na Amazônia ribeirinha. In: Martins, F. M.; SCHWEICKARDT, K. H.; SCHWEICKARDT, J. C. (org.). **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 21)

- SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. D. S.; FERLA, A. A. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. *In: Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 40-52.
- SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM. *In: Soares, E. P.; Schweickardt, J. C.; Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S.; Freitas, J. M. B. (orgs.). A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM*. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. D. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, p. 48-56, 2008.
- SOLÓN, P. Bem viver. *In: Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização*. São Paulo: Elefante, 2019.
- SOUSA, A. B. L. *et al.* Atenção Primária à Saúde em áreas rurais Amazônicas: análise a partir do planejamento do distrito de saúde rural de Manaus. *In: Schweickardt, J. C.; Kadri, M. R.; Lima, R. T. S. (Eds.), Atenção Básica na Região Amazônica: Saberes e Práticas para o Fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 71-91.
- SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Território na Atenção Básica: Abordagem da Amazônia equidistante. *In: Ceccim, R. B. et al. (orgs). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- SILVA, F. C. M.; DEUS, G. G. D.; BLUMM, I. M. L.; SOUTO, K. M. B.; SILVA, M. D. G. C. D.; LIED, T. B.; CORRÊA, V. D. S. A Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, da floresta e das águas e o ambiente. *Ministério da Saúde*, 2015.
- SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

# CAPÍTULO 5

## A BRANQUITUDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS REFLEXOS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Ionara Magalhães de Souza

A branquitude corresponde a um sistema político e ideológico, um paradigma histórico que vulnerabiliza populações não-brancas. Efetivamente, a vulnerabilidade compreende uma produção política, cultural, histórica e social. A atenção às populações vulnerabilizadas na Atenção Primária evidenciam o modelo de atenção à saúde e todos os elementos que estruturam o Estado-nação.

Muitos grupos sociais vivem em situação de vulnerabilidade, cujas barragens estruturais impossibilitam a universalidade do acesso e a equidade em saúde; outros gozam de vantagens estruturais, prerrogativas dos privilégios. Nesse contexto, a concepção de saúde é ocidentalizada e as práticas em saúde reproduzem o colonialismo, os modos de dominação-exploração social, geopoliticamente referenciados pela branquitude.

Esse capítulo visa discutir a branquitude enquanto produtora de tecnologias que sustentam privilégios e assimetrias sociais que incidem no campo da Atenção Primária, partindo do pressuposto de que o acesso e o cuidado de populações vulnerabilizadas na Atenção Primária precisa ser problematizado a partir de quem o (re)produz.

Quem não se encontra em situação de vulnerabilidade? Quem não precisa reivindicar acesso e cuidado em saúde? Quais grupos defendem projetos antidemocráticos e reivindicam Estado mínimo? Quais os reflexos da branquitude nas práticas de saúde no âmbito da Atenção Primária? Por que o racismo e a branquitude devem ser considerados determinantes sociais da saúde? Esse capítulo se ancora nas contribuições de muitos intelectuais, dentre eles: Bento (2002), Fanon (1980), Azevedo (1987), Frankenberg (1996), Munanga (2004), Almeida (2018), Lia Vainer Shucman (2012), entre outros.

## **Branquitude**

Branquitude é um dispositivo de dominação desenvolvido a partir da hierarquização racial, alicerçado na noção de superioridade e suposta neutralidade. A hierarquização racial fundamenta-se na ideologia racista, na noção de raça e produz vários desdobramentos no tecido social: distribuição desigual de renda, segregação espacial, desigualdade na mobilidade social e condições de saúde de diferentes grupos populacionais. Desse modo, “a raça está associada à regulamentação da vida, à subjugação dos corpos e ao controle populacional para a formação da nacionalidade e do povo brasileiro” (Conceição, 2017, p. 82).

Em absoluto, raças humanas não existem, não há fundamento científico que sustente essa premissa. Paradoxalmente, a racialização e a hierarquização racial, sim. Para Almeida (2018) raça é um elemento, eminentemente, político e utilizado para normalizar desigualdades e legitimar a exclusão e promover o genocídio de grupos racializados. Nessa direção, Munanga (2004) assevera que a classificação racial foi utilizada como dispositivo para sectarizar, hierarquizar e oprimir, defende a necessidade de utilização do termo raça para reparar injustiças históricas.

A branquitude é definida como “um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê os outros, e a si mesmo, uma posição de poder, um lugar confortável do qual se pode atribuir ao outro aquilo que não se atribui a si

mesmo” (Frankenberg, 1999, p. 70-101; Piza, 2002, p. 59-90). Desse modo, supõe-se uma superioridade moral, cultural, intelectual, estética; o branco tem a imagem supervalorizada de si e não se racializa. “É uma raça que não tem raça” (Almeida 2018, p. 60). Tem-se, assim, uma identidade e um lugar construídos socialmente, forjados na narrativa hegemônica.

A branquitude representa uma categoria relacional que atua como produtora ativa da hierarquia social (Bento, 2002). Constitui, portanto, a famigerada metáfora do poder que estabelece os predicativos que serão agregados aos sujeitos, demarca racialmente os lugares sociais e tem aceitação universal. A universalidade branca e sua narrativa de superioridade e de centralidade histórica, cultural e social excluem populações não brancas e suas produções.

Nesse contexto, o embranquecimento é prerrogativa da humanidade. O branco quer ser mais branco e existe uma projeção do branco sobre o negro e outras populações não brancas, cuja identidade é produzida subjetivamente. Para Bento (2002), a branquitude é cercada de silêncio, convenções e alianças intragrupais convenientes. Pessoas brancas celebram o pacto narcísico, um acordo tácito que consiste em salvaguardar privilégios e preservar hierarquias.

Assim, no bojo dos direitos e deveres individuais e coletivos, a disputa da branquitude é pela autopreservação. “O branco está fechado na sua brancura” (Fanon, 2008). Movimentos antidemocráticos asseveram a disputa pela manutenção de um Estado mínimo e fortalecimento da iniciativa privada. Esses movimentos são definidos por Azevedo (1987) como o medo branco, constantemente atualizado, responsável por intensificar a tensão no interior das organizações, gerando resistências a mudanças, discriminação, exclusão e subvalorização. Para Almeida (2018), a discriminação racial ao longo do tempo tende a produzir estratificação social e está presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Historicamente, a branquitude se apresenta como capital social dotado de privilégios materiais e simbólicos. Com efeito, não se trata de privilégios, mas de um sistema de privilégios e de injustiças que organiza estruturalmente a sociedade. Esse sistema de privilégios está materializado no campo da vida social. Brancos são menos afetados pelo desemprego e pela informalidade; têm mais

acessos a bens e serviços de saúde, principalmente de alta densidade tecnológica, são menos vitimizados pela violência, estão menos expostos a vulnerabilidades sociais, têm melhores expectativas de vida, apresentam menor prevalência de doenças e incidência de mortes evitáveis, compõem expressiva minoria no sistema prisional, apresentam melhores indicadores sociais e de saúde, estão melhor amparados pelo sistema de proteção social no sistema-mundo.

Em contrapartida, populações não brancas estão subrepresentadas em espaços decisórios e estratégicos de poder. Desse modo, as desigualdades no acesso, gestão e produção de saúde tendem a permanecer se não forem destituídos privilégios e não recuperarmos ferramentas de participação social no processo de formulação e implementação das políticas públicas.

Privilégios e direitos estão em campos diametralmente opostos, de modo que a perda de privilégios não implica perda de direitos. Direitos são universais, privilégios suscitam também, privação de direitos. Se privilégios prevalecem, desigualdades são evidenciadas. Nessa direção, Bento (2002) expressa a fragilidade da identidade social da branquitude e a necessidade de reconhecimento dos privilégios e de enfrentamento desse sistema colonial. Todavia, ressalta que o reconhecimento dos privilégios e de um sistema de exclusão perpetrado pela branquitude é insuficiente. Esse reconhecimento deve preceder práticas antirracistas e decoloniais.

Em análise crítica sobre raça, racismo e branquitude, Christian (2018) identifica um padrão histórico e globalizado pelo capitalismo neoliberal da supremacia branca. Trata-se de um projeto eurocêntrico que preconiza exclusão, negação, aniquilamento de populações não brancas.

Nessa perspectiva, populações negras e indígenas representam a antítese do branco. Essas populações com legítimo direito à saúde, ao território, à memória, à produção do conhecimento, à re-existência foram historicamente perseguidas, ameaçadas e violentadas.

Nesse contexto, a branquitude precisa ser situada, questionada e responsabilizada. Afinal, a efetividade das políticas públicas e os avanços na promoção da equidade são dificultados pela estrutura hegemônica da sociedade brasileira.

## Branquitude e racismo

O racismo figura enquanto construção branca retroalimentada por teorias narrativas. Orquestrado pela branquitude, o racismo representa um instrumento eficaz de gestão da vida e da morte que fundamenta o nosso modo de produção econômica e social. Portanto, esse sistema deve ser analisado sob as dimensões da institucionalidade e do poder (Peres; Reis; Nascimento, 2022).

Para Grosfoguel (2011) a estrutura e a ideologia racistas forjam as subjetividades, estão entranhadas no Estado, na economia, nas instituições, organizações, epistemologias, linguagens, narrativas, nas representações e definem as relações sociais e geopolíticas. Desse modo, o sistema-mundo privilegia países, regiões e populações que se aproximam de um ideal de branquitude anglo-germânica. Assim, as relações centro-periferia do sistema-mundo configuram as nações, estruturam as cidades e a divisão social do trabalho, excluindo sistematicamente territórios e populações desviantes do padrão universal europeu.

Com efeito, temos uma sociedade patologizada pelo racismo. O racismo opera no campo da saúde, potencializando agravos, produzindo adoecimentos e óbitos, ao tempo em que impõe a necessidade de implementação de políticas específicas e contra-hegemônicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, dentre outras. Isso porque políticas universalistas são insuficientes, não alcançam populações vulnerabilizadas como a população negra.

A saúde da população negra, campo conceitual e de disputa, revela como o contexto socioeconômico ditado pela branquitude, engendrado pelo racismo, impacta a sobrevida de negros e brancos. Desse modo, os perfis de morbimortalidade apresentam-se discrepantes: hipertensão, diabetes, mortes por causas externas, baixo peso ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade materna, doenças infectocontagiosas são prevalentes em populações não

brancas. Nesse prisma, doenças são consideradas negligenciadas, na medida em que as populações acometidas são negligenciadas.

Portanto, branquitude e racismo constituem substrato das iniquidades sociais. Faz-se necessário analisar a segurança psíquica, emocional, subjetiva e material, como pessoas brancas introjetam o racismo, como a branquitude o produz e o sustenta e quais as repercussões sociais. Nessa correlação de forças, o enfrentamento das desigualdades sociorraciais deve partir do movimento decolonial sistêmico, mediante a implementação de políticas públicas de potencial emancipatório que fomentem o fortalecimento e reconhecimento de identidades e direitos, a redistribuição de poder, bens e recursos, a produção de outras subjetividades, de modo a minar esse projeto colonial.

Ora, se o racismo é sistêmico, as estratégias de enfrentamento deverão sê-la. O enfrentamento do racismo desestrutura a branquitude e deve ser incorporado em todas as partes do processo. Com efeito, não temos um sistema de enfrentamento do racismo no Brasil, de modo que o antirracismo fundamente as práticas cotidianas e institucionais – um desafio exponencial para a Atenção Primária.

## **Branquitude e Atenção Primária**

O panorama da desigualdade social no Brasil é assolador. O sistema de injustiças é bastante capilarizado e eficaz. Na ordem do dia, a conjugação de problemas crônicos e agudizantes: corrupção, iniquidades sociais, escravidão contemporânea, marginalização, desemprego, fome, falta de saneamento básico, violências naturalizadas, tráfico persistente, crimes ambientais, genocídio do povo negro, massacre dos povos indígenas e de povos de terreiros, xenofobia às latinas e aos latinos, dentre outros. Todas essas mazelas refletem o Estado moderno colonial, que se vale de dispositivos restritivos da cidadania que afrontam a democracia, desafiam os sistemas universais de saúde e vulnerabilizam o direito à saúde de determinados grupos populacionais.

O direito à saúde é constitucional e inalienável. O artigo 2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que “todo ser humano tem capacidade



para gozar os direitos e as liberdades sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição”. Ainda, o artigo 25 destaca que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

Direitos humanos, justiça social e equidade fundamentam, em princípios, as diretrizes da Atenção Primária. A Atenção Primária atua sobre complexas necessidades de saúde, tem o desafio de apresentar soluções que atendam às comunidades e melhorar a segurança sanitária de populações vulnerabilizadas. Do ponto de vista custo-efetivo, reduz, significativamente, gastos totais em saúde e melhora a eficiência do SUS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária visa

Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção; Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

Em geral, estudos voltados para a Atenção Primária versam, muito fortemente, sobre a responsabilização da Atenção Primária pelos respectivos desfechos, inferindo que a adequada cobertura pela Atenção Primária teria a capacidade de enfrentar as demandas em saúde produzidas por estas condições (Santos, 2013). Com efeito, por meio dos seus reconhecidos

atributos: primeiro contato, coordenação, integralidade, longitudinalidade, competência cultural, centralidade na família e orientação para a comunidade (Starfield, 2002), a Atenção Primária tem a potencialidade de mitigar situações provocadas pela desigualdade social. Entretanto, nenhum sistema universal de saúde seria tão resolutivo em face de complexas, estruturais, multifacetadas e sistêmicas iniquidades.

O fortalecimento da Atenção Primária implica o reconhecimento e o enfrentamento das iniquidades sociais produzidas pelo racismo, sexismo, idadeísmo, capacitismo, xenofobia, classismo e outras formas de opressão que operam interseccionalmente. Nesse sentido, a reorientação do modelo assistencial e a coordenação do cuidado têm o crítico desafio de considerar a conjuntura política, cultural, econômica, tecnológica e demográfica no processo de qualificação da gestão, organização dos serviços, práticas e reorganização das ações de saúde.

Nesse contexto, a promoção da equidade em saúde exige profundas mudanças no SUS que devem estar fundamentadas na institucionalização e desenvolvimento de práticas decoloniais para assegurar a integralidade da atenção, a acessibilidade, a continuidade do cuidado e a equidade em saúde. Promover saúde considerando apenas o arcabouço de serviços básicos como realização de procedimentos, exames, consultas, administração de medicamentos destinado à população em situação de maior pobreza consiste em uma visão reducionista, distorcida e estigmatizante do SUS e da Atenção Primária.

O Sistema Único de Saúde é uma das maiores políticas sociais contra-hegemônicas do país. Esse sistema de proteção social, de capilaridade imensa, deve incorporar a população negra, os povos originários, as comunidades ribeirinhas, comunidades de terreiros, populações quilombolas, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população privada de liberdade, população cigana, e todas as populações não brancas, discriminadas e marginalizadas. Nessa direção, compete ao SUS identificar e reconhecer o impacto devastador e contraproducente dessas mazelas históricas na saúde dessas populações, fortalecer identidades, destituir privilégios e universalizar direitos.

Nessa direção, em 2020 foi lançado pela Organização Pan-americana da Saúde, o Relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?” que apresenta recomendações estratégicas, visando uma Atenção Primária forte e o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Dentre as estratégias, destacam-se: promover o acesso avançado, a informatização integrada e o adensamento tecnológico, incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial, qualificar a adscrição de pessoas às equipes de Atenção Primária, assegurar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, ampliar a atuação clínico-assistencial multiprofissional e interprofissional, incluindo tecnologia do cuidado, desenvolver sistema de regulação centrado na Atenção Primária, aumentar o financiamento da Atenção Primária até atingir níveis adequados e suficientes, garantir estrutura física e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, planejar a oferta de recursos humanos, considerando a estratégia sustentável de provimento de médicas e médicos para a Atenção Primária e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da Atenção Primária.

Ainda, preconiza-se fomentar apoio assistencial às equipes de Atenção Primária de forma presencial ou à distância, promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de Atenção Primária, estimular e formar lideranças em Atenção Primária no âmbito da gestão, fomentar a produção científica e o compartilhamento de informações e experiências inovadoras e exitosas, criar mecanismos de fortalecimento do controle social e avaliação dos serviços de saúde e fomentar o papel mediador da Atenção Primária no tocante às ações intersetoriais e à participação social na promoção da saúde e redução das desigualdades sociais (OPAS, 2020).

Assim, a Atenção Primária é considerada campo estratégico e imprescindível para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) condizentes à saúde. Todavia, o enfrentamento do racismo não figura dentre os 17 objetivos elencados no plano de ação global. As políticas inclusivas de desenvolvimento social devem partir da identificação e reconhecimento do racismo como engrenagem sistêmica global, determinante da saúde e produtora de iniquidades.

Os determinantes da saúde associados à precarização dos serviços de saúde tendem a agravar os problemas de saúde de grupos vulneráveis. Esse arranjo estrutural e organizacional excludente e marginalizante gera impactos negativos na oferta de cuidado e na participação social, resultando em vazios assistenciais, vínculos fragilizados ou inexistentes, e modificando a demanda. Além disso, influencia as relações interprofissionais e intersetoriais, assim como a qualidade dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. As linhas de cuidado, os itinerários terapêuticos, a configuração e o ordenamento das redes de atenção à saúde, as políticas e ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde devem atentar-se ao acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas e a mitigação das iniquidades em saúde.

A redução das desigualdades em saúde, a utilização adequada dos serviços de saúde e a efetivação do direito à saúde no Brasil dependem da reorganização do sistema de saúde, orientada por uma Atenção Primária crítica, abrangente e inclusiva, que conduza o processo de atenção com a devida integração da rede de serviços (Giovanella, 2012). Um sistema de saúde fragmentado, por outro lado, resulta em intervenções pontuais e intermitentes, com baixo potencial de resolutividade.

Nesse contexto, o que esperar da Atenção Primária e das práticas em saúde? Ensejam-se práticas integralizadas, emancipatórias e menos verticalizadas, rever referenciais de saúde, produzir cuidado individual e coletivo sensível à ancestralidade, à diversidade cultural, aos movimentos sociais, ao conhecimento popular em saúde construído ao longo de gerações (Vasconcelos, 2001).

Faz-se necessário promover mudança na cultura institucional e práticas de saúde, superar a universalidade do paradigma tradicional médico-hegemônico, os modelos prescritivos, hierarquizados e cristalizados, conceber cada cidadã e cidadão, suas famílias e comunidades como sujeitos e populações de direitos, detentores de valores, linguagens e práticas de sociabilidade e produção de saúde, historicamente negados.

Reestruturar a Atenção Primária implica em, necessariamente, desnaturalizar e descolonizar as práticas de saúde, implementar efetivamente

políticas de caráter afirmativo, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O enfrentamento deve incidir sobre a formação de profissionais, gestoras e gestores, usuárias e usuários da saúde, de modo a rever currículos, conteúdos e metodologias, estruturar cursos de formação permanente; delinear estudos de morbimortalidade e fatores de risco e proteção a partir de dados desagregados por etnia/cor e raça; qualificar o preenchimento do campo etnia/raça/cor; fortalecer a participação e o controle social; monitorar e avaliar as ações de saúde e o impacto das políticas e programas voltados para a equidade e investir na construção de redes afetivas, teóricas, políticas e decoloniais.

## Considerações finais

É imperativo pautar a branquitude no processo de redefinição e reconstrução da cidadania. Nesse sentido, autoafirmar-se ou sedimentar uma sociedade justa e equânime implica reconhecer que existem dissidências, desigualdades que constituem iniquidades retroalimentadas pela supremacia branca, que há um crônico problema instalado pela branquitude e que impede a universalização do direito à saúde.

Disputar politicamente a história, desnaturalizar as iniquidades e decolonizar as práticas de saúde, promover diálogos interepistêmicos na formação e na atuação profissional; rever a cultura institucional, construir outras epistemologias e narrativas, investir em proteção social principalmente dos grupos invisibilizados, firmar repactuações, estabelecendo novos parâmetros sociais, mobilizar e revitalizar a sociedade civil podem acumular forças para destituir o Estado moderno colonial e promover equidade em saúde.

## Referências

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AZEVEDO, C. M. M. de. **Onda negra, medo branco:** o negro no imaginário das elites – século XIX. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BENTO, M. A. da S. **Pactos narcísicos no racismo:** branquitude e poder nas organizações empresariais

- e no poder público. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano), Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- CHRISTIAN, M. A global critical race and racism framework: racial entanglements and deep and malleable whiteness. **Sociol Race Ethn (Thousand Oaks)**, v. 5, n. 2, p. 169-185, 2018.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FRANKENBERG, R. **Race, sex and Intimacy I: Mapping a discourse**. Minneapolis: University of Minnesota, 1999.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2 ed., rev., amp., 2012. p. 493-545.
- GROSGOUEL, R. Decolonizing post-colonial studies and paradigms of political-economy: transmodernity, decolonizing thinking, and global coloniality. **Transmodernity: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World**, v. 1, n. 1, p. 38, 2011.
- PERES, M. A. de C.; REIS, A. M. da S.; NASCIMENTO, M. S. do. Marxismo e racismo estrutural na obra de Silvio de Almeida. **Germinal: marxismo e educação em debate**, v. 14, n. 2, p. 168-189, 2022.
- MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Niterói: EDUFF, 2004. p. 15-34.
- PIZA, E. Branco no Brasil? Ninguém sabe, ninguém viu. In: GUIMARÃES, A. S. A.; HUNTLEY, L. (Orgs.). **Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 97-126.
- RELATÓRIO 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.
- SANTOS, V. C. F. dos; RUIZ, E. N. F.; ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 1-12, 2013.
- SCHUCMAN, L. V. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese (Doutorado em Psicologia), programa de Pós-graduação em Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface**, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

# CAPÍTULO 6

## SAÚDE DA MULHER QUILOMBOLA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM ESTADO DA AMAZÔNIA ORIENTAL

Nelma Nunes da Silva  
Érika Tatiane de Almeida Fernandes  
Patrícia Rocha Chaves  
Ana Cristina de Paula Soares Maués  
Antônio Carlos Sardinha  
Max Amaral Balieiro

### Introdução

A estratificação social no Brasil foi moldada e influenciada por uma variedade de fatores, incluindo aspectos políticos, econômicos, culturais e religiosos, com ênfase especial nos relacionados à questão étnico-racial. Nesse contexto, as comunidades remanescentes de quilombo se destacam, enfrentando desigualdades exacerbadas pelo racismo institucional que tem impacto direto na promoção da equidade na saúde. Isso leva ao agravamento dos fatores que tornam essas populações mais vulneráveis em termos físicos, mentais, sociais, econômicos, políticos e culturais (Durand; Heideman, 2019; IBGE, 2015).

A população considerada “remanescente de quilombo” se destaca como um grupo étnico em situação de vulnerabilidade, com ênfase nas mulheres, que enfrentam um ambiente marcado por discriminação, preconceito e desrespeito, enquanto constantemente reivindicam seus direitos e cidadania

(Durand; Heideman, 2019). As práticas de cuidado em saúde desses grupos têm suas raízes na medicina popular, que pode ser compreendida como um conjunto de conhecimentos, crenças e superstições que são incorporados à rotina para lidar com os processos de adoecimento. Esses conhecimentos têm a característica única de serem transmitidos oralmente de uma geração para outra. Esse tipo de cuidado abrange valores, tradições, costumes e crenças originados das experiências culturais específicas de um grupo, e têm uma natureza cultural que serve de suporte à comunidade para a preservação do bem-estar e para enfrentar doenças, incapacidades e até mesmo a morte (Prates *et al.*, 2015).

Infelizmente, as comunidades quilombolas carregam a marca de um passado histórico de discriminação e exclusão, enfrentando uma realidade socioeconômica periférica quando comparadas à população brasileira como um todo (Cardoso; Melo; Freitas, 2018). Nesse viés, as comunidades quilombolas têm recebido reconhecimento e visibilidade devido à preservação de suas tradições socioculturais e econômicas. Isso se manifesta tanto na utilização da terra para a preservação de seus recursos materiais e imateriais, quanto nas práticas voltadas para a manutenção do bem-estar e da saúde (Ávila *et al.*, 2017).

O conceito de saúde, que vai além da mera ausência de doença, adota uma perspectiva ampliada, incorporando hábitos saudáveis, qualidade de vida, lazer, harmonia, religiosidade, felicidade e a importância da família. Ele reconhece a singularidade de cada indivíduo e considera o contexto real em que ele vive. Esse conceito está intrinsecamente ligado à promoção da saúde e, quando influenciado pelos esforços dos movimentos que buscam reduzir as desigualdades sociais e injustiças, avança ainda mais, incorporando pré-requisitos essenciais para alcançar efetivamente a saúde (Janini; Bessler; Vargas, 2015). No entanto, o modelo predominante de cuidados de saúde enfatizou a supremacia do conhecimento científico, muitas vezes subestimando a importância do saber tradicional, particularmente nas comunidades tradicionais, como os quilombolas, que têm práticas e tradições distintas enraizadas em ricos significados culturais (Gusman *et al.*, 2015).



Destaca-se que 74,7% das comunidades quilombolas no Brasil enfrentam condições de vulnerabilidade social, considerando aspectos como saneamento básico precário, habitação inadequada, falta de acesso à água encanada e limitado acesso a serviços públicos. Isso se reflete nas condições de vida adversas que propiciam o surgimento de doenças infecciosas e contagiosas, bem como na dificuldade em identificar precocemente doenças genéticas e crônicas, como a anemia falciforme e a hipertensão (Brasil, 2013; Santos; Silva, 2014). Essas comunidades adotam um método singular de cuidado baseado em práticas de saúde tradicionais, que são desenvolvidas e transmitidas ao longo da história, de geração em geração (Brasil, 2017).

É evidente a forte relação entre as relações raciais e a fragilidade nos setores de assistência, educação e informação em saúde, resultando, principalmente, no afastamento das comunidades vulneráveis da possibilidade de acesso à assistência integral e equitativa. Isso destaca a urgente necessidade de implementar estratégias concretas de Promoção da Saúde direcionadas a essas populações (Durand; Heideman, 2019). Para tanto, destaca-se que a prestação de serviços de saúde pública se concentra, principalmente, nas sedes dos municípios, com base nas necessidades percebidas pelos profissionais e gestores, e não nas demandas dos usuários. Isso reforça a situação de vulnerabilidade enfrentada pelas comunidades quilombolas, aumentando o risco de adoecimento ou morte devido a fatores históricos, culturais e socioeconômicos. Isso reflete a invisibilidade do racismo e a falta de acesso às políticas públicas que, historicamente, se concentram na expansão da oferta em vez de priorizar o acesso efetivo dos usuários (Werneck, 2016; Batista; Barros, 2017).

## **Saúde da mulher quilombola**

Entre os vários segmentos que compõem a população quilombola, as mulheres quilombolas frequentemente se deparam com desafios em sua busca por direitos. Suas famílias enfrentam uma vulnerabilidade social que, em alguns casos, é ainda mais acentuada do que a experimentada pela população negra em geral no país. Isso se deve à exposição constante a uma série de

desigualdades sociais e a diversas formas de violência, incluindo o genocídio, o epistemicídio e o racismo institucional, que precisam ser denunciados. Além disso, esses desafios são agravados pela falta de visibilidade dessas questões no âmbito das políticas públicas de promoção e prevenção da saúde (Dantas, 2016; Durand; Heideman, 2019).

Devido à sua história marcada por uma trajetória de resistência diante de um profundo preconceito ao longo do tempo, a população descendente do quilombo acabou se tornando resiliente e geograficamente isolada. Em grande parte, essas comunidades enfrentam falta de assistência e têm acesso limitado à saúde, o que, por sua vez, torna mais desafiador o acompanhamento ginecológico das mulheres. Isso as coloca em uma situação de maior vulnerabilidade a infecções cérvico-vaginais e ao desenvolvimento do câncer de colo uterino (Aragão *et al.*, 2019).

Em decorrência da persistência do racismo que remonta aos tempos da escravidão, a população negra enfrenta sistemática desvalorização cultural e enfrenta desafios diários em diversas esferas sociais, abrangendo áreas como educação, pobreza e saúde. Essa situação se torna ainda mais acentuada quando se trata das comunidades quilombolas, em particular das mulheres, ressaltando as dificuldades em obter consultas médicas, realizar exames preventivos e as associações com o câncer de colo uterino, bem como desafios nutricionais, entre outros problemas. As mulheres negras apresentam expectativa de vida inferior à das mulheres brancas, evidenciando as complexidades no acesso aos serviços de saúde e denunciam um importante problema de saúde pública (Oliveira; Kubiak, 2019).

Logo, ser uma mulher quilombola implica diariamente que essas mulheres assumam um papel de liderança em suas comunidades. São elas que promovem, coordenam e organizam as ações e iniciativas, representando um símbolo de resistência na comunidade quilombola e servindo como referência tanto no contexto familiar, quanto no coletivo (Matos *et al.*, 2020). À medida que as mulheres quilombolas assumem todas essas responsabilidades, o mundo se apresenta a elas como uma carga esmagadora de novas tarefas e preocupações,

resultando em exaustão e cansaço que contribuem para o adoecimento (Prates, 2018). As mulheres são ensinadas a dedicar-se ao cuidado da casa, da família e a desempenhar com excelência o papel de mãe, o que muitas vezes reforça sua tendência à autonegligência e ao conformismo, levando-as a se esquecerem de si mesmas em prol do cuidado dos outros (Santos, 2016).

As mulheres possuem uma inclinação para cuidar, seja inata ou por questões impostas pela sociedade machista. Assim, frequentemente cabe às mulheres o cuidado, especialmente dos outros, e muitas vezes se esquecem de cuidar de si mesmas, evitando encarar a verdade sobre sua própria saúde. Cuidar de si mesmas é um desafio para as mulheres, que frequentemente vivem sob constante pressão. Elas enfrentam uma carga contínua de responsabilidades, assumindo a liderança no cuidado de suas famílias, o que muitas vezes as coloca em uma posição onde as necessidades dos outros são priorizadas sobre as suas próprias, tornando-as vítimas das circunstâncias e do destino (Silva *et al.*, 2021).

Assim, o ato de cuidar e ser cuidado é concebido a partir de uma perspectiva coletiva, onde a mulher quilombola prioriza as necessidades de sua família, muitas vezes estendendo-se à comunidade vizinha, mesmo às custas de suas próprias necessidades. É nesse processo que a mulher quilombola se reconhece como a principal responsável pelo cuidado, comprometendo-se a desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a fim de poder se dedicar integralmente a essa tarefa (Matos *et al.*, 2020).

Ao direcionar nosso olhar para as mulheres quilombolas, podemos ampliar nossa compreensão sobre a forte ligação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e sua influência nas práticas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar desse grupo. Além disso, como mencionado anteriormente, as mulheres negras apresentam maior suscetibilidade a condições de saúde como hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitus tipo II e miomas uterinos, ressaltando a necessidade de uma atenção especial a esse grupo e o estímulo ao autocuidado. Conscientizando-nos da vulnerabilidade social que envolve essa população, podemos compreender como fatores econômicos, ambientais e culturais influenciam como essas mulheres cuidam de si mesmas (Fernandes *et al.*, 2018).

Um estudo feito em Triunfo, no estado da Paraíba, constatou que entre os desafios mencionados pelas mulheres quilombolas que dificultam a busca por assistência, destacam-se o medo do câncer, a vergonha em relação ao método de rastreio e a autonegligência. Nesse contexto, é crucial oferecer uma escuta acolhedora e disseminar informações de maneira adequada sobre a importância da detecção precoce, ao mesmo tempo em que se combate os estigmas associados ao exame citopatológico. Logo, isso deve ser feito considerando os fatores sociais e culturais da comunidade, para adaptar as práticas conforme as percepções e representações locais sobre o assunto (De Souza *et al.*, 2022).

Além disso, é importante destacar que diversos fatores socioeconômicos e políticos afetam a capacidade desses grupos em utilizar os serviços de saúde, incluindo a falta de saneamento básico e acesso à água, bem como a ausência de profissionais de saúde que atendam regularmente em seus territórios. Isso não apenas atrasa o acesso aos serviços, mas também condiciona a necessidade de deslocamento para cidades mais próximas. Além disso, é relevante ressaltar que muitos dos profissionais de saúde que prestam assistência a essas comunidades quilombolas, muitas vezes desconsideram os métodos e ferramentas comumente utilizados por elas em suas práticas cotidianas de cuidado (Viegas; Vargas, 2016).

Isso, por conseguinte, reflete a falta de cumprimento dos princípios fundamentais que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a integralidade, a universalidade e a equidade. Isso se manifesta nas dificuldades em atender e fornecer serviços básicos a esses grupos, tendo impacto direto na forma como eles podem desfrutar plenamente do seu direito à saúde. É importante ressaltar que a mulher quilombola sofre uma tripla opressão, na qual a opressão de gênero se soma à sua condição de mulher negra, pertencente a uma classe social de baixa renda e residente em áreas rurais (Viegas; Penna, 2015; Grossi; Oliveira; Oliveira, 2018).

Nessa perspectiva, as mulheres quilombolas experienciam a interseccionalidade, ou seja, enfrentam sistemas discriminatórios que abrangem opressões sociais, políticas, de classe, de raça e de gênero,

exacerbando as desigualdades e, por conseguinte, limitando as oportunidades para o pleno exercício de sua cidadania (Akotirenee, 2019; Santos, 2016). Portanto, pode-se notar que as comunidades quilombolas também enfrentam o desconhecimento em relação às políticas públicas voltadas para elas, as quais representam seu direito à saúde. Como resultado, essas comunidades enfrentam desafios cotidianos decorrentes das condições estruturais dos serviços de saúde, bem como dificuldades para garantir o acesso aos serviços públicos, o que se configura como uma forma de exclusão (Grossi *et al.*, 2019).

Para tanto, a implementação de iniciativas de educação continuada destinadas aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como programas de treinamento e atualização em saúde da população negra, com foco especial nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estão mais próximos da comunidade, terá um efeito positivo na prestação de cuidados e contribuirá para a melhoria da qualidade de vida das usuárias atendidas em região quilombolas (Silva *et al.*, 2020).

### **Saúde da mulher quilombola e Atenção Primária em um quilombo da Amazônia Oriental: implicações relacionadas a violência de gênero**

O Brasil tem 1.327.802 de pessoas que se autodeclararam remanescentes de quilombo (IBGE 2022). O estado do Amapá é constituído de 733.508 habitantes, dos quais 12.524 são autodeclarados quilombolas. As comunidades quilombolas do Amapá estão situadas em áreas urbanas, especialmente em Macapá, capital do estado na região da Amazônia Oriental. Macapá e Santana são os municípios com a maior população residente quilombola do estado, contando com 8.935 e 999 habitantes, respectivamente (IBGE, 2022).

O Quilombo Lagoa dos Índios, em Macapá (AP), atualmente com mais de 200 anos de existência, foi fundado no ano de 1802, a partir da necessidade que os negros tinham de se refugiar a partir do momento que escapavam da escravidão brutal que eram submetidos. O quilombo está localizado em uma área de ressaca e preservação ambiental. Foi certificado em 2005 como área

remanescente de quilombo pela Fundação Cultural Palmares, pela Portaria n.º 32/2005, de 19/08/2005. A Lagoa dos Índios está localizada em uma área de ressaca na bacia do igarapé da Fortaleza, a oeste do centro urbano de Macapá, capital do estado do Amapá, onde há mais de dois séculos reside uma comunidade afro-brasileira rural reconhecida como remanescente de quilombo.

De acordo com o Decreto n.º 4.887, de 2003, são considerados remanescentes de quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (Brasil, 2003). Atualmente, o chamado Ramal Lagoa dos Índios, se encontra quase completamente urbanizado, tomado por casas e estabelecimentos comerciais, sem, contudo, contar com serviços públicos de qualidade e infraestrutura adequada.

Esse território torna-se, então, um espaço que contribui para a vulnerabilidade das mulheres quilombolas, que ficam desassistidas de quaisquer equipamentos sociais de proteção e atenção à saúde. A violência de gênero causa sérios problemas para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva a curto e a longo prazo para as mulheres (Da Silva, *et al.* 2023). Diante desse contexto, é importante ressaltar a vulnerabilidade específica da mulher negra, especialmente da mulher negra quilombola. Além das questões de gênero e raça, essas mulheres enfrentam desafios únicos devido à resistência étnica, cultural e histórica que caracteriza suas vidas. Historicamente marginalizadas e invisibilizadas, elas encontram maior dificuldade em obter proteção e justiça, o que as torna ainda mais suscetíveis a diversos tipos de violência.

Para além do atendimento clínico, o profissional da APS, assume papel identificador de situações de violência, sendo seu dever prover o acolhimento, o apoio emocional, a orientação sobre direitos e ações de proteção, a notificação e acionar a rede intersetorial, tendo em vista os impactos da violência sobre a saúde física e mental (Ministério da Saúde, 2023). Esse papel está assegurado pela Lei n.º 10.778, que prevê a notificação compulsória em casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados (Brasil, 2003). O

desafio reside na criação de espaços seguros e acolhedores onde as mulheres possam expressar suas experiências, sem o medo do estigma ou retaliação.

Compreendendo as vulnerabilidades que envolvem a interseção entre saúde pública, gênero, equidade racial e justiça social, e considerando que a realidade de saúde do Estado do Amapá se assemelha à do restante do país, é crucial evidenciar as desigualdades na assistência à saúde sob a perspectiva do cuidado integral destinado à população de mulheres negras das comunidades quilombolas do estado. Explorar como a integralidade na atenção pode ser uma ferramenta eficaz para abordar a violência de gênero é fundamental neste contexto.

Este estudo visou contribuir para a compreensão das complexas interações entre violência de gênero e invisibilidade histórica. Valendo destacar que há escassez de estudos na área da saúde, trata-se de um trabalho inédito no estado que pode refletir na implementação de novas políticas públicas, frente às incipientes no estado do Amapá sobre o tema em questão. Assim, este estudo teve como objetivo apresentar a percepção das mulheres quilombolas em torno da violência de gênero e da experiência no acesso ao sistema de saúde.

