



PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: ESTUDO DE CASO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Lucélia Luiz Pereira¹

Hilton Pereira da Silva²

Leonor Maria Pacheco Santos³

Resumo: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem como objetivo o provimento de profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar em municípios de difícil acesso e acentuada vulnerabilidade socioeconômica, e estabelece os grupos quilombolas como uma das prioridades. Este artigo analisa de que forma o Projeto tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas do Nordeste e do Norte do país, por meio de uma investigação qualitativa em duas comunidades no Rio Grande do Norte e uma no Pará. Foram realizados grupos focais com usuários de Unidades Básicas de Saúde e entrevistas semiestruturadas com médicos, profissionais de saúde das equipes das Unidades Básicas de Saúde, gestores das Secretarias Municipais de Saúde, conselheiros municipais de saúde e lideranças locais. Conclui-se que o Mais Médicos contribuiu na garantia do acesso à saúde nas comunidades estudadas. A permanência dos médicos nos municípios possibilitou a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Palavras-chave: Quilombolas; Médicos; Saúde pública; Atenção Primária; Populações rurais.

MORE MEDICAL DOCTORS PROGRAM TO BRAZIL: A CASE STUDY IN MAROON COMMUNITIES

Abstract: The More Medical Doctors Program for Brazil aims to provide Brazilian and foreign professionals to work in towns of difficult access and high socioeconomic vulnerability, and establishes the Maroons groups as a priority. This article analyzes how the program has contributed to primary health care in maroon communities of the Northeast and North of the country, through a qualitative research in two communities in Rio Grande do Norte State and one in Pará State. Were conducted focus groups with users of the Basic Units of Health and semi-structured interviews with doctors, health professionals from the Basic Units of Health teams, managers of Municipal Health, local health counselors and local leaders. We conclude that the More Medical Doctors contributed in ensuring access to health care in the communities studied. The permanence of doctors in the cities made possible the development of preventive actions, health promotion and the establishment of a connection with users.

Key-words: Maroons; Medical Doctors; Public health; Primary Care; rural populations

¹ Universidade de Brasília, Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas – NAAPP – Departamento de Serviço Social, Brasília, DF, Brasil. lucelia@unb.br

² Universidade Federal do Pará, Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente - LEBIOS, Programa de Pós-Graduação em Antropologia – PPGA e Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - PPGSAS, Belém, PA, Brasil. hdasilva@ufpa.br

³ Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PGCS e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC da UnB, Brasília, DF, Brasil. leopac@unb.br



PROJET MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UNE ÉTUDE DE CAS DANS LES COMMUNAUTÉS MARRONS

Résumé: Le projet Mais Médicos para o Brasil vise à disposition des professionnels brésiliens et étrangers de travailler dans les villes de l'accès difficile et la vulnérabilité socio-économique, et établit les groupes Maroons comme une priorité. Cet article analyse la forme que le projet a contribué pour l'attention primaire à santé primaires dans les communautés marrons du Nord-Est et du Nord du pays, à travers une recherche qualitative dans deux communautés de Rio Grande do Norte et un en Pará. Ont réalisé des groupes avec d'utilisateurs d'Unités de Bases de Santé et des entretiens semi-structurés avec des médecins, professionnels de la santé des équipes d'Unités de Bases de Santé, les gestionnaires du Bureaux Municipales de Santé, conseil de santé local et les dirigeants locaux. Nous concluons que le projet Mais Médicos ont contribué à assurer l'accès aux soins de santé dans les communautés étudiées. La permanence de médecins dans les villes a rendu possible le développement de la prévention et de promotion de la santé et de l'établissement d'une connexion avec les utilisateurs.

Mots-clés: Communautés Marrons; Médecins; Santé Publique; L'Attention Primaire; Les populations rurales.