## **Material e métodos**

Quanto à metodologia, tratou-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal, com abordagem qualitativa. Tendo como participantes: mulheres quilombolas maiores de 18 anos do Quilombo Urbano Lagoa dos Índios e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram coletadas informações quanto à caracterização da violência, indicadores de mortalidade e de morbidade por violência de gênero e percepção dessas mulheres em torno dos impactos da violência na saúde, qualidade de vida e na constituição de demandas para o setor saúde.

As técnicas de investigações incluíram grupo focal e entrevistas diretas com as participantes. Para análise e interpretação dos resultados, utilizou-se a metodologia de tratamento de dados denominada de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, tendo como fundamento a teoria da Representação Social. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, sob o parecer 38064620.0.0000.0003, considerando os preceitos éticos da Resolução n.º 196/96 e n.º 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## **Insatisfação com o serviço de saúde**

Desde 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, embora a violência não seja categorizada estritamente como uma questão de saúde, ela é reconhecida como um sério problema de saúde pública em escala global. Isso se deve a diversos motivos, incluindo sua ligação com a ocorrência de lesões, traumas físicos e emocionais, e até mesmo fatalidades. Assim, a violência é caracterizada pelo uso de força física, poder, ameaça, ou sua prática direcionada a si mesma, a outras pessoas, a um grupo ou comunidade, resultando ou podendo resultar em sofrimento, danos psicológicos, prejuízos no desenvolvimento ou privação, e em casos extremos, levando à morte (Organização Mundial da Saúde, 2002).

A Atenção Primária na assistência em saúde desempenha um papel fundamental no cuidado a mulheres vítimas de violência de gênero. De tal maneira que, essa abordagem oferece um ponto de entrada crucial para identificar, prevenir e gerenciar casos de violência, fornecendo um ambiente propício para estabelecer confiança e garantir a confidencialidade. É frequente que mulheres em situações de violência enfrentem emoções como culpa, vergonha ou medo. Em circunstâncias desse tipo, é imprescindível uma abordagem multiprofissional para oferecer suporte, cuidado e orientação à vítima. Por isso, o Ministério da Saúde ressalta a importância da Atenção Primária à Saúde nesse contexto, pois é possível que casos desse tipo surjam de maneira discreta nos serviços de saúde, demandando assistência ao longo de todo o processo, desde a identificação até o encaminhamento adequado (Ministério da Saúde, 2022).

Em contrapartida às afirmações anteriores, foram identificadas nas participantes da pesquisa as seguintes informações relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS):



*Não, não, falta muita coisa. É um bocado de coisa que falta aqui no posto, só tem o básico do básico. Por exemplo, o trabalho de um agente de saúde é pelo menos uma vez no mês visitar as famílias, né? Isso não acontece, não acontece mesmo! (E1).*

*Dizer que tem agente [de saúde], mas é aquele agente invisível, fantasma (E2).*

Tais narrativas revelam uma série de preocupações e críticas relacionadas aos serviços de saúde disponíveis, especialmente nas comunidades rurais e ribeirinhas do Amapá. A primeira aponta para falta de atendimento regular por parte dos agentes de saúde, denunciando a carência de acompanhamento preventivo e assistência básica nessas regiões. O que sugere uma lacuna na prestação de serviços, distanciando-se do ideal de Atenção Primária à Saúde, que preconiza um acompanhamento mais próximo e regular das famílias. Infelizmente, tal fato se opõe ao paradigma que afirma que o cuidado às vítimas de violência deve incluir a atenção à saúde, seguindo o princípio da integralidade da assistência, evitando possíveis danos e complicações adicionais (Delziovo *et al.*, 2022).

Além disso, evidencia-se a percepção negativa sobre a presença e a efetividade desses profissionais de saúde. Esse tipo de avaliação sugere falhas no sistema de saúde, seja na capacidade de alcance das comunidades ou na qualidade do trabalho oferecido pelos agentes de saúde. Essa falta de visibilidade e interação próxima com os pacientes pode comprometer a confiança no sistema de saúde e diminuir a eficácia das intervenções preventivas. Em teoria, os profissionais envolvidos nesse contexto devem cultivar mentalidade que priorize o respeito, oferecendo espaço e oportunidades para conduzir uma escuta atenta e significativa, que permita um diálogo efetivo e empático com as mulheres envolvidas (Delziovo *et al.*, 2022). Quando há a ausência deste em seu campo, tal prerrogativa se torna incipiente e propicia ainda mais a desigualdade na assistência.

Não obstante, depreende-se também os demais relatos:

*Essa parte de emergência, 190. Praticamente quando eles vêm, não querem fazer o trabalho deles, muitas pessoas que já morreram por falta de atendimento, aí lá na frente eles dizem que o atendimento está bacana, mas vai ouvir a vítima aqui, então para nós é péssimo... (E3).*

*A gente já teve óbitos, então para mim, o serviço de saúde é péssimo porque acaba não atendendo (E4).*

Acima, destaca-se a ineficiência dos serviços de emergência, apontando falhas graves que resultaram em mortes por falta de atendimento oportuno e adequado. Ilustra-se a desconexão entre a percepção oficial dos serviços de emergência e a realidade vivenciada pelas vítimas, revelando a disparidade entre a avaliação institucional e a experiência direta das pessoas atendidas. Nesse viés, é válido dizer que em sistemas de saúde, a avaliação da qualidade é frequentemente centrada em indicadores e metas estabelecidas pelas instituições, mas negligencia a perspectiva dos usuários e suas experiências subjetivas. Isso pode resultar em lacunas significativas entre a percepção oficial do serviço e a realidade vivenciada pelas mulheres, evidenciando a importância de integrar avaliações qualitativas centradas nelas para compreender integralmente a qualidade do atendimento (Blendon *et al.*, 2003).

A referência aos óbitos demonstra a insatisfação resultante de falhas graves nos serviços de saúde, enfatizando a falta de atendimento eficaz e o impacto direto na perda de vidas. Esse tipo de experiência negativa intensifica a desconfiança e a descrença nas instituições de saúde locais. Discutindo tal ótica, um estudo realizado no Rio de Janeiro, constatou como a construção de confiança entre usuário-profissional se torna eficaz e necessária para um bom desfecho em saúde (Santos; Romano; Engstrom, 2018).

Os relatos apontam para questões profundas e multifacetadas nos serviços de saúde, destacando a necessidade urgente de melhorias estruturais, investimentos adequados, treinamento dos profissionais de saúde e revisão das políticas de atendimento. É crucial que os gestores de saúde e autoridades competentes atuem para sanar essas deficiências, garantindo o acesso equitativo

e eficiente aos serviços de saúde, diminuindo a invisibilidade da problemática. Conforme argumentado por Silva (2003), a falta de visibilidade da violência ocorre devido à tendência de certos setores em focalizar apenas o tratamento dos sintomas das enfermidades, carecendo de ferramentas eficazes para reconhecer a existência do problema em si.

É urgente que o princípio da equidade seja empregado ao atendimento da saúde da mulher quilombola, as políticas públicas existentes têm se mostrado ineficazes na prática e continuam perpetuando a exclusão. São necessárias ações que considerem o contexto em que vivem, suas principais necessidades e respeito a sua cultura e ancestralidade.

## **Tipos de violência**

O campo da saúde categoriza e classifica a violência com base em suas manifestações observáveis. Isso inclui a violência direcionada a si mesmo, denominada violência autoinfligida, bem como a violência interpessoal, abrangendo a violência familiar e comunitária. Além disso, há a violência coletiva, que afeta grandes segmentos da sociedade (Minayo, 2010).

Focando especificamente na violência intrafamiliar, esta pode manifestar-se em diferentes níveis de intensidade, abarcando desde agressões físicas até abuso sexual, psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras formas de agressão. Os perpetradores podem ter vínculos familiares, conjugais, de parentesco ou laços afetivos, em situações de desequilíbrio de poder, que podem ser de natureza física, de idade, social, psicológica, hierárquica e/ou relacionada ao gênero (Brasil, 2008).

Nesse contexto, a violência contra a mulher no ambiente doméstico e familiar abrange qualquer ação ou omissão que resulte em morte, lesão, dor física, sexual ou psicológica, assim como danos morais ou materiais à mulher. Esses episódios podem ocorrer no ambiente doméstico, ou seja, no local onde as pessoas convivem regularmente, seja com vínculo familiar ou mesmo indivíduos que ocasionalmente fazem parte desse convívio. Essa violência também pode

ocorrer na estrutura familiar, compreendendo a comunidade formada por indivíduos que têm ou se consideram relacionados, unidos por laços naturais, de afinidade ou por vontade explícita. Além disso, abrange qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviveu ou convive com a mulher em situação de violência, independentemente da coabitação atual (Brasil, 2006).

Entre as participantes do estudo, foi possível destacar as seguintes formas de violência:

*O meu [caso] foi violência patrimonial, psicológica e física, eu conheço alguém que já foi de violência psicológica e patrimonial. Física é, e não só física, mais até o jeito de olhar diferente, já é um preconceito, uma discriminação da pessoa, colocando-a à margem (E1).*

*Os nossos inimigos são os que estão na nossa casa, né? Dentro da própria casa, um padrasto e uma menina de 10 anos, o padrasto a engravidou, até hoje não pegaram ele ainda, a mãe aceitou, a própria mãe omitiu para proteger o abusador (E2).*

*Então vem dos maridos, vem de um sobrinho, primo, vem de pessoas próximas da gente (E3).*

*Eu fiquei desesperada, né? Como se eu fosse culpada daquilo que tinha acontecido comigo. Se fosse grave, eu teria morrido. Como não foi, até hoje, eu me sinto desamparada. Porque no posto tu só vai fazer um curativo pro teu machucado, talvez um atendimento com psicólogo (E4).*

É notável a falha na integralidade do atendimento à saúde dessas vítimas de violência, uma vez que o máximo de cuidado recebido é referente ao trauma físico, ao que se pode ver. Enquanto os danos psicológicos são categoricamente negligenciados, o que acaba gerando mais estresse e sentimento de desamparo. Desta forma, as mulheres tornam-se vítimas novamente de um sistema de saúde indiferente e falho no atendimento integral à saúde da mulher.

A violência direcionada às mulheres é um fenômeno condicionado pelo fator de gênero e, apesar de poder afetar qualquer indivíduo, são as mulheres que sofrem os impactos mais severos desses incidentes (Tavares; Campos, 2018).

Observa-se, na primeira fala, diferentes facetas da violência de gênero, evidenciando a complexidade e a amplitude dos tipos de agressão que as mulheres enfrentam em contextos domésticos e familiares. Uma delas descreve a multiplicidade de violências sofridas, abrangendo aspectos patrimoniais, psicológicos e físicos. Além da profundidade da violência psicológica, mostra-se como atitudes discriminatórias e preconceituosas podem causar danos significativos, mesmo que não sejam agressões físicas diretas. Isso destaca a necessidade de reconhecer e abordar não apenas a violência física, mas também as formas sutis de abuso que prejudicam a saúde mental e emocional das vítimas.

Em outra, ilustra-se um caso impactante de violência sexual e a convivência no ambiente familiar. Revela como a omissão e a proteção dos agressores por membros da família perpetuam um ciclo de violência, resultando em impunidade para os perpetradores. Isso destaca a importância de abordagens holísticas e de intervenções eficazes que desafiem a normalização da violência e que atuem na proteção e no suporte adequado às vítimas. Porquanto, o estudo de Santos e Andrade (2018) ressalta que a aceitação da violência contra a mulher é vista como uma prática arraigada na sociedade, resultando em uma teia de conformidade. Por essa razão, é crucial que os homens estejam conscientes das manifestações violentas presentes na sociedade, as quais são expressões de questões sociais e resultam de uma estrutura social fundamentada na desigualdade e exploração entre as classes.

Em 2015, um estudo envolvendo 1.102 mulheres brasileiras revelou que praticamente todas as entrevistadas tinham conhecimento da Lei Maria da Penha (Lei 11.340, 2006). Ademais, identificou-se um aumento significativo na percepção de desrespeito às mulheres e no registro de casos de violência psicológica (Brasil, 2015). Apesar disso, o que se observa diante de uma fala é que a violência muitas vezes é perpetrada por pessoas próximas, como maridos, parentes ou pessoas dentro do círculo social das vítimas. Isso sublinha a necessidade de políticas e estratégias de prevenção que abordem as raízes culturais e sociais da violência, além de destacar a importância de educar sobre relacionamentos saudáveis e identificação de comportamentos abusivos.

Os profissionais da área da saúde possuem uma vantagem em identificar tais situações, pois as mulheres são as principais frequentadoras dos serviços de saúde, especialmente os de Atenção Primária. Mulheres que estão vivenciando violência, mesmo que não relatem, tendem a utilizar esses serviços com mais regularidade do que aquelas que não enfrentam ou nunca enfrentaram esse tipo de situação (Doliveira *et al.*, 2019). Apesar disso, o que se percebe na última fala é a dificuldade das vítimas em receber o apoio necessário nos serviços de saúde após situações de violência. A falta de atendimento abrangente, que se limita a cuidados superficiais, deixa as vítimas desamparadas, gerando sentimentos de culpa e isolamento. Isso aponta para a necessidade urgente de melhorar os serviços de saúde, oferecendo suporte integral e especializado, incluindo acompanhamento psicológico para vítimas de violência.

Os relatos das participantes alertam quanto à complexidade e a urgência de se abordar a violência de gênero, evidenciando a necessidade de estratégias multifacetadas que compreendam e atuem sobre as diversas formas de violência e suas consequências profundas para as vítimas. Pois, o comprometimento dos aspectos que influenciam a qualidade de vida, como a saúde física, mental e os relacionamentos sociais, pode ter um impacto adverso na própria percepção de saúde das mulheres que enfrentam violência relacionada ao gênero. Assim, em 2019, um estudo nacional revelou que 80% das mulheres que foram vítimas de violência interpessoal nos 12 meses anteriores à pesquisa, consideraram as agressões psicológicas e/ou físicas como muito graves. Essas agressões resultaram, na maioria das vezes, em uma percepção de saúde mais prejudicada em comparação com mulheres que não foram submetidas a esses tipos de agressão (Cruz; Irfi, 2019).

## **Acesso aos serviços**

A distribuição populacional dispersa nos estados do norte, como o Amazonas, e a vasta extensão territorial dessas regiões, atravessada por grandes sistemas fluviais e abrangida pela maior floresta tropical do mundo, geram significativas disparidades no acesso aos serviços de saúde e outras

desigualdades sociais em comparação com as demais áreas do Brasil (Gama, 2018). Não somente isso, outros estados da região, como o Amapá, também enfrentam barreiras de acesso à saúde pela sua população. Limitações essas mais geográficas, pois comunidades, como as ribeirinhas, enfrentam escassez de recursos essenciais, como sistemas de saneamento e eletricidade, e contam com as áreas urbanas para obter produtos de consumo e acesso a serviços de saúde (Guimarães *et al.*, 2020).

As mulheres quilombolas enfrentam as adversidades impostas pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja porque eles não existem em suas localidades ou porque existe a dificuldade de deslocamento até a região mais próxima que disponha dos serviços. Além das questões de vulnerabilidade social em que frequentemente elas estão inseridas, sendo fator impeditivo para que elas consigam atendimento. Ademais, cabe ressaltar que tais eventos geram ainda mais fragilidade a seus contextos de vida e as tornam suscetíveis a violência de repetição e, muitas vezes, perpetuando o ciclo de violência familiar entre as gerações, uma vez que a impunidade e a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde são frequentes.

Essas dificuldades em relação ao acesso à saúde pelas vítimas de violência de gênero, são observadas nos seguintes trechos:

*A gente tem que sair daqui da comunidade, ir atrás. Às vezes eu vou ter que ir pra lá pro Centro [bairro Central] atrás. A nossa Comunidade é longe do Hospital, do Pronto Socorro (E1)*

*Aí a gente vai pra uma fila que não tem tamanho, tem que sair daqui 3 horas da madrugada para chegar lá 5 horas. Até mesmo quando a gente solicita ambulância é difícil (E4)*

*O posto de saúde poderia melhorar mais. Inclusive na parte dos agentes de saúde. Colocaram uma enfermeira, é o trabalho dela, e ela tá meio brava com a gente. Então eu acho que deveria ser melhor (E3)*

As falas evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas comunidades, especialmente no acesso aos serviços de saúde. O relato inicial destaca a

distância geográfica entre as comunidades e os centros urbanos que oferecem cuidados médicos especializados, resultando em uma necessidade constante de deslocamento para buscar assistência. Essa distância geográfica gera uma série de desafios logísticos, como longas jornadas e dificuldades para obter transporte, como ilustrado pela espera extensa por ambulâncias mencionadas. Assim, se observa uma singularidade na forma como essa comunidade cuida de sua própria saúde e a importância das informações em saúde para orientar a elaboração, a avaliação e a administração das ações para tais problemas (Malta *et al.*, 2008).

Em outra perspectiva, aborda-se a necessidade de melhorias na estrutura do posto de saúde local, apontando para possíveis deficiências na qualidade do atendimento oferecido pelos agentes de saúde. A percepção de uma enfermeira “brava” pode influenciar negativamente a experiência dos pacientes, ressaltando a importância não apenas da presença de profissionais de saúde, mas também da qualidade e empatia no atendimento prestado. Essa conduta profissional, na prática (práxis), deve estar alinhada com o que é preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização, especialmente no que diz respeito ao acolhimento (Brasil, 2012).

A equidade no acesso aos serviços de saúde para comunidades ribeirinhas revela-se insuficiente, visto que os habitantes de áreas metropolitanas e grandes centros urbanos têm mais facilidade e proximidade para acessar os cuidados de saúde, enquanto os ribeirinhos precisam se deslocar de suas comunidades para outras regiões, cidades ou até mesmo municípios diferentes, o que acarreta custos adicionais para a renda familiar e, em alguns casos, impossibilita o acesso desses indivíduos ao sistema de saúde (Júnior *et al.*, 2020). Entretanto, apesar disso, se contrasta uma fala com as anteriores, indicando que, apesar dos desafios logísticos e possíveis deficiências na estrutura do serviço de saúde, o atendimento em si, quando recebido, é percebido como bom. Isso sugere que, apesar das limitações, quando há acesso aos serviços, a qualidade do atendimento é satisfatória.

As restrições para alcançar os serviços de saúde fazem parte de um cenário que é multifacetado, intrincado e subjetivo (Assis; Jesus, 2012). Por isso,



acima se evidencia a necessidade de melhorias na acessibilidade aos serviços de saúde nessas comunidades. A distância geográfica e a falta de infraestrutura médica local são desafios reais que afetam diretamente o acesso e a qualidade do atendimento. Há preocupações expressas sobre a infraestrutura, a disponibilidade de profissionais e a acessibilidade aos serviços, destacando a importância de aprimoramentos nessas áreas para garantir uma prestação de cuidados mais abrangente e eficaz para essas comunidades remotas.

## **Considerações finais**

As mulheres quilombolas destacam as dificuldades que encontram ao buscar acesso aos serviços de saúde quando necessitam, uma vez que, o Quilombo Lagoa dos Índios carece de serviços especializados, clínicos e laboratoriais, bem como de atendimento de urgência e emergência. Dispõe apenas de um centro de referência em saúde da população negra, com três médicos, sendo dois generalistas e um pediatra, além da equipe de enfermagem. Atualmente, não estão sendo realizados os testes rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, assim como também não estão sendo realizados os testes de rastreio de doenças do aparelho pélvico e câncer de colo uterino como PCCU, secreção vaginal entre outros. O centro não possui sala de vacina e não oferta o atendimento pré-natal às mulheres grávidas da comunidade, assim muitas não conseguem realizar o pré-natal.

Para obter atendimento médico especializado, realizar exames e acessar vacinas, essas mulheres precisam se deslocar para outros bairros da cidade, enfrentando adversidades como transporte público ineficiente, condições financeiras desfavoráveis e a ausência de creches que poderiam apoiar as crianças, permitindo que as mulheres trabalhem e se dediquem ao autocuidado.

Nesse contexto, considerando que a saúde envolve aspectos além da mera ausência de doenças, abrangendo o bem-estar biopsicossocial que inclui relacionamentos interpessoais, condições educacionais, habitação, saneamento básico e estilo de vida, e que pode ser afetada por situações de

violência, compreende-se que a qualidade de vida dessas mulheres está comprometida. Portanto, destaca-se a urgente necessidade de implementação de ações voltadas para o enfrentamento desses problemas.

Outrossim, reverbera-se a violência contra mulheres como um problema social amplo e transversal, encontrado em diversas culturas, regiões geográficas, períodos históricos e no nosso dia a dia, sendo um dos aspectos intrínsecos às questões de saúde. Nesse contexto, tal violência interfere na qualidade de vida das mulheres, e não somente delas, mas também de suas famílias, o que acaba por agravar as iniquidades e, conseqüentemente, compromete a saúde das mulheres e suas famílias.

Em conseqüência, identificar e reconhecer as necessidades de saúde de mulheres quilombolas reforçam a necessidade de políticas e recursos específicos para romper com o ciclo de violência, oferecendo assistência a saúde, suporte psicológico, auxílios financeiro e social para as vítimas, bem como promovendo a educação e conscientização sobre relacionamentos saudáveis desde a infância.

## Referências

- AKOTIRENE, C. **Intersessionalidade**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
- ALENCAR, M. L. S.; MENDES, N. A.; CARVALHO, M. T. S. Dificuldades enfrentadas para realização do exame ginecológico preventivo. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 1, p. 75-79, 2019.
- ARAGÃO, F. B. A. *et al.* Associação do perfil microbiológico com alterações citológicas em mulheres quilombolas atendidas nas unidades básicas de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 52, n. 4, p. 311-318, 2019.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- ÁVILA, J. V. C. *et al.* Agrobiodiversidade e conservação in situ em quintais quilombolas com diferentes intensidades de urbanização. **Acta Botanica Brasilica**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2017.
- BASTOS, C. M. C. B.; BRITO, D. M. C. Comunidade Lagoa dos Índios: Conflitos e perspectivas na criação de uma área protegida. *In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS – ANPOCS*.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Supl. 1, e00090516, 2017.

- BLENDON, R. J. *et al.* Common concerns amid diverse systems: Health care experiences in five countries. **Health Affairs**, v. 22, n. 3, p. 106-121, 2003.
- BONFIM, J. O. *et al.* Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jun. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. **Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Diário Oficial da União, 21 nov. 2003.
- BRASIL. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 5 jul. 2018.
- BRASIL. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 mai. 2006. Seção 1.
- CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas Comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, 2018.
- CRUZ, M. S.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2531-2542, 2019.
- DANTAS, M. L. R. Black Women and Mothers: social mobility and inheritance strategies in Minas Gerais during the second half of the eighteenth century. **Almanack**, n. 12, p. 88-104, 2016.
- DE SOUZA, T. G. *et al.* Ações educativas para prevenção do câncer do colo do útero: Discurso de mulheres Quilombolas. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 20, n. 71, 2022.
- DELZIOVO, C. R. *et al.* **Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS**. Florianópolis: UFSC, 2022. Disponível em: [https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA\\_ViolenciaMulheres\\_V4-1.pdf](https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA_ViolenciaMulheres_V4-1.pdf). Acesso em: 9 jan. 2023.
- DOLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* **Protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: [https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/protocolo\\_de\\_atendimento.pdf](https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/protocolo_de_atendimento.pdf). Acesso em: 9 jan. 2023.
- DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03451, 2019.

- FERNANDES, E. T. B. S. *et al.* Cervical cancer prevention among quilombola women in the light of Leininger's theory. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0004, 2018.
- FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019.
- GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, e00002817, fev. 2018.
- GUIMARAES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 11, e202000178, 2020.
- GUSMAN, C. R. *et al.* Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4-5, p. 365-370, 2015.
- GROSSI, P. K.; OLIVEIRA, S. B. de; OLIVEIRA, J. L. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, p. 929-947, 2018.
- GROSSI, P. K.; OLIVEIRA, S. B. de; ALMEIDA, E. M. de; FERREIRA, A. C. dos S. Mulheres quilombolas e políticas públicas: uma análise sobre o racismo institucional. **Revista Diversidade e Educação**, v. 7, n. especial, p. 121-132, 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: jun. 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Quilombola 2022**: Relatório Nacional. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015.
- JÚNIOR, A. M. F. *et al.* O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas. **REAC/EJSC**, v. 13, n. 46, 1-12.
- MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, suplemento 1, p. 159-167, 2008.
- MATOS, L. R. *et al.* O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental no amparo às vítimas de violência [online]**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/18576>. Acesso em: 9 jan. 2023.
- OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.
- PRATES, L. A. *et al.* A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, 2015.
- PRATES, L. A. Meanings of Health Care Assigned by Quilombola Women. **Revista Fundação Care [on line]**, v. 10, n. 3, p. 847-855, 2018.
- SANTOS, G. C. dos A. Os estudos feministas e o racismo epistêmico. **Gênero**, v. 16, n. 2, p. 7-32, jan./jun. 2016.
- SANTOS, J. N.; GOMES, R. S. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022.
- SANTOS, N. J. S. To be black and woman: dual vulnerability to STD/HIV/AIDS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016.
- SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.
- SANTOS, R. O. M. DOS; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. e280206, 2018.
- SANTOS, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, sup. 2, p. 263-272, 2003.
- SANTO, C. F. S.; ANDRADE, M. J. E. A Naturalização da Violência de Gênero na Contemporaneidade. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.
- SILVA, V. M.; VASCONCELOS, K. P.; DINIZ, D. D. S.; de FARIAS, G. M.; de OLIVEIRA, A. M. A. Fatores que influenciam a não adesão da mulher ao exame papanicolau: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 8, p. 326-340, 2021.
- SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, sup. 2, p. 263-272, 2003.
- SILVA, I. F. S. da *et al.* Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.
- TAVARES, L. A.; CAMPOS, C. H. A convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”, e a lei maria da penha. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, v. 6, n. 3, p. 9-18, 2018.
- VIEGAS, D. P.; VARGA, I. D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 619-630, 2016.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, Oct-Dec 2015.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

# CAPÍTULO 7

## A DIMENSÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA POR MEIO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Mirna Barros Teixeira  
Marcelo Pedra Martins Machado  
Hermes Candido de Paula

### Introdução

Para pensarmos no modelo de cuidado para as pessoas em situação de rua é preciso compreender a situação de vulnerabilidade que elas se encontram. Esse entendimento foi trazido para o campo da saúde coletiva para superar a noção de risco social e como forma de ampliar a compreensão da suscetibilidade aos agravos de saúde. Essa contribuição se dá enquanto desloca o foco do individual, considerando os aspectos do contexto social. Assim, tal concepção social passa a ser entendida a partir de múltiplos condicionantes relacionados à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (Ayres, 2021).

É fundamental compreender que as populações/pessoas em situação de rua (PSR) apresentam demandas de diversas ordens e se encontram em um estado de suscetibilidade a diversos agravos de saúde em consequência à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social. Estão submetidas a

precariedade de recursos materiais e a riscos maiores para a saúde devido a uma série de fatores como: a exposição as variações climáticas, a alimentação incerta, a relações sexuais abusivas, a violência, a falta de acesso à água limpa, a falta de sono adequado, a falta de acesso a locais para higiene pessoal, dentre outros; e, é nesse contexto de iniquidades precisam garantir sua sobrevivência nas ruas das cidades.

Assim, a PSR se encontra em uma situação de grande vulnerabilidade social, situações estas nas quais determinados grupos, famílias e indivíduos encontram-se incapacitados para lidar com as circunstâncias do cotidiano da vida em sociedade e de se movimentarem na estrutura social (Ensgtrom *et al.*, 2019).

Castel (1997) apresenta o conceito de marginalização onde há um duplo desligamento: em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional, ou seja, ausência de suporte social ou fragilização dos apoios relacionais, que são, muitas vezes, o contexto que estão inseridas as PSR. Somado a isso, a PSR é percebida como marginalizada, invisível ou de visibilidade negativa para a sociedade.

São excluídas dos censos demográficos nacionais e de outros registros de informação de saúde de base domiciliar, exceto algumas iniciativas municipais, dificultando dessa maneira a tomada de decisão, o monitoramento e a avaliação de intervenções efetivas sobre essa população (Teixeira *et al.*, 2019). Essa invisibilidade também se dá nas relações sociais onde a PSR sofre pelo “não olhar” do transeunte, pelo estigma e sofrimento difuso. Conforme relato, há um silenciamento dos sintomas por essas pessoas:

“Silenciamento dos sintomas, acompanhado da desesperança crônica de ser cuidado. Cala-se então o corpo, que não deve mais doer, que não deve mais sentir, ainda que esteja muito doente. Nesse momento, se perguntarmos a um morador de rua com tosse e dor como ele está de saúde, ele responderá: bem.” (David de Souza – médico da Organização Médicos Sem Fronteiras Folha de S. Paulo, 2008).

Diante dessa complexidade de vida, de fragilidade de políticas públicas, o Ministério da Saúde (MS) cria as equipes de Consultório na Rua (CnaR) na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011, como equipe



específica de cuidado integral para a PSR. Esta equipe da Atenção Básica é formada por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde (Portaria n.º 2.488, 2011).

O presente capítulo tem por objetivo apresentar o modelo de cuidado em saúde por meio das equipes de Consultório na Rua (eCnaR), a partir das experiências da Comunidade de Práticas em Atenção Primária em Saúde para Populações em Situação de Rua (CompAPS) do Rio de Janeiro da plataforma IdeiaSUS da Fiocruz e documentos oficiais que orientam o processo de trabalho destas equipes.

## Metodologia

A estratégia metodológica utilizada foi a análise documental, cujo procedimento se vale de várias fontes e de diferentes documentos para obter as mais significativas informações (Lima *et al.*, 2021). Foram analisados os documentos que integraram a CompAPS, comunidade de acesso aberto da Fiocruz (<https://compaps.ideiasus.net/produtos-do-conhecimento>). A CompAPS é uma comunidade virtual de compartilhamento de experiências de profissionais, gestores e pesquisadores que trabalham com PSR no Brasil. Trata-se de uma plataforma colaborativa para promover conexões, criar redes de apoio e construir soluções locais para fortalecimento do cuidado e da proteção social da PSR no contexto da Pandemia de covid-19 (Coordenação Nacional, 2022).

Da mesma maneira, foi realizado um mapeamento do campo técnico-normativo alusivo à equipe de Consultório na Rua (CnaR) com base nos documentos oficiais divulgados pelo DAB/MS após a publicação da PNAB em outubro de 2011 (Portaria n.º 2.488, 2011). Portanto, este estudo se apoiou na questão norteadora: “Qual o modelo de cuidado tem sido direcionado às pessoas em situação de rua por meio dos Consultórios na Rua?”

Para análise desses documentos, foi definida a categoria de análise: estratégias de cuidado à PSR pela equipe de Consultório na Rua.

## Resultados e discussão

O modelo de cuidado do dispositivo do Consultório na Rua é semelhante ao das equipes de saúde da família (eSF), com a peculiaridade dessa população não ser cadastrada pelo domicílio de moradia, mas por estar em situação de rua nesse território. Portanto, são serviços da Atenção Básica que devem seguir os atributos deste ponto de atenção: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado.

Parte-se da premissa de que a equipe de Consultório na Rua (CnaR), ao (re)conhecer essas pessoas como cidadãos de direitos, reorienta um conjunto de práticas de cuidado para garantir direitos básicos de saúde, educação, moradia, trabalho, entre outros componentes da cidadania. Isso visa fomentar os processos de democratização e inclusão social dessa população estigmatizada e em situação de extrema vulnerabilidade social.

### Mapeamento no campo técnico-normativo das equipes de Consultório na Rua

Neste tópico são apresentados e analisados o mapeamento das atribuições, objetivos, processo de trabalho e resolutividade do CnaR, presentes no campo técnico-normativo (documentos oficiais), incluindo um acervo de documentos oficiais que orientam e regulamentam o funcionamento destas equipes (manuais, guias, portarias, políticas e leis). Nesta revisão foram identificadas sete portarias referentes ao CnaR e quatro documentos/normativos: 1. “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua e as Diretrizes” (DAB/MS) (Brasil, 2012); 2. “Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (Na rua, equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro, Centro, 2014); 3. “Documento Norteador dos Consultórios na Rua”, lançado pela prefeitura de São Paulo, no ano de 2016 (Prefeitura de São Paulo, 2016) e 4. “Recomendações para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam com a população em situação de rua”, de 2020 (Trino, 2020).

Tendo como base o princípio da integralidade, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011) propõe um atendimento centrado no usuário e realizado por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, formadas por profissionais de diferentes áreas que compartilham suas experiências e saberes. Este modelo de atuação proporciona a qualificação das competências coletivas e a ampliação da capacidade de atuação no cuidado em saúde para todos os envolvidos.

A PNAB indica a necessidade de reconhecimento das especificidades dos usuários e, nessa direção, institui e orienta a estruturação da CnaR para viabilizar de forma mais efetiva a atenção junto à PSR (Machado, 2017a). Este comprobatório de informações foi inserido no processo de análise da revisão por serem os únicos publicados que se propõem a descrever o processo de trabalho do CnaR, podendo, assim, abordar os itens de interesse deste estudo.

Após a PNAB, foram publicadas seis portarias com o objetivo de regulamentar, organizar e disseminar as CnaR nos municípios brasileiros: As Portarias n.º 122 e n.º 123, de 25 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012b; 2012c), a n.º 1.922, de 5 de setembro de 2013 (Brasil, 2013b), a n.º 1.029, de 20 de maio de 2014 (Brasil, 2014c), a n.º 1.238, de 6 de junho de 2014, (Brasil, 2014a) e a n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que é a Política Nacional de Atenção Básica, de 2017 (Portaria n.º 2.436, 2017.) e a portaria n.º 1.255, de 18 de junho de 2021. A Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Portaria n.º 2.436, 2017) aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

Em 2012, foi lançado pelo Ministério da Saúde o “Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua” (Brasil, 2012a), onde são elencados elementos que pretendem contribuir na organização das CnaR. Contudo, não há nada indicado sobre questões objetivas para a organização do processo de trabalho das equipes, estipulando apenas diretrizes gerais de trabalho (Machado, 2017b).

No item alusivo às atribuições da equipe multiprofissional, estão postas diversas competências que a CnaR deve ter, entre elas: a capacidade de estabelecer vínculos e de realizar atendimentos individuais e em grupo; ter escuta ampliada e diferenciada; realizar articulação intra e intersetorial; ter registro das informações; realizar busca ativa; atuar na perspectiva da RD; e garantir a segurança do usuário (Brasil, 2012; Machado, 2017b).

O tema da resolutividade no Manual está vinculado à importância da equipe estabelecer parcerias com a rede local e as equipes de saúde bucal. Além disso, destaca-se a necessidade da CnaR organizar seu processo de trabalho, incluindo momentos de reuniões com outras equipes, planejamento, discussão de casos, e elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares. Esta é a única menção mais prática às estratégias para ampliar a resolutividade da CnaR (Brasil, 2012).

Outro documento orientador das equipes é “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (Na rua, equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro, 2014). O material traz em seu sumário duas linhas conceituais e de ações: o cuidado da equipe com o usuário do serviço, com o território da rua, com as redes institucionais e não institucionais; e o cuidado da equipe com seu próprio trabalho. São descritos conceitos que informam e orientam as ações da equipe como: o acompanhamento longitudinal; a construção de vínculo; a promoção de autonomia; a cartografia constante do território/atuação na rua; a construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; a criação de referência; a escuta ampliada; a construção e a promoção de espaços de atendimento diversos; tensionar da rede; e ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Menciona ainda que um dos objetivos do CnaR, em seu caráter político, é proporcionar acesso à saúde para a PSR, integrando simultaneamente as formas de vida da rua no SUS. Isso inclui atuar na cidade e suas dinâmicas de exclusão, lutando por garantias de direitos e transformando práticas sociais (Machado, 2017b).

Em 2016, o município de São Paulo divulgou o “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” (Prefeitura de São Paulo, 2016), apresentando múltiplos aspectos do trabalho com a PSR. No item referente às estratégias de trabalho e as orientações para a ação, cabe mencionar o destaque dado à pertinência para o trabalho da CnaR do acolhimento, do matriciamento e do trabalho em rede, como elementos estratégicos para a condução satisfatória do processo de trabalho desses profissionais.

Informa, ainda, que o objetivo da equipe é ampliar o acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial, integrando e articulando as ações com os diferentes serviços, sendo porta de entrada para o SUS, além de dar visibilidade às demandas dessa população. A forma como é abordada a questão conduz a uma leitura em que o CnaR é uma “ponte” entre a rua e a rede, sem ênfase no caráter de equipe de cuidados integrais que a CnaR é.

Quanto à resolutividade das CnaR, é indicado que os trabalhadores destas equipes possuem atribuições nas dimensões éticas e instrumentais, devendo aumentar a resolutividade do cuidado, mas sem que haja qualquer indicação de como promover esse aumento. Assim como no documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” (Na rua; Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro, 2014), o documento orientador das CnaR paulistas não associa componentes da organização do processo de trabalho com a ampliação da resolutividade do Consultório na Rua (Prefeitura de São Paulo, 2016).

Em 2020, a Fiocruz Brasília, no contexto da Pandemia de covid-19, publicou a cartilha “Recomendações para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua” (Muchagata, 2023). Aponta a questão da reorganização das formas de atenção e cuidado, destacando a experiência e legitimidade acumuladas pelos CnaR para o momento de emergência sanitária, indicando que estas equipes deveriam assumir o protagonismo nas ações de saúde e na articulação da rede. Além disso, ressalta a importância da aproximação com os serviços e equipes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A cartilha menciona estratégias bastante pragmáticas com a indicação de um modelo de agenda compartilhada entre as equipes e serviços do SUS e do SUAS. A articulação entre os diversos setores é assinalada também como forma de construção de ações resolutivas para a PSR, sendo indicada como premissa para a condução das ações no momento pandêmico.

Constatou-se, igualmente, por meio dos documentos dos Ministérios da Saúde, que há uma valorização da dimensão do acesso, mas sem que outras dimensões importantes, como a resolutividade, o monitoramento e a avaliação dos efeitos das ações da AB, junto à PSR, sejam indicadas.

Cabe destacar que no “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” (Prefeitura de São Paulo, 2016), o CnaR é posicionado em um lugar temeroso, que é o de ser porta de entrada e articulador, que não se compromete pragmaticamente com as ações de cuidado resolutivo, em relação às demandas da PSR. A ideia de porta de entrada no documento paulista, parece a de uma “porta giratória”, que só faz girar, sem que as pessoas efetivamente “entrem” no Consultório na Rua.

A aproximação mais detalhada quanto aos objetivos das CnaR nos documentos oficiais, evidencia que as CnaR têm a sua principal tarefa na vinculação com as pessoas em vulnerabilidade social e na promoção da circulação da PSR pelos demais serviços da rede (Ministério da Saúde, 2010; Portaria n.º 2.488, 2011; Portaria n.º 122, 2012; Portaria n.º 123, 2012; Portaria n.º 1.976, 2014; Portaria n.º 1.029, 2014; Portaria de Consolidação n.º 2, 2017; Portaria n.º 1.255, 2021), assumindo, dessa forma, a equipe como um elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços, focando também em questões do campo da saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2010; Portaria n.º 2.488, 2011). Neste sentido, o elemento central da proposta é a questão do acesso.

## O modelo de cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva do Consultório na Rua

Neste tópico, traremos as análises sobre o modelo de cuidado às pessoas em situação de rua, discutido a partir das experiências de cuidado registradas na COMPAPS-Rio de Janeiro.

Uma comunidade de práticas está relacionada à aprendizagem em grupos sociais, nos quais as pessoas se engajam e assumem compromissos com base em um interesse compartilhado. No caso específico da ComPAPS, o objetivo envolveu técnicos, gestores e pesquisadores das áreas da saúde, assistência social, entre outras que atuam diretamente com a população em situação de rua, contribuindo para reconhecer e sistematizar as estratégias desenvolvidas na Pandemia de covid-19, resultando em um conjunto de reflexões e multiplicando boas práticas. O trabalho da ComPAPS aconteceu durante oito meses, entre os anos de 2021 e 2022 (Muchagata, 2013).

Neste ponto, apresentam-se as análises específicas oriundas da COMPAPS do Rio de Janeiro com a questão: como construir um modelo de cuidado e agenda estratégica de trabalho para essa população?

Muitos são os desafios para se implementar esse modelo de cuidado às PSR. Destacamos a dificuldade de conseguir acesso aos equipamentos de saúde devido ao estigma desses serviços no atendimento a essa população configurando-se em uma verdadeira barreira de acesso; a falta de insumos estratégicos, banheiros, quentinhas para fornecer durante a espera na UBS; dificuldades de integração com outros equipamentos da rede de saúde e intersetorial; a oferta de cuidado em saúde bucal com próteses dentárias; entre outros (Engstrom *et al.*, 2016, 2019).

Para superar esses desafios, alguns elementos são centrais para pensar o cuidado. No Quadro 1, estão sistematizadas estratégias de cuidado das CnaR.

**Quadro 1.** Estratégias de cuidado à PSR pela equipe de Consultório na Rua

<b>Estratégias de cuidado da equipe de Consultório na Rua</b>
Ampliar o acesso ao cuidado da saúde da PSR que não encontram facilmente uma porta-de-entrada ao sistema público de saúde, visto que não é domiciliada e que, muitas vezes, não apresenta documentação
Realizar busca ativa de usuários de álcool, crack e outras drogas
Traçar o perfil dos usuários em situação de rua nos territórios
Desenvolver ações de atenção e promoção da saúde para a população em situação de rua
Qualificar os profissionais dos dispositivos de saúde, assistência social por meio de articulação intersetorial
Realizar ações de apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às PSR e a outros dispositivos da RAS como serviços de diagnóstico, hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que muitas vezes só atendem a PSR quando ela é acompanhada pela equipe de CnaR
Promover práticas de Redução de Danos com a orientação em saúde nas cenas de uso de drogas e estratégias de saúde para minimizar os efeitos adversos do uso prejudicial de drogas, sem necessariamente exigir a abstenção desse consumo
Promover atividades grupais e de promoção da saúde nos territórios
Mapear as redes de atendimento da PSR intersetorialmente, estabelecendo parcerias com esses dispositivos da RAS
Perceber os usuários como parceiros das ações e corresponsáveis em seu tratamento
Realizar capacitação de outras equipes de saúde da família para o cuidado com o objetivo de construção de vínculos.
Promover ações intersetoriais para a elaboração de um conjunto de possibilidades para auxiliar a criação de projetos e ações na direção da garantia e da efetivação do direito à saúde das PSR
Promover a criação de espaços que permitam aos trabalhadores, usuários e gestores se unirem e dialogarem num esforço para o conhecimento/reconhecimento das necessidades de cuidados para a PSR
Planejar de ações, monitoramento e avaliação dos cuidados destinados PSR
Promover a inclusão dos movimentos populares na articulação da rede para enfrentamento dos problemas que atingem a PSR e fortalecimento das políticas públicas vigentes

Fonte: elaboração dos autores, baseado na *Cartilha: Produzindo Saúde nas Ruas: o trabalho das equipes de Consultório na Rua*, Pesquisa de Avaliação das práticas das equipes de CnaR, no1 (dezembro de 2018) e nas Experiências da CompAPS/Rio de Janeiro.



Verifica-se que as estratégias de cuidado do CnaR para a PSR demandam um cuidado centrado no usuário, com articulação da rede intra e intersetorial, que considere uma dimensão ética-política, em defesa da vida e na perspectiva de uma clínica ampliada no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

## Considerações finais

Esse capítulo visou apresentar algumas estratégias de cuidado para superar os inúmeros e complexos desafios da APS no cuidado a PSR e a potência dos Consultórios na Rua como promotor de atenção e cuidado integral, além de articulador da rede de cuidado. Assim, destacamos a necessidade de uma agenda permanente intrasetorial e intersetorial, do fortalecimento do trabalho nos territórios e do acesso ao cuidado nas UBS, com a consolidação das atribuições dessas equipes no acolhimento, na vinculação, no cadastramento, na avaliação e atenção às condições de saúde, as ações de cuidados clínicos, curativos e imunização, incluindo práticas de redução de danos aos usuários de álcool e outras drogas.

Portanto, consideramos que as estratégias de cuidados direcionadas à PSR por meio do CnaR se alinham de forma notável às políticas públicas orientadas pelo SUS e aos documentos oficiais consultados para a elaboração deste capítulo. Da mesma forma, as práticas descritas nos documentos disponíveis no IdeaSUS refletem o que se espera de um sistema de saúde que favoreça o cuidado integral de forma equânime, visando minimizar as condições de invisibilidade no contexto de vida característico de quem vive em situação de rua.

## Referências

- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: Reconstruções conceituais desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde Debate**, v. 46, spe7, dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, 2012.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. **Caderno CRH**, n. 10, v. 26, 1997.
- COORDENAÇÃO NACIONAL. **A CompAPS! Quem somos nós?** 2022. Disponível em: <https://compaps.ideiasus.net/inicio>. Acesso em: 22 jun. 2024.

- ENGSTROM, E. M.; LACERDA, A.; BELMONTE, P.; TEIXEIRA, M. B. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 50-61, 2020.
- JUNIOR, E. B. L. *et al.* Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 44, 2021.
- MACHADO, M. P. M. **As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal**: características e desafios. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2017a.
- MACHADO, M. P. M. **Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: MS, 2010.
- MUCHAGATA, M. (Org.). **Fique em casa?** Desafios e experiências das comunidades de práticas em atenção primária e saúde para saneamento em situação de rua no contexto da Covid 19. Brasília: CONASEMS; Zabelê Comunicação, 2023.
- NA RUA; E. D. C., Rio de Janeiro Centro. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro. Universidade Federal Fluminense, 2014.
- NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. **Guia do projeto Consultório de Rua**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, 2011.
- Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção Suplemento. Anexo XXII.
- Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. 21 mai. 2014; Seção 1, 55.
- Portaria nº 1.238, de 06 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 9 jun. 2014a; Seção 1, 43.
- Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2014, Seção 1, p. 53.
- Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes dos Consultórios na Rua. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2012b; Seção 1, 46-7.
- Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo

de equipes de Consultório na Rua por Município. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2012; Seção 1, 48.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 24 out. 2011b; Seção 1, 48-55.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Documento Norteador dos Consultórios na Rua o Consultório na Rua**. São Paulo, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2016.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 92-101, 2020.

TRINO, A. T. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua**. Brasília: Fiocruz/CEPEDES, 2020.



# CAPÍTULO 8

## CONSULTÓRIOS NA RUA: OBJETIVOS, RESOLUTIVIDADE E CRITÉRIOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EM DIFERENTES PERSPECTIVAS<sup>3</sup>

Marcelo Pedra Martins Machado

### Introdução

Ao longo de uma década, entre 2012 e 2022, houve um crescimento da população em situação de rua (PSR) de 211%, crescimento muito superior ao crescimento da população brasileira domiciliada, que está com um aumento de 11% entre 2011 e 2021 (IPEA, 2023). Neste contexto, entre as diferentes políticas públicas dedicadas a interagir com os problemas da PSR, ganha destaque o Consultório na Rua (eCR), no Sistema Único de Saúde (SUS).

Motivada pelo reconhecimento das dificuldades de acesso da população em situação de rua (PSR) à Atenção Primária à Saúde (APS), pela experiência do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) no campo da Saúde Mental, e pelas iniciativas das equipes de Consultório de Rua (Brasil, 2010) e das equipes de Saúde da Família para populações sem domicílio (Brasil, 2012), em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criou as

---

<sup>3</sup> Este capítulo faz parte da tese de doutorado *As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

equipes de Consultórios na Rua (eCR) (Portaria n.º 2.488, 2011). Estas equipes passaram a ser a principal estratégia de cuidado integral para a PSR no Sistema Único de Saúde (SUS).

As eCR são equipes multiprofissionais que oferecem atenção integral à PSR diretamente nas ruas, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio de ações compartilhadas com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012). As atividades e ofertas em saúde destas equipes são as mesmas das demais equipes de APS, orientadas pela PNAB (Portaria de Consolidação n.º 2, 2017).

Uma revisão exploratória (documental e científica) evidencia a incipiência de alguns temas centrais para a organização do processo de trabalho da eCR, entre eles os temas dos objetivos, da resolutividade e dos critérios de monitoramento e avaliação referidos a estas equipes.

Os documentos oficiais apontam como principais objetivos da eCR a vinculação e os encaminhamentos da PSR para os demais serviços da rede local (Brasil, 2012; Portaria n.º 122, 2012; Portaria n.º 1.029, 2014; Portaria de Consolidação n.º 2, 2017), indicando a eCR como uma ponte entre a rua e a rede de serviços, com foco no campo da saúde mental e nos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas (Portaria n.º 2.488, 2011). Essa leitura se consolidou como um traço das equipes que migraram de Consultório de Rua (com foco na Saúde Mental) para os Consultórios na Rua (APS), instituindo um ponto de tensão, pois como uma equipe de atenção integral, não só o acesso será componente privilegiado no processo de trabalho da eCR, mas também a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a resolutividade, entre vários outros atributos da APS (Machado, 2017).

Considerando a expectativa de resolutividade em torno de 85% para os problemas de saúde que chegam na Atenção Primária à Saúde (APS) e dado o conjunto de agravos específicos e as graves condições de vulnerabilidade às quais a população em situação de rua (PSR) está exposta (Starfield, 2002), essa expectativa provavelmente enfrentará dificuldades para ser alcançada pelas equipes de Consultórios na Rua (eCR) no atual contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado; Rabello, 2018).

No caso dos critérios de monitoramento e avaliação, estes são praticamente inexistentes se buscamos apoio nos documentos oficiais que orientam o processo de trabalho e a gestão destas equipes (Brasil, 2012; Portaria n.º 122, 2012; Portaria n.º 2.488, 2011; Portaria n.º 1.029, 2014; Portaria de Consolidação n.º 2, 2017).

Neste contexto, este capítulo sistematiza e debate as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, presentes nas práticas das eCR, na perspectiva de pesquisadores, gestores, trabalhadores, usuários.

## **Desenho metodológico do estudo**

Foram realizadas 28 entrevistas – nove pesquisadores (RJ, SP, RS, DF e GO), cinco gestores de equipes de eCR (AL, SP, GO, AM e RJ), sete trabalhadores de eCR (PA, RO, AL, PR, SP, SC e GO) e sete usuários (PA, AL, SC, PR, SP e GO). Entre as categorias profissionais dos entrevistados estão: educador físico, odontólogo, sociólogo, médico, enfermeiros, técnico de enfermagem, psicólogo, artesão, assessor parlamentar, cozinheiro, sociólogo e direção nacional do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR).

Para apresentar a força de alguns temas nas falas dos entrevistados, o número de citações das falas deles foi utilizado como técnica de sistematização. A sistematização das falas será representada em três quadros (com as noções sobre os objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação). Na sequência, as noções serão analisadas a partir do cotejamento com os documentos oficiais e da literatura científica.

Este estudo ocorreu em abril de 2021 e teve seu protocolo aprovado pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ, sob o parecer de n.º 3.821.715.

## **Com a palavra, os entrevistados**

### **Noções sobre os objetivos da eCR**

O Quadro 1 apresenta as noções sobre os objetivos das eCR na perspectiva dos entrevistados.

**Quadro 1.** Noções sobre os objetivos da eCR na perspectiva dos entrevistados

	<b>Pesquisadores</b>	<b>Gestores</b>	<b>Trabalhadores</b>	<b>Usuários</b>
<b>Objetivos da eCR</b>	Garantir o acesso da PSR ao SUS; Atuar em rede com as demais equipes, serviços e políticas públicas; Atuar na perspectiva da longitudinalidade; Tensionar a rede para o acesso e o atendimento da PSR; Atuar na perspectiva da Redução de Danos (RD); Respeitar as diferentes formas de existir e organizar a vida, na perspectiva da alteridade	Garantir acesso, direitos e cidadania; Estar articulada com a rede local; Ser elo de ligação entre diferentes setores; Não deixar que a rede se desresponsabilize pela PSR por existir eCR no território / cidade	Ser porta de entrada para a PSR no SUS; Integrar e articular a rede local; Tensionar serviços e políticas públicas para o acesso e o atendimento da PSR; Organizar sua clínica e processo de trabalho pela perspectiva RD; Garantir o acesso aos serviços e às políticas públicas sem a mediação da eCR; Atuar na perspectiva da APS, evitando o excesso de ações de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas (AD); Manter uma agenda política de garantia de direitos e acesso no território / cidade; Deixar de existir (a partir da garantia de acesso da PSR à APS pelas demais equipes de APS); Possibilitar que a existência da eCR desimplique / desresponsabilize as demais equipes da APS em relação ao trabalho com a PSR	Garantir acesso às PSR, sobretudo para as que não chegam às UBS (desburocratização do acesso); Ligar as realidades das ruas com os serviços de saúde; Contribuir para a comunicação e a articulação entre as muitas secretarias e outros dispositivos da rede local; Garantir a continuidade das ofertas de atenção e cuidado; Garantir o acesso aos serviços e às políticas públicas sem a mediação da eCR; Acolher e cuidar das questões relacionadas a AD na APS; Ouvir a PSR e os movimentos organizados para a implantação, a organização do processo de trabalho e o acompanhamento da eCR

Fonte: O autor, 2023.

Os quatro grupos de entrevistados disseram que garantir o acesso da PSR ao SUS (sobretudo para as que não chegam às UBS), seria o objetivo da eCR. Nos documentos oficiais e na literatura científica, o acesso é um tema central quando se refere aos objetivos da APS (Shimazaki, 2009; Brasil, 2017a; Engstrom *et al.*, 2020).

Duarte (2019) estabelece uma relação entre o acesso da PSR e o tensionamento da rede, pois, o acesso da PSR ao SUS cria uma tensão para o sistema, a partir da chegada do inusitado, daquele para o qual não se está preparado (Engstrom *et al.*, 2020). Para os entrevistados, uma das noções de



objetivos da eCR é “incomodar”, tensionar a rede local para que a PSR tenha acesso aos atendimentos em saúde e às demais políticas públicas.

Ser elo entre os diferentes setores foi uma noção de objetivo da eCR apontadas por gestores e usuários. Um dos objetivos da eCR é “ser a ponte” entre a rua e os serviços de saúde (Duarte, 2019), porém sem desmobilizar a eCR para suas funções específicas, como equipe de cuidado e não apenas encaminhando para a rede (São Paulo, 2016).

Gestores e trabalhadores destacaram que um dos objetivos da equipe de Consultórios na Rua (eCR) é evitar que sua presença na rede/território resulte na desresponsabilização das outras equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e demais serviços em relação ao atendimento da população em situação de rua (PSR) (Brasil, 2012; Na Rua, 2014; Machado; Rabello, 2018).

### **Noções sobre a resolutividade da eCR**

O Quadro 2 apresenta as noções sobre a resolutividade do Consultório na Rua na perspectiva dos entrevistados.

**Quadro 2.** Noções sobre a resolutividade das eCR na perspectiva dos entrevistados

	<b>Pesquisadores</b>	<b>Gestores</b>	<b>Trabalhadores</b>	<b>Usuários</b>
<b>Resolutividade da eCR</b>	<p>Acesso à infraestrutura adequada na APS e integração com as demais equipes da APS; Formação adequada do trabalhador da eCR; Presença do profissional médico; Reconhecimento pela rede local; Estratégias de educação permanente em saúde (EPS) e supervisão para a eCR; Tensionamento da rede para o acesso e o atendimento da PSR; Contribui para os deslocamentos da PSR, no acesso à saúde; Suportar as tensões constituintes do trabalho com as ruas; Implicação dos trabalhadores com o registro, análise e planejamento em saúde, a partir do uso do prontuário eletrônico</p>	<p>Ter espaço físico específico na UBS para a eCR, com os insumos necessários; Formação adequada do trabalhador da eCR; Membros da equipe com trajetória de rua; Ter o profissional médico na eCR; Estratégias de EPS e supervisão para a eCR; Ter confiança da PSR e da rede local, e ser referência para os mesmos; Ofertar recursos artísticos; Colaborar com os deslocamentos dos usuários pela cidade para o acesso aos cuidados em saúde; Parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa</p>	<p>A UBS ser referência para a PSR e para a eCR; Formação específica para os trabalhadores da eCR; Profissionais da eCR com experiência no trabalho com PSR; Ter o profissional médico na eCR; A rede local conhecer a eCR; Estratégias de EPS e supervisão para a eCR; Tensionar a rede local, para que a PSR tenha acesso aos serviços e às políticas públicas; Atuar construindo e possibilitando “Pequenos Futuros”; Manter o escopo de ações e ofertas da eCR o mais amplo possível; Analisar a distribuição dos trabalhadores da eCR nos territórios, a partir das demandas e necessidades da PSR</p>	<p>Ter espaço físico para atendimento na UBS; Profissionais preparados para lidar com as distâncias entre a realidade do profissional e a dos usuários; Pessoas com trajetórias nas ruas na eCR; Confiança dos usuários na eCR e reconhecimento de seus profissionais pelos mesmos; Participação da PSR na construção de ofertas de cuidado da eCR</p>

Fonte: O autor, 2023.

Em relação às noções de resolutividade mapeadas entre os entrevistados, o acesso à infraestrutura adequada na APS, ao espaço físico específico na UBS (sala para atendimentos, grupos, consultas, reuniões, etc.) foram fortemente mencionados. Os documentos oficiais reforçam a necessidade de a eCR atuar no espaço da UBS (assim como nas ruas e em parceria com os demais serviços da rede) (Brasil, 2012; Na Rua, 2014; São Paulo, 2016).

Vargas e Macerata (2018) reforçam que a resolutividade da eCR é necessária nos três territórios de atuação da eCR, o território rua, o território sede/UBS e o território rede. Para isso, seria preciso organizar o espaço da

sede (UBS) flexibilizando horários e/ou alterando horários de funcionamento, reduzindo exigências, avaliando a exigência de documentação para o atendimento, flexibilizando também os modos de ouvir, falar e orientar, entre outras formas de facilitar o acesso à UBS. A hipertrofia dos atendimentos nas ruas cria barreiras de acesso, além de repercutir na capacidade da eCR de responder às demandas de saúde, de modo mais amplo e efetivo.

Outra noção de resolutividade da eCR revelada por pesquisadores, gestores e trabalhadores é a existência e a institucionalização de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de supervisão clínico-institucional para a equipe. Os documentos oficiais e a literatura apontam a EPS como uma das estratégias de qualificação da APS (Portaria de Consolidação n.º 2, 2017; Magalhães, 2018; Silva; Monteiro; Araújo, 2018).

Gestores e trabalhadores indicaram que a inclusão de recursos lúdicos, artísticos e esportivos é uma noção de resolutividade da eCR. Meyer (2014) afirma que estratégias mediadas pela arte tem potencial para ampliar a resolutividade da eCR, operando como meios de expressão e descoberta de habilidades há muito abandonadas pelos usuários (Meyer, 2014; Souza; Pereira; Gontijo, 2014).

Pesquisadores entrevistados revelaram que suportar as tensões constituintes do trabalho com as ruas é uma noção de resolutividade para a eCR. Lidar diariamente com as dificuldades do trabalho em equipe, com a insegurança provocada por não se sentir qualificado o suficiente, com as múltiplas impossibilidades na relação com a rede local, com todos os estigmas e preconceitos da sociedade, dos serviços e dos trabalhadores em relação à PSR, entre outras questões, provocam o que os entrevistados chamam de “tensões constituintes”. Estes entrevistados problematizam a necessidade de ter de realizar o extraordinário todos os dias, tendo de ser sempre criativos e inventivos. O imaginário de ter de promover grandes movimentos na vida da PSR (sair das ruas e ir para um abrigo ou casa, parar de usar drogas, voltar para a família, voltar aos estudos, voltar ao trabalho, etc.), pode desmobilizar a equipe para uma oferta mais significativa, que seria a construção de vínculos que possam promover mais autonomia para os sujeitos.

Os trabalhadores também indicaram sobre o tema da resolutividade a implicação com o registro, análise e planejamento em saúde, a partir do uso do prontuário eletrônico. O fomento à cultura informacional e ao uso das ferramentas disponíveis para gerar informações é central como forma de garantir maior resolutividade (Silva; Cruz; Vargas, 2015; Paula *et al.*, 2018).

## Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação das eCR

O Quadro 3 apresenta as noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação do Consultório na Rua na perspectiva dos entrevistados.

**Quadro 3.** Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR na perspectiva dos entrevistados. (Continua).

	Pesquisadores	Gestores	Trabalhadores	Usuários
<b>Critério de monitoramento e avaliação para a eCR</b>	Nº de pessoas cadastradas; Nº de pessoas em tratamento / acompanhadas; Nº de testes rápidos realizados; Nº de encaminhamentos intersetoriais; Nº de pessoas internadas; Nº de reuniões de equipe, intersetoriais e supervisão; Nº de grupos realizados; Nº de casos compatilhados com a rede; Nº de buscas ativas; Nº de pessoas reinseridas no campo do trabalho e renda; Nº de pessoas que saíram das ruas; Nº de pessoas que interromperam o uso de drogas	Nº de pessoas cadastradas; Nº de pessoas em tratamento / acompanhadas; Nº de testes rápidos realizados; Critério avaliativo para a adesão dos usuários às ofertas da equipe e da rede; Nº de acompanhamentos de pré-natal; Carteira de vacinação em dia; Nº de espaços / estratégias de escuta e cuidados aos trabalhadores eCR	Nº de pessoas cadastradas; Nº de pessoas acompanhadas; Nº de testes rápidos realizados; Nº de encaminhamentos e desfechos junto aos especialistas da rede; Nº de interações sensíveis a AB; Nº de gestantes acompanhadas; Nº de ações de redução de danos; Nº de consultas por categoria profissional; Nº de ações com a participação da gestão <i>in loco</i> (nas ruas ou na UBS)	Nº de pessoas cadastradas; Nº de reuniões da eCR com a PSR; Nº de reuniões periódicas para a discussão de casos; Nº de reuniões entre gestão e a PSR; Criar formas de avaliação que incluam a perspectiva do usuário

Fonte: O autor, 2023.

Os entrevistados reforçaram a necessidade de colocar o monitoramento e a avaliação como parte integrante do processo do trabalho das eCR, tendo como parâmetro para a eCR os parâmetros das demais equipes de APS. Diversos autores atestam a necessidade de garantirmos a centralidade dos processos de monitoramento e avaliação no campo da saúde, para viabilizar o acesso de modo equânime e resolutivo, advertindo ainda que a dificuldade das eCR em gerar informações, invisibiliza ainda mais a PSR, o que fragiliza as equipes junto à gestão (Champagne *et al.*, 2011; Engstrom, 2020).

Neste contexto, o cadastramento é mencionado na perspectiva de construir visibilidade para a PSR, proporcionando um retrato epidemiológico da mesma e do território (Vargas; Paula *et al.*, 2018; Granja; Lima, 2020).

Pesquisadores, gestores e trabalhadores disseram que o número de gestantes e acompanhamento do pré-natal são elementos para serem monitorados e avaliados pelas eCR, ponto que é reforçado pela literatura específica sobre a eCR (Engstrom; Teixeira, 2019; Machado; Rabello, 2018).

Outra noção de critério de monitoramento e avaliação para a eCR, na opinião de pesquisadores e trabalhadores, foi a do número de ações de RD e a redução do uso de álcool e outras drogas. A PNAB e vários outros documentos oficiais reforçam o lugar privilegiado da RD enquanto ética do cuidado e na organização do processo de trabalho da eCR (Portaria de Consolidação n.º 2, 2017; Engstrom; Teixeira, 2019). Entretanto, os entrevistados destacam a importância de definir o que é a RD e quais são as ações objetivas que a caracterizam, para que possam ser registradas, monitoradas e avaliadas.

Os trabalhadores e usuários propuseram que os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR incluam a perspectiva do usuário/satisfação do usuário. Definir os parâmetros e os limites para a avaliação com os interessados e avaliados, com o propósito de incluir suas reivindicações e para oportunizar que a avaliação tenha um caráter formativo, passa a ser uma questão central, sobretudo nas avaliações de quarta e quinta gerações (Hartz, 2008; Guba; Lincoln, 2011).

## Considerações finais

A expressiva ampliação dos Consultórios na Rua (aproximadamente 264%, entre 2012 e 2023) (Brasil, 2023), demonstra a importância de que mais estudos sobre o processo de trabalho destas equipes sejam realizados. São tímidas as referências em relação aos objetivos e à resolutividade esperados para estas equipes no contexto da APS e, praticamente, nenhuma referência concreta sobre os critérios que podem ser utilizados para o monitoramento e a avaliação destas equipes.

Dado o cenário atual da inserção das eCR na APS e todos os problemas de acesso e de garantia de direitos mencionados pelos entrevistados, depreendemos que as noções de objetivos apontadas indicam algo desejável, mas ainda distante da realidade das eCR. Neste sentido, sabe-se que existe um conjunto de questões tangenciadas por este estudo, que certamente exercem influência sobre o tema estudado, mas que, por escolhas teóricas e metodológicas, não foram abordadas com profundidade, tais como: a organização comunitária e política da PSR; os diversos processos de vulnerabilização nos quais a PSR está implicada; os processos políticos federativos e de financiamento do SUS e outros.

Por fim, nas trocas entre as entrevistas, os documentos oficiais e a literatura, pode-se verificar que os Consultórios na Rua transitam por muitas fronteiras (entre a APS e a Saúde Mental, entre os diferentes campos do conhecimento e entre a sociedade civil e as políticas públicas). Retomando a um dos objetivos proposto para a eCR, o de “ser ponte”, talvez em sua trajetória no SUS, mais do que delimitar fronteiras, ela possa ser ponte, provocando e sustentando conexões.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2023. Consultas: equipes - eCR. 08/2023 - Definitivo.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In: BROUSSELLE, A. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- DUARTE, A. H. C. O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 18, n. 2, p. 34306, 2019.
- ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 1839-1848, 2016.
- ENGSTROM, E. M. *et al.* (2020). A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 50-61, 2020.
- GRANJA, M. C. L. M.; LIMA, F. L. T. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, p. e-09816, 4 jun. 2020.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.
- HARTZ, Z. M. de A. Verbete Avaliação em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: IPEA, 2023.
- MACHADO, M. P. M. (2017). **As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios**. 2017. 140f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo. Brasília: Fiocruz, 2017
- MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. T. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, e280413, p. 1-24, 2018.
- MAGALHÃES, J. Clínica do consultório na rua. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 17, n. 1, p. 14-33, 2018.
- MEYER, S. H. B. (2014). **A arte ressignificando a história de vida de um morador de rua em atendimento no consultório na rua, pintando saúde do Grupo Hospitalar Conceição**. Tese. 2014.
- NA RUA, & E. D. C., Rio de Janeiro Centro (2014). **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO. Universidade Federal Fluminense.
- PAULA, H. C. *et al.* A implantação do Consultório na Rua na Perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2843-7, 2018.
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 24 out. 2011b; Seção 1, 48-55.

- Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes dos Consultórios na Rua. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2012b; Seção 1, 46-7.
- Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em Suas Diferentes Modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. 21 mai. 2014; Seção 1, 55.
- Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção Suplemento. Anexo XXII.
- Prefeitura de São Paulo. (2016). Documento Norteador dos Consultórios na Rua o Consultório na Rua (1ª ed). Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, SP: SMS.
- SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A Atenção Primária à Saúde. *In*: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 10-16.
- SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cad. saúde colet.**, v. 26, n. 3, p. 285-91, 2018.
- SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório na Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Caderno de Terapia Ocupacional**, v. 22, p. 37-47, 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da Atenção Básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e170, 2018.



# CAPÍTULO 9

## A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS POTENCIALIDADES DE DIÁLOGOS COM AS MEDICINAS INDÍGENAS

Júlio Cesar Schweickardt  
Bahiyeh Ahmadpour  
Eliene Rodrigues Putira Sacuena

### **Introdução: uma história a ser re-contada**

A pesquisadora Maori Linda Tunwi Smith (2018) declara que é necessário re-contar a história dos povos indígenas a partir da colonização europeia, quando os seus territórios foram invadidos. O processo de colonização apagou muito das memórias dos povos indígenas, dizimando civilizações e povos com suas cidades, ciências, práticas, tecnologias e ritos. Não há como resgatar algo que foi apagado, mas como em um exercício de palimpsesto, podemos enxergar nas práticas atuais formas de resistência aos mais de 500 anos de preconceitos e racismos aos povos indígenas e suas ciências originárias. Por isso, temos muito a re-contar, re-escrever, re-pesquisar com os povos indígenas.

A nossa intenção no texto é apresentar a política de saúde indígena no Brasil, mas sem se esquecer dos desafios trazidos pelos movimentos indígenas e pela necessidade de valorizarmos e reconhecermos as medicinas

indígenas, como tecnologias próprias de cuidados que fortalecem a política. Vamos discutir a gestão da Atenção Básica como uma abordagem territorial, no contexto local, considerando a grande diversidade étnica do país. Esta dinâmica implica uma compreensão profunda das especificidades culturais e sociais de cada comunidade, garantindo que os serviços de saúde sejam acessíveis e adequados às necessidades particulares de cada grupo étnico.

Os dados dos povos indígenas no Brasil passaram por mudanças importantes, especialmente nas últimas quatro décadas, desde a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988. Ao longo desse tempo, houve um aumento significativo no número de indígenas autodeclarados no país. Não há um número exato de indígenas quando o país foi colonizado, porém, há uma estimativa entre um a cinco milhões, que chegou no absurdo de ter um pouco mais de 300 mil em meados do século XX (Pagliaro; Azevedo; Santos, 2005).

Essa abordagem evidencia o genocídio, etnocídio, ecocídio e o extermínio de vários povos e línguas nas diferentes regiões do país. Acreditava-se que os povos indígenas iriam desaparecer ou seriam incorporados à sociedade brasileira, como parte de um processo de eugeniização ou de “civilização”. No entanto, os povos resistiram ao massacre de séculos e hoje tem os seus direitos de existir e de ser garantidos na constituição. Há um aumento populacional importante no país, mas os povos indígenas ainda sofrem com expressivas iniquidades em saúde, quando comparado à população não indígena (Garnelo, 2012; Coimbra Jr, 2014).

Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), o Brasil tem 1.693.535 indígenas, representando 0,83% do total de habitantes do país. Destes, a maioria se concentra na Região Norte, sendo Manaus, capital do Amazonas, a cidade com a maior população indígena, com o total de 71,7 mil pessoas (IBGE, 2022). Manaus recebe indígenas de diversos estados da região amazônica, mas, infelizmente, não são atendidos pelo subsistema de saúde indígena, que tem como critério o atendimento dos grupos que vivem nas aldeias. O atendimento dos indígenas urbanos é realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde, gerando um sério problema porque não recebem um cuidado diferenciado (Alves *et al.*, 2023).

Uma grande conquista dos povos indígenas foi a demarcação das terras indígenas, garantido a sustentabilidade de vida das populações. A primeira terra indígena demarcada foi a Yanomami, que corresponde, aproximadamente, ao tamanho dos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo somados. A localidade é considerada uma área remota e de difícil acesso, localizada em aldeias no estado do Amazonas e Roraima, no território brasileiro (IBGE, 2022).

A luta dos movimentos indígenas é pela proteção desses territórios contra a invasão de madeireiros, garimpeiros, fazendeiros. Além disso, o ataque mais recente foi em relação ao projeto de Lei do Marco Temporal, que propõe que os povos indígenas somente tenham direito às terras que ocupavam até o dia 5 de outubro de 1988, quando foi promulgada a Constituição. Uma proposta que desconsidera a ancestralidade e a memória dos povos originários do país. Este projeto do marco temporal é uma monstruosidade jurídica, política e ética; é algo inacreditável (Albert, 2023).

## **A gestão da Saúde Indígena no Brasil**

A questão mais emblemática para a saúde indígena tem sido o “caso” dos povos Yanomami, na Amazônia Brasileira ou na Pan-Amazônia. No período conhecido como “pós-golpe” de 2016 e durante a gestão do governo Bolsonaro (2018 a 2022), a situação dos povos indígenas foi trágica devido ao abandono e desmonte de políticas de gestão da saúde indígena no país. O caso dos Yanomami sintetiza esse período, marcado pela invasão de garimpeiros, fome, desassistência à saúde e, conseqüentemente, mortes.

Em janeiro de 2023, o Ministério da Saúde decretou emergência em saúde pública no território Yanomami, diante da desassistência sanitária entre estes povos, por meio da Portaria GM/MS n.º 28, de 20 de janeiro de 2023. Nesta mesma portaria, estabelece e mobiliza o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE – Yanomami) “como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional”, sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). O cenário

entre os Yanomami era de calamidade, pois estes enfrentam, há um longo período, um estado grave de desnutrição, além de casos de malária, infecção respiratória e outros agravos.

Há tempos, não somente entre os Yanomami, mas todos os povos indígenas no país, enfrentam inúmeras tensões na saúde, desde o contato com a população não indígena. Desafios como o enfrentamento de epidemias, como a gripe e o sarampo, e o mais recente da covid-19, trouxeram uma infinidade de problemas que impactaram em diversas formas os grupos étnicos em cada região do país.

A estrutura organizacional da gestão da saúde indígena foi se modificando com diferentes modelos que vão desde a tutela até a autonomia e autogestão dos povos. Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), sendo a primeira instituição pública voltada aos povos indígenas no país, em razão dos elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis. A extinção do SPI ocorre em 1967, quando foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Estas “prestavam assistência médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem” (Benevides; Portillo; Nascimento, 2014).

As equipes prestavam atendimento às populações indígenas de forma limitada, pontualmente, tendo como atividade principal a assistência médica, vacinação e supervisão pelos profissionais de saúde. Não podemos esquecer que o trabalho da FUNAI era controlado pelo regime militar, que tinha a ideologia de integração nacional, com projetos de desenvolvimento que construíram estradas e hidrelétricas em terras ocupadas pelas populações indígenas, como aconteceu na Amazônia.

Em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, seguida pela II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1993. Esses eventos foram marcos importantes para a construção de um modelo de atenção diferenciada, visando garantir o direito ao acesso universal e integral à saúde dos povos indígenas. Esse modelo foi implementado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que inserem os

indígenas em todas as decisões, formulações e planejamento das ações nos serviços de saúde, promovendo o controle social (Brasil, 2002).

Com a Constituição Federal de 1988, os povos indígenas tiveram o reconhecimento e o respeito como organizações socioculturais existentes e ativas. A Constituição assegurou a capacidade civil plena destes povos, superando, assim, a tutela, que delegava ao Estado legislar e tratar sobre os povos indígenas.

O Congresso aprovou a Lei Arouca (Lei n.º 9.836/99) em homenagem ao grande sanitarista brasileiro Sérgio Arouca, que criou o Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS). A Lei considera a pluralidade e particularidades culturais que abrangem os povos tradicionais no território brasileiro (Schweickardt; Silva; Ahmadpour, 2020).

Neste sentido, no SASI-SUS a saúde indígena é organizada em 34 Distritos Especiais Indígenas (DSEI) em todo o território brasileiro, com a gestão da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). A saúde indígena conta com um controle social fortemente atuante em suas comunidades, contribuindo para a organização dos serviços de saúde juntamente com os profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) (Schweickardt; Silva; Ahmadpour, 2020).

A Secretaria de Saúde Indígena tem como missão principal a proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas, além de exercer a gestão da saúde indígena. Ela orienta o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, considerando as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Terena, 2018).