PROYECTO MÁS MÉDICOS PARA EL BRASIL: ESTUDIO DE CASO EN COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Resumen: El Proyecto Más Médicos para el Brasil, tiene como objetivo obtener profesionales brasileños y extranjeros para actuar en municipios de difícil acceso y acentuada vulnerabilidad socioeconómica, y establece los grupos quilombolas como una de las prioridades. Este artículo analiza de qué manera el Proyecto contribuye para la atención primaria a la salud em comunidades quilombolas del Nordeste y del Norte del país, por medio de una investigación cualitativa en dos comunidades en el Río Grande del Norte y una del Pará. Fueron realizadas grupos con usuarios de Unidades Básicas de Salud y entrevistas semiestructuradas con médicos, profesionales de salud de los equipos de las Unidades Básicas de Salud, gestores de las Secretarías Municipales de Salud, consejeros municipales de salud y liderazgos locales. Se concluyó que el Más Médicos ha contribuido en la garantía del acceso a la salud en las comunidades estudiadas. La permanencia de los médicos posibilitó la realización de acciones de prevención y promoción de la salud y el establecimiento de vínculo con los usuarios.

Palabras-clave: Quilombolas; Médicos; Salud pública; Atención Primaria; Poblaciones rurales.

INTRODUÇÃO

À atenção primária é atribuída a responsabilidade por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, localizando sua atuação na fase inicial do cuidado, antecedendo níveis de atenção mais complexos e especializados. O objetivo é prevenir os problemas de saúde, bem como promover a saúde da população. A atenção primária foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, em Alma-Ata, como uma atenção fundamental à saúde que deve ser garantida de forma universal às pessoas e famílias, como parte do sistema de saúde, certificando que a



oferta de ações esteja o mais próximo do local de moradia das pessoas para assegurar um processo contínuo de atenção (OMS, 1979).

Apesar do reconhecimento nacional da importância da atenção primária à saúde, os cuidados básicos ainda não são universais para a população, não sendo ofertados igualmente a todos os brasileiros (Sousa, 2007). Desta forma, faz-se necessário minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, garantindo acesso aos serviços de saúde, não só na atenção primária, mas em todos os níveis do sistema de saúde. Para tal, é fundamental a adoção de estratégias que garantam a equidade e facilitem o acesso de grupos populacionais que historicamente estão em desvantagem.

DESIGUALDADES NO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países em desenvolvimento tem como meta prioritária a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária. Tal prioridade se faz necessária tendo em vista que, muito embora haja um reconhecimento internacional - Declaração de Alma-Ata (OMS, 1979) e nas legislações brasileiras (Brasil, 1988; Brasil, 1990) do direito fundamental de todos ao acesso aos serviços de saúde, tal garantia legal não é efetivada devido a muitas barreiras e obstáculos que ainda impedem o acesso universal ao SUS.

Um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial. Pesquisas apontam que populações que vivem em áreas caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou em situação rural, geralmente sofrem de forma mais intensa com a ausência de atenção e disponibilidade de redes de atenção primária (Cavalcante, 2011; D Dolea et al., 2010; Kruk, et al., 2010; Travassos et al., 2006).

Tais disparidades podem ser explicadas não só pela dificuldade de mobilidade e deslocamento das pessoas na busca de responder suas necessidades de saúde, mas também por problemas advindos das características de oferta e organização dos serviços de atenção à saúde nestas áreas. Elementos como disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e financiamento podem determinar o acesso da população (Castro & Machado, 2010; Cavalcante, 2011; Travassos et al., 2006).



Em relação à gestão dos recursos humanos em saúde, o Brasil vivencia dificuldades na oferta e disponibilidade de profissionais de saúde para implementar as ações, sendo que o problema é maior nas áreas rurais, havendo um grande diferencial de atenção entre as regiões do país. A população das regiões Norte e Nordeste tem um acesso limitado aos serviços de atenção primária, se comparado aos residentes nas regiões centro-oeste, sudeste e sul. De acordo com Travassos e colaboradores (2006), os residentes da região Norte têm 45% menos chances de uso dos serviços de saúde se comparados aos residentes das regiões Sul e Sudeste.