As diretrizes do SASI-SUS são preconizadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A referida política tem como foco a garantia do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e contemplando a diversidade cultural, geográfica, histórica e política desses povos, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito destes à manutenção de sua cultura (Brasil, 2019).

É importante destacar que a política de saúde indígena é interconectada ao SUS, de um formato de transversalidade no próprio Ministério da Saúde.

**Figura 01.** Modelo de Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizaododsei.html>

A Figura 01 apresenta o Modelo de Organização do DSEI, no qual ilustra o percurso na rede de atenção à saúde indígena, que se dá por meio do Posto de Saúde (PS), Polo Base de Saúde (PB), Casa de Saúde Indígena (CASAI) e Unidade de Referência no SUS.

Antes do SASI-SUS, as condições de saúde das populações indígenas eram questionáveis, apresentando falhas nos registros de informações (Basta; Orellana; Arantes, 2012), não permitindo traçar um panorama confiável sobre as condições de saúde destes povos (Coimbra Junior; Santos, 2000). Porém, com a consolidação do subsistema, criou-se o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), para coletar os dados de saúde indígena, processá-los e analisá-los, a fim de acompanhar a situação de saúde nas aldeias (Sousa; Scatena; Santos, 2007).

Os indicadores de mortalidade, mostram condições desfavoráveis entre os povos indígenas comparado com as demais populações brasileiras, evidenciando um cenário de vulnerabilidades em saúde nesse grupo. Mesmo com a garantia do acesso universal aos serviços de saúde aos povos indígenas,

estabelecida na nova Constituição, ainda temos um panorama epidemiológico que precisa ser superado (Diehl; Langdon, 2015; Campos, 2017).

No período inicial da Pandemia de covid-19, em 2020, foi expressivamente discrepante a piora da saúde dos povos indígenas. Em um estudo sobre a mortalidade em indígenas brasileiros, apresentou um coeficiente de mortalidade de 65/100.000 hab. e letalidade de 1,8% no período de fevereiro a agosto de 2020, e particularmente na Região Norte foi de 92,2/100.000 e letalidade de 1,6% (Santos *et al.*, 2021).

No território, a atenção é realizada pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) que desenvolve os programas da Atenção Básica. Destaca-se a vacinação como uma das ações mais importantes nesta população, pois contribui com a prevenção de doenças como a covid-19 e entre outras, sendo o monitoramento realizado por indicadores conforme o calendário nacional. Porém, há desafios para o alcance da cobertura vacinal em diferentes DSEI, afetados por situações como a rotatividade de profissionais da EMSI, difícil acesso, conflitos socioambientais, fake news e resistência à vacinação. Neste cenário, as ações de Educação Permanente, a realização do mês de vacinação dos povos indígenas e a Operação Gota, são exemplos de estratégias que contribuem para o alcance de resultados importantes nesse processo (Brasil, 2024).

O registro dos atendimentos realizados pela EMSI nas aldeias indígenas é inserido no SIASI mensalmente. As informações sobre dados demográficos, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento são encaminhadas ao DSEI e inseridas no sistema. Esses dados são organizados conforme o Polo Base (PB), aldeia, etnia, município e regiões de saúde, permitindo uma gestão mais eficiente e direcionada das necessidades específicas de cada comunidade indígena.

Precisamos destacar o importante papel do Programa Mais Médicos (PMM) que supriu as vagas de médicos para os 34 DSEI, sendo o maior programa de provimento de profissional médico na história do país. Quanto aos indicadores com a presença mais permanente na Atenção Básica, houve um crescimento nos atendimentos, inclusive das outras categorias profissionais,

melhorando a qualidade da saúde da população, especialmente no registro na atenção do parto e puerpério. “Esses aspectos permitiram descrever os efeitos do PMM sobre a saúde indígena, podendo auxiliar no planejamento do provimento de recursos humanos para áreas vulneráveis, mas permitindo também refletir sobre os resultados do Programa em povos indígenas” (Schweickardt *et al.*, 2020, p. 4).

O PMM ajudou a resolver um problema crônico na saúde indígena que é a rotatividade de médicos, contribuindo com o fortalecimento da Atenção Básica nos territórios indígenas, impactando na produção da EMSI e na qualidade da saúde da população. A questão da Educação Permanente das equipes é uma demanda constante, especialmente para os profissionais que desconhecem as práticas culturais ancestrais dos povos indígenas. Por isso, é fundamental implementar políticas de cotas que contribuam para a formação de profissionais indígenas, que falam a língua e têm uma identidade com seu território e povo. Isso assegura um atendimento mais eficaz e respeitoso, alinhado às especificidades culturais e às necessidades das comunidades indígenas.

## **Medicinas indígenas como estratégia decolonial**

A colonização das Américas criou a ideia de modernidade para afirmar um único modo de pensar e a universalidade do pensamento eurocêntrico. Com a modernidade, nasce o conceito de raça, especialmente durante o encontro com os povos originários, o que contribuiu para o “encobrimento” da história, dos saberes e dos conhecimentos das civilizações das Américas, como afirma Enrique Dussel (1993).

Naquilo que foi chamado de “conquista”, significou o genocídio e etnocídio de diversos povos, significou o epistemicídio das ciências originárias produzidas, a morte de muitas línguas e a subjugação dos corpos e mentes das populações originárias. No entanto, esse processo não ficou no passado, pois ainda se manifesta por meio da colonialidade do poder (Quijano, 2019), colonialidade do saber (Mignolo, 2014) e a colonialidade do ser (Maldonado-Torres, 2007).



A colonialidade do saber e a colonialidade do ser, categorias que se desdobram da colonialidade do poder, são chaves explicativas que elucidam como a organização eurocêntrica do mundo moderno-colonial-capitalista incide na produção do conhecimento e da subjetividade. São lentes que nos permitem compreender as múltiplas estratégias que colocam a experiência histórica e a produção europeia (branca) no mais alto lugar de prestígio, ao tempo que confinam os povos colonizados e suas produções em um lugar de subalternidade (Silva, 2022, p. 38).

A colonialidade continua presente na mentalidade das pessoas, nas suas práticas e nos seus modos de produzir conhecimento. Não é à toa que Franz Fanon (2008), em *Peles negras e máscaras brancas*, nos alerta que a nossa subjetividade foi capturada pelo pensamento colonial, sendo expresso na linguagem, nas relações de trabalho, na estética, nas relações de gênero e de raça. Portanto, há uma tarefa de realizarmos a produção do conhecimento e as práticas sociais que sejam decoloniais e antiracistas.

Linda Tunwi Smith (2018) denuncia os estudos antropológicos do ocidente que construíram uma ideia equivocada dos povos indígenas, para afirmar a superioridade da sua cultura e do seu pensamento. “As histórias que os viajantes relataram eram geralmente as experiências e as observações do homem branco, cujas interações com as ‘sociedades’ ou ‘povos’ indígenas foram construídas em torno de suas próprias concepções de gênero e sexualidade a partir do seu meio cultural” (Smith, 2018, p. 20). Portanto, os estudos ditos científicos sobre os indígenas era para os colocar na posição hierárquica de inferioridade, construindo uma imagem de selvagens e bárbaros, com costumes que estavam no passado da Europa ou do mundo ocidental. Linda Smith diz, por fim, que é necessário “despesquisar”, “recontar” e “reescrever” a história e a cultura dos povos originários a partir das suas próprias ideias e palavras.

“O imperialismo ainda fere, ainda destrói e se reformula constantemente.” As palavras de Linda Smith (2018, p. 31) nos alertam para re-pensar as nossas formas de fazer saúde nos territórios indígenas, pois podemos estar reforçando um pensamento colonial de poder, travestidos

de interculturalidade (Menendez, 2016) para não mudar, ou seja, para permanecer as lógicas que reforçam a hegemonia do pensamento biomédico dos conhecimentos e saberes das medicinas indígenas.

Apesar de todo o projeto histórico de destruição e de demonização da medicina indígena, muitos povos resistem e guardam as práticas de cuidado do corpo e os conhecimentos envolvidos. Como no caso do bahse, na região do Alto Rio Negro, que é uma “técnica terapêutica propriamente nativa” para prevenir e proteger o corpo. “O bahse é princípio básico para amenizar as circunstâncias desagradáveis que, porventura, as relações sociais e cosmopolíticas venham a provocar” (Barreto, 2021, p. 261). Ainda nos diz João Paulo Tukano, “Bahse são fórmulas ‘terapêuticas’ que consistem na manipulação ‘metaquímica’ das qualidades das coisas via oralidade para prevenir, proteger e curar as pessoas. [...] O bahse coletivo se faz mais para prevenir, para proteger os ataques interpessoais e para proteger de ‘epidemias’” (Barreto, 2022, p. 123).

A prática de uma ação efetivamente intercultural não é fácil porque é necessário se despir de diferentes concepções e de práticas que evitem de enxergar o “outro” a partir do nosso mundo. “As tentativas de encaixar os conhecimentos indígenas dentro da lógica da ciência, numa divisão ou organização na forma cartesianas tem levado ao outro equívoco, de compartimentar os conhecimentos indígenas na chave de etno – etnobotânica, etnociência, etnobiologia, etnomatemática, etnohistória.” (Schweickardt; Barreto, 2023, p. 29).

Nesse sentido, temos o compromisso de promover as diversidades e a pluralidade das formas de vida e dos saberes sobre o corpo, as doenças, a saúde, a prevenção e a proteção. Por isso, falamos de medicinas indígenas, no plural, para dizer que há muitas e diversas formas de produzir tecnologias de cuidado nos territórios. Se temos mais de 300 povos e 270 línguas indígenas no Brasil, significa que temos muitas medicinas e muitas práticas terapêuticas que se diferenciam. Além disso, temos muitos especialistas que são os pajés (com processos formativos e caracterizações de acordo com cada língua e cultura), as parteiras (com seus saberes e aprendizados baseados na oralidade),

os benzedores e rezadores (com a limitação de palavras para caracterizar as suas práticas). Portanto, temos uma rica diversidade que enriquece as práticas de cuidado em saúde.

João Paulo Barreto Tukano, criador do Centro de Medicina Indígena Bahserikowi, em Manaus, tem enfatizado a importância de atribuir os cuidados das populações indígenas como “medicina”, pois se trata da “arte de curar”, sendo, portanto, aplicada para qualquer povo. Desconstruir os estigmas e preconceitos das medicinas indígenas, tornando-as parte da gestão do cuidado nos territórios indígenas é uma tarefa posta para a gestão da saúde indígena no país. Por isso, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) publicou a Portaria SESA/MS n.º 11, de 25 de janeiro de 2024 que “institui o Grupo de Trabalho de Medicinas Indígenas, no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena, para elaborar proposta de programa em medicinas indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)”.

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNAPSI) não traz o conceito de interculturalidade, apenas sinaliza que as ações precisam considerar o contexto intercultural ou por uma “comunicação intercultural”. Não há uma orientação para que a interculturalidade faça parte das ações das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), portanto, não problematizando as relações de poder que se fazem presentes no cotidiano do cuidado. O intercultural da PNAPSI trata dos aspectos de tradução e de linguagem cultural, promovendo uma interculturalidade funcional como afirma Catherine Walsh (2012, p. 63).

Desde esta perspectiva “liberal” – que busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia –, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente; no toca las causas de la asimetría y desigualdad social y cultural, ni tampoco “cuestiona las reglas del juego” y por eso, “es perfectamente compatible con la lógica del modelo neoliberal existente.

A interculturalidade funcional reconhece as diferenças e aplica da tolerância, mas não questiona as assimetrias e as bases epistêmicas e sociais

das desigualdades. As “regras do jogo” já são dadas, como que naturalizadas e universalizadas. Portanto, essa interculturalidade não promove a autonomia dos povos e nem coloca os seus conhecimentos e práticas no mesmo patamar de igualdade aos saberes biomédicos, por exemplo. Dessa forma, destacamos que os indígenas pesquisadores estão ressignificando a palavra interculturalidade a partir de seus territórios de vivências e experiências, contribuindo com a formação dos profissionais de saúde dos DSEI por meio da Educação Permanente em Saúde.

A PNSPI traz a ideia de “articulação com os saberes” e respeitar “as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas” no âmbito da Atenção Básica (Ferreira, 2015). A “Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas” faz parte das diretrizes da Política, que reconhece a diversidade de sistemas de saúde e propõe “o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (Brasil, 2002, p. 18).

A interculturalidade crítica apresenta um projeto ético-político e epistêmico na relação com a diferença. A interculturalidade precisa ser um movimento dialógico, multidirecional, aberto para as aprendizagens com o outro, significando uma mudança interepistêmica dos envolvidos na relação, voltadas para a produção de uma nova ética do cuidado. As diferenças, no pensamento hegemônico da biomedicina, tendem a tomar a diferença algo a ser incorporado, domado ou entendido para que sejam “ensinadas” a fazer o correto, ou seja, que a prática biomédica determine aquilo que é universalmente apreendido (Schweickardt; Silva; Ahmadpour, 2020).

A experiência do DSEI Alto Rio Solimões de articulação das parteiras indígenas com o trabalho das EMSI é importante ser destacada porque significa colocar a relação em discussão para efetivamente reconhecer o trabalho das parteiras nas comunidades para além dos indicadores de saúde. “Na visão da equipe houve uma melhora no processo de adesão ao pré-natal e de monitoramento de possíveis riscos presentes no parto. Enquanto na visão da parteira, é um acontecimento que cria espaços de diálogo e de reconhecimento

de seu saber que, em outros momentos, poderia ser entendido como um problema para o ‘bom’ trabalho da equipe” (Schweickardt *et al.*, 2029, p. 149).

## Considerações finais

A filósofa da ciência Isabelle Stengers cunhou o termo “cosmopolítica” para se referir a encontros de diferentes mundos. A proposta da filósofa é desestabilizar as construções políticas que se constituem na dicotomia natureza e cultura, ou seja, um mundo constituído por uma ideia de modernidade que pensa numa natureza “muda” (Sztutman, 2019). A proposição é pensar num encontro de mundos diferentes, entre humanos e não humanos, no sentido de nos “reflorestar”, como também propõe Brum (2021). Desse modo, podemos afirmar que uma política pública precisa sair do lugar do fixo e do mudo para a construção de uma cosmopolítica que seja viva e dinâmica, no encontro com os diferentes mundos que se fazem presentes nos territórios.

A política de Atenção Básica em Saúde propõe uma ação territorializada e centrada nas necessidades locais, em diálogo com as suas práticas e cosmologias. Os modos de cuidar e de pensar se ampliam para “todas as direções”, como Davi Kopenawa afirma ser o pensamento Yanomami. Assim, identificamos alguns desafios importantes para efetivamente realizar um cuidado diferenciado para um país continental e com tantas diversidades culturais: desenvolver ações intersetoriais, especialmente em regiões de fronteira; apoiar politicamente e tecnicamente os municípios para a atenção dos povos indígenas que vivem nas cidades; compreender as medicinas indígenas como transversais a todas as ações programáticas; desenvolver um programa amplo de Educação Permanente e de educação popular para uma inserção e um diálogo próximo dos contextos dos povos.

A política de saúde às populações indígenas não pode ser normativa, mas um lugar de diálogo com as dinâmicas locais. No encontro entre as equipes de saúde e os especialistas da medicina indígena, surge a possibilidade de criar o inédito viável, como afirmam os especialistas dos territórios indígenas.

Esse encontro, no aqui e no agora, gera um momento novo e significativo. Por fim, uma Atenção Básica resolutiva nos territórios indígenas somente pode acontecer com os conhecimentos, os diálogos, gestão compartilhada do cuidado, gestão participativa e com muita vontade de aprender.

## Referências

- ALBERT, B. **Povo Yanomami**: “A floresta não é uma coleção de árvores, mas um universo de povos vivos”. Entrevista com Bruce Albert. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos, 2023.
- ALVES, R. A. L. *et al.* “Ninguém deixa de ser indígena porque mora na cidade”: um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19. *In*: TOBIAS, R. *et al.* **A saúde indígena nas cidades**: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural. Porto Alegre: Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 26)
- BARRETO, J. P. **O mundo em mim**: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro. Brasília: Mil Folhas, 2022.
- BARRETO, J. P. Uma etnografia das práticas de Bahse. *In*: REZENDE, J. S. **Paneiro de Saberes**: transbordando reflexidades indígenas. Brasília: Mil Folhas, 2021.
- BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 29-39, 2014. Brasília.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena**: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília, 2019.
- BRUM, E. **Banzeiro** Òkòtò: uma viagem à Amazônia centro do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
- CAMPOS, M. B. *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, e00015017, 2017.
- COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 125-132, 2000.
- COIMBRA, Jr. C.E.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 855-859, abril 2014.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e

- negociações em um contexto indígena brasileiro. **Universitas Humanística**, n. 80, p. 213-236, 2015.
- DUSSEL, E. **1492 – O encobrimento do Outro**: a origem do mito da modernidade. Petrópolis: Vozes, 1993.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FERREIRA, L. O. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. *In*: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.
- GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- IBGE. **Censo Demográfico 2022, Indígenas**: Primeiros resultados do universo. Brasília, 2022.
- MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *In*: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFUGUEL, R. (Orgs.). **El giro decolonial**: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Universidad Javeriana-Instituto Pensar, Universidad Central-IESCO, Siglo del Hombre Editores, 2007.
- MENÉNDEZ, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016.
- MIGNOLO, W. **Desobediência epistemológica**: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad. 2. ed. Buenos Aires: Del Signo, 2014.
- PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. *In*: **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 11-32.
- PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.
- QUIJANO, A. **Ensayos en torno a la colonialidad del poder**. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2019.
- SANTOS, V. S. *et al.* COVID-19 mortality among Indigenous people in Brazil: a nationwide register-based study. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e250-e251, 2021.
- SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. **Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto**: práticas da medicina indígena na Amazônia. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 25)
- SCHWEICKARDT, J. C.; SILVA, J. M. B. F.; AHMADPOUR, B. **Saúde indígena**: práticas e saberes por um diálogo intercultural. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.
- SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiras tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM. *In*: SCHWEICKARDT, J. C.; KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (Orgs.). **Atenção Básica na Região Amazônica**: saberes e práticas para o

- fortalecimento do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.
- SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; LIMA, R. T. S.; AMORIM, J. S. C. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 44, e24, 2020.
- SMITH, L. T. **Descolonizando metodologias**: pesquisa e povos indígenas. Curitiba: UFPR, 2018.
- SILVA, A. T. R. Decolonialidade como postura insurgente perante o mundo. *In*: **Vozes do pluriverso**: práticas e epistemologias decoloniais e antirracistas em educação. São Paulo: Pimenta Cultural, 2022.
- SOUSA, M. C. de; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 853-861, 2007.
- SZTUTMAN, R. Um acontecimento cosmopolítico: O manifesto de Kopenawa e a proposta de Stengers. **Mundo Amazônico**, v. 10, n. 1, e74098, 2019.
- TERENA, N. F. M. **Mortalidade indígena no Brasil**: uma avaliação dos dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Estatística). Universidade de Brasília, 2018.
- WALSH, C. Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. **Visão Global**, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, p. 61-74, jan./dez. 2012.



# CAPÍTULO 10

## SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE EM DELEGACIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ridiney Santos Oliveira  
Isabel Fernandes de Aguiar  
Sabrina Stefanello

### Introdução

O direito à saúde da população privada de liberdade é sustentado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que garantem aos indivíduos sob custódia do Estado todos os direitos fundamentais. Em 2004, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que previa a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a cidadania, no entanto, ainda não contemplava a realidade específica das delegacias.

Com o avanço das políticas sociais para esta população, em 2014 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O documento visa garantir o direito à saúde e o acesso ao SUS a todos os indivíduos privados de liberdade, tanto os provisórios quanto os já condenados. Com isso, finalmente os reclusos em delegacias foram incluídos, o estudo de Lermen, Gil, Cúnico e Jesus (2015), mostrou que a duração da prisão provisória em delegacias variava com médias entre 172 e 974 dias.

Vale ressaltar que a PNAISP não cria um sistema de saúde em paralelo para as pessoas reclusas, e sim reforça a diretriz de garantir o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território no qual o estabelecimento penal está inserido. Dessa forma, a Atenção Básica, como componente primordial da RAS, tem lugar central e deveria ser a porta de entrada para o acesso à saúde dessas pessoas. Curitiba é uma das cidades que possui programas anteriores à PNAISP para a população em privação de liberdade provisória. Em 2008, o Programa de Atenção à Saúde de Presos Provisórios nos Distritos Policiais e Delegacias foi criado com objetivo de garantir a oferta de assistência à saúde.

Para melhor compreender a necessidade de ampliar o olhar para essa população, é indispensável conhecê-la. Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais, entre 2012 e 2022, o número de reclusos no Brasil cresceu de 549.800 para 832.295, enquanto o aumento dos provisórios foi de 173.818 para 210.687, no mesmo período (Secretaria Nacional de Políticas Penais [SENAPPEN], 2023).

Reclusos provisórios configuram 25% da população carcerária total e são aqueles que permanecem aguardando julgamento, portanto ainda não possuem condenação (Soares Filho; Bueno, 2016). Estes se encontram nas delegacias, as quais são definidas como unidades policiais para atendimento ao público, base e administração de operações, investigações criminais e detenção temporária de suspeitos e presos em flagrante.

Ainda conforme os dados oficiais, o estado do Paraná tinha uma população carcerária de 87.068 pessoas até dezembro de 2022, incluindo aquelas em prisão domiciliar. Destes, 6.977 eram reclusos provisórios, representando 12,48% da população total (SENAPPEN, 2023).

As estatísticas penitenciárias apontam ainda que a população carcerária brasileira é, majoritariamente, composta por homens (97,68%), com a faixa etária predominante entre 35 a 45 anos – 24,17% do total. Com relação à cor/etnia, negros e pardos são a maioria nesse contexto, somados, representam mais de 67% dos presos brasileiros (SENAPPEN, 2023).

Além disso, 66% dessa população não chegou a completar o ensino fundamental, perfil que Soares Filho e Bueno já destacavam em seus estudos em

2016. Essa é uma das evidências de que a maioria dessas pessoas já vêm de uma situação de vulnerabilidade anterior à reclusão. Sendo que a própria reclusão e seus efeitos podem aprofundar as desigualdades existentes. A vulnerabilidade desse grupo fica ainda mais clara quando analisamos os dados da SISDEPEN (2023) relacionados à superpopulação do sistema prisional.

No Brasil, há um déficit de 171.636 vagas e, especificamente no estado do Paraná, o número de pessoas reclusas ultrapassa em mais de 5 mil o número de vagas. Nesse contexto, esses indivíduos ficam expostos a ambientes precários e insalubres e, conseqüentemente, a alto índice de adoecimento. Além disso, Soares Filho e Bueno (2016) destacaram que as celas úmidas e escuras, sedentarismo, má alimentação e tabagismo são fatores de risco aos agravos de saúde dessa população.

Segundo Batista, Araújo e Nascimento (2019), o Brasil possui a terceira maior população prisional do mundo, e carência na assistência à saúde da população provisória. Além de esse grupo ser invisibilizado socialmente, somente mais recentemente tem sido dada a devida atenção no que tange a políticas públicas que visem garantir o cuidado integral, universalidade e equidade na atenção à saúde, conforme os princípios do SUS.

Com isso em vista, destaca-se a importância da apropriação e conhecimento dessa realidade pelos profissionais de saúde, sobretudo daqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A descrição da experiência a seguir tem como principal objetivo descortinar, em suas potencialidades e desafios, a realidade dos atendimentos de saúde às pessoas privadas de liberdade em delegacias de Curitiba, trazendo material para fomentar reflexões a respeito da melhoria na qualidade do cuidado.

## **Descrição da experiência**

O presente relato contempla a experiência de um médico de família e comunidade, alocado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF) no atendimento a reclusos em duas delegacias de Curitiba, no período de 2015 a início de 2020.

A organização desse cuidado no âmbito municipal teve início em 2012, quando as equipes do Consultório na Rua (CnR) passaram a ser responsáveis pelo atendimento de todas as delegacias da cidade. À época havia uma enfermeira e um médico fixos para essa tarefa, os quais se deslocavam diariamente para uma unidade prisional diferente para realizar os atendimentos, o restante da equipe era composto mediante escalas.

Quando o médico saiu da equipe do CnR, surgiu a necessidade de nomear outro profissional para ocupar esse lugar. Diante da impossibilidade de designar um profissional exclusivamente para essa atividade, a gestão municipal estabeleceu que cada médico prestaria atendimento às delegacias inseridas no território de abrangência da sua UBS, em parceria com a equipe de enfermagem do CnR. Apesar da PNAISP ter sido lançada em 2014, nota-se que ainda não se fez um direcionamento completo à Atenção Básica.

A UBS na qual o profissional médico atuava era responsável por uma população de, aproximadamente, 19 mil pessoas na época. A equipe estava quase completa, exceto pelo número de agentes comunitários de saúde abaixo do esperado. Ainda contava com o apoio de profissionais das áreas de psicologia, fisioterapia, psiquiatria, ginecologia e infectologia. Trata-se de uma das sete unidades de saúde do território, localizada na região oeste da cidade, em um distrito sanitário que abrange sete bairros e, além das UBS, dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Além dos serviços de saúde, nas proximidades havia também três creches, um Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e uma associação religiosa que realizava trabalhos comunitários.

O território de referência não apresentava questões de vulnerabilidades expressivas, porém continha duas delegacias próximas: uma feminina, com um número aproximado de 25 presas provisórias divididas em duas celas; e outra masculina, com sete celas, variando entre 10 e 20 homens por cela. Em ambas, os atendimentos eram realizados a cada 15 dias, com o profissional da UBS deslocando-se com o carro do distrito sanitário de saúde e geralmente acompanhado de uma enfermeira do CnR.

Nas delegacias, as consultas eram realizadas em locais variados, dependendo da disponibilidade no momento, ocorrendo inclusive em corredores e portas das celas. Não havia salas especificamente designadas para esse tipo de atendimento e, quando se conseguia um “consultório improvisado” em uma cela vazia ou alguma sala administrativa, em geral, a estrutura era precária. As salas não contavam com maca, continham mesa e cadeira apenas para o profissional, ficando a pessoa atendida, na maioria das vezes, em pé.

Dentre os procedimentos realizados, destacavam-se a retirada de pontos, curativos, aplicação de injetáveis (medicamentos, incluindo contraceptivos, e vacinas) e, em algumas situações, drenagem de abscessos. O acompanhamento de pessoas com condições crônicas de saúde – como hipertensão arterial ou diabetes – não era habitual e pode estar associada à faixa etária dos reclusos, que em sua maioria ficava abaixo dos 40 anos.

Por outro lado, as queixas relacionadas à saúde bucal eram frequentes, no entanto, os atendimentos a essa demanda não faziam parte do cotidiano, raramente os odontólogos ou seus auxiliares iam à delegacia. Somado a isso, havia dificuldade em transportar os reclusos a outros locais de atendimento, tanto por falta de veículos, como de profissionais para acompanhá-los. Ficando reservados a casos extremos, nos quais seriam necessários procedimentos na própria UBS ou até em locais especializados.

Pelos mesmos motivos, a solicitação de exames laboratoriais e de imagem ocorria em casos restritos. A dificuldade estava não só no transporte das pessoas, mas também das amostras e materiais coletados para análise. Dessa maneira, o trabalho consistia, principalmente, em manejo de situações agudas, alívio de dores e desconfortos.

As demandas mais recorrentes eram relacionadas ao aparelho gástrico, osteomuscular e respiratório. Também existiam queixas relacionadas à saúde mental, porém estas se tornavam mais complexas de manejar devido à falta de privacidade e às restrições sobre a entrada de alguns medicamentos psicotrópicos. Estes medicamentos dependiam da liberação por parte dos profissionais da delegacia e, em geral, ocorria somente para reclusos que já faziam

uso previamente ou para aqueles considerados agitados, a fim de diminuir os comportamentos belicosos, denotando uma preocupação institucional com a ordem e o controle.

As condições ambientais e relacionais das delegacias claramente impactavam a saúde mental das pessoas reclusas, tanto que em todas as visitas eram trazidas à equipe queixas como tristeza, desânimo, angústia, sensação de aperto no peito e palpitação. Nesses casos, acolhia-se o sofrimento e conversava-se, o profissional procurava provocar reflexões e estimular esperança no futuro. Porém, as possibilidades de manejo eram limitadas devido à estrutura e funcionamento da delegacia, bem como ao próprio tempo de atendimento diante da demanda.

Ademais, não era garantida a privacidade nos atendimentos, uma vez que os reclusos eram escoltados e o policial permanecia presente durante toda a consulta. Rossetto e colaboradores (2022) afirmam que essa dinâmica institucional impacta na qualidade do cuidado, pois reforça o estigma: “o uso de algemas e a presença de um agente durante os atendimentos relacionados à saúde provocam medo, fazendo com que o profissional de saúde tenha a sensação de que o paciente apresenta risco à sua integridade física” (p. 11).

Dessa forma, diminui-se a possibilidade de criação do vínculo profissional-paciente, que deveria ser a base para descolar a pessoa do lugar de “preso” e colocá-la em uma posição de ser humano, permitindo abertura ao diálogo, estreitando laços de confiança e, assim, possibilitando conhecer seu histórico de vida para a oferta de um cuidado ampliado e, conseqüentemente, mais eficaz.

Ao final das consultas, eram entregues os medicamentos, conforme a necessidade, e se estivessem no rol daqueles trazidos pela equipe. Caso contrário, era fornecida a receita para que um familiar ou o advogado o adquirisse e trouxesse no dia de visita. Quando o médico e a enfermeira estavam na delegacia, normalmente era suspenso o atendimento ao público, segundo a equipe, em virtude da insuficiência de profissionais para desempenhar todas as atividades. Evidenciando-se, uma vez mais, a preocupação em garantir protocolos de

segurança, reflexo da quantidade de pessoas que têm ficado nas delegacias muito acima do planejado, tanto em número, como em tempo de permanência.

Em geral, as consultas eram rápidas, não somente por tudo o que foi mencionado, mas os próprios reclusos costumavam ser pouco comunicativos, falando apenas o necessário. A impressão que dava era o receio de ser visto como “X9”, ou seja, um traidor do grupo, fornecendo alguma informação que não deveria. Conforme os achados de Rossetto e colaboradores (2022), os fatores tempo e dificuldade de diálogo contribuem para manter certo distanciamento entre o profissional e a pessoa atendida, configurando um empecilho para o cuidado integral e de qualidade. Portanto, é necessário que os profissionais estejam atentos a isso e não deixem de investir no cuidado destas pessoas.

As anotações referentes aos atendimentos eram realizadas em papel, ou, quando possível, em um notebook levado pela enfermagem, e, posteriormente, transferidas para o prontuário eletrônico da UBS. Os medicamentos e materiais de procedimentos eram ofertados pela própria UBS, assim como a esterilização dos materiais quando necessário. Usualmente eram disponibilizados analgésicos, antibióticos, pomadas para alergias e de uso ginecológico, além de anticoncepcionais. Quanto a estes, eram administrados anticoncepcionais orais ou injetáveis a quase todas as presas, ultrapassando os critérios clínicos preconizados, visando a supressão da menstruação. Não existiam visitas íntimas nas delegacias por conta do caráter provisório da reclusão.

Conforme denunciado na literatura (Filho; Bueno, 2016) e constatado nos atendimentos, a estrutura da delegacia e o número de pessoas reclusas não permitia a manutenção de higiene adequada. As celas não contavam com vaso sanitário, apenas um buraco no chão para as necessidades fisiológicas, ao lado uma pia e um cano saindo da parede para tomar banho, com pouco espaço e sem privacidade. Somado a isso, era orientado solicitar aos familiares ou ao(à) advogado(a) itens de higiene pessoal. Quem não tinha esse suporte, precisava contar com doações dos demais itens de higiene, vindos de outras(os) reclusas(os) ou até mesmo dos(as) trabalhadores(as) das delegacias.

Diante disso, foi possível observar que nas duas delegacias, direitos básicos não são garantidos, e a pobreza menstrual faz parte desta realidade. Discute-se pobreza menstrual como um fenômeno complexo, transdisciplinar e multidimensional, que intensifica as desigualdades sociais e de gênero no país (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2021). Esse fenômeno se apresenta por meio de inúmeras dificuldades no acesso a direitos e insumos de saúde, como carência de itens de higiene essenciais para a manutenção da dignidade de mulheres em diversos contextos da sociedade durante o período menstrual. Isso fere a Constituição, negando a essas mulheres alguns direitos fundamentais e dificultando ou até mesmo impedindo sua autonomia sobre as próprias escolhas e corpos.

Neste caso em questão, as mulheres reclusas preferiam o uso contínuo de anticoncepcional, mesmo diante de possíveis riscos destes medicamentos, justamente por não terem itens e condições para a higiene adequada. A prescrição dos anticoncepcionais nessas condições evidencia também uma lógica que coloca a organização institucional como prioridade, em detrimento do bem-estar e cuidado das pessoas ali inseridas.

Durante os cinco anos de atuação, foi possível observar que as mulheres privadas de liberdade recebiam menos visitas familiares em comparação aos homens. Oliveira, Schaefer, Hamilko, Santos e Stefanello (2021) afirmam que muitas delas experimentam um sentimento de abandono por parte das famílias, intensificando a sensação de exclusão e dificultando o processo de reintegração social.

As visitas têm um papel crucial, não apenas na provisão de itens que atenuem desconfortos do cotidiano, mas também como suporte emocional para lidar com as condições desafiadoras da privação de liberdade. O período de visita enquanto momento de conexão com o mundo exterior ameniza o sofrimento, potencialmente evitando manifestações depressivas e sensação de solidão. Os mesmos autores apontam para uma moralidade mais rígida em relação às mulheres presas, em comparação com os homens e, diante de todas as privações, fica evidente uma condenação social, para além da jurídica.



Quanto ao fluxo dos atendimentos, era determinado da seguinte maneira: a dupla médico-enfermeira realizava cerca de 20 atendimentos por ida à delegacia, a partir de uma triagem clínica conduzida pela enfermeira. Porém, na realidade das delegacias, além da triagem clínica ocorriam outros dois tipos de triagem informal: as realizadas pelos próprios reclusos e pelos profissionais da delegacia.

Foi possível observar que os atendimentos de saúde também eram utilizados como instrumento de manutenção da ordem e disciplina no ambiente, sendo concedidos em troca de “bom comportamento” ou barrados a reclusos vistos como “de alta periculosidade”, por exemplo. Sendo assim, o acesso às consultas era condicionado também à avaliação desses dois grupos da delegacia, para eles, alguns tipos de crimes eram considerados inaceitáveis e as pessoas que os cometeram não eram merecedoras de cuidado.

Esse tipo de funcionamento evidencia julgamentos morais, tanto entre os reclusos como entre os trabalhadores da delegacia, influenciando na atenção à saúde. Além disso, as lideranças de certos grupos também faziam uma seleção de prioridades, desvelando certa hierarquia existente entre os próprios reclusos. Estes são alguns dos obstáculos, nem sempre percebidos, que precisarão ser abordados para a garantia de equidade.

Conforme afirmam Oliveira e colaboradores (2020), a premissa de que a saúde deve ser estendida a todos os cidadãos, independentemente da condição em que se encontram, na prática, esbarra com incongruências entre o direito e a aplicabilidade, faltando-se, assim, com a dignidade, humanidade, integralidade e universalidade no caso da população privada de liberdade.

Segundo aponta Paiva (2014), entre os direitos definidos pela Lei de Execução Penal, encontra-se o direito à alimentação, ao trabalho, à saúde, à assistência (material, jurídica, educacional, social e religiosa) e à previdência social. A privação desses direitos é resultado da conformação histórica do sistema penal e da justiça, apesar das mudanças nas políticas públicas e na própria Lei de Execução Penal. O que se observou na realidade das delegacias aqui descritas é que, infelizmente, a garantia dos direitos não se dá no cotidiano.

Em casos de emergência, durante o horário de funcionamento da UBS, a equipe era acionada, via telefone, para prestar as orientações cabíveis. Fora desse horário, era acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) dependendo da situação. Em alguns encaminhamentos ao Complexo Médico Penal (CMP), o problema maior não era a situação de saúde da pessoa, mas aqueles que ofereciam algum perigo com potencial para desencadear situações de violência, na percepção dos trabalhadores das delegacias. Novamente nota-se que os manejos e encaminhamentos relacionados à saúde nesses ambientes são bastante pautados por avaliações de segurança, ainda assim, nestes momentos a saúde era vista como uma aliada na prevenção de violência, diante da ausência de possibilidades no próprio sistema de segurança.

Frente às barreiras logísticas, estruturais e institucionais, além da alta demanda associada à escassez de profissionais, a implementação de estratégias de prevenção e de promoção da saúde era desafiadora. A única ação de prevenção realizada durante o período de 2015 a 2020 foi a vacinação contra a gripe, ações pontuais; que não tinham como foco a atualização do calendário vacinal.

Desse modo, com uma atuação limitada e sem o envolvimento dos demais profissionais da UBS, era muito difícil garantir um cuidado de fato integral. Ainda assim, esse arranjo permitiu que as queixas de saúde das pessoas reclusas em delegacias fossem consideradas, evitando-se mais uma punição a essas pessoas e tornando visível uma população que historicamente ficou às margens das políticas públicas de saúde e que ainda hoje tem vários de seus direitos básicos violados.

## **Considerações finais**

A partir deste relato, cabe reconhecer que o município de Curitiba (PR) incluiu os reclusos em delegacias, criando um arranjo próprio para garantir o cuidado em saúde, na ausência de políticas públicas vindas do Ministério da Saúde. No entanto, mesmo com o direcionamento dado pela publicação da PNAISP, fica evidente o quanto é complexo instituir o que se pretende.

Neste caso, percebe-se que ainda não existia uma completa apropriação da UBS, como se as delegacias não fossem parte de seu território. Por outro lado, o médico se deslocava, conforme os arranjos de uma visita domiciliar, para garantir o atendimento desta população, sustentando a continuidade do cuidado, tendo a UBS como porta de entrada do SUS e cada vez mais atento aos aspectos que envolviam o acesso aos atendimentos.

O relato de experiência buscou ilustrar a realidade dos atendimentos de saúde em delegacias e lança luz sobre o emaranhado de fatores envolvidos nesse processo. Ao se pensar em saúde da população privada de liberdade, é necessário ampliar o olhar, refletindo também sobre questões estruturais, sociais e culturais.

Apesar dos avanços que documentos como a PNAISP representam, há ainda um longo percurso a se caminhar no sentido de práticas e políticas públicas que de fato viabilizem o atendimento humanizado e integral nesse contexto. Superpopulação, ambientes sem ventilação, condições de higiene precárias, tratamentos truculentos, estigmatizantes e julgamentos morais, configuram um contexto que por si só inviabiliza a dignidade das pessoas reclusas em delegacias.

Ainda não existem práticas que estimulem a autonomia, o estabelecimento de vínculos e o protagonismo desses sujeitos, buscando promover a ressocialização. Tampouco se tem garantias de atendimento multiprofissional, abordagens de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Ademais, vale reiterar que o direito à saúde é garantido a todos pela Constituição, inclusive às pessoas privadas de liberdade. Ressalta-se a importância de considerar todos os aspectos que afetam a dinâmica e a qualidade desse cuidado. A compreensão da realidade e o ambiente ao qual essas pessoas estão sujeitas devem ser considerados pelos profissionais da saúde, não somente para se pensar em estratégias de cuidado, mas visando compreender melhor o que pode estar por trás do modo como as pessoas se portam e se relacionam. E, com isso, tornarem-se capazes de sustentar a continuidade do cuidado, de modo humanizado, diminuindo resistências e propiciando um olhar às necessidades singulares das pessoas reclusas em delegacias.

A pena a se cumprir por um crime pode ser a restrição da liberdade, mas não deveria incluir a restrição de outros direitos fundamentais. Urge a necessidade de repensar os modelos de atenção prestados nesses ambientes, buscando também a melhoria das condições de trabalho e formação dos profissionais da área.

## Referências

- BATISTA, M. A.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: Análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 71-80, 2019.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Pobreza menstrual no Brasil: Desigualdades e violações de direitos**. 2021. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual\\_relatorio-unicef-unfpa\\_maio2021.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio-unicef-unfpa_maio2021.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.
- LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CUNICO, S. D.; JESUS, L. O. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres**. 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)**. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_prisional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.
- OLIVEIRA, R. S. *et al.* Cômido do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190612, 2020.
- OLIVEIRA, R. S. *et al.* A questão de gênero na percepção do processo saúde-doença de pessoas privadas de liberdade em delegacias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200199, 2021.
- PAIVA, J. M. Auxílio-Reclusão: um direito restrito. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 313-325, 2014.
- ROSSETTO, M. *et al.* Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Texto & contexto - Enfermagem**, v. 31, e20210372, 2022.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAS (SENAPPEN). Estatísticas Penitenciárias. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 20 jun. 2024.
- SILVA, L. M. S.; SILVA, B. M. Além cárcere: consequências metajurídicas da criminalidade feminina no Brasil. **Revista Eletrônica Jus**, 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/46571/alem-carcere-consequencias-metajuridicas-da-criminalidade-feminina-no-brasil>. Acesso em: 20 jun. 2024.
- SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016.

# EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS





# CAPÍTULO 11

## EXPERIENCIA COLOMBIANA DE LA INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO E INTERCULTURAL DESDE LA ACADEMIA

Elisa Jojoa Tobar  
Viviana Andrea Calderón Ramírez  
Angela Carmenza Gallego

### Introducción

En Colombia la Atención Primaria en Salud (APS) se remonta a los años 80, inició con un enfoque selectivo, con la prestación de servicios de baja complejidad con promotoras rurales y personal auxiliar de salud. Su objetivo fue ampliar la cobertura a grupos prioritarios de la población, como parte del sistema de salud. Sin embargo, sólo comenzó a existir de forma normativa con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); a partir de la aprobación de la Ley 1438 de 2011, cuando era evidente la crisis de las acciones de salud pública y la ausencia de un modelo eficaz de atención en salud para el manejo de los riesgos individuales y colectivos bajo el esquema de aseguramiento (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) es reconocida como una medida efectiva para mejorar la calidad y alcanzar la equidad de la

atención en salud. En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2007 definió a la APS según valores, principios y elementos que la rigen. Estos incluyen el derecho al mayor nivel de salud, equidad, solidaridad (valores); responder a las necesidades de salud de la población, con calidad y responsabilidad, de igual manera la participación, justicia social, intersectorialidad (principios). También se destacan la cobertura y acceso universal, el primer contacto, atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria, en la promoción y prevención de enfermedades, cuidados apropiados y talento humano adecuados (OPS, 2008).

Según Berra (2013) el primer nivel de atención es la clave fundamental de esta estrategia, donde la calidad de los servicios de APS están definidos en su accesibilidad, la integralidad de servicios para la mayoría de las necesidades en salud de la población, relación con los pacientes o usuarios sostenida en el tiempo y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad. (Berra, 2014). A este respecto, pese a los esfuerzos significativos que ha tenido el país en el cumplimiento de construir sociedades diversas, pluriétnicas e incluyentes en lo referente a la atención en salud por medio de la implementación de APS, se hace necesario reconocer y garantizar los derechos individuales y colectivos de todos los grupos poblacionales, mediante la materialización de políticas y acciones concretas para la inclusión del enfoque diferencial por parte de los agentes gubernamentales del orden nacional y territorial y promover la participación de estos grupos en las decisiones y acceso a servicios que puedan afectar su salud individual y colectiva.

Finalmente los elementos de “promoción de la salud y prevención de la enfermedad” y “cuidados apropiados” son elementos relevantes en la implementación del enfoque diferencial y étnico, por lo que se requiere que en los programas, las guías de práctica clínica, los protocolos de atención, etc., se tengan en cuenta las prácticas de cuidado cultural de las comunidades, sus acciones preventivas y las acciones colectivas que se desarrollan para el cuidado de la salud, contribuyendo a su incorporación en los procesos de atención durante todo el ciclo vital.



## Antecedentes Normativos del Enfoque Diferencial Étnico e Intercultural

El enfoque diferencial desde las políticas públicas contemporáneas es un imperativo ético en razón a que grupos históricamente excluidos, ya sea por su participación o por modo de vida, en razón a su etnia, sexo, identidad de género, ciclo vital y discapacidad, reivindican hoy el ejercicio de una ciudadanía desde el reconocimiento y la redistribución. Además, restituyen la libre escogencia de llevar el tipo de vida de acuerdo a sus preferencias y capacidades; lo que ha gestado procesos de autoafirmación frente a la opción de ser distinto, de ser diferente, sin perder la capacidad de disfrutar y participar de las demás opciones humanas. Es decir, el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública (Ministerio de la Protección Social, 2011, p.29).

De ahí, que para comprender la configuración de la medicina tradicional de los pueblos originarios en el marco del sistema de salud colombiano y la incorporación del enfoque intercultural en la formación del Talento Humano en Salud THS, se debe considerar el proceso de lucha de los pueblos indígenas por el derecho fundamental a la salud, las relaciones asimétricas de poder y las tensiones entre el modelo biomédico hegemónico (occidental) y el modelo orientado hacia el buen vivir, la sabiduría ancestral y el derecho propio de los pueblos indígenas (Urrego-Rodríguez, 2020).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2018, en Colombia, existen 105 pueblos indígenas con 1.905.617 personas que se reconocen como indígenas. La participación de esta población indígena en el total nacional representa el 4,4% y se agrupan principalmente en los departamentos de La Guajira (20%), Cauca (16%), Nariño (10,8%) y Córdoba (10,6%) (Minsalud, 2020).

Si bien, la población indígena ha desafiado históricamente la institucionalidad (Estado) en la perspectiva de una salud integral, comprendida como el equilibrio de los sujetos colectivos de acuerdo con sus cosmovisiones,

saberes y formas de gobierno diversos, es relevante enmarcar que gracias a la resistencia y movilización indígena en parte, y a la creación y fortalecimiento de las estructuras organizativas de los pueblos indígenas a través del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y posteriormente la creación de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) en 1982, se ha alcanzado un reconocimiento como sujetos de derecho. Al mismo tiempo que han logrado desarrollar en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el Sistema de Salud Indígena, Propio e Intercultural (SISPI) (Urrego-Rodríguez, 2020).

Es así como la política indígena de salud liderada por el CRIC sentó las bases del SISPI con instituciones de gobierno (Cabildos y programas de salud), considerando normas y mandatos, saberes (medicina tradicional y atención intercultural, agentes propios, sabedores ancestrales) y modelo propio e intercultural (Urrego-Rodríguez, 2020).

En armonía con lo anterior, Colombia ha reconocido y desarrollado la aplicación del enfoque diferencial como una medida necesaria para proteger a todos los grupos poblacionales y comunidades, y garantizar que gocen de sus derechos humanos, en condiciones de efectiva y real igualdad, sin discriminación y teniendo en cuenta los principios de equidad, diversidad, participación social, inclusión y accesibilidad. (Prospectiva en justicia y desarrollo, 2018).

La Ley 1438 del 2011, en su capítulo III “para la implementación de la APS en el marco del SGSSS” contempla dentro de sus elementos la “interculturalidad, que incluye entre otros elementos las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud”, al igual que en su artículo N°99 sobre la “pertinencia y calidad de la formación del talento humano en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y 2022- 2031, el Ministerio de Salud y Protección Social define el enfoque diferencial como “un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, de género y de etnia, etc. Distingue entre

las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Finalmente, en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se identifica que es necesario generar mejores condiciones de atención en salud de la población garantizando la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad con enfoque diferencial.

Este marco normativo encaminado a mejorar prácticas de respeto a la diversidad cultural, social y étnica no ha sido suficiente para lograr una efectiva incorporación del enfoque diferencial y étnico en los procesos de atención en salud (Valdez-Fernández, 2019) y por tanto se hace necesario incidir desde los procesos formativos del personal de salud.

## **Formación del Talento Humano en Salud (THS) con Enfoque Diferencial Étnico e Intercultural**

Un sistema educativo con equidad es un sistema que se adapta a esta diversidad y está pensado en dar a cada estudiante lo que necesita en el marco de un enfoque diferencial; en educar de acuerdo con las diferencias y necesidades individuales de orden social, económico, político, cultural, lingüístico, físico y geográfico. La equidad incluye generar condiciones de accesibilidad, entendida como una estrategia que permite que los entornos, los productos, y los servicios sean utilizados sin problemas por todas y cada una de las personas, para conseguir de forma plena los objetivos para los que están diseñados, independientemente de sus capacidades, sus dimensiones, su género, su edad o su cultura. En este sentido lo diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares en razón de su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características. Esto implica, promover la visibilización de situaciones de vida particulares y brechas existentes, y guiar la toma de decisiones públicas (DANE, 2023).

Dentro de los elementos de APS renovada, uno de los aspectos contemplados para alcanzar los elementos de Alma Ata (OMS, 1978) y fomentar la equidad en salud mediante el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y resolver los problemas de salud actuales, hace referencia al fortalecimiento de recursos humanos en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Este fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud se propone realizar mediante la definición de un perfil y competencias específico en APS en las entidades responsables de la formación del THS para garantizar un abordaje integral e integrado y de esta manera, enfrentar las necesidades de salud de cada territorio y curso de vida (Suárez, 2013).

Por lo anterior, en 2013 la OPS realizó la revisión de las competencias profesionales en salud pública de Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, entre las cuales se destacan competencias de comunicación, liderazgo, trabajo colaborativo y de planeación en salud (Suárez, 2013). En el elemento “recursos humanos adecuados” generalmente tienen un cumplimiento intermedio, sin embargo, los conocimientos de atención primaria en salud son deficientes y se debe fortalecer los conocimientos de objetivos y de la APS no solo en el talento humano en salud, sino también en todos los actores participantes (entidades gubernamentales y no gubernamentales, comunidad). A su vez resulta importante que en varios estudios revelan la inestabilidad laboral del talento humano en salud, por lo que se debe fortalecer la estabilidad al recurso humano de cada área, para favorecer los conocimientos de estos y la continuidad en la atención (Molano-Builes; Patricia E., 2017).

De igual forma el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2017, respondiendo a la necesidad de la incorporación del enfoque diferencial e intercultural en los procesos de formación del Talento Humano en Salud ( THS) para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia, desarrolló unos lineamientos para orientar los procesos de formación THS para la inclusión del enfoque intercultural, así como para fortalecer las competencias que favorezcan el diálogo y la armonización permanente entre saberes y prácticas de diversas culturas como aporte al buen vivir, y al derecho fundamental a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Al mismo tiempo, y sin quedarse atrás de los desafíos y acuerdos regionales, los Ministerios de Salud y Educación en el año 2018 desarrollaron unos lineamientos de educación inclusiva e intercultural para incentivar a las Instituciones de Educación Superior (IES) en la definición de acciones y estrategias para el fortalecimiento del enfoque diferencial en el acceso, permanencia y condiciones de calidad de las IES en el país y de las poblaciones de especial protección constitucional como son Población Víctima, Población con Discapacidad, Grupos Étnicos – Indígenas, Comunidades Negras, Rrom y Población de Frontera (Ministerio de Educación, 2018).

Pese a lo anterior, el Estado tiene una deuda en la incorporación del enfoque diferencial e intercultural en la formación del THS, que se observa en una brecha significativa entre el paradigma biomédico con predominancia a la enfermedad y cura, versus el modelo de salud propio de los pueblos indígenas. en donde la promoción de la medicina ancestral/tradicional, surge desde su cosmovisión de la educación y cultura, ligado a la protección del territorio y la vida (Urrego-Rodríguez, 2020; Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2023). Esto relacionado con los problemas de salud de las comunidades demuestra que se necesitan profesionales capacitados en conocimientos y habilidades muy específicos en APS.

Llegados a este punto convergen entonces, dos estrategias prioritarias: la implementación de la renovación de la APS y el cumplimiento de los desafíos y metas para el desarrollo del THS, entre los que vale resaltar en el sistema de salud basado en APS los recursos humanos como elemento esencial, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto (OPS, 2008).

De modo, en la praxis comunitaria, existe una fisura entre las necesidades de las poblaciones indígenas, los territorios y los contenidos curriculares de los programas de pregrado que se reflejan en la falta de compromiso social de muchas universidades con la APS de la población, los escasos conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS, el énfasis en el modelo biologicista; la centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales y la ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención

de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario desde el inicio de la formación (Parada *et al.*, 2016; OPS, 2008).

De manera semejante, aunque el país con la participación activa de los pueblos indígenas ha trazado metas y avances progresivos para alcanzar la formación del THS en APS con enfoque intercultural, existe todavía retrasos importantes en la implementación de estas iniciativas, dejando en evidencia la ruptura entre lo proyectado en el decreto 1953 de 2014 por el cual se crea un régimen especial, con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto a la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas y su plena implementación.

## **Experiencia de la Prestación de Servicios de Salud y APS con Enfoque Diferencial e Intercultural en el Departamento del Cauca**

El departamento del Cauca es un departamento pluriétnico y multicultural, está situado al sur-occidente del país, entre las cordilleras central y occidental y los departamentos del Valle del Cauca, Nariño, y Huila, con una porción de 140 Kms de costa en el Pacífico y fronteras de menor tamaño con Tolima, Caquetá y Putumayo. Su extensión de 30.169 Kms<sup>2</sup>, equivale al 2,7% del territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

La población del departamento del Cauca, de acuerdo con proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE) con base en el censo de 2005, está constituida por 1.330.756 personas, distribuidas en los 30.169 Km<sup>2</sup> que constituyen su territorio. Cuenta con 11 pueblos indígenas, 3 asentamientos de comunidades afrodescendientes y un alto porcentaje de población campesina 13%; estas comunidades mantienen vivas muchas prácticas de cuidado cultural de la salud que han contribuido a la pervivencia de estos pueblos, a resolver en el contexto familiar o comunitario problemas de salud de baja complejidad y a prevenir enfermedades en todas las etapas de la vida, muchas de estas prácticas son desconocidas por el sistema de salud y otros actores en algunas ocasiones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca busca reconocer las necesidades del contexto multicultural y pluriétnico de este departamento. Para ello, incorpora el enfoque intercultural en la formación de profesionales de enfermería, promoviendo la relación, el reconocimiento, la colaboración y el diálogo respetuoso entre las diversas culturas y modelos médicos que coexisten en el departamento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Es así como integran asignaturas que incluyen componentes generales o específicos de APS y de salud intercultural, considerando que solo es posible garantizar una atención integral, integrada y continua, si tanto en los hospitales locales como de referencia y consulta externa, el personal de salud y los sabedores ancestrales (médicos tradicionales, parteras, quiroprácticos, hierbateros, etc), en la medida en que se necesiten y con el adiestramiento social y técnico, pueden trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

De esta manera, se ha convertido en una de las primeras Instituciones de Educación Superior del país, que integra la Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural a través del desarrollo de asignaturas como Cuidado Cultural de la Salud, Ética del Cuidado, asignatura electiva en APS y la declaración del enfoque intercultural como impronta del programa, por lo que se continúan haciendo esfuerzos por transversalizar el enfoque intercultural a todas las asignaturas disciplinares. Así mismo, se ha venido consolidando como espacio de prácticas, el consultorio de enfermería intercultural donde confluyen no solo la medicina occidental sino también, la medicina tradicional de los pueblos originarios, como se describe a continuación.

En esta institución de educación, se implementó el consultorio de Enfermería Intercultural, a partir de los recursos existentes en el Programa de Enfermería, considerando que dentro del grupo de docentes se cuenta con dos profesionales que se formaron también como Parteras Tradicionales y que cuentan con una amplia trayectoria de ejercicio en procesos de salud intercultural. Este consultorio funciona en el Centro de Salud Universitario Alfonso López ubicado en una de las zonas urbanas más vulnerables de la ciudad de Popayán (Cauca). (Jojoa Tobar, 2022).

Los procesos de atención incluyen:

- Valoración de la mujer gestante, en puerperio o con trastornos menstruales.
- Realización en el domicilio del “cierre de dieta” o “cierre de cadera”.
- Curación de los niños y niñas con “susto”, “descuaje”, “mal de ojo”, “espanto” o “frío de muerto” y la documentación de los mismos.
- Consulta a población general.
- Consultorio para asesoría intercultural en lactancia materna (por aperturar).

De acuerdo con la valoración, se hacen remisiones al equipo interdisciplinario, en caso de que lo requiera. Los estudiantes de enfermería hacen seguimiento a los casos atendidos. Una de las mayores demandas del servicio está relacionada con la búsqueda de atención a las enfermedades culturales denominadas como “susto”, “descuaje” “mal de ojo” o “espanto” (reconocidos también con nombres similares en otros contextos Latinoamericanos) eventos que están asociados a trastornos del nervio vago. El cuadro clínico se caracteriza por: irritabilidad, inapetencia, insomnio, diarrea, frialdad en manos y pies y/o fiebre (no cede a los antipiréticos), igualmente los padres refieren un despertar abrupto, razón por la cual en algunos contextos le denominan “susto” o “espanto”.

**Figura 1.** Imagen comparativa trastorno del nervio vago. Consultorio de Enfermería intercultural. Centro Universitario de Salud Alfonso López.

Trastorno del Nervio Vago (Susto, mal de ojo) Mujer Adulta



Nota. Fuente Universidad del Cauca Programa de Enfermería, 2022.



La atención de estos casos implica un abordaje intercultural y en algunos eventos interdisciplinario, considerando que las herramientas diagnósticas y terapéuticas provienen del conocimiento ancestral de nuestros pueblos indígenas, campesinos y afros, la explicación del evento se realiza desde la medicina occidental y en la atención de casos más complejos especialmente de niños mayores o personas adultas, participa un fisioterapeuta especialista en técnicas manuales, en donde se combina una técnica aprendida de un sabedor (quiropático) del Cabildo Yanacona residente en la ciudad y otras técnicas propias de su especialidad.

**Figura 2.** Imagen de alineación de columna. Técnica de Quiropraxia Inca. Consultorio de Enfermería intercultural. Centro Universitario de Salud Alfonso López. Universidad del Cauca. 2023



Nota. Fuente Universidad del Cauca Programa de Enfermería, 2023. Técnica de quiropraxia Inca.

El Resguardo de la Parcialidad indígena Yanacona está conformada por comuneros que han migrado de sus comunidades y se han asentado en la ciudad de Popayán pero que siguen conservando su estructura político-organizativa incluyendo un espacio denominado “Tulpa de Salud” en el que se agrupan varios sabedores tradicionales (parteras, yagesedores, quiropáticos y médicos tradicionales) y algunos aprendices.

Este grupo ha venido haciendo un trabajo de elaboración de productos medicinales a partir de los conocimientos que tienen de

las plantas, su espiritualidad y algunos elementos del conocimiento científico que les ha permitido incorporar tecnologías muy básicas para la optimización de sus procesos; dando origen a 30 productos medicinales que comercializan en su comunidad.

Con estos sabedores se ha venido fortaleciendo una relación de confianza que ha permitido que en los últimos semestres estudiantes de Enfermería y Fisioterapia tengan experiencias vivenciales y reciban los beneficios de sus prácticas terapéuticas y un intercambio de saberes y técnicas que están siendo incorporadas en los procesos de atención del consultorio de Enfermería Intercultural. La coordinación de la “Tulpa de la Salud” remite consultantes al consultorio y viceversa, de acuerdo con las necesidades identificadas y/o como complementariedad a los procesos que cada uno realiza. Considerando que “los diálogos de saberes aplicados a la salud forman parte de una política intercultural que plantea como posible y conveniente la articulación de los sistemas médicos tradicionales con el occidental” (OPS, 2023).

El Centro de Salud Alfonso López es uno de los escenarios de prácticas de los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud y la apertura del consultorio de Enfermería Intercultural ha permitido que estudiantes de la especialidad en Medicina Familiar participen de algunos de los procesos de atención y puedan reconocer la efectividad de los procesos de la medicina tradicional. Este plantea en su misión (Centro Universitario de Salud Alfonso López (CUS) - Universidad del Cauca, 2022) “una atención integral al usuario, familia, comunidad y entorno”. Y busca el “acompañamiento directo a la comunidad en sus procesos de atención y cuidado integral de la salud, utilizando y optimizando sus propios recursos y apoyando en la consecución de otros, para el mejoramiento de la calidad de vida”. Horizonte que ha favorecido el desarrollo del Programa, así mismo el trabajo estrecho con los actores comunitarios del entorno ha contribuido a la difusión de los servicios que se ofertan desde el consultorio de enfermería intercultural.

Otra actividad que se realiza es el “cierre de dieta” o “cierre de cadera”, práctica de cuidado cultural que se realiza a lo largo y ancho de la región de las Américas y el Caribe (ALC) al finalizar la “dieta” o puerperio, entre el

día 40 a 45 posparto. Esta consiste en la realización de “baños de asiento” o “vahos”, baño con plantas amargas y dulces, masaje corporal, masaje de útero, aplicación de emplastos a nivel de útero y cabeza, la administración de bebidas o batidos medicinales, entre otros.

Las mujeres interesadas en esta terapia ancestral asisten a la consulta en el centro de salud donde se realiza una valoración y reciben indicaciones y una lista de plantas para su realización. Posteriormente visitan su domicilio para realizar la terapia con los estudiantes de enfermería, quienes luego hacen seguimiento a la mujer mediante llamadas telefónicas y documentan sus “sentipensares”. En una narrativa de enfermería, este ejercicio permite evidenciar, en algunos casos, cómo los estudiantes llegan con marcado escepticismo, curiosidad o bajas expectativas, que posteriormente se convierten en credibilidad, empatía y convicción de la necesidad de conservar, promover e incluso incorporar en su vida personal y profesional los conocimientos adquiridos. Así mismo el componente teórico aporta herramientas que les permiten encontrar, desde la evidencia científica, explicaciones a los signos que reconocen los sabedores o la efectividad de las terapias que estos realizan.

Estas experiencias han permitido a los estudiantes conocer cómo la mayoría de prácticas de cuidado cultural son altamente beneficiosas, efectivas y seguras. Además, estas prácticas, cuentan con una alta aceptación en la comunidad, ya que también han sido realizadas en sus propias familias. Por tanto, ameritan ser promovidas o recuperadas. Por otra parte, los estudiantes aplican un instrumento para reconocer otras prácticas de cuidado cultural en menstruación, cuidados del recién nacido, embarazo, parto, posparto y lactancia materna. Basándose en conocimientos teóricos aportados durante su formación, pueden orientar a la población sobre qué prácticas deben ser reorientadas o negociadas ya que pueden implicar un riesgo real o potencial para la salud de los niños o de las mujeres. Esto se logra mediante un diálogo de saberes respetuoso y empático. En este sentido, la OPS señala que “los diálogos fomentan el respeto de la diversidad cultural; requieren reconocer y entender los conocimientos tradicionales y populares de las comunidades, y

no destruirlos ni vulnerarlos desde el saber médico occidental” (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Estas acciones contribuyen al desarrollo de la competencia del saber y del hacer desde el enfoque diferencial y cultural. Así se puede minimizar la brecha en los procesos de atención en salud en entornos culturales diversos. Esto permitirá que los profesionales brinden cuidados congruentes desde lo cultural, valoricen los sabedores ancestrales, generen mayor apertura para la construcción de diálogos de saberes y promuevan las adecuaciones culturales de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad. La efectividad percibida en los procesos de atención ha llevado incluso, a que muchos soliciten la consulta para sí mismos o sus familiares.

La comunidad del área de influencia del centro de salud se ha visto beneficiada considerando que cuentan con una atención intercultural segura, asequible y accesible para eventos de filiación cultural reconocidos por la comunidad o por eventos que han significado re-consultas al sistema de salud, pero que no han logrado ser resueltos, especialmente en la primera infancia. La acogida del programa se evidencia por el incremento de la demanda en un 44% en el 2023, respecto al 2022 y una demanda insatisfecha no cuantificada durante los periodos vacacionales, lo que ha llevado a las directivas a asignar un mayor número de horas para la atención.

Al ampliar la oferta del sistema de salud, tanto en atención con el consultorio de Enfermería intercultural, como en promoción con las actividades comunitarias, se genera la posibilidad de revisión del sistema de salud de sus propias prácticas y concepciones, desde la mirada y la voz de la población. Esto se convierte en una experiencia demostrativa que permitirá en un futuro próximo replicarla en otros contextos. Considerando que el reconocimiento de los saberes y prácticas propias para la salud, permite que las personas establezcan una relación más abierta, respetuosa y fluida con el sistema de salud, aportando al sentido de pertenencia y a la participación social en salud.

Existen muchas enfermedades de filiación cultural que son abordadas por el saber médico tradicional. Muchas de sus prácticas culturales impactan

positivamente la salud física, emocional y espiritual de las personas, familias y comunidades. Sin embargo, su estigmatización ha conllevado a que se vayan perdiendo en la medida en que no existe un relevo generacional de los sabedores tradicionales. Por otra parte, existen también prácticas de cuidado cultural que al popularizarse y no ser realizadas exclusivamente por los sabedores, representan un potencial riesgo y pueden implicar algunas complicaciones.

El reconocimiento de los patrimonios culturales e históricos, en estas experiencias contribuye al reconocimiento de los saberes y las prácticas propias para la salud de la población, fortalece la participación social en salud, impulsa la autogestión en salud y promueve el desarrollo comunitario y social en compañía de la academia.

Finalmente, en lo referente a los diálogos interculturales la OPS señala que “se han ido posicionando como una de las herramientas que pueden contribuir a los avances en el logro del acceso y de la cobertura universal en salud. Este hecho se destaca principalmente en aquellos países de la Región con sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS)” (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Por lo anterior esta experiencia ha sido particularmente relevante en la medida en que las enfermedades culturales o terapias anteriormente descritas siguen siendo reconocidas por las comunidades pero cada vez hay menos sabedores que las puedan tratar o atender. Sin embargo, también se pueden tratar de eventos que requieren un abordaje desde la medicina occidental y que por tanto ameritan una consulta médica. Contar con elementos para la realización de un “trriage intercultural” permite contribuir a mejorar la capacidad resolutive de los sistemas de salud, a optimizar los recursos humanos y físicos, y a disminuir complicaciones.

## **Recomendaciones para la Formación del Talento Humano en Salud con Enfoque Diferencial Intercultural en el Marco de la Implementación de la Atención Primaria en Salud**

Se hace necesario fortalecer las competencias de los profesionales de la salud en APS y, desde un enfoque diferencial e intercultural

como elementos fundamentales que permiten al personal de salud la identificación de necesidades y problemas de salud, y el desarrollo de acciones conjuntas para el abordaje integral de los problemas de salud en contextos multiétnicos y pluriculturales.

El proceso de articulación y dialogo de saberes que se logra desde el consultorio de enfermería intercultural de la Universidad del Cauca, se podría convertir en un piloto de cómo llevar a la práctica la incorporación del enfoque intercultural en los procesos formativos y de atención en salud. Considerando que el gobierno colombiano plantea, con la Reforma al sistema de salud, incluir en los equipos de salud territoriales a los agentes comunitarios de la salud propia (parteras y sabedoras ancestrales), según autorización de las Autoridades de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Se requiere la implementación de políticas ya existentes en salud y educación, que permitan integrar en la formación del THS, la experiencia y saberes de la medicina tradicional – ancestral. En respuesta a ello y para optimizar las iniciativas que están incipientes y en proceso de formulación e implementación, es importante tomar en consideración algunas recomendaciones que no son nuevas y que trazan una hoja de ruta a seguir (OPS, 2008; Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2023).

A continuación, se presentan algunas recomendaciones generales recopiladas para entender y apropiar en la formación del THS en la implementación del enfoque diferencial étnico e intercultural en el marco de la estrategia de APS.

**Tabla 1.** Recomendaciones para la implementación del enfoque diferencial étnico e intercultural en la academia

Enfoque diferencial Étnico e intercultural	Formación continua y con enfoque intercultural del talento humano: contar con un plan continuo y permanente de formación, diálogo e intercambio intercultural con los estudiantes de los grupos étnicos, así como con sus autoridades para retroalimentar las acciones y mejorar las capacidades técnicas de los mismos que hace parte de las capacidades institucionales (Diana Salavarieta, 2015).
	Inclusión de estrategias de trabajo interculturales en la estructura de la institución: La institución debe contar con un equipo permanente de trabajo cuyo objetivo sea comunicación con los grupos étnicos, construir en conjunto programas y proyectos, y generar políticas institucionales para su atención integral y diferenciada (Diana Salavarieta, 2015).
	Protección y garantía de derechos en el marco del conflicto armado (Díaz, 2020).
	Igualdad de oportunidades desde la diferencia y la diversidad (Díaz, 2020).
	Respeto, reconocimiento e inclusión de los diversos grupos poblaciones (Díaz, 2020).
	Acciones de cooperación entre las Universidades (educación) y servicios de salud para adecuar, ajustar y transformar los programas curriculares de la educación de los profesionales de salud a un modelo universal que satisfaga las necesidades de salud de los territorios (Artaza O, <i>et al.</i> , 2020).
	Vinculación temprana de los estudiantes en todos los niveles de atención con predominio de las actividades de atención primaria versus atención clínica (OPS, 2008) (Artaza O, <i>et al.</i> , 2020).
	Formación y entrenamiento de los estudiantes bajo un modelo de monitorias con profesionales de la atención primaria con enfoque intercultural mediante el modelo de rol (Artaza O, <i>et al.</i> , 2020).
	Es necesario también desde el Ministerio de Educación la inclusión en el currículo de formación del THS, un componente obligatorio de formación en medicina tradicional – ancestral, como parte de la estrategia de APS (propia 2024).
	Promover mediante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) la oferta de servicios de medicina tradicional, a los cuales el usuario pueda libremente elegir (Jojoa Elisa 2023).
	Propiciar y desarrollar investigaciones desde la academia, en medicina tradicional, que permita complementar y coadyuvar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los individuos y comunidades, en todos los niveles de atención (Jojoa Elisa 2023).
Generación de incentivos y políticas que garanticen la sostenibilidad y permanencia de los recursos humanos (estudiantes, docentes, gobiernos locales) en la práctica de la APS (Artaza O, <i>et al.</i> , 2020) (OPS, 2008).	
Implementar de obligatorio cumplimiento la formación mediante diplomados o cursos en los docentes de las IES, en medicina tradicional y la experiencia de procesos de atención en la comunidad (Artaza O, <i>et al.</i> , 2020) (OPS, 2008).	

*Nota.* Construcción propia

## Referencias

- ARTAZA, O.; SANTACRUZ, J.; GIRARD, J. e. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. **Pan American Journal of Public Health**, p. 1-5, 2020.
- BERRA, S. *et al.* Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud. **Revista de Salud Pública**, v. 33, 2013.
- BERRA, S.; RIVERA, C. **Estudio de las funciones de la APS desde la perspectiva de los equipos de salud y usuarios de la DAPS de la municipalidad de cordoba**. Escuela de Salud Pública, Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS), Córdoba, 2014. Disponible em: <http://hdl.handle.net/11086/15269>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ (CUS) - Universidad del Cauca. (7 de 03 de 2022). **Plataforma Estratégica CUS**. Popayán, Cauca, Popayán.
- DANE. 23 de Junio de 2023. **Enfoque diferencial e intersectorial**. Disponible em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional#:~:text=El%20enfoque%20diferencial%20es%20una,discapacidad%2C%20entre%20otras%20caracter%C3%ADsticas%3B%20para>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- DÍAZ, R. E. Scielo.org.co, 01 de Junho de 2020. Disponible em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2256-54932020000100033](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932020000100033). Acceso em: 22 jun. 2024.
- JOJOA TOBAR, E. Programa de cuidado de la salud con enfoque intercultural y comunitario. Popayán, Cauca, Colombia, 2022.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. 23 de Agosto de 2018. Disponible em: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/men/Publicaciones/Documentos/340146:EDUCACION-INCLUSIVA-E-INTERCULTURAL>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 23 de Agosto de 2023. Foro: cuidado y salud desde la perspectiva de género y enfoque étnico (video). Disponible em: [https://www.youtube.com/watch?v=nko\\_jye7qkI&t=6816s](https://www.youtube.com/watch?v=nko_jye7qkI&t=6816s). Acceso em: 22 jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. 25 de Octubre de 2021. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDP01.pdf>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. ASIS CAUCA, 2021.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. **Lineamientos**: incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Bogotá, noviembre de 2017. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Salud Publica, 2012.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (4 de Octubre de 2022). **Ministerio de Salud y Proteccion Social**. (MINSALUD, Productor) Recuperado el Enero de 2024, de Ministerio de Salud y Protección Social Colombia: <https://www.youtube.com/>



watch?v=LBeM0nIvx9Q

- MINSALUD. (2020). **Boletines poblacionales: Población indígena corte a Diciembre de 2019**. Boletín, Ministerio de Salud y de la Protección Social, Oficina de promoción social, Bogotá.
- MOLANO-BUILES, Patricia E. et al. Directrices que orientan la implementación de la Atención primaria en salud. *Revista Salud Publica*, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Declaration of Alma-Ata. Ginebra: WHO, 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD, & ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. 2008. Disponible em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf). Acceso em: 22 jun. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). **Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI**. Marco conceptual y descripción. Washington: OPS, 2020. Disponible em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acceso em: janeiro de 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). **Metodología de los diálogos de saberes**. Washington: OPS, 2023.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). **Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N°2**. Washington: OPS, 2008.
- ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Renovación de la atención primaria de salud en las Américas**: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C: OPS, 2007.
- PARADA LEZCANO, M.; ROMERO, M.; FABIÁN, M. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Revista Médica de Chile*, p. 1059-1066, 2016.
- PROSPECTIVA EN JUSTICIA Y DESARROLLO. 23 de Agosto de 2018. Disponible em: <https://projusticiaydesarrollo.com/2018/08/23/el-enfoque-diferencial-una-medida-para-garantizar-los-derechos-humanos/>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- SALAVARRIETA, Diana; MARTÍNEZ, A. M. *minsalud.gov.co*, 2015. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>. Acceso em: 22 jun. 2024.
- SUÁREZ, C.; GARCÍA, C. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev. Panam. Salud Publica*, p. 47-53, 2013.
- URREGO-RODRÍGUEZ, J. H. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. *Saúde Debate*, v. 44, Edição Especial, p. 79-90, janeiro de 2020.
- VALDEZ-FERNÁNDEZ, A. Interculturalidad una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros. *Cultura de los cuidados* (Edición digital), v. 23, n. 55, 2019.



# CAPÍTULO 12

## MIGRACIÓN Y SALUD EN CHILE: AVANCES Y DESAFÍOS DEL DERECHO A LA SALUD

Juan Francisco Bacigalupo Araya

### Introducción

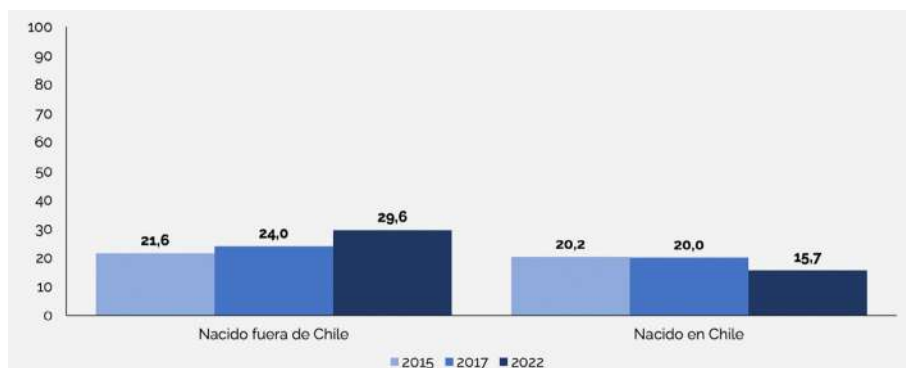
Entre 2002 y 2022 las personas migrantes internacionales residentes en Chile aumentaron en más de un 780% (de 184.464 personas en 2002 a 1.625.074 personas en 2022). Esta es una población de especial protección, discriminada históricamente, donde el concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para comprender la relativa desprotección en la que se pueden encontrar estos grupos frente a potenciales daños de salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y el ejercicio de sus derechos. La última estimación de población extranjera residente en Chile (Instituto Nacional de Estadísticas [INE] y Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG], 2023), da cuenta de 1.625.074 personas, lo que equivale aproximadamente al 8% de la población general en el país. Del total de personas extranjeras, se estima que el 6,6% está en situación migratoria irregular. En cuanto a las nacionalidades de las personas migrantes que viven en Chile, la mayoría provienen de Venezuela (32,8%), en segundo lugar, de Perú (15,4%), seguido de Colombia (11,7%), Haití (11,4%), Bolivia (9,1%) y Argentina (4,9%).