No entanto, a oferta de médicos parece ser onde se evidencia os maiores diferenciais de atenção. As regiões Nordeste e Norte oferecem menor disponibilidade de oferta de médicos, enquanto a região Sudeste se situa acima da média brasileira e as regiões Sul e Centro-oeste estão mais próximas dessa média (Cremesp, 2013).

As disparidades regionais na distribuição de médicos persistem no Brasil há muitos anos. De acordo com Maciel Filho (2007, p. 49), já na década de 1970 esse descompasso se mostrava presente tendo em vista que “naquele ano, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população”. A partir do índice de escassez de médicos na atenção primária, Girardi (2010) demonstrou que a maioria dos municípios brasileiros com escassez de médicos está localizada na região Nordeste (51,8%) em contraposição à região Centro-Oeste, que apresenta a menor quantidade de municípios com escassez.

A Portaria GM nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde apresentou alguns parâmetros para recursos humanos em saúde, propondo a razão de um médico/mil habitantes (Brasil, 2002). Em 2011, o índice no Brasil era de 1,8 médicos/mil habitantes, de acordo com a OMS (Brasil, 2013; Garcia, 2013), inferior ao da Argentina (3,2 médicos/mil hab) e do Uruguai (3,7 médicos/mil hab) e de países europeus.

Além disso, verifica-se que a distribuição deste tipo de profissional por região, unidades da federação e residência na capital ou interior, aponta uma acentuada concentração. De acordo com o estudo “Demografia Médica no Brasil” (Cremesp, 2013, p. 36) “Duas das grandes regiões do país estão abaixo do índice nacional, a região Norte, com 1,01, e a Nordeste, onde há 1,2 médico por 1.000 habitantes. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67, seguido pela região Sul, com 2,09, e o Centro-Oeste, com 2,05”.



Ainda segundo o Cremesp (2013, p. 36), ocorre uma acentuação das desigualdades no caso das diferentes Unidades da Federação. “O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com razão de 2,64”. “Na ponta de baixo do ranking, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes estão Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71).” Outro estudo aponta que 22 Estados encontram-se abaixo da média do País, com destaque para o Maranhão, que é apresentado com o índice inferior ao primeiro estudo, apenas 0,58/mil hab (Garcia et al., 2013). O cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos entre regiões, estados e municípios demonstra que o aumento da oferta desse profissional não tem beneficiado a população brasileira de forma homogênea.

DESIGUALDADES NA ATENÇÃO A SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Além da carência de profissionais, outros fatores influenciam na atenção à saúde e atingem os grupos populacionais de maneira diferenciada. Diversos estudos mostram que ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinados, refletindo diferenças biológicas, distinções econômicas e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (Brasil, 2009; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Nunes et al., 2001). Tais desigualdades são mais prevalentes em determinados grupos sociais, dentre eles, a população negra (Araújo et al., 2010; Batista et al., 2012; Cunha, 2012; Heringer, 2002; Filho, 2012; Lopes, 2005a,b; Paixão et al., 2005).

Desta forma, a redução das inequidades deve considerar a questão do racismo que persiste no Brasil e que provoca o agravamento das vulnerabilidades a que está exposta a população negra. No caso da saúde, destaca-se a necessidade de combater o racismo institucional que “constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas” (Brasil, 2007, p. 30).

Nos últimos anos tem havido uma expansão de estudos e investigações sobre a situação de saúde das populações quilombolas. No entanto, tais estudos ainda são insuficientes para caracterizar os diferenciais de atenção à saúde bem como as especificidades demandadas por este público, apesar de contribuírem na visibilidade das

inequidades em saúde no país.

Para compreender as características das comunidades quilombolas é importante fazer uma relação com a história econômica, política e social do Brasil, que vivenciou o sistema escravocrata por quase quatrocentos anos. Os quilombos comumente estão associados à resistência dos negros a este sistema que os colocou em uma situação de desigualdade, numa posição desfavorável social e economicamente (Moura, 1981). Pelo vultoso número de comunidades quilombolas, bem como pelas características próprias desta população, várias são as vulnerabilidades a que este segmento está exposto, sendo uma delas as necessidades na área de atenção primária em saúde.