Así, dentro de la población que habita Chile, una proporción importante de las personas migrantes internacionales, independiente de su condición

migratoria, se encuentran en situación de vulnerabilidad. Esto no solo por las características específicas de su proceso migratorio, sino también por las condiciones sociales de vida en el país receptor y por las barreras existentes, por ejemplo, para el acceso a servicios de salud (Davies *et al.*, 2009). En ese sentido, la situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante social de la salud, ya que dependiendo de las condiciones en las que se realice el proceso de migración, aumenta la exposición a riesgos.

Al analizar la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2022 (CASEN, 2023) sobre población migrante en Chile, se evidencia que en la población nacional la pobreza ha disminuido, sin embargo, en población migrante ha aumentado progresivamente en las mediciones de 2015, 2017 y 2022.

**Figura 1.** Incidencia de la pobreza multidimensional según lugar de nacimiento, 2015, 2017 y 2022



*Nota.* Ministerio de Desarrollo Social y Familia Casen 2015-2022.

En contraste con los hogares con jefatura nacida en Chile que han experimentado una disminución sostenida en sus niveles de hacinamiento en los años de medición, los hogares con jefaturas nacidas fuera del país muestran niveles de hacinamiento persistentes y superiores al promedio, lo que se traduce en una ampliación de la brecha entre ambos grupos en este indicador. Si consideramos “hacinamiento medio”, es decir, cuando hay entre 2,5 y 3,4 personas por dormitorio de uso exclusivo; en nacidos fuera de Chile este índice corresponde a 12,6%, versus un 2,6% en población nacional. Respecto

a CASEN 2017, el porcentaje de hogares donde alguno de sus miembros ha sido tratado injustamente o discriminado en los últimos 12 meses, la cifra en población nacional es de un 12,7%, mientras que en población migrantes es de un 32,2% (SERMIG, 2023).

## **Marco Normativo Sobre Acceso a la Salud de Personas Migrantes**

A nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por Chile en 1972, plantea que se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Además plantea que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Observación General N°14 de la ONU) (Organización de la Naciones Unidas [ONU], 2000).

La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ONU, 1990), plantea que los Estados se comprometerán, de conformidad con los derechos humanos, a respetar y asegurar a todos los trabajadores migratorios y los familiares que se hallen dentro de su territorio o sometidos a su jurisdicción los derechos previstos en la Convención, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.

La Convención interamericana contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia plantea que los Estados se comprometen a adoptar la legislación que defina y prohíba claramente el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia, en especial en las áreas de empleo, participación en organizaciones profesionales, educación, capacitación, vivienda, salud, protección social, ejercicio de la actividad económica, acceso a los servicios públicos, entre otros. Más recientemente, en la Resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) N°WHA61.17 de

Salud de Inmigrantes de 2008 se promueve un enfoque de derechos humanos y determinantes sociales de la salud, que garantice el derecho a la salud de esta población (Organización Mundial de Salud [OMS], 2008). El año 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la Resolución 55/R13 “Salud de los Migrantes” y plantea a los países miembros, la necesidad de hacer ajustes normativos y jurídicos destinados a mejorar el acceso a la salud, independientemente de la condición migratoria y desarrollar acciones integrales y sensibles a sus condiciones y necesidades.

Finalmente, en el año 2020 la OMS estableció el Programa de Salud y Migraciones para proporcionar liderazgo mundial en cuestiones de salud y migración en el contexto del propio Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes 2019-2023, el cual fue extendido hasta 2030.

En el ámbito nacional, por su parte, la Constitución de la República de Chile plantea, sobre el derecho a la protección de la salud, que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. El Ministerio de Salud, desde el año 2003 ha tomado medidas especiales de protección para la población migrante, especialmente en lo referido a la atención de salud de niñas, niños y adolescentes (NNA), personas embarazadas, personas en situación migratoria irregular, entre otras.

De acuerdo con Larenas y Cabieses (2018), con el fin de abordar situaciones discriminatorias que enfrentaban los migrantes en Chile, el Ministerio del Interior emitió el Oficio Circular N°1179, anunciando acuerdos con los Ministerios de Educación y Salud. Estos acuerdos buscaban facilitar la integración de menores en situación migratoria irregular en el sistema educativo y proporcionar atención médica, control y seguimiento del embarazo a mujeres embarazadas en situación migratoria irregular, mediante la concesión de permisos de residencia y visas temporales, respectivamente. Posteriormente, el Ministerio del Interior complementó esta medida con el Oficio Circular N°6232, ampliando los beneficios a mujeres embarazadas con

residencia vencida y estableciendo consideraciones adicionales para menores en situación migratoria irregular.

Además, el Decreto N°84 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado el 8 de junio de 2005, promulgó la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. En esta convención, el artículo 28 reconoce el derecho de los trabajadores migratorios y sus familiares a recibir atención médica de urgencia en igualdad de condiciones que los nacionales, sin importar su situación migratoria, y el artículo 43 garantiza igualdad de trato en el acceso a servicios sociales y de salud para los trabajadores migratorios en comparación con los nacionales.

Por su parte, el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N°1, de 2005, del Ministerio de Salud establece en su artículo 132, que: “Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 146 y 159.”

## **Avances en la Garantía del Derecho a la Salud de Personas Migrantes en Chile**

El marco normativo que rige respecto a Personas Migrantes y Refugiadas en el Ministerio de Salud es la Política de Salud de Migrantes Internacionales (Resolución Exenta N°1308 del 30 de octubre de 2017), cuyo propósito es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos.

La política se elaboró a partir de un equipo asesor de inmigrantes en septiembre de 2014, con presencia de personeros de la Subsecretaría de Salud Pública, de Redes Asistenciales, el seguro público de salud (Fondo Nacional de Salud - FONASA) y la Superintendencia de Salud, siendo la instancia final la elaboración de la Política de salud de inmigrantes ya mencionada.

Este proceso se inserta dentro de lo mandatado por el instructivo presidencial N°005 sobre Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria de 2015, durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.

La construcción de la política desde los lineamientos antes mencionados se presenta por el equipo asesor sectorial de salud de migrantes internacionales, que en su posición de asesores de la ministra de salud, instan la necesidad de elaboración de desarrollar una política de salud que responda al contexto de aumento de las migraciones en Chile, que vuelve indispensable la actualización de una ley que proteja la salud de aquellas personas migrantes, la mayoría en situación de vulnerabilidad desde su lugar de origen y cuya situación no ha cambiado en su estancia en Chile.

Asimismo, como parte de los contenidos del programa del gobierno mencionado, se decidió contar con una política nacional migratoria que respetara los derechos humanos promoviendo su inserción social, que fue base para el desarrollo de la política de salud para migrantes. Así, desde el sector salud, sin introducir discusiones a nivel legislativo que podrían prolongar el proceso, el Ministerio de Salud emitió un memorándum (Circular N°6, 2015) (Ministerio de Salud, 2015) donde se estableció de forma explícita, desligar la atención de salud de la condición migratoria (permisos de residencia); y se instruyó a los establecimientos de salud a brindar todas las prestaciones que requieran niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años, y mujeres embarazadas, atención de urgencia y prestaciones de salud pública universales como anticoncepción de emergencia, vacunas, enfermedades transmisibles, atención de tuberculosis, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y educación sanitaria.

Además, en este memorándum se estableció que todas las personas en situación migratoria irregular y 'carentes de recursos' se incorporaran al FONASA como beneficiarias no contribuyentes y con acceso a todas las prestaciones de salud de manera gratuita. Este memorándum fue respaldado en 2016, a través de la publicación del Decreto Supremo N°67, con lo cual institucionalizaron las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas migrantes irregulares como 'carentes de recursos'. Esta medida permitió contar con un soporte normativo y avanzar en la implementación del marco normativo relacionado con el acceso a los servicios de salud con cobertura financiera para personas migrantes, independientemente de su



condición migratoria. Este Decreto Supremo se implementó con la Circular A15/N°4, que establecía que las personas migrantes obtendrían un Número de Identificación Provisorio (NIP) previa calificación de carencia de recursos y verificación de documentación en un establecimiento de salud (documentos de identidad y comprobante de residencia).

Dicha circular establecía que en el establecimiento de salud se solicitaban los documentos de la persona, los cuales eran enviados por email a FONASA y eran funcionarios de esta institución quiénes los analizaban y emitían el NIP. En el caso de indocumentación de las personas, se realizaba un estudio social para evaluar la veracidad de la información entregada.

Sin embargo, debido al aumento de los flujos migratorios entre 2019 y 2022, en algunas regiones del país, la emisión de los Números de Identificación Provisorios (NIP) demoraba meses, transformándose en una barrera de acceso a la salud (no se atendía a las personas por no poseer NIP). Así, diversos movimientos sociales migrantes y promigrantes a lo largo del país manifestaron su descontento en las instancias de participación social en salud, especialmente en las mesas regionales de migración y salud lideradas por la línea técnica de migración y salud del Ministerio de Salud.

En marzo de 2023, reconociendo la necesidad de las personas migrantes y bajo el mandato del gobierno del Presidente Gabriel Boric, se elabora la Circular N°A15/N°5, que agiliza el proceso de emisión de NIP, mediante la entrega inmediata de dicho número en los establecimientos de salud y mismo ante la indocumentación de la persona; una vez que el NIP corresponde a un número exclusivo para salud y es la persona quién completa una declaración jurada con la información solicitada, siendo el funcionario público de salud un ministro de fe de dicha información. De esta forma se atiende la demanda de personas migrantes sin documentos o permisos vigentes, que declaran carecer de recursos (en los términos del Decreto N° 67 y la Circular A15/ N°5) y que tienen derecho, en tanto beneficiarios de FONASA, a acceder todas las prestaciones del régimen de prestaciones de salud, en idénticas condiciones que los nacionales y que las personas migrantes con permiso de residencia vigente.

La implementación de la Circular A15/N°5 impactó directamente en la emisión de NIP, facilitando la inscripción en salud de las personas, con un aumento significativo desde su emisión en marzo de 2023; tal como se observa en la tabla a seguir:

Tabla 1. Emisión de Números de Identificación Provisorios (NIP) año 2023

Año 2023													
Meses	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total
Total	14.643	6.050	12.404	22.480	28.554	18.751	15.384	16.129	11.188	14.839	13.908	9.799	184.129

*Nota.* Información de fuente FONASA, 2024.

Por otro lado, a nivel organizacional, el Ministerio de Salud de Chile se divide en las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, lo cual tiene como objetivo principal mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud en el país. La Subsecretaría de Salud Pública se enfoca en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la coordinación de políticas públicas para mejorar los determinantes sociales de la salud.

Por su parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga de la planificación, gestión y supervisión de los servicios de salud, incluyendo la atención primaria, secundaria y de emergencia, con el fin de garantizar una atención integral y oportuna para la población. En ambas subsecretarías existe la línea técnica de migración y salud, quienes coordinan la bajada territorial de la política de salud de migrantes internacionales a través de la Red de Salud de Migrantes con referentes técnicos en todas las Secretarías Regionales (SEREMIS) de Salud, Servicios de Salud, Hospitales y Establecimientos de Atención Primaria.

En todas las SEREMI se encuentra el Programa de Migración y Salud, desde donde se articula el trabajo desde las Mesas Regionales de Migración y Salud, con participación de Organizaciones Migrantes y Pro Migrantes, además de participación sectorial e intersectorial. En Atención Primaria se encuentra el Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes (PRAPS), que se

orienta a disminuir brechas en el acceso a la atención integral de salud a personas migrantes y fomentar la entrega de prestaciones de salud con pertinencia cultural.

Además, desde el inicio de la Pandemia por COVID-19, se evidenció en el norte de Chile una crisis humanitaria mantenida en el tiempo, con el ingreso de personas por pasos no habilitados, lo que implica una alta exposición a riesgos y vulnerabilidades, entre ellos, problemas de salud mental y violencia. Este tipo de migración, si bien existía, se intensificó en pandemia y ha puesto en riesgo la integridad y dignidad de las personas en movilidad, aumentando el tráfico de migrantes.

La situación se ha experimentado de manera dramática en la zona norte, debido al aumento de personas migrantes en tránsito (personas que han ingresado a Chile por pasos fronterizos no habilitados), que aún no han llegado a su destino y se encuentran temporalmente en una residencia, albergue, situación de calle o allegados en un hogar hasta llegar a su destino final. Teniendo en cuenta el contexto descrito y en el marco de la cooperación internacional, la Subsecretaría de Salud Pública convocó a las agencias internacionales para aportar en la respuesta, cada una con sus aportes específicos. Así, en colaboración entre Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se desarrolló entre 2021 y 2023 una intervención inédita orientada al fortalecimiento y desarrollo de capacidades en las regiones del norte de Chile, mediante la implementación de duplas sanitarias y psicosociales, con la contratación de profesionales de Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Técnicos de Nivel Superior en Enfermería y Técnicos Sociales para el fortalecimiento de equipos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud.

Estas duplas buscaban mejorar la respuesta de salud a las personas migrantes durante el tránsito y destino, mediante el fortalecimiento de los equipos de Migración y Salud de las regiones del norte y centro norte del país. A nivel sectorial, se ve una mejora en la relación con los establecimientos de salud, logrando derivaciones efectivas y sus respectivos seguimientos, apoyo en la coordinación para entrega de NIP y canalización de barreras de atención

identificadas siendo la dupla un puente entre la población y la institucionalidad.

Esta estrategia ha mejorado el acceso a la atención sanitaria y la protección financiera de poblaciones rezagadas, así como a la atención de necesidades de poblaciones específicas, con lo cual contribuye a los objetivos de la cobertura universal en salud y por lo que esta estrategia ha sido presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los 49 ejemplos de buenas prácticas a nivel global para la promoción de la salud de personas migrantes y refugiadas en una publicación del 2023 (OMS, 2023).

Considerando los resultados y la evaluación de la estrategia durante el periodo 2021-2023 y en el marco del rediseño del Programa de acceso a la atención de salud a personas migrantes, se incluye como componente la estrategia de Duplas sociosanitarias como “Equipos Sanitarios y psicosociales que mejoran la respuesta de salud de las personas migrantes en situación de vulnerabilidad, durante el ingreso, tránsito y destino, en regiones y Servicios de Salud priorizados” incluyendo el financiamiento para la contratación de los equipos para el año 2024.

## **Desafíos para la Garantía del Derecho a la Salud con Personas Migrantes**

En un contexto de crisis migratoria, las personas migrantes pueden enfrentar estigmatización y discriminación en la sociedad, lo que dificulta aún más su acceso a la atención médica y los servicios de salud. La percepción negativa hacia las personas migrantes puede afectar su bienestar físico y emocional, así como su disposición a buscar ayuda médica cuando la necesitan.

Es imprescindible que el Estado chileno avance en políticas de regularización migratoria, así como en la deconstrucción del estigma y prejuicios asociados a las personas migrantes. La inseguridad debido a su situación migratoria y el temor a la deportación puede llevar a las personas migrantes a evitar buscar atención médica incluso en casos de emergencia.

Es por esto que el Ministerio de Salud emitió en diciembre de 2023 un memorándum (Ordinario B37/N°4958), que establece la improcedencia

legal de proporcionar datos personales de personas migrantes por parte de los establecimientos de salud a otras instituciones (tales como policía y migraciones), una vez que:

- Según la Ley 20.584 de Derechos y Deberes en Salud, la información relacionada con la atención médica de una persona, incluyendo la ficha clínica y otros documentos médicos, se considera como datos sensibles y está protegida por la ley de protección de la vida privada.
- La Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada establece que quienes manejen datos personales, ya sea en instituciones públicas o privadas, están obligados a mantener en secreto esta información. Los datos personales solo pueden utilizarse para los fines autorizados por la ley o con el consentimiento informado por escrito del titular.
- La solicitud de información sobre datos personales de pacientes por parte de instituciones ajenas excede sus atribuciones, a menos que exista una ley específica que lo permita. En el caso de personas migrantes, la Ley 21.325 de Migración y Extranjería no otorga autoridad a la autoridad migratoria ni a la Policía de Investigaciones para solicitar dichos datos.

Este memorándum se encuentra en armonía con lo dispuesto por el derecho internacional que, a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha establecido respecto a las obligaciones de los Estados con las personas migrantes y refugiadas en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Chile y que se encuentra vigente, que “Además de garantizarse el acceso a la atención sanitaria sin discriminación, debe establecerse una rigurosa separación entre el personal de atención sanitaria y las fuerzas del orden”, así como debe también desvincularse la prestación de atención médica de la aplicación de las leyes de migración y extranjería, estableciendo un “cortafuegos” entre dichos ámbitos.

Así, la irregularidad migratoria puede agravar los problemas de salud de las personas migrantes y de la comunidad en general, por lo que

competente al Estado chileno avanzar en medidas de especial protección para este grupo de la sociedad. De acuerdo con la CASEN 2022, la proporción de personas migrantes sin ningún tipo de previsión de salud el año 2022 fue de 16,4% en contraste con población local, la cual sólo registra 1,7%. Es decir, el porcentaje de quienes no poseen ningún tipo de previsión de salud en personas migrantes, actualmente en Chile, es 8 veces mayor que para la población nacional. En otras palabras, ante la ausencia de un sistema universal de salud, el 16,4% de las personas migrantes en Chile debe pagar por su atención de salud; por lo cual se debe avanzar en la garantía del derecho a la salud de todas las personas en el territorio nacional, en concordancia con el marco normativo nacional e internacional.

Se espera que en futuras mediciones la encuesta CASEN permita vislumbrar el efecto de la Circular A15/N°5 respecto a este indicador, una vez que durante la medición de CASEN 2022 aún no existía este instrumento normativo que posiciona a Chile como un país que, a pesar de no poseer un sistema universal de salud, avanza en la garantía del derecho a la salud de personas migrantes y refugiadas, independiente de su condición migratoria.

## **Consideraciones finales**

La Observación General N° 14 elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU, 2000), aborda el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y considera que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. En dicha observación se señala que la implementación del derecho a la salud abarca los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas las personas.

En Chile, la disponibilidad y calidad están dados en iguales condiciones que a los nacionales, es decir existen los mismos establecimientos de salud y

respuestas sanitarias para todos, como también la calidad (científica) de los servicios en un territorio. En ese contexto, las personas migrantes se enfrentan a barreras en el ejercicio del derecho a la salud en mayor medida que los nacionales, específicamente en sus elementos de accesibilidad y aceptabilidad (Liberona, 2015; Cabieses *et al.*, 2017).

De acuerdo con Hirmas *et al.* (2013), en cuanto a la accesibilidad, como punto de ingreso al sistema, el Estado tiene la obligación de entregar los bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física, económica y de la información. En ese sentido, la adscripción a un seguro de salud (previsión de salud) de las personas migrantes internacionales es un indicador trazador de acceso en Chile, la brecha descrita entre nacionales y personas migrantes se interpreta como una falta de garantía en el acceso, pero también como una brecha en la implementación de derechos fundamentales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2018).

Según la OMS (2016), los obstáculos para el acceso a los servicios de atención de salud varían de un país a otro; pueden comprender, según los casos, diferencias idiomáticas y culturales, costos elevados, discriminación, trabas administrativas, imposibilidad de afiliarse a los planes locales de financiación de la salud, condiciones de vida adversas, ocupación o bloqueo de territorios y falta de información sobre los derechos en materia de atención sanitaria.

En esa línea, los estudios disponibles indican que las barreras de accesibilidad son evaluadas de forma cualitativa, por ejemplo, de acuerdo a Cabieses *et al.* (2017) y Sepúlveda (2019), al evaluar las brechas de accesibilidad, se da cuenta de que se explicarían por la falta de información, el desconocimiento del sistema de salud y de cómo funciona, así como por el desconocimiento de los derechos en salud y la oferta programática.

Por otro lado, la aceptabilidad se refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y adaptados. Lo anterior quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades en su diversidad, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida.

En esa línea, Calderón y Saffirio (2017) plantean que la falta de pertinencia cultural de las intervenciones de salud repercute en diversos ámbitos de la atención de salud, siendo uno de estos la adherencia de las personas migrantes a la oferta programática de salud. De acuerdo a Cabieles y Agurto (2021), la barrera más frecuentemente reportada por las personas migrantes, corresponde a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidas, pero no se sintieron tratadas con respeto en lo concerniente su cultura.

Bernales *et al.* (2017), al entrevistar a trabajadores de salud pública con respecto a personas migrantes, éstos relatan que se enfrentan un mundo culturalmente ajeno y desconocido, por ejemplo, respecto a las creencias sobre nutrición por parte de la población migrante o barreras de lenguaje que dificultan la comunicación y pertinencia cultural de la atención.

Así, las barreras de accesibilidad y aceptabilidad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile son relevantes debido al incremento y diversificación en los últimos años. El Estado chileno debe garantizar la regularidad migratoria como un mecanismo para superar las barreras descritas, trabajando en superar las diferencias injustas y evitables que afectan a las personas migrantes en Chile.

## Referencias

- CABIESES, B.; AGURTO, H. Plan de atención inicial de salud a migrantes internacionales en atención primaria en Chile. *In:* CABIESES, B.; OBACH, A.; URRUTIA, C. (Eds.). **Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.** Santiago: Universidad del Desarrollo, 2021.
- CABIESES, B.; BERNALES, M.; MCINTYRE, A.M. **International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies.** Santiago: Universidad del Desarrollo, 2017.
- CALDERÓN, F.; SAFFIRIO, F. Avances y Desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM. *In:* CABIESES, B.; BERNALES, M.; MCINTYRE, A.M. **La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.** Santiago: Universidad del Desarrollo, 2017.
- CASEN. Pobreza multidimensional, 2023. Disponible em: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados%20pobreza%20multidimensional%20Casen%202022.pdf>. Acceso em: 20 jun. 2024.



- CEPAL. **Migración internacional e inclusión en América Latina**. Análisis en los países de destino mediante encuestas de hogares, 2018.
- DAVIES, A.; BASTEN, A.; FRATTINI, C. Migration: A social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, v. 16, n. 1, p. 10-12, 2009. DEM. Migración en Chile 2005-2014. Santiago: DEM, 2016.
- HIRMAS, A. M. *et al.* Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review. *Pan American Journal of Public Health*, v. 3, n. 3, p. 223-229, 2013.
- INE-SERMIG. **Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020**. Disponible em: [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2022-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=7d8ebf6b\\_4](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2022-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=7d8ebf6b_4). Acceso em: 20 jun. 2024.
- LARENAS, D.; CABIESES, B. **Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular**: La respuesta del sector salud en Chile, 2018. Disponible em: <https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2019/04/acceso-CMS.pdf>. Acceso em: 20 jun. 2024.
- LIBERONA, N. La frontera cedazo y el desierto como aliado: Prácticas institucionales racistas en el ingreso a Chile. *Polis (Santiago)*, v. 14, n. 42, p. 143-165, 2015. DOI: 10.4067/S0718-65682015000300008.
- MINISTERIO DE SALUD. Circular A 15 Nro. 6 Atención de Salud de Personas Inmigrantes, 2015. Disponible em: <https://www.saludarica.cl/wp-content/uploads/2016/12/15-migrantes-circular-A15-06-ministerio-de-salud-para-descarga.pdf>. Acceso em: 20 jun. 2024.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud de los migrantes, Informe de la Secretaría, 2016. Disponible em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_24-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-sp.pdf). Acceso em: [data de acceso].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoting the health of refugees and migrants: Experiences from around the world, 2023. Disponible em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366326/9789240067110-eng.pdf?sequence=1>. Acceso em: 20 jun. 2024.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990**. Disponible em: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>. Acceso em: 20 jun. 2024.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**: observación general 14, 2000. Disponible em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. Acceso em: 20 jun. 2024.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. **Resolución N° WHA61.17, 2008**. Disponible em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf). Acceso em: 20 jun. 2024.
- SEPÚLVEDA, J. Derecho a la salud en la nueva constitución. *Cuad Méd Soc (Chile)*, v. 59, n. 3-4, p. 5-7, 2019.

SERMIG. **Pobreza y migración**: Desde la Casen 2022. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2023/12/Análisis-Casen-pobreza-migracion-SERMIG.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2024.

# CAPÍTULO 13

## ACCESIBILIDAD: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

Carlos Güida Leskevicius  
Nicole Lobos-Villatoro

### Introducción

El presente artículo se basa en reflexiones basadas en un proyecto desarrollado por los autores, el cual y con posterioridad a su sistematización y publicación (Lobos – Villatoro, N.; Artaza, O.; Güida, 2023), nos ha permitido profundizar en lo relacionado con la accesibilidad de la población en situación de vulnerabilidad social y los servicios de atención primaria de salud en Chile. El artículo se centra - en primer lugar - en una mirada crítica sobre la salud global y los discursos sobre la accesibilidad, para abordar luego lo que implica para la población en situación de vulnerabilidad su encuentro con la Atención Primaria de Salud y - finalmente - la accesibilidad en Chile desde las conceptualizaciones y prejuicios presentes en algunos equipos de atención en salud.

## La Salud Global y los Discursos Sobre la Accesibilidad

El estudio de la accesibilidad en atención en salud admite distintas aproximaciones teóricas y enfoques metodológicos (Sánchez – Torres, 2017), desde la década de los años 60 del siglo pasado (Comes *et al.*, 2007). La notoriedad que ha adquirido el debate acerca de la accesibilidad en la última década se relaciona con la agenda de la salud global, la cual abarca desde la última fase de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2013) a la agenda actual de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La asociación de la accesibilidad con la cobertura sanitaria universal es evidente en documentos de la Asamblea Mundial de la Salud (Asamblea Mundial de la Salud, [AMS], 2019) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la agenda 2030. Queda patente en la mayoría de ellos la referencia al acceso y a la accesibilidad, como si fuesen sinónimos. Por otra parte, los que se describe y analiza sobre el acceso/accesibilidad se enfoca más en los procesos de gestión sanitaria, que en los procesos sociales y antropológicos que están en juego.

Un estudio realizado en Chile sobre accesibilidad geográfica demuestra las limitaciones en la bibliografía de referencia de la perspectiva y metodología economicista (Añazco, 2022). Se puede afirmar que las visiones más integrales que problematizan el campo de la accesibilidad en salud quedan en un segundo plano ante las producciones que priorizan los aspectos comunicacionales de las agencias de cooperación y financiamiento internacional.

Autores que han sistematizado temas sobre accesibilidad la entienden como “la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera ágil cuando resulta necesario, lo que permite centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda” (Landini *et al.*, 2014 p.232).

A su vez la relación entre disponibilidad de servicios, accesibilidad y aceptabilidad resulta compleja, develando que pueden garantizarse las dos

primeras, pero finalmente no ser aceptables para determinados colectivos, como lo demuestran algunos estudios (Wallace; Enriquez- Haass, 2001).

Desde nuestra visión se puede entender a la accesibilidad como un vínculo en continua construcción entre sujetos, familias y colectivos con los servicios de atención en salud. Siguiendo a Comes *et al.* (2007, p.202):

el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. En este sentido, este equipo de investigación define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

Además, accesibilidad es más que la gestión adecuada de oferta y demanda, pues debe considerar otras dimensiones más allá de los sistemas de salud. Por ello deben considerarse desde la gestión, el estudio de la adherencia y de la calidad de atención. De allí la necesaria problematización de las dimensiones del atender, del proveer, del cuidar, de la educación en salud con personas, familias y comunidades, para lo cual la formación en gestión en salud puede ser insuficiente.

Según un informe de la OMS y el Banco Mundial (2022, p.3), que da seguimiento a la cobertura sanitaria universal, a nivel global “es crucial fortalecer los sistemas de salud sobre la base de una sólida atención primaria de salud con el fin de reconstruir para mejorar y de acelerar los progresos hacia la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y la seguridad sanitaria”. Comprendiendo el sentido de dicho informe, creemos que hay una diferencia sustantiva entre entender

la atención primaria como una estrategia que integra sectores, promueve la participación ciudadana y aborda la esfera medioambiental o comprenderla como un dispositivo sanitario que requiere “solidez” ante realidades que manifiestan una atención demasiado “básica” (que parece indicar la mínima inversión financiera).

Pues entonces, las mencionadas posibilidades de brindar “una atención de salud de calidad, segura, completa, integrada, accesible, disponible y asequible para todas las personas, dondequiera que estén, pero especialmente las más vulnerables” (OMS - BM, 2022, p.3) son pura retórica ante las carencias de los países y regiones “vulnerables”, y las lógicas de la dependencia económica internacional y del denominado “mercado”. El informe recalca la necesidad de impulsar inversiones financieras muy bien planificadas en personal de salud y asistencial, infraestructura de salud, medicamentos y otros productos de salud en la atención primaria desde una perspectiva intersectorial. Intersectorialidad sobre la cual, dicho informe, no deja evidencia de sus alcances conceptuales ni metodológicos.

Desde nuestra perspectiva, resulta trascendente no equiparar la denominada atención primaria a la mera atención sanitaria en el primer nivel de complejidad. Esto constituye la diferencia de una estrategia enmarcada en un sistema nacional de salud integrado a una política sanitaria que no puede ni siquiera articular con eficiencia los niveles de atención. La denominada “puerta de entrada” al sistema de atención acaba dejando enclaustradas a las personas usuarias, es decir, sin otras puertas en el marco de las listas de espera (Ministerio de Salud [MINSAL], 2023).

El informe mencionado plantea que la CSU es una decisión moral y política y que para un acceso de todas las personas deben superarse con urgencia las deficiencias en las infraestructuras, la disponibilidad limitada de servicios básicos, las debilidades en la formulación de las políticas de cobertura (evitando así los pagos directos de los más vulnerables), el déficit e ineficaz distribución de trabajadores de la salud cualificados, los precios prohibitivos de productos médicos y medicamentos de calidad, y la falta de acceso a tecnologías innovadoras y de salud digital (OMS y BM, 2022).

Por otra parte, el centrarse en la accesibilidad de “poblaciones vulnerables” – muchas veces definiéndolas desde una perspectiva ahistórica, estática y estereotipada, parece eludir la dimensión de la salud comunitaria y por lo tanto de los procesos participativos. Al decir de Rudolf *et al.* (2009) la participación y accesibilidad no son atributos que puedan agregarse al sistema de salud, sino que modifican radicalmente su dinámica, sus equilibrios y las propias miradas que el conjunto social tiene sobre los servicios de salud.

Distintos documentos que abordan la salud global, se posicionan desde los paradigmas de la salud pública y la salud colectiva, pero eluden la perspectiva de la salud comunitaria. Desde la salud crítica probablemente puedan valorarse capacidades aun en aquellas comunidades más afectadas por la pobreza, así como comprobar el peso de sobredeterminación de las desigualdades en salud (Almeida – Filho, 2021)<sup>4</sup>. Con dichas consideraciones se visualizarían los procesos históricos y económicos que condicionan la calidad de vida de comunidades y colectivos, entendiendo a la vulneración social como un constructo social.

La accesibilidad a la atención en salud, en definitiva, es mucho más que la cobertura financiera de la salud de los sectores en condición de pobreza o de vulnerabilidad social y mucho más que sólo el acceso al primer nivel de atención, por más trascendente que sea. Un ejemplo de ello, son las crónicas listas de espera en Chile para acceder a la atención con médicos especialistas, donde intereses corporativos y el modelo vigente de atención impide su resolución.

Una perspectiva que supere la mirada de la gestión y profundice en la producción de salud, debería superar la mirada biomédica para abogar por la accesibilidad al trabajo decente, a la educación de calidad, a la recreación y al arte, entre otras dimensiones de lo humano y de lo comunitario. En ese sentido, la accesibilidad puede ser nuevamente conceptuada, tomando en cuenta los aportes fundamentales del campo de estudios sobre la interfaz

---

4 Según Naomar de Almeida – Filho (2022), las modalidades de sobredeterminación son: “causação nos planos biológicos e clínicos; determinação da situação e das condições de vida; construção de políticas e instituições de saúde; produção de práticas e modos de saúde; invenção dos sentidos e narrativas da saúde”.

sociocultural y socioestatal (Moller; Ugarte, 2018), la inter/transculturalidad (Alarcón *et al.*, 2003; Maya; Cruz, 2018) y la competencia cultural en salud (Gouveia *et al.*, 2019). Pues “las características familiares y demográficas, así como las actitudes y expectativas previas y la propia percepción básica sobre el estado de salud influyen tanto en la accesibilidad, como en la utilización y satisfacción alcanzadas” (Sacchi *et al.*, 2007, p. 279).

Así también se releva la consideración de que la accesibilidad podría entenderse considerarse como los encuentros y desencuentros entre sujetos, valorizando esta vinculación y las subjetividades de cada persona, tanto de quienes participan desde lo institucional (servicios), como de quiénes lo hacen desde el lugar de “usuarios /pacientes/personas. Estos últimos además construyen sus relatos y disposición a la accesibilidad a partir de esa realidad construida con otros y otras, con las comunidades, colectivos, territorios de los que son parte, así como de las experiencias históricas y políticas.

## **Población en Situación de Vulnerabilidad y el Encuentro con la Atención Primaria de Salud**

El desarrollo de actividades a nivel comunitario por parte de los equipos de salud posee una rica y compleja historia en Chile, que tiene referencias clave en el pasado siglo como, el Código Sanitario de 1918 y la Constitución de 1925, que plantea como deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país (López, 2018).

Denominada por los programas sanitarios como Atención Primaria de Salud (APS), la historia reciente registra al menos cuatro décadas de implementación, con diversas transformaciones desde la recuperación del sistema democrático chileno, luego de un período de estancamiento. Se han sucedido reformas que, por momentos, parecen acercarse al espíritu de la Conferencia de Alma Ata (Gattini, 2019). Sin embargo, estas reformas se han llevado a cabo en el marco de tensiones propias del sistema político, de una constitución limitante y de concepciones dominantes en el campo sanitario tendientes a la mercantilización de la salud. En 2005, se estableció a los



servicios de nivel primario como la puerta de entrada al sistema sanitario y se propuso establecer el enfoque de salud familiar y comunitaria. Sin embargo, la implementación de este enfoque se vio tensionada y dificultada por razones como la formación biomédica de los equipos de salud, desconociendo y teniendo dificultades para incorporar las realidades sociales, históricas, comunitarias y familiares, replicando el modelo restrictivo-patogénico.

Otra de las dificultades, encontradas consiste en la baja resolutiveidad y la alta derivación hacia instituciones de niveles de mayor complejidad, esto se ve enfrentado con una población creciente y una planificación para un número menor de personas proyectado. Las presiones de los equipos de salud son altas, con bajo tiempo de atención para procesos diagnósticos, educativos, así como de tratamiento. Actualmente, la APS incorpora el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), profundizando en la centralidad de las personas y sus necesidades de salud (García-Huidobro et al, 2018), buscando integrar desde un modelo más ecológico donde se releva la influencia de familias y comunidades.

Si bien los equipos cada vez más se acercan a un enfoque biopsicosocial por el fortalecimiento de sus formaciones, prevalece una atención patogénica-restrictiva, así como la sobrecarga y el tiempo acotado en la atención. Unido a esto, la población en general demanda el “remedio” como eje satisfactor de su atención, existiendo cuestionamientos y comparaciones con los prestadores privados. El usuario o usuaria se posicionan como demandantes de servicios, más que como protagonistas en la construcción de su proceso de salud-enfermedad.

Así, el encuentro entre personas e instituciones en el marco de la accesibilidad, se vuelve compleja. Se propician desencuentros y prejuicios, subjetividades propias de los equipos de salud y construcciones de relatos de las personas y comunidades, respecto de una APS que, desde las políticas *top down*, busca acercarse a una mejor accesibilidad, pero que, desde la realidad presenta variadas tensiones. La comprensión de la accesibilidad entonces se vuelve más compleja, no sólo en cuanto al pago, o la distancia por recorrer, sino también en lo relacionado a lo que se conoce o lo que se ha escuchado al respecto.

## Accesibilidad en Chile Desde las Conceptualizaciones y Prejuicios de los Equipos de Salud

La accesibilidad requiere de la comprensión de las subjetividades de quienes son parte de las instituciones, pero también de quienes construyen relatos fuera de la institución, es decir de personas usuarias. Sus discursos se crean a partir de la sociedad en la que viven, lo histórico, lo cultural y sus propias vivencias, generando impacto entre quienes requieren la atención y quienes dan la atención.

En un trabajo<sup>5</sup> realizado por el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario<sup>6</sup>, se tuvo la intención de erigir colectivamente conceptualizaciones de poblaciones en situación de vulnerabilidad con perspectiva territorial para cada equipo de Atención Primaria de Salud (APS) participante, caracterizando a los grupos de personas que son atendidos. En ese sentido, se desarrolla una discusión global donde se establecen distinciones entre vulnerabilidad y pobreza.

Para los equipos de salud, la vulnerabilidad es comprendida como un estado de complejidad donde intersectan diferentes factores, que no están ni pueden ser manejados por las mismas personas, más bien se deben a variables estructurales que son acompañadas además por una estigmatización social. Mientras que la pobreza fue distinguida como algo vinculado a la carencia de recursos económicos, y que, por tanto, puede ser modificada, comprendiéndose igualmente la existencia de vinculación entre ambos conceptos. (Villalobos *et al.*, 2021)

De acuerdo con la sistematización mencionada, en el diálogo con los participantes se describe que, en las poblaciones en situación de vulneración se denotan como características, la constante asistencia de estos grupos de personas a los centros de salud primaria, dando cuenta del rol significativo de este tipo de instituciones en el territorio, así como la gran carga sociosanitaria sostenida. Se evidencia la problemática estructural para estos grupos de

---

5 Se refiere al proyecto “Equipos de Salud como Agentes Educadores, en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad” en el marco de la pandemia por COVID 19, el cual financiado a partir de fondos concursables de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

6 El Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario es una unidad académica de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales, de Universidad de Las Américas. Web: <https://salud-sociales.udla.cl/departamento-de-salud-y-desarrollo-comunitario/>

población, en la falta de protección social y bajo nivel de acceso a servicios básicos, así como a niveles descendidos de apoyo social. Se observa además la presencia de hacinamiento, trabajos informales, “disfunciones familiares” siendo relevadas las situaciones de violencia intrafamiliar y abandono. (Villalobos, 2021)

Se expresan situaciones diversas a partir de las percepciones de los equipos de salud participantes del proyecto, entendiendo que se establecen tres conglomerados principales vinculados a las regiones o delimitaciones geográficas en las que se sitúan. Por un lado una fuerte ruralidad con la condición de escasez hídrica y aislamiento territorial; por otro lado, una población con arraigo a fuertes prácticas paternalistas y clientelistas, enmarcadas en implementaciones de políticas públicas fallidas por parte del Estado y con fuertes componentes de mercado; estigmatización de barrios populares y narcotráfico, asociándose estas a personas en situación de migración. (Villalobos; Márquez, 2021)

Las distinciones de la pobreza y la situación de vulneración social, desarrolladas en lo conceptual no son reflejadas en las caracterizaciones locales, invisibilizándose las condiciones de género, de personas mayores, de personas privadas de libertad, de niñeces, entre otros grupos específicos. Dando cuenta así, de que las condiciones propias de ciertos grupos de la población pueden no estar siendo observadas como factores trascendentales, tanto para el acceso con perspectiva de derechos a la atención, como no ser considerados en la misma atención.

Nuestra reflexión en torno de estos informes se centra en destacar cómo los equipos de salud de las regiones de Santiago, Valparaíso y Biobío conciben la pobreza con base en una condición “elegida” y susceptible de ser modificada por las personas, considerando la condición económica y el esfuerzo. Esto evoca la frase “el pobre, es pobre porque quiere”<sup>7</sup>. En este sentido, entonces se percibe a las personas en situación de pobreza como “menos evolucionadas”, “menos responsables”, “menos capaces”. (Peña; Toledo, 2017). De esta forma, la

---

7 Usada comúnmente en la sociedad chilena, dando cuenta del fuerte arraigo al sistema neoliberal, donde la meritocracia se asienta como un ideario que responsabiliza a las/los sujetos como únicos responsables de avanzar en la misma forma que todos y todas, sin distinción.

percepción de integrantes de los equipos de salud acerca de personas, familias y colectivos en situación de pobreza demuestra la existencia de prejuicios y actitudes negativas hacia las poblaciones que se encuentran en esta situación, consolidando la estigmatización y dando espacio a la discriminación.

Por otro lado, la omisión en el discurso de grupos específicos de la población que presentan situación de vulneración social se traduce en el acto mismo de omitir las dimensiones de la vida cotidiana y la carga de enfermedad de las personas cuando se da la práctica clínica, así como las posibilidades de llevar cabo las prescripciones a las personas y familias que concurren a los centros de atención. En ese sentido, parece que - en el escenario del box clínico - se pierde la posibilidad del trabajo vivo en salud en el acto (Franco, 2022).

Se hace latente que los equipos de salud conocen e identifican los determinantes sociales de la salud, pero que existe una gran dificultad por comprenderlos y aplicarlos en la práctica cotidiana, al menos para comprender su incidencia durante los procedimientos diagnósticos, de tratamiento y de rehabilitación e inclusive en el sentido de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, proyectándose e introyectándose en decisiones e indicadores de las políticas sanitarias.

Dicho lo anterior, la literatura internacional, menciona que la existencia de discriminación por parte de los equipos de salud puede incidir en un menor tiempo percibido en la atención, bajo involucramiento en la toma de decisiones y trato injusto (Benjamins; Middleton, 2019). Esta situación también es una realidad en Chile, lo que evidencia la presencia de discriminación en población de bajo nivel socioeconómico y perteneciente a una etnia. Esto repercute en la continuación o abandono del tratamiento desarrollando efectos secundarios de la misma enfermedad, así como generando impacto en sus familias (Ortiz, 2016).

Las percepciones de los equipos de salud participantes del proyecto, respecto de los grupos en situación de vulneración, denotan como un obstaculizador para la accesibilidad de las personas, familias y grupos específicos, al sistema sanitario del que son parte, estableciendo impactos además en la afiliación y confianza de quienes son atendidos. Es menester,

reconocer que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental, que busca que las personas puedan alcanzar el grado máximo de salud, mediante la posibilidad de tener igualdad de oportunidades. Los sistemas sanitarios, han buscado volcarse a la consideración de las personas, sus familias y comunidades, siendo elemental el buen trato entre equipo de salud y usuario/a, (Dois Castellón; Bravo; Valenzuela, 2019). Sin embargo, el modelo biomédico preponderante, aún en la formación de los y las profesionales, así como en la práctica profesional habitual, desagregan a la persona de su realidad social, cotidiana e histórica, productora de sentidos, de prácticas y por supuesto de cargas de morbimortalidad.

La APS en Chile, presenta indicadores que presionan a los equipos sanitarios a la mera atención clínica, centrada en metas sanitarias. Enarbolando el concepto de producción mediante número de atenciones, número de diagnósticos, entre otros, sin incorporar indicadores de procesos ni de elementos cercanos a la promoción de la salud. De esta manera, se impactan fuertemente los tiempos de atención reducidos que no colaboran con la integración de un sujeto biológico, social, psíquico, histórico y político.

Sin embargo, los equipos consultados han relevado esta dificultad, haciéndola latente y dando cuenta de que el “sector salud”, no es el único actor en los procesos de salud -enfermedad de la población a cargo. Más bien, esgrimen la necesidad de interdisciplinariedad e intersectorialidad para sostener procesos que mejoren el bienestar y así también el acceso a la salud y su cuidado. Entre ellos se menciona la necesidad de fortalecer el vínculo con las comunidades, dado que las problemáticas socio sanitarias y de cualquier otra índole, son primeramente resueltas o aconsejadas desde ese sociocuidado. Y en ese sentido, el trabajo con las personas líderes comunitarias y la promoción de la alfabetización crítica en salud, colaboran con la educación en salud en los territorios. Además, promueve el acceso a los sistemas sanitarios de manera más efectiva y eficiente.

Otros esfuerzos hacia grupos de la población en situación de vulneración se han desarrollado a partir del análisis crítico y de interés de

los mismos equipos de salud, de los hacedores de la política pública. Por supuesto que de la sociedad civil y *stakeholder* que han relevado necesidades y estrategias para implicar a las personas a acercarse a la denominada APS. En este sentido se observa, por ejemplo, el programa Chile Crece Contigo, como parte de una política pública intersectorial y de Estado, que busca garantizar el acompañamiento de la madre gestante hasta el desarrollo de un niño o una niña hasta los nueve años, desarrollando además seguimiento domiciliario en familias de menores ingresos económicos.

Existen programas que incorporan la salud de pueblos originarios, así como facilitadores interculturales; la gran migración de población haitiana hablante de creole generó el desafío de la comunicación, por lo que se han incorporado facilitadores para colaborar en las atenciones y consultas. Mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes migrantes, aún en situación irregular, tienen acceso a la atención pública. Además, existen esfuerzos y/o experiencias como espacios amigables para la comunidad LGBTIQ+ y para adolescentes, considerando sus necesidades de horario y requerimientos particulares según el sistema de atención.

En este panorama, las personas privadas de libertad no han sido consideradas suficientemente. Es más, la institucionalidad sanitaria a la que se adscriben durante el cumplimiento de su condena no está vinculada al Ministerio de Salud, aun menos se encuentran vinculados a algún centro de atención primaria, ofreciéndose en muchos recintos escasas horas profesionales o bien equipos de salud reducidos y con baja preparación para las problemáticas existentes.

En definitiva, desde el sistema sanitario chileno, la denominada APS es empujada a potenciar la atención a la población en situación de vulnerabilidad social, persistiendo igualmente la omisión de ciertos grupos específicos. Sin embargo, no sólo están en juego las políticas o programas que buscan establecer la accesibilidad a la atención desde lo institucional, sino el encuentro entre sujetos con diferentes roles, quienes atienden, cuidan y acogen, y quienes buscan la atención, consultan e interactúan con los equipos. La comprensión de este encuentro es clave no sólo desde un “aquí y ahora” sino también desde la interpretación histórica,

política y cultural de las familias y comunidades, en las que se insertan las personas, que presentan relatos y subjetividades frente a la APS y con quienes la integran, de acuerdo con los principios que orientan a la APS desde su creación.

Lo que hemos analizado sobre las concepciones que poseen los equipos de salud del primer nivel de atención, acerca de la población en situación de pobreza y de vulneración social, incide en la accesibilidad en salud. El trabajo educativo que hemos desarrollado con estos equipos - en el marco de la capacitación en medidas de salud no farmacológicas durante la pandemia -, nos permiten afirmar contundentemente que las concepciones, actitudes y prácticas con población en situación de vulnerabilidad social es susceptible de cambio.

## Referencias

- ALARCÓN, A.; VIDAL, A.; NEIRA, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Méd. Chile*, v. 131, n. 9, Santiago, 2003.
- ALMEIDA-FILHO, N. Más allá de la determinación social: ¿sobredeterminación, sí! *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 12, e00237521, 2021.
- AÑAZCO, I. Accesibilidad a centros de salud familiar en la conurbación de Chillán y Chillán Viejo (Ñuble), Chile. *Revista Tiempo y Espacio*, n. 49, 2022.
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. **Punto 11.5 del orden del día 24 de mayo de 2019.** Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, 2019.
- BENJAMINS, M. R.; MIDDLETON, M. Perceived discrimination in medical settings and perceived quality of care: A population-based study in Chicago. *PloS one*, v. 14, n. 4, e0215976, 2019.
- COMES, Y. *et al.* El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, v. XIV, pp. 201-209, 2007.
- DOIS CASTELLÓN, A. M.; BRAVO VALENZUELA, P. F. Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, v. 35, n. 4, e813, Epub 01 de diciembre de 2019.
- FRANCO, T. El Covid-19 como una pandemia analítica. *In*: GÜIDA, C. D. L.; PÉREZ ABARCA, R. H.; FRANCO, T. B. (orgs.). **Diálogos en Sociocuidados Latinoamericanos**: perspectivas en tiempos de pandemia. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.
- GARCÍA-HUIDOBRO, D. *et al.* Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista panamericana de salud pública*, v. 42, 2018.
- GATINI, C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos (Resumen). *Ochisap*, 2019. Disponible em: [https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS\\_en\\_Chile\\_Resumen\\_CG1219.pdf](https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_Resumen_CG1219.pdf). Acceso em: 20 jun. 2024.

- GOUVEIA, E.; DE OLIVEIRA, R.; SOARES, B. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista brasileira de educação médica**, v. 43, n. 1 Supl. 1, pp. 82-90, 2019.
- LANDINI, E.; GONZÁLEZ, V.; D'AMORE, E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, pp. 231-244, 2014.
- LOBOS – VILLATORO, N.; ARTAZA, O. Y; GÜIDA, C. (compiladores). **Universidad, Comunidad y Pandemia: Experiencias de trabajo con equipos de salud como agentes educadores**. UDLA – Chile, 2023.
- LÓPEZ, M. **¿Salud para Todos?** La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Ministerio de Salud, 2018.
- MAYA, A.; CRUZ, M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. **Revista Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 50, n. 4, pp. 366-384, 2018.
- MINISTERIO DE SALUD. **Lista de Espera No GES y Oportunidad GES retrasada**. Ley de presupuesto 21.516, 2023.
- MOLLER, S.; UGARTE, J. Participación en salud: Análisis de interfaz socioestatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile. **Cuad Méd Soc (Chile)**, v. 58, n. 3, pp. 37-45, 2018.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Salud mundial y política exterior**. Asamblea General. Sexagésimo séptimo período de sesiones. A/RES/67/81, 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO / BANCO MUNDIAL. **Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2021**. Resumen ejecutivo. Ginebra, 2022.
- ORTIZ, S. *et al.* Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. **Revista Médica de Chile**, v. 144, n. 10, pp. 1270-1276, 2016.
- RUDOLF, S. *et al.* **Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud**. Facultad de Psicología /CSIC, Udelar. Montevideo: Editorial Fin de Siglo, 2009.
- SACCHI, M.; HAUSBERGER, M.; PEREYRA, A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. **Salud Colectiva**, v. 3, n. 3, pp. 271-283, 2007.
- SÁNCHEZ-TORRES, A. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 55, n. 1, pp. 82-9, 2017.
- VILLALOBOS, D.; MÁRQUEZ, D. **Informe de Sistematización: “Capacitación de equipos de salud como agentes educadores en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad”**. Proyecto de capacitación “Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19”. Documento Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Facultad de salud y Ciencias Sociales. UDLA, 2021.
- WALLACE, S.; ENRIQUEZ-HAASS, V. Equidad en el sistema de atención médica para adultos mayores en los EE. UU. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 10, n. 1, 2001.



# CAPÍTULO 14

## TAYTA-WASI: ACERCANDO AL ADULTO MAYOR A LOS SERVICIOS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN UN CONTEXTO URBANO-MARGINAL DE LIMA, PERÚ

Giovanni Meneses  
Javier Natividad Álvarez Paredes  
Rocío Elizabeth Chávez Álvarez  
Eduardo Ortega Guillén  
José Miguel Arca González del Valle

### Introducción

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Ministerio de Salud, 2011a). Las políticas públicas latinoamericanas enfatizan, principalmente, el derecho a la salud de las poblaciones excluidas y dispersas.

En el caso del adulto mayor, definido como toda persona mayor de 60 años, el ejercicio de este derecho es particularmente crítico y desafiante, porque, a las limitaciones físicas y fisiológicas propias de la edad, se suman la marginación y el edadismo, que lo colocan en un ambiente de discriminación y afectan negativamente su bienestar. El edadismo se refiere a la forma de pensar

(estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En una situación de marginalidad y pobreza extrema, propia del entorno urbano-marginal. Es evidente que la legislación no se cumple, por más que la protección de la salud sea de interés público y una responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Esta realidad se debe a la inexistencia de una red de apoyo social funcional (Sluzki, 1996) y a la carencia de cuidadores (Quintero, 2011) que puedan asumir la situación de salud del adulto mayor, ya que muchas veces estas personas deben trabajar para asegurar su propio sustento.

Estos desafíos exigen alternativas organizativas para fomentar la atención domiciliaria desde una perspectiva integral y de calidad (Esteban, 2005) así como la implementación de nuevos espacios para garantizar el acceso a la Atención Primaria de Salud en el contexto urbano-marginal (OMS, 1978), ya sea considerando el Primer Nivel de Atención (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2009) o el Modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad (Ministerio de Salud, 2011b).

## **Envejecimiento, Demografía y Epidemiología en Latinoamérica y el Perú**

Se estima que hacia el año 2050, los adultos mayores se duplicarían, y la mayoría viviría en países de bajos y medianos ingresos, como los latinoamericanos (OMS, 2015). El aumento rápido de la población adulta mayor, que supera los 88,6 millones en esta Región, ya muestra importantes consecuencias económicas, sociales y epidemiológicas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2023).

Debido a la rápida transición demográfica se prevé más de 220 millones de adultos mayores en América Latina hasta el año 2060, igualando la distribución por edad de Europa y superándola hasta finales del año 2100, alertando a los países de la región para que garanticen el éxito de las políticas

públicas con acciones dirigidas a corregir las desigualdades, inequidades y vulnerabilidades sociales (Faria *et al.*, 2022), tomando el envejecimiento poblacional como una oportunidad y no como un problema (CEPAL, 2023).

Es importante resaltar que los graves efectos de la pandemia afectaron las estructuras de los sistemas de salud de los países de la región, siendo necesario garantizar el acceso y cobertura universal a la salud. La crisis global socioeconómica y sanitaria expuso también a los grupos más vulnerables de la población, entre ellos a los adultos mayores; durante la pandemia de la Covid-19 más de 51% de fallecimientos ocurrieron en personas con 70 años o más (Organización Panamericana de la Salud [OPAS], 2022).

En Perú, en la década de 1950, la estructura poblacional estaba compuesta básicamente por niños y niñas. De cada 100 personas, 42 eran menores de 15 años de edad; ya en el año 2022 esta situación se ha invertido, siendo que de cada 100 habitantes, 24 son menores de 15 años. Así, la población peruana sigue el ritmo del proceso de envejecimiento de América Latina, lo que aumentó la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 para 13,3% en el año 2022 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023a).

Así también, se proyecta que para el año 2050, un 20% de los peruanos conformará el grupo de personas adultas mayores. La población de 80 y más años pasó de 0,3% a 2,0% entre 1950 y 2020, y alcanzará 5,1% en el año 2050 (INEI, 2020a). En los últimos años, la proporción de hogares con algún miembro adulto mayor fue de 42,7% en el área rural, seguida por Lima Metropolitana con 41,7% y de los hogares del resto urbano con 36,8% (INEI, 2023b).

Por otro lado, el promedio de la esperanza de vida en el Perú es de 77 años. Se estima que en el quinquenio de 2020-2025, las mujeres tendrán un promedio de vida de 79,8 años y los hombres de 74,5 años, mientras que para el periodo de 2065 a 2070, se proyecta que las mujeres alcanzarán una esperanza de vida de 84,1 años y los hombres de 78,9 años. Ya en la capital, Lima, y en la provincia de Callao, la esperanza de vida es de 79,5 años, siendo la más alta del país. Las mujeres y hombres viven en promedio 81,6 y 77,5 años, respectivamente (INEI, 2020a, 2020b).

Si nos concentramos en la Región Sur de Lima, el grupo de 80 y más años de edad representaba el 1,5% de la población en 2010, porcentaje que se había incrementado en 100% desde el censo de 1993, lo que indicaba el envejecimiento de la población. A medida que la población envejece, el índice empieza a descender debido a los distintos patrones de mortalidad y migración de la población mayoritariamente masculina, por motivos económicos (Ministerio de Salud, 2011a).

En el año 2012, en la región de Lima y la Provincia Constitucional del Callao el 30,6% de las personas adultas mayores no tenía ningún tipo de seguro. Del 69,4% de afiliados a algún tipo de seguro, 48% estaban asegurados por la Seguridad Social en Salud (EsSalud) y apenas el 10,9% por el Seguro Integral de Salud (SIS), mientras que el 10,4% restante utilizaba otros tipos de asistencia sanitaria, lo que implicaba aún más la situación de salud de ese grupo poblacional en esta región importante del país (INEI, 2012).

## **El Adulto Mayor Vulnerable en Contexto Urbano-Marginal**

La población adulta mayor que habita las zonas urbano-marginales de Lima Metropolitana, es una población vulnerable, con grandes dificultades para ejercer con plenitud sus derechos frente al envejecimiento poblacional.

Si bien en los últimos años se han desarrollado diversas acciones dirigidas a las personas mayores, como la nueva Ley de la Persona Adulta Mayor, Ley N.º 30490 (promulgada en 2016) y su reglamento, la elaboración de una Política y un Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, y la implementación de programas y servicios focalizados, todavía existen déficits en el plano normativo y de las políticas públicas. (Defensoría del Pueblo, 2019).

Algunas condiciones de vulnerabilidad, agravan la situación socio-sanitaria de la población adulta mayor en la región de Lima Metropolitana, como:

- Mayor concentración en esa región, con aproximadamente 1,6 millones en 2021 (INEI, 2022).
- Además de ser muy poblados, los distritos periféricos del sur de

Lima congregan millares de adultos mayores, principalmente, Villa María del Triunfo, con 41 328 adultos mayores, Villa el Salvador con 35 447 y San Juan de Miraflores con 39 831.

- Tasa elevada de analfabetismo, en Villa María del Triunfo observamos 7,5% entre las personas de 65 a 69 años; con aumento proporcional conforme aumenta la edad (70 a 74 años con 10,6%; 75 a 79 años con 14,2%; 80 a 84 años con 16,7), con mayor predominancia entre las mujeres, (Ministerio de Salud, 2019).
- Hasta antes de la vigencia del Programa Pensión 65, inaugurado en el año 2011, el 23,9% de personas con 65 años a más se encontraba en situación de pobreza; el 7% en pobreza extrema; y el 94% y el 99% de las personas que vivían en pobreza y pobreza extrema, respectivamente, no contaban con ningún ingreso por pensión de jubilación (HelpAge International, 2016).
- La Encuesta Nacional de Hogares de 2017, también evidenció que el 45,87% de los adultos mayores y el 56,08% de las adultas mayores no recibía pensión de jubilación/cesantía, de viudez, orfandad, sobrevivencia, ni accedían al Programa Pensión 65 (Defensoría del Pueblo, 2019).
- Si bien se ha incrementado el aseguramiento en los adultos mayores pobres de Lima Metropolitana; cuya cobertura ha pasado de 26,7% a 31,8% (INEI, 2022), no ha aumentado la oferta de servicios integrales de salud para esta población.

Estas condiciones crean grandes dificultades para que la población adulta mayor de las zonas urbano-marginales de Lima Metropolitana pueda ejercer con plenitud sus derechos hacia una vida digna y saludable. De ese modo, el acceso del adulto mayor a una salud y cuidado integral se ve afectado, considerando la situación de vida y de salud de esta población peruana, principalmente en las zonas urbano-marginales.

Según la Encuesta Nacional de Hogares en 2010, solamente 8,6% de la población adulta mayor de 60 años había demandado atención de un servicio

de salud (INEI, 2012a). Este dato parecía confirmar la hipótesis de que los adultos mayores tenían serias dificultades para acceder a un servicio público de salud, bajo administración del Ministerio de Salud (MINSA). Asimismo, en la jurisdicción de Lima Sur y del resto de Lima Metropolitana, no existía un establecimiento de salud del MINSA que brindase atención integral y exclusiva a la población adulta mayor, que no asistía a un Centro de Salud por la lejanía, la demora en la atención y la falta de confianza en el establecimiento de salud.

## **El Tayta Wasi en Contexto Urbano-Marginal en Lima Sur – de la Atención del Daño a la Atención Integral**

Tomamos como referencia una experiencia exitosa realizada en el Sector José Carlos Mariátegui del distrito de Villa María del Triunfo, ubicado en el sur de Lima Metropolitana (Vallenas Pedemonte, 2014). En el año 2012, la Dirección de Salud de Lima Sur decidió implementar un Centro de Salud exclusivo para la atención del Adulto Mayor, denominado *Tayta Wasi* (Casa del abuelo, en la lengua *runasimi*), en honor a la población adulta mayor, que en su juventud migraba de las áreas rurales andinas del interior del país hacia la periferia de la Ciudad de Lima y que se asentó sobre los arenales y las lomas, con el objetivo de buscar una mejor calidad de vida para ellos y sus familias (Moreno, 2021; Ministerio de Salud, 2012).

El primer *Tayta Wasi* tuvo como objetivo brindar atención multidisciplinaria (médica, odontológica, nutricional, terapia física, farmacia, laboratorio, entre otros servicios de actividades preventivas y promocionales y de educación en salud) a esta población (Vasquez *et al.*, 2016).

A finales del 2010 y frente a la grave situación de salud y de calidad de vida de la población adulta mayor, el proyecto *Tayta Wasi* surge como una respuesta a la necesidad urgente de atención diferenciada e individualizada al adulto mayor, con el fin de reducir las barreras de acceso a los servicios de salud, brindándoles una oferta de cuidados integral y de calidad para contribuir con el bienestar, físico, psíquico, social, mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia, promover el fortalecimiento en sus capacidades y promocionar

su participación en el cuidado y autocuidado del adulto mayor en situación de vulnerabilidad y fragilidad (Vallenas Pedemonte, 2014).

La planificación desde el Estado fue dirigida a contribuir al envejecimiento activo y saludable, que permita el mayor grado de bienestar posible. Sus objetivos específicos eran disminuir la morbilidad y discapacidad prevenible; incrementar las redes de apoyo social e incrementar la seguridad económica de los adultos mayores. Para cumplir estos objetivos se realizaron adecuaciones de infraestructura para el fácil desplazamiento de las personas dentro del local y se instaló una oficina del Seguro Integral de Salud para suscripción y afiliación de adultos mayores y apoyo para superar la barrera de acceso económico-social (Vallenas Pedemonte, 2014).

Entre las actividades socio-sanitarias desarrolladas en el *Tayta Wasi*, fue importante la recuperación de la sonrisa de los adultos mayores mediante el “Programa sonriendo a la vida”, de inserción de prótesis dentales a las personas que habían perdido piezas dentales a lo largo de sus vidas, con el apoyo de odontólogos. Así también, fue necesario el apoyo psicológico para problemas de salud mental, como la depresión, o problemas de malnutrición o anemia, que también requirieron el cuidado continuado por un nutricionista. No menos importante, fue apoyarlos para recuperar la actividad física deteriorada por medio de la fisioterapia, o recuperar la agudeza visual con el “Programa viendo la vida”, para tratamiento oftalmológico y optometría, además de la acción “Activos y Saludables”, en coordinación con la Municipalidad de Villa María del Triunfo (Radio Programas del Perú [RPP], 2012).

En la intención de incrementar el número de población adulta atendida, se consideró en la cartera de servicios diferenciados: Medicina General, Odontología, Nutrición, Fisioterapia, Enfermería, Optometría, Psicología y Servicio Social (Silva, 2013; Alvarado, 2014).

En lo que se refiere a las actividades extramurales, destacamos la prevención con vacunas, la afiliación al SIS del MINSA y actividades sociales y recreativas en la comunidad, como talleres de *Taichi* y artesanales y talleres de actividades artísticas y recreativas, con el apoyo interprofesional, intersectorial

e interdisciplinar, además del apoyo directo de enfermería y asistencia social del Programa, convirtiéndose no solamente en un lugar de acciones de recuperación del daño de la salud, sino también, en un espacio de encuentro y socialización para el uso saludable del tiempo libre de esas personas adultas mayores (Silva, 2013).

Cabe destacar que los servicios prestados atendían a las reales necesidades sentidas por la población adulta mayor que vivía en ese contexto urbano-marginal. Tales servicios se sumaban a la atención de medicina y cirugía generales (Vallenas Pedemonte, 2014). Asimismo, se efectuaron coordinaciones con otras entidades que trabajaban con esta población, como el Centro Municipal Integral de Atención del Adulto Mayor (CIAM) para la realización de talleres, o se coordinó con universidades públicas y privadas que realizaban prácticas en salud básica en esta jurisdicción (Silva, 2013; Lagos, 2015).

Por otro lado, conociendo la elevada prevalencia de analfabetismo, sobre todo entre las mujeres adultas mayores, fue posible una alianza del Centro de Educación Básica Alternativa (CEBA) del distrito, que apoyó con actividades educativas en el propio local del *Tayta Wasi*, para evitar mayores estigmas sociales. Las instituciones privadas y públicas, como la empresa Unión Andina de Cementos (UNACEM), la Universidad Peruana de Integración Global y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se sumaron al fortalecimiento de las actividades integrales propuestas por el *Tayta Wasi* (Alvarado, 2014).

No obstante, algunos retos y obstáculos definieron los desafíos que se enfrentaron durante la permanencia del proyecto *Tayta Wasi*, como la ausencia de mayor voluntad política para ampliar esta iniciativa de manera sostenible, o la falta de un seguro universal de salud en nuestro país, lo que demanda, todavía, diversos gastos de los usuarios adultos mayores para asegurar su salud mínimamente, frente a los servicios de salud no cubiertos por los actuales sistemas de salud en el país, ya que la mayoría de ellos, que viven en contextos urbano-marginales, no poseen suficiente capacidad adquisitiva para cubrir todos sus gastos integralmente (Alvarado, 2014).

Otros problemas se refieren a la dificultad política para asociaciones público-privadas, además del bajo nivel de cobertura vertical de los servicios y de



extensión horizontal para alcanzar a la población objetivo, que requieren esfuerzos para desarrollar procesos de capacitación profesional en esta área, así como un mayor diálogo entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer, que tienen responsabilidades compartidas para la atención integral de las necesidades socio-económicas y sanitarias reales de esta población vulnerable. Lo que es peor, cuando se trata de adultos mayores con necesidad de atención domiciliaria debido a la postración física que les impide desplazarse fuera de sus domicilios, se encontraban desamparados por la atención de salud y asistencial, sin poder recibir cuidados en sus casas de forma gratuita, integral y universal (Vasquez *et al.*, 2016).

## Consideraciones finales

La población adulta mayor en contexto urbano-marginal está caracterizada como una población vulnerable desde todos los puntos de vista, que demanda esfuerzos políticos, económicos y sociales para su acompañamiento integral por parte del Estado Peruano, lo que no se ha concretizado hasta este momento de forma organizada y sistemática, siendo una gran preocupación y responsabilidad no implementada durante las últimas décadas y que vienen arrastrando, con poco compromiso, los últimos gobiernos nacional y de la región de Lima, capital del Perú.

Los esfuerzos iniciales, desarrollados durante el año 2012 con el proyecto *Tayta Wasi*, vislumbran potenciales oportunidades y perspectivas, que pueden servir de base para estimular el desarrollo de futuras iniciativas que permitan replicar esta experiencia, con vistas a superar los desafíos iniciales, como mejorar la reorganización de la Atención Primaria de Salud en forma descentralizada, ya que la experiencia del *Tayta Wasi* contribuyó con la incorporación de los adultos mayores a sus entornos familiares y comunitarios, posibilitándoles un mejor desarrollo individual y oportunidades de mejoría de su salud y calidad de vida en una red amplia y colaborativa.

Ante esta problemática, existe la necesidad de ampliar la iniciativa del *Tayta Wasi* e incentivar la red de actores sociales involucrados, de manera

interprofesional, intersectorial e interdisciplinaria, tanto de la propia iniciativa pública-privada (*stakeholders*), como los formuladores o gestores de políticas públicas (*policymakers*), para implicarse y comprometerse en una red integrada de cuidados con arraigo popular y comunitario, que se enmarque en un proceso de territorialización de los servicios integrales, con manejo multidisciplinario y multisectorial, junto a esta población vulnerable en contexto urbano-marginal. Ello permitirá acopiar información cuantitativa para triangular apropiadamente el impacto de la intervención, así como, contribuir con valor cualitativo para una futura reanudación de este Programa, que fue pionero en el Perú.

Otro aspecto a considerar como relevante es la necesidad emergente de comprometer a la población adulta mayor en su autocuidado y el cuidado comunitario, inclusive proporcionarles soporte domiciliario con cuidadores calificados de su entorno familiar, también adultos mayores, o con agentes promotores de salud que sean adultos mayores actuantes en sus comunidades, así como asociarlos a centros de producción sostenible, donde los adultos mayores cultiven actividades económico-sociales que les proporcionen ingresos mínimos para su subsistencia y mantenimiento de la promoción de su salud y prevención de mayores daños o enfermedades crónico-degenerativas.

## Referencias

- ALVARADO, D. **Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil**: Centro de Adulto Mayor “Tayta Wasi”. Lima – Perú, 2013. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
- CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE). **Envejecimiento y sistemas de cuidados**: ¿Oportunidad o crisis?. Santiago de Chile: CELADE, 2009.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **Envejecimiento en América Latina y el Caribe** - Inclusión y derechos de las personas mayores. Quinta Conferencia Regional Intergovernmental sobre Envelhecimento e Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e no Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, 2023.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. **Informe de Adjuntía N° 006-2019-DP/AAE**. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Lima: Defensoría del Pueblo, 2019.
- ESTEBAN, J. M. Aspectos éticos: futuro de la atención domiciliaria. *In: Organización Médica Colegial*. Atención Primaria de Calidad: Guía de buena práctica clínica en atención

domiciliaria. Madrid: IM&C, 2005. p. 151-162. Disponible en: <https://www.comsor.es/pdf/guias/GBPC%20ATENCIÓN%20DOMICILIARIA.pdf>. Acceso en: jun. 2024.

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. E. C. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. *Revista del CESLA. International Latin American Studies Review*, n. 29, pp. 11-28, 2022.

HELPAGE INTERNATIONAL. Protección social a personas adultas mayores en pobreza extrema en Perú Pensión 65 y el sistema de pensiones no contributivas, 2016. Disponible en: <https://www.helpage.org/silo/files/social-protection-for-older-people-in-extreme-poverty-in-peru-spanish.pdf>. Acceso en: jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **El 89,3% de la población adulta mayor tiene algún seguro de salud.** Lima, julio. Lima: INEI, 2022. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-893-de-la-poblacion-adulta-mayor-tiene-algún-seguro-de-salud-13930/>. Acceso en: jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Nota de Prensa N° 100.** El 39,6% de los hogares del país tiene entre sus integrantes a una persona de 60 y más años de edad en el primer trimestre del 2023. Lima: INEI, 2023b. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-396-de-los-hogares-del-pais-tiene-entre-sus-integrantes-a-una-persona-de-60-y-mas-anos-de-edad-en-el-primer-trimestre-del-2023-14459/>. Acceso en: jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Perú:** Situación de Salud de la Población Adulta Mayor. Características sociodemográficas del adulto mayor. Lima: INEI, 2012a.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Población estimada y proyectada por grupos de edad, según departamento 1995-2030.** Lima: INEI, 2020a. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1722/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1722/). Acceso en: jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. **Estado de la población peruana 2020.** Lima: INEI, 2020b. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Situación de la Población Adulta Mayor.** Oct-Nov-Dic 2022. Informe Técnico N°01-Marzo 2023. Lima: INEI, 2023a. Disponible en: <https://www.gob.pe/es/institucion/inei/informes-publicaciones/4087269-situation-of-older-adult-population-october-november-december-2022>. Acceso en: jun. 2024.

LAGOS, K. **Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos.** Centro de atención del adulto mayor “Tayta Wasi” – VMT, Lima, 2014. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.

MINISTERIO DE SALUD. **Análisis de Situación de Salud del Distrito de Villa María del Triunfo, Provincia de Lima, Departamento de Lima.** Lima: Ministerio de Salud. Red Integrada de Salud Villa María del Triunfo, 2019.

MINISTERIO DE SALUD. **Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.** Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC, 2011a. Disponible en: <http://>

bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1617.pdf. Acceso en: jun. 2024.

MINISTERIO DE SALUD. **Primer Centro de Adulto Mayor de Villa María del Triunfo registra más de dos mil atenciones**. Lima: Ministerio de Salud del Perú, 2012.

MINISTERIO DE SALUD. **Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSAIDGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”**. Lima: Ministerio de Salud del Perú, 2011b.

MORENO, S. **Influencia del modelo gerontológico social en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en Villa María del Triunfo- 2017 al 2018**. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2021. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6005>. Acceso en: jun. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Alma Ata**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Envejecimiento: edadismo**. Ginebra: OMS, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>. Acceso en: jun. 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **World report on ageing and health**. Ginebra: OMS, 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acceso en: jun. 2024.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Saúde nas Américas 2022 – Panorama da Região das Américas no contexto da pandemia de COVID-19**. Washington (D.C.): OPAS, 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56473/OPASEIHA220024\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56473/OPASEIHA220024_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Acceso en: jun. 2024.

QUINTERO, M. (Org.). **La salud de los adultos mayores: Una visión compartida**. 2. ed. Washington (D.C.): OPS, 2011. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf). Acceso en: jun. 2024.

RADIO PROGRAMAS DEL PERÚ. **Tayta Wasi, un espacio para socializar adultos mayores de Lima Sur**, Lima: RPP, 2012. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/tayta-wasi-un-espacio-para-socializar-adultos-mayores-de-lima-sur-noticia-498455>. Acceso en: jun. 2024.

SILVA, L. **Modelo Tayta Wasi para adultos mayores será imitado por Sector Salud**. Lima: El Comercio, 3 de mayo de 2013. Disponible en: [https://elcomercio.pe/sociedad/lima/sector-salud-confirma-que-imitara-modelo-tayta-wasi\\_1-noticia-1571750/](https://elcomercio.pe/sociedad/lima/sector-salud-confirma-que-imitara-modelo-tayta-wasi_1-noticia-1571750/). Acceso en: jun. 2024.

SLUZKI, C.E. **La red social: Frontera de la práctica sistémica**. Barcelona: Gedisa, 1996.

VALLENAS PEDEMONT, F. **Tayta Wasi: policlínico especializado para la atención del adulto mayor**. In: Ministerio de Salud, Orgs. Iniciativas estratégicas de salud en Lima Sur. Lima: Dirección de Salud II Lima Sur, pp. 48-51, 2014.

VASQUEZ P, Apaza-Pino, R., del Canto y Dorador, J.; Chávez-Jimeno, H. Atención socio-sanitaria de los adultos mayores en el Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 33, n. 2, pp. 351-6, 2016. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2212.

# CAPÍTULO 15

## DIFICULTADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ENTRE MUJERES RURALES PERUANAS

Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca  
Rocío Elizabeth Chavez Alvarez  
Kelly Myriam Jiménez de Aliaga  
Zoila Isabel Cárdenas Tirado

### Introducción

El Perú es un país megadiverso en sus tres regiones, costa, sierra y selva, con características geográficas, culturales y demográficas, que influyen en la vida de la población rural, principalmente en la vida de las mujeres, que están relacionadas con la exclusión, pobreza, vulnerabilidad y desconexión de la sociedad; no obstante, muchas de ellas son el sustento de sus familias (Córdova-Aguilar, 2021).

La población peruana está comprendida por 33 millones de habitantes, de los cuales el 17,4% reside en áreas rurales. Casi la mitad de la población son mujeres, distribuidas en la Costa, Sierra y Selva (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023a). Las que viven en las regiones de la sierra y la selva, tienen mayores limitaciones de acceso a la atención sanitaria integral; una de cada dos comunidades indígenas, se encuentra a más de una hora de distancia del centro de salud más cercano, específicamente, en las zonas fronterizas de la región amazónica de Loreto (Hernández-Vásquez *et al.*, 2022).

Según datos del INEI (2022), el 20% de mujeres rurales en edad fértil padecen de anemia, 50,1% usan algún método moderno de planificación y 28,6% son víctimas de violencia física. Otro grupo de mujeres padece trastornos de salud mental (INEI, 2023b), o están expuestas al riesgo de mortalidad materna por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023). Otro dato alarmante es la identificación de 185 muertes maternas entre adolescentes, en el año 2022, de las cuales el 13% corresponde a mujeres entre 15 e 19 años de edad (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [MCLCP], 2023).

Cuando se trata de la Región Amazónica, los grupos etnolingüísticos con características propias culturales, económicas y sociales, tienen acceso por vía acuática y/o aérea. En términos de salud, las limitantes para estas poblaciones son el acceso geográfico y el desconocimiento intercultural de los profesionales de salud, lo que motiva el divorcio entre la medicina occidental y la medicina tradicional (Avellaneda, 2009; Anderson, 2001); por otro lado, el sistema oficial de salud, generalmente presenta un escenario de desconfianza e interacción caracterizada por la (in)comunicación, y, por ende, por la (in)humanización del cuidado sanitario (Astudillo, 2017).

Esta coyuntura conlleva a cuestionar: *¿cuáles son las dificultades que enfrentan las mujeres rurales para acceder a una atención integral de salud? ¿cuáles son los desafíos y oportunidades del Estado peruano para afrontar o mejorar esta situación?*

En este contexto, el presente capítulo tiene el objetivo de analizar las barreras que enfrentan las mujeres rurales peruanas para acceder a la atención integral de salud, a fin de generar estrategias que contribuyan a mejorar las iniciativas políticas y programáticas en el acceso a los servicios sanitarios, abordando los aspectos relacionados con las políticas públicas, los programas existentes, además de las dificultades en materia de derechos humanos de las mujeres rurales para acceder a una atención integral de salud.

## Políticas y programas sociales con enfoque en la atención integral de mujeres rurales

En los últimos años se hicieron esfuerzos para diseñar e implementar políticas y programas de Atención Primaria de Salud (APS) (Parada, 2018). Así tenemos como base, la Constitución Política del Perú (1993), normativa más importante que respalda la atención integral en salud, establece el derecho a la salud y garantiza el acceso universal como una de sus prioridades; la Política Nacional de Igualdad de Género, dirigida a promover la igualdad de oportunidades y eliminación de la discriminación y vulnerabilidad de derechos de las mujeres con enfoque intercultural (Decreto Supremo N° 008-MIMP, 2019); la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “*Perú, País Saludable*”, enfocada a garantizar la atención integral y la calidad de vida de los habitantes del Perú (Ministerio de Salud, 2020a).

Así también, en el año 2021, se promulgó la Ley 31168 (Ley 31168, 2021) que propone potenciar las capacidades de autogestión, toma de decisiones y participación de la mujer de forma equitativa e integral. Igualmente, la Política General de Gobierno 2021-2026, destaca la intervención en el fortalecimiento del sistema sanitario, reducción de brechas de acceso, equidad de poblaciones vulnerables, preservación de la vida y la salud (Decreto Supremo N° 164-2021-PCM, 2021).

Por su parte, la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030, fue actualizada y está orientada a las personas en situación de pobreza, con predominio de la población rural (Decreto Supremo N° 008-2022-MIDIS, 2022), y en el año 2023 se aprobó la Estrategia Rural Multisectorial para la prevención, atención, protección y recuperación frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar y violencia sexual en zonas rurales (Decreto Supremo N° 007-2023-MIMP, 2023); además de la implementación de otros programas nacionales de inclusión social, de vivienda y saneamiento, para superar la pobreza y favorecer el acceso y uso de servicios sanitarios, educativos, de alimentación, desarrollo integral, infraestructura social y productiva.

## Dificultades enfrentadas por las mujeres rurales para acceder a la APS

Las mujeres rurales, son constantemente vulneradas en el ejercicio de sus derechos, ya sea por su procedencia, raza y/o pobreza (Escudero y Ramírez, 2017; Casana, 2020). Estas condiciones se agudizan por la ausencia de autonomía y de poder de decisión respecto a sus necesidades humanas fundamentales y específicamente su salud (Houghton *et al.*, 2022), así como también, enfrentan la violencia familiar. Estas dificultades empeoran cuando observamos que las políticas de protección no son aplicadas en el cotidiano de esas mujeres, configurándose como un problema de salud pública que requiere de atención urgente y resolución eficaz.

Los servicios de salud pública muestran una débil organización y baja capacidad resolutoria, lo que se evidencia actualmente en problemas de acceso identificadas como maltrato, poca capacidad resolutoria de los establecimientos y diferentes formas de trato al usuario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Según Westgard *et al.*, 2019, en un estudio con mujeres de comunidades de la Amazonía Peruana, identificaron algunos factores personales y del entorno que influyen en el acceso a los servicios de salud materno infantil, como vergüenza, miedo y desconfianza; número insuficiente y malas actitudes del personal de salud; suministro limitado de medicamentos y materiales básicos en el establecimiento de salud; y baja demanda de servicios de planificación familiar y conocimiento limitado de los servicios específicos para adolescentes. Sin embargo, también muestra como las madres son proactivas en el cuidado de sus hijos y efectivas usuarias de los servicios de salud, a pesar de las dificultades que afectaron su satisfacción y accesibilidad en general.

En el Perú, se cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS) cuya connotación mediática ideológicamente es transmitida a la sociedad como “*gratuita*”, sin embargo, el acceso (transporte), la renta familiar (economía) e



(in)efectividad de la atención sanitaria, representan obstáculos determinantes para la aceptación y accesibilidad de los servicios sanitarios en el área rural.

De otra parte, las barreras geográficas conllevan a que muchas mujeres rurales tengan menor probabilidad de utilizar los servicios sanitarios, representando un factor de exclusión, a diferencia de quienes residen en el área urbana (Hogugton *et al.*, 2020). Así tenemos que, las mujeres con menor nivel educativo, del ámbito rural y más pobres, son las que encuentran mayores barreras de acceso a la salud (OPS, 2023).

Otra barrera de aceptabilidad entre las mujeres de los Andes o la Amazonía Peruana, es la basada en roles y relaciones de género, dada la dificultad que tienen para pedir permiso a su pareja (hombre), la familia o al líder de la comunidad para buscar atención en un servicio de salud. Lo que se suma a la desconfianza y dificultades lingüísticas y de integración de la cosmovisión y prácticas de la medicina indígena, ya que la medicina occidental no contempla o respeta la interculturalidad, suficientemente (OPS, 2023).

Al respecto, Casana (2020), refiere que las mujeres quechua-hablantes también encuentran barreras comunicativas con el personal de salud, y destaca el maltrato y la incomprensión de la lengua nativa cuando los profesionales atienden a estas mujeres.

Cabe indicar que, en la agenda de las decisiones políticas sanitarias, la prioridad es dada a las barreras financieras y de disponibilidad (medicinas u otros materiales), por la vía del enfoque biomédico de la salud y recuperativo, mientras que en menor grado, es atendida la barrera de aceptabilidad, con el enfoque integral de salud (Giovannella *et al.*, 2021).

## **La atención integral de las mujeres en la Atención Primaria de Salud**

La Atención Primaria de Salud (APS) en el Perú ha enfrentado muchos retos a lo largo de su historia, cuyos conceptos e intervenciones en salud pública aún son válidos e integrados en el sistema sanitario del país (Llanos *et al.*, 2021; Curioso *et al.*, 2018). Sin embargo, luego de la pandemia de la Covid-19, se

puede afirmar que el sistema sanitario peruano presenta características que no alcanzan a garantizar la efectividad de la salud de la población.

En la salud pública, se observa una débil capacidad de respuesta frente a las necesidades de las personas; infraestructura precaria; equipamiento obsoleto o en mal uso; personal sanitario con (in)capacidad resolutoria en los niveles de atención correspondientes (Ministerio de Salud, 2023; OPS, 2022); a ello se suma la automedicación y proliferación de farmacias y boticas sin el debido control sanitario en el país (Pari-Olarte *et al.*, 2021); además de personal de salud con escasa vocación de servicio y, con dificultad para integrar la atención preventiva y promocional en la APS.

En el año 2020 se aprobó el Modelo de Cuidado Integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI), centrada en la persona y respaldado en los atributos de la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2022; Ministerio de Salud, 2020b). Este se propuso fortalecer el primer nivel de atención, ya que el 76% de establecimientos están coordinados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) activas (Ministerio de Salud, 2023), sin embargo, en la práctica revelan poca coordinación entre ellas (Carrillo-Larco *et al.*, 2022). En las zonas rurales las IPRESS están dirigidas por profesionales sanitarios recién egresados en la modalidad del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS)<sup>8</sup>, y en su mayoría son profesionales poco capacitados para el desempeño eficiente en este primer nivel de atención (Cuba-Fuentes *et al.*, 2018).

Frente a ello, es necesario un abordaje integral para minimizar los efectos de los determinantes de la salud y de las desigualdades sociales (Carrillo-Larco *et al.*, 2022), y así disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud de calidad a lo largo del curso de vida de las personas (Banco Mundial, 2022).

Así como, desde la perspectiva de los derechos humanos, es importante analizar la efectividad de la atención sanitaria, específicamente, de las mujeres en los servicios sanitarios, que muestran cotidianamente indicadores que vulneran su dignidad y derechos humanos, también es relevante revisar

<sup>8</sup> Por Ley, todos los profesionales de salud al concluir su formación, obligatoriamente, deben realizar el SERUMS por el período de un año, en el territorio peruano.

situaciones como larga espera en la atención; maltrato, menosprecio y discriminación; humillación por su condición socio-cultural, entre otros (Avellaneda, 2009). Tal situación limita a las mujeres a preguntar, exigir, pedir orientación o información útil; o en su gran mayoría, se ven desalentadas a usar los servicios públicos de salud (Avellaneda, 2009; Rojas, 2016).

Las políticas públicas sanitarias y planes elaborados por los responsables de los Programas desde el Ministerio de Salud (MINSA), requieren seriedad y responsabilidad en su implementación en los diversos escenarios, asistenciales y socio-sanitarios, para poder superar las dificultades por las cuales atraviesan las mujeres en el acceso a los servicios efectivos de salud y mejorar la atención con un trato digno (Ramos, 2021), visto que, es evidente que las usuarias no están satisfechas con la atención de salud recibida, además de ser inefectiva, con cuidados no basados en la evidencia científica y con protocolos y guías prácticas que no garantizan la eficacia de la atención integral en salud.

## **El enfoque intercultural para la atención en salud de la mujer rural**

La interculturalidad, como la relación entre las culturas, tiene por finalidad mejorar la asimetría tradicional hacia las relaciones de igualdad y equidad (Villacorta, 2021). Para Avellaneda Yajahuanca *et al.*, (2015), la mirada intercultural requiere potencializar los elementos en común y respetar y comprender lo que es diverso en las culturas, reconociendo los límites y retos que envuelve esta perspectiva. Así, dentro de una relación de respeto y comprensión al interpretar la realidad y el mundo, la salud intercultural o interculturalidad en salud, son conceptos utilizados para designar un conjunto de acciones y políticas que buscan conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud (Nureña, 2009).

Así también, la interculturalidad es importante en la formación de los nuevos profesionales de la salud, para actuar en situaciones de intercambio y relaciones entre culturas diferentes, para garantizar el desarrollo de nuevas competencias actitudinales y procedimentales, plasmadas en conductas y

comportamientos respetuosos para enfrentar los desafíos de la diversidad cultural peruana, y erradicar prejuicios y estereotipos que refuerzan la discriminación (Veliz *et al.*, 2019).

En este marco, la eficacia de la atención sanitaria, también debe ser orientada a la flexibilidad de horarios compatibles con las actividades laborales de las familias; a la oportuna y eficaz orientación del diagnóstico sea de carácter preventivo o recuperativo; este último articulado a la garantía de suministro de medicamentos requeridos, para no menguar la economía familiar (Romero, 2020). También deben alcanzar a las mujeres de la región andina y amazónica, de manera que se aproxime de la interculturalidad en salud y se reduzcan las brechas entre el sistema de salud occidental y el sistema de salud indígena o tradicional, en la comunicación y las relaciones de género, el racismo y la exclusión en los servicios de salud.

Vale resaltar, la importancia de considerar las percepciones sobre el cuerpo y el pudor que tienen las mujeres indígenas, para brindar una atención adecuada, oportuna y respetuosa a esta población (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2008). Ejemplo de ello son las medidas adoptadas en Ecuador para garantizar servicios de salud culturalmente adecuados, como los modelos de salud intercultural y atención integral que incorporan las necesidades y demandas específicas de la mujer indígena, la guía del parto culturalmente adecuado, el plan de reducción acelerada de mortalidad materna y de salud y derechos sexuales y reproductivos. Tales medidas demandan la revisión permanente de las normas con este enfoque intercultural, el reconocimiento y valoración de conocimientos y saberes de las mujeres dentro del sistema de salud indígena, así como, complementar y contribuir con el sistema de salud occidental en este contexto (Rodríguez, 2010).

Por otro lado, son evidentes las dificultades en la formación peruana de los profesionales de salud, referentes a la interculturalidad y adecuación cultural de sus prácticas, habiendo la necesidad de una reflexión sobre la realidad para una atención más horizontal, con diálogos interculturales que incluyan los derechos humanos, los grupos vulnerables, excluidos o victimizados por el

Estado. La adopción de la perspectiva intercultural en salud puede contribuir para la calidad y equidad con poblaciones andinas y amazónicas, sacándolas de la invisibilidad y exclusión social (Avellaneda Yajahuanca *et al.*,2015).

## **Consideraciones para la mejoría de la atención de salud de las mujeres rurales**

El sistema oficial de salud peruano, desde el año 2020 se ha debilitado en los escenarios financieros, en la implementación de las políticas de Estado, en el aumento y habilitación de recursos humanos que prioricen normativamente la Atención Primaria de Salud. En ese sentido, es necesario incentivar los esfuerzos multidisciplinarios e intersectoriales (gobiernos regionales, municipios u organizaciones privadas) en favor del cuidado humanizado integral de salud. Así también, articular acciones de trabajo conjunto entre los sistemas de salud y de educación universitaria, específicamente con las Escuelas Profesionales de salud, que estén capacitados para actuar en un contexto intercultural.

Otro aspecto importante a considerar es la ampliación de las investigaciones multidisciplinarias e intersectoriales sanitarias y la participación comunitaria, de líderes/lideresas de salud y otros actores sociales relevantes, conocedores de las necesidades propias de la realidad en que viven (Purnell, 2005; 2009). Así mismo, la sostenibilidad en capacitación permanente del personal de salud, enfatizando en temáticas de trato humanizado e interculturalidad y en el resguardo normativo del trabajo equitativo en la diversidad cultural y enfoque de género.

Por fin, en la atención de la salud de las mujeres en ámbito rural, debemos dirigirnos a la reducción de las brechas de acceso a los servicios sanitarios, con la optimización del gasto público en salud, y la asignación de recursos financieros equitativos e inclusivos (OPS, 2023), y fortalecer los Programas de promoción, prevención, educación y comunicación en salud, para contribuir a la revaloración de los derechos humanos y al reconocimiento del rol de la mujer, de sus cuidados en salud sexual y reproductiva, del ambiente doméstico rural en el que están incluidas y de sus saberes y prácticas culturales, de forma inclusiva, equitativa, descentralizada y continuada.

## Referencias

- ANDERSON ROSS, J. **Tendiendo Puentes**: calidad do cuidado na perspectiva de mulheres rurais e profissionais de saúde. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2001.
- ASTUDILLO, P. A. S. La comunicación es la estrategia. **FISEC-Estratégias**, v. 12, n. 24, p. 127-143, 2017.
- AVELLANEDA YAHAHUANCA, R.; DINIZ, C.; CABRAL, C. da S. É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2837-2846, 2015.
- AVELLANEDA YAHAHUANCA, R. D. S. **Sem kutipa**: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BANCO MUNDIAL. Cobertura Universal de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#1>. Acesso em: jun. 2024.
- BANCO MUNDIAL. **Crescendo forte: avaliação da pobreza e da equidade no Peru**, 2023. Disponível em: <https://acortar.link/n6SVWn>. Acesso em: jun.2024.
- CÂMARA DE COMÉRCIO DE LIMA. **Câmara de Comercio de Lima**, 7–15, 2019. Disponible en: [https://apps.camaralima.org.pe/repositorioaps/0/0/par/edicion868/edicion\\_868.pdf](https://apps.camaralima.org.pe/repositorioaps/0/0/par/edicion868/edicion_868.pdf). Acesso: jun.2024.
- CARRILLO-LARCO, R. M. *et al.* Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence. **Lancet Regional Health - Américas**, n. 7, dez. 2021.
- CASANA, Y. O exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: uma luta incansável das mulheres rurais. *Derechos humanos sin fronteras*, 2020. Disponível em: <https://acortar.link/N8b96Z>. Acesso em: jun. 2024.
- CÓRDOVA-AGUILAR, H. Estudios de Geografía Rural en el Perú. *In*: MARAFON, Glauco José; QUIRÓS ARIAS, Lilliam; ALVARADO SÁNCHEZ, Meylin (org.). **Geografía Rural Latino-Americana**: Temas de Pesquisa e Perspectivas Futuras. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021. p. 83-116.
- CUBA-FUENTES, M. S. *et al.* Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 79, n. 4, p. 346-350, 2018.
- CURIOSO, W. H.; HENRÍQUEZ-SUAREZ, M.; ESPINOZA-PORTILLA, E. Desde Alma-Ata al ciudadano digital: hacia una atención primaria en salud digitalizada en el Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 678-83, 2018.
- DECRETO SUPREMO N° 008-MIMP, Política Nacional de Igualdad de Género, 2019. Presidencia de la República del Perú. Disponível em: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds\\_008\\_2019\\_mimp.pdf?v=1554389372](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf?v=1554389372). Acesso em: jun. 2024.
- DECRETO SUPREMO N° 164-2021-PCM, Política General del Gobierno para el período 2021-2026, 2021. Presidência de la República del Perú. Disponível em: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2002063-5>. Acesso em: jun. 2024.

- DECRETO SUPREMO N° 008-2022-MIDIS, Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030, 2022. Presidencia de la República del Perú. Disponible em: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4021620/DS\\_008\\_2022\\_MIDIS.pdf.pdf?v=1672867035](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4021620/DS_008_2022_MIDIS.pdf.pdf?v=1672867035). Acceso em: jun. 2024.
- DECRETO SUPREMO n° 007-2023-MIMP, Estrategia Rural Multisectorial para la prevención, atención, protección y recuperación frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar y violencia sexual en zonas rurales, 2023. Presidencia de la República del Perú. Disponible em: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/normas-legales/4193229-007-2023-mimp>. Acceso em: jun. 2024.
- DEL POPOLO, F.; OYARCE, A. M. Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, cuánto y cómo se ha avanzado? Santiago de Chile: CEPAL, 2008. Disponible em: <https://hdl.handle.net/11362/6936>. Acceso em: jun. 2024.
- ESCUADERO, K.; RAMÍREZ, R. La situación de las mujeres rurales en Perú. Asociación Servicios Educativos Rurales, 2017. Disponible em: [https://www.landcoalition.org/sites/default/files/documents/resources/20171002.informe\\_mujeresrurales\\_peru\\_1\\_1.pdf](https://www.landcoalition.org/sites/default/files/documents/resources/20171002.informe_mujeresrurales_peru_1_1.pdf). Acceso em: jun. 2024.
- GIOVANELLA, L. *et al.* A atenção primária integral à saúde faz parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-SO100310>. Acceso em: jun. 2024.
- HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A.; BENDEZU-QUISPE, G.; TURPO CAYO, E. Y. Indigenous communities of Peru: Level of accessibility to health facilities. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 17, n. 5, p. 810–817, 2022.
- HOUGHTON, N. *et al.* Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, 2022. Disponible em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>. Acceso em: jun. 2024.
- HUBER, E.; PONCE DE LEÓN, Z. The Changing Shapes of Latin American Welfare States. *In: Oxford Research Encyclopedia of Politics*, 2019. Disponible em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1656>. Acceso em: jun. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Pesquisa Nacional y Departamental ENDES 2021 sobre Demografía y Salud de la Familia. Lima: INEI, 2022. Disponible em: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>. Acceso em: jun. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). **Perú: Enfermedades no Transmisibles 2022**, 2023a. Disponible em: <https://acortar.link/Dwn73J>. Acceso em: jun.2024.
- INEI. Situación de la población peruana: una mirada sobre los jóvenes, 2023b. Disponible em: <https://acortar.link/BaSiuC>. Acceso em: jun. 2024.
- LEY N° 31168. Empoderamiento de las mujeres rurales e indígenas. Congreso de la República del Perú, 2021. Disponible em: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1943530-3>. Acceso em: jun. 2024.
- LLANOS ZAVALAGA, L. F. *et al.* History of Primary Health Care in Peru: understanding its path and current perspectives. *Revista Médica Herediana*, v. 31, n. 4, p. 266-273, 2021. Disponible em: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>. Acceso em: jun. 2024.

- MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA. PERÚ: Prevenir el Embarazo en Niñas y Adolescentes y Reducir las Muertes Maternas y Neonatales, Año 2023. 2023. Disponible em: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-09-29/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2023-v33.pdf>. Acceso em: jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD. Política Nacional Multisectorial de Salud hasta el 2030, 2020a. Disponible em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política Nacional Multisectorial de Saúde até 2030.pdf>. Acceso em: jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución Ministerial 03-20-MINSA, Modelo de atención integral de salud por curso de vida, 2020b. Disponible em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>. Acceso em: jun. 2024.
- MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la Situación de Salud del Perú, 2021. Disponible em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4965596/Analisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20%28ASIS%29%202021.pdf?v=1691705372>. Acceso em: jun. 2024.
- NUREÑA, C. R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 4, p. 368-376, 2009.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto, 2023. Agencia de las Naciones Unidas. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA. Resumen ejecutivo. Disponible em: <https://cutt.ly/07BxQaV>. Acceso em: jun. 2024.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. [OPS]. Barreras y opciones de política para el acceso a los servicios de salud mental de adolescentes y jóvenes de los pueblos indígenas de la provincia de Condorcanqui AMAZONAS, PERÚ 2021. Washington, D.C.: OPS, 2022. Disponible em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56108/OPSPERHSS220001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56108/OPSPERHSS220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acceso em: jun. 2024.
- OPS. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS, 2023. Disponible em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562\\_spa.pdf?sequence=4](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562_spa.pdf?sequence=4). Acceso em: jun. 2024.
- PARADA PARRA, L. Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. **Revista CIFE: Lecturas De Economía Social**, v. 20, n. 33, p. 79-94, 2018.
- PARI-OLARTE, J. B. *et al.* Factores asociados con la automedicación no responsable en el Perú. **Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo**, v. 14, n. 1, p. 29-34, 2021.
- PURNELL, L. O Modelo de Purnell para a Competência Cultural. **Revista de Enfermagem Transcultural**, v. 13, n.3, p. 193-196, 2002. Disponible em: <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>. Acceso: junho. 2024.
- PURNELL, L. **Guia para cuidados de saúde culturalmente competentes**. Filadélfia: Davies Camapny, 2009.



- RAMOS, M. G. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021?. **Revista Peruana de ginecología y obstetricia**, v. 68, n. 1, 2022.
- RODRÍGUEZ, L. **Políticas públicas para el reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y el ejercicio del derecho a la salud: Modelos interculturales de salud Ecuador**. IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba, 2010. Disponible em: [https://files.alapop.org/congreso4/files/pdf/alap\\_2010\\_final653.pdf](https://files.alapop.org/congreso4/files/pdf/alap_2010_final653.pdf). Acceso em: jun. 2024.
- ROJAS-BOLÍVAR, D. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015 / Characteristics of the Peruvian population that does not seek medical attention for the deficiencies the health care quality in the period 2005-2015. Tese (Gradação) - Universidade Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2016.
- ROMERO-ALBINO, Zoila Olga *et al.* Necesidad de revisar las intervenciones sanitarias promovidas por el estado para mujeres en Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 37, p. 129-135, 2020.
- VELIZ-ROJAS, L.; BIANCHETTI-SAAVEDRA, A. F.; SILVA-FERNÁNDEZ, M. Competências Interculturais na Atenção Primária à Saúde: Um Desafio para a Educação Superior em Contextos de Diversidade Cultural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, E00120818, 2019.
- VILLACORTA, Y. R. La interculturalidad en la sociedad peruana y la formación del docente intercultural: Digital Literacy Workshops arising from the UNAMITA program Close the Digital Divide!. **South Florida Journal of Development**, v. 2, n. 2, p. 2759-2769, 2021.
- WESTGARD, C. M. *et al.* Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, 155, 2019.
- WORLDOMETER. Coronavirus Cases – Peru, 2021. Consultado em 30 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/peru/>. Acceso em: jun. 2024.



# DADOS DOS AUTORES E ORGANIZADORES

## **Adriana Medeiros Braga**

Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-graduada em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças Virais – VIGIEPIDEMIA pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ MS). Assessora da Coordenação Nacional do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [adriana.braga@fiocruz.br](mailto:adriana.braga@fiocruz.br)

## **Ana Cristina de Paula Maués Soares**

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Pará. Pesquisadora do observatório da democracia, Direitos Humanos e Políticas Públicas, atuação na área de Ciência Política, com ênfase principalmente nos seguintes temas: Gênero, Mulher, Participação Política e direitos humanos. Professora Associada da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) lotada nos cursos de graduação em Sociologia e de mestrado: a) Cultura e Política e b) Ensino de Sociologia. E-mail: [ana.cristina@unifap.br](mailto:ana.cristina@unifap.br)

## **Angela Carmenza Gallego**

Enfermera de la Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Educación, con Énfasis en Docencia Universitaria de la UNAP (Universidad Arturo Prat, Santiago de Chile) 2021, Especialista en Epidemiología FUAA 2010, Auditoria en Salud Universidad del Rosario 2001 y docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

### **Antonio Carlos Sardinha**

Doutorado em Comunicação (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP). Professor adjunto da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), atua na área de Estudos de Cultura na interface com questões de Direitos Humanos, Gênero/Sexualidade, Políticas Públicas e Ensino. Integra como professor permanente o Programa de Mestrado em Ensino de História (Universidade Federal do Amapá - UNIFAP). E-mail: antonio.sardinha@ufob.edu.br

### **Bahiyyeh Ahmadpour**

Enfermeira; Doutora em Ciência pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA-USP); Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF-UFAM); Professora do Magistério Superior no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (DSC/FM/UFAM); Atualmente atua na Coordenação de Atributos, Promoção e Saúde Digital da Saúde Indígena (COAPRO/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS); Brasília, DF, Brasil E-mail: bahiyyeh@gmail.com

### **Carla Pacheco Teixeira**

Assistente Social e sanitarista. Doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Coordenadora Acadêmica Adjunta Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente e Responsável Nacional da disciplina de Seminários de Acompanhamento no programa. Líder do Grupo de Pesquisa CNPq: Formação Profissional na Saúde: estudos no âmbito da graduação e pós-graduação. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

### **Carlos Güida Leskevicius**

Doctor en Medicina (Udelar, Uruguay). Prof. Titular y director del Magíster en Salud Comunitaria, Facultad de Salud y Ciencias Sociales.

Universidad de Las Américas, Chile. Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar – Universidad de Chile. Doctorando en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Universidad de Las Américas. Santiago de Chile, Región Metropolitana. Chile. E-mail: [cguida@udla.cl](mailto:cguida@udla.cl). Universidad de Chile. E-mail: [cguida@uchile.cl](mailto:cguida@uchile.cl).

### **Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo**

Enfermeira pela Universidad Nacional de Colombia. Doutora em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre em Educação pela Universidad Militar de Colombia. Assessora da Coordenação Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente no Programa. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [diana.gutierrez@fiocruz.br](mailto:diana.gutierrez@fiocruz.br)

### **Deivisson Vianna Dantas dos Santos**

Psiquiatra, Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP com período sandwich na Université de Montréal. Pai do Gael. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, Pró-Reitor da Rede Nacional PROFSAUDE de mestrados profissionais em saúde da família, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisador permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e do PROFSAUDE. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: [deivianna@gmail.com](mailto:deivianna@gmail.com)

### **Eduardo Ortega-Guillén**

Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública, Doctorando en Medicina de la UNMSM, docente auxiliar del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, Lima, Perú. E-mail: [eortegag@unmsm.edu.pe](mailto:eortegag@unmsm.edu.pe).

### **Eliene Rodrigues Putira Sacuena**

Indígena da etnia Baré, Biomédica, Mestre e doutora em Antropologia na Concentração em Bioantropologia na linha de pesquisa genética forense pelo PPGA-UFFPA. Membro do GT de medicinas Indígenas na SESAI-MS. Atuação na comissão intersetorial de saúde Indígena pela Rede Unida – CISI. Representante na Comissão intersetorial saúde da mulher - CISMU pela COIAB. Assessora no Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena – SESAI/MS. E-mail: putirasacuena@gmail.com

### **Elisa Jojoa Tobar**

Enfermeira de la Universidad del Cauca, Especialista en Promoción de la Salud, Especialista en Enfermería Perinatal, Magister en Salud Intercultural con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, partera tradicional y docente del programa de enfermería.

### **Érika Tatiane de Almeida Fernandes**

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá. Especialista em Enfermagem Cirúrgica pela Comissão de Residência em Enfermagem do Estado do Amapá. Especialista em Gestão dos Programas de Residência em Saúde. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Professora Adjunta IV do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz. Macapá, Amapá. E-mail: erikafernandes@unifap.br

### **Giovanni Meneses**

Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública, Doctor en Medicina. Docente asociado, Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Investigador RENACYT Nivel VI, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC), Lima, Perú. E-mail: gmenesesf@unmsm.edu.pe.

### **Hermes Candido de Paula**

Doutorado em Ciências dos Cuidados em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenador do Colaboratório Nacional de População em Situação de Rua, Polo Rio de Janeiro, Fiocruz Brasília. E-mail: hermesdepaula@gmail.com.

### **Ionara Ferreira da Silva Garcia**

Possui graduação em Serviço Social (UFRJ - 1997), Mestrado (2000) e Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ -2020). Servidora pública da Fiocruz, atuou como Assistente Social no INI/ FIOCRUZ de 2006 a 2023. Atualmente faz parte da CGE/ VPEIC/FIOCRUZ e participa de pesquisas relacionadas à inclusão, diversidade e ações afirmativas na Educação da Fiocruz. Também integra a equipe de apoio à gestão do PROFSAÚDE / Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: ionarasilva@gmail.com

### **Ionara Magalhães de Souza**

Doutora e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado Sanduíche na University of the Western Cape, Cape Town, África do Sul. Graduada em Pedagogia e Fisioterapia. Membro do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra. Membro do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). E-mail: ionaramagalhaes@ufrb.edu.br.

### **Isabel Fernandes de Aguiar**

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e especialista em Psicologia Clínica pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: isabelaguiarpsicologia@gmail.com

**Javier Álvarez**

Médico Cirujano, Centro Materno Infantil Ollantay, Lima, Perú. E-mail: jnalpar@gmail.com.

**José Arca González del Valle**

Médico Cirujano, Docente auxiliar del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, Lima, Perú. E-mail: jarcag@unmsm.edu.pe.

**Juan Francisco Bacigalupo Araya**

Mestre em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Diplomado em Políticas Públicas pela Universidade Católica de Temuco. Especialista em Saúde Internacional e Soberania Sanitária pelo Conselho Latino-americano de Ciências Sociais. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA). Atualmente é Profissional Assessor no Ministério da Saúde do Chile. E-mail: jbacigalupoa@gmail.com.

**Júlio Cesar Schweickardt**

Graduado em Ciências Sociais e Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). E-mail: julio.ilmd@gmail.com

**Kelly Myriam Jiménez de Aliaga**

Enfermera, doctora en Enfermería, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, investigadora Renacyt-CONCYTEC, Cajamarca, Perú. Líneas de investigación en Políticas de salud y proyectos multicéntricos del Programa ERASMUS. E-mail: kjimenez@unach.edu.pe.



### **Marcelo José de Souza e Silva**

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Paraná, Doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAUDE). Curitiba (PR), Brasil. E-mail: marcelojss@ufpr.br

### **Marcelo Pedra Martins Machado**

Pesquisador e professor do Núcleo de Estudos Pop Rua e Saúde Mental na Atenção Básica (Fiocruz Brasília) e Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB) e supervisor clínico-institucional da Revista Traços (DF e RJ). Fiocruz Brasília. E-mail: marcelopedratrabalho@gmail.com.

### **Maria Adriana Moreira**

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Pós-graduação Lato Sensu em MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde, mestranda do PROFSAÚDE pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/AM) – Instituto Leônidas e Maria Deane. Secretária Municipal de Saúde de Manicoré (AM), membro da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM) e do CONASEMS. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com.br

### **Maria Cristina Rodrigues Guilam**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE. Líder do Grupo de pesquisa CNPq: Territórios, Modelagens e Práticas em Saúde da Família – Fiocruz. Integrante do Grupo de Pesquisa CNPq: Formação Profissional na Saúde: estudos no âmbito da graduação e pós-graduação. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cristina.guilam@fiocruz.br

### **Maria Janeth Mosquera Becerra**

Doutora em Sociologia (Desigualdades sociais e saúde) da Portland State University, EUA. Treinamento em Saúde Internacional pela OMS/OPAS, EUA. Mestre em Epidemiologia da Universidad del Valle, Colômbia. Mestre em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. Graduação em Serviço Social pela Universidad del Valle, Colômbia. Docente da Faculdade de Saúde Pública - Universidad del Valle, Colômbia. Coordenadora do Mestrado em Saúde Pública da Universidad del Valle, Colômbia. Pesquisadora do GESP (Grupo de Epidemiologia e Saúde da População). Cali, Colômbia. E-mail: janeth.mosquera@correounivalle.edu.co

### **Max Amaral Balieiro**

Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Bolsista do Projeto de Extensão Troca de saberes com as parceiras tradicionais: cuidando da família. Macapá, Amapá. E-mail: max.balieiro14@gmail.com

### **Mirna Barros Teixeira**

Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; docente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde e do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, ambos da ENSP/Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: mirna.teixeira@gmail.com.

### **Nelma Nunes da Silva**

Doutora em Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá UNIFAP (2010). Professora e Coordenadora Institucional do Programa de Mestrado em Saúde da Família. (PROFSAÚDE-ABRASCO-FIOCRUZ). Pesquisadora do Grupo de

Estudos em Álcool e Outras Drogas GEAD/EEUSP e do Observatório da Democracia, Direitos Humanos e Políticas Públicas. E-mail: nelmanunes@unifap.br

### **Nicole Lobos Villatoro**

Fonoaudióloga, Licenciada en Fonoaudiología por la Universidad de Valparaíso. Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Subdirectora del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Universidad de Las Américas. Santiago de Chile, Región Metropolitana. Chile. E-mail: nolobos@udla.cl.

### **Patrícia Rocha Chaves**

Doutora em Geografia Humana pela USP- Universidade de São Paulo; Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Tocantins, possui Graduação em Geografia pela Universidade Federal do Tocantins (2006). Pesquisadora do Núcleo de Estudos Urbanos Regionais e Agrários - NURBA, do Grupo Geografia Agrária da USP e do Observatório da Democracia, Direitos Humanos e Políticas Públicas. Coordenadora do Coletivo de Estudos sobre Terra e Território na Amazônia. E-mail: rochavespatricia@gmail.com

### **Ridiney Santos Oliveira**

Médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), com graduação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e especialização MFC pela residência integrada Secretaria Municipal de Saúde Curitiba. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba (PR), Brasil. E-mail: ridiney@bol.com.br

### **Rocío Elizabeth Chávez Alvarez**

Enfermera, Doctora en Ciencias de la Salud, docente permanente del Programa de Postgrado Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE) de la Universidad Federal del Sur de Bahía (UFSB), Bahía, Brasil. E-mail: rocio.chavez@csc.ufsb.edu.br.

### **Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca**

Enfermera, doctora en Ciencias, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Cajamarca, Perú. Líneas de investigación en población indígena y migración y salud materno-infantil. E-mail: rsavellaneday@unach.edu.pe.

### **Sabrina Stefanello**

Médica psiquiatra, mestre e doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, professora do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da UFPR, coordenadora do PROFSAUDE da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: binastefanello@gmail.com

### **Tereza Jurgensen**

Médica de Família e Comunidade no município de Pinhais-PR. Graduada na Escuela Latinoamericana de Medicina - Cuba. Mestranda do PROFSAUDE UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: emaildatere@gmail.com

### **Viviana Andrea Calderón Ramírez**

Psicóloga de la Universidad Surcolombiana, Especialista en Epidemiología, Epidemióloga de Campo FETP, Magister en Salud Pública y candidata a doctora en Estudios Políticos de la Universidad Externado de Colombia. Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

**Viviane Cristina Barbosa**

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Assistente Social da UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: vivicristinabarbosa@gmail.com

**Zoila Isabel Cárdenas Tirado**

Enfermera, doctora en Gestión de Salud, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Cajamarca, Perú. Línea de investigación en sistematización de proyectos de salud y saneamiento. E-mail: zcardenas@unach.edu.pe.

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5462-XXX-1