Diversos estudos apontam as precárias condições de vida e saneamento ambiental vivenciadas pelas comunidades quilombolas, influenciando no perfil epidemiológico relacionado aos indicadores de adoecimento e mortalidade, e evidenciando as persistentes inequidades raciais em saúde (Amorim et al., 2013; Andrade et al, 2011; Bezerra et al., 2014; Borges, 2011; Cavalcante, 2011; Freitas, 2009, 2011; Ferreira et al., 2011; Guerrero et al., 2007; Jesus et al., 2014; Silva, 2007; Silva et al, 2010; Oshai & Silva, 2013; Vicente, 2003).

Um dos principais problemas apontados pelas investigações em comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias abarcando a qualidade da água, energia, rede de esgoto, coleta de lixo e manejo de resíduos. Estudo realizado por Silva (2007, p. 118) em Caiana dos Crioulos na Paraíba revelou “uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar”.

As condições sanitárias precárias, sem rede de esgoto, com utilização de água inadequada para o consumo humano e com exposição de lixo a céu aberto foi igualmente relatada nos estudos em comunidades quilombolas localizadas em Minas Gerais (Andrade et al, 2011; Marques et al., 2010), Bahia (Bezerra et al., 2014), Pará (Cavalcante, 2011; Freitas et al, 2009; Silva et al., 2010), Alagoas (Ferreira et al., 2011), São Paulo (Vicente, 2003; Volochko & Batista, 2009), dentre outros, evidenciando que as condições insatisfatórias de saneamento básico aumentam a vulnerabilidade a que está submetida esta população. Tais características corroboram com o estudo nacional da Chamada Nutricional Quilombola, que revelou situação semelhante na maioria das 60 comunidades quilombolas de 22 estados que participaram da investigação (Brasil,



2008; Brasil, 2014).

De acordo com Bezerra (2014, p. 1836), “de forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde”. Assim, os indicadores de condições sanitárias, somados às condições de moradia, à vulnerabilidade socioeconômica e à insegurança alimentar (Brasil, 2008, Carvalho et al., 2014; Silva et al., 2010;) além da baixa escolaridade presente nas comunidades quilombolas, contribuem decisivamente para o atual perfil epidemiológico e situação de saúde destes grupos.

Os resultados das investigações de saúde realizadas junto à comunidades quilombolas demonstram, ainda, que eles enfrentam uma intensa transição epidemiológica, pois entre as enfermidades mais prevalentes estão tanto as doenças infecto-parasitárias, como as doenças crônicas, destacando-se a hipertensão, o diabetes e a desnutrição, além de queixas como dor de cabeça, dor de dentes, verminoses, resfriados, alergias e infecções cutâneas (Amorim et al., 2013; Andrade, 2011; Ferreira et al, 2011; Freitas, 2011; Guimarães e Silva, 2015; Silva, 2007; Brasil, 2008; Volochko & Batista, 2009). Há também estudos que relatam elevadas frequências de anemia falciforme (Volochko & Batista, 2009). Estudo realizado por Amorim e colaboradores (2013) na comunidade de Boqueirão (Bahia) e por Borges (2011), no Pará, apontam amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão arterial, um dos principais assassinos do século XX .

Diante do quadro de necessidades de atenção à saúde pelas comunidades quilombolas é importante destacar que a rede de serviços disponibilizados à população não garante atendimento integral e universal, como preconizado na legislação. Estudos junto à estas comunidades revelam que a população quilombola utiliza quase que exclusivamente o SUS e que quando adoece, geralmente procura o atendimento no posto de saúde, localizado na própria comunidade ou em bairro mais próximo, tendo em vista que as comunidades estão localizadas em áreas rurais, e necessitam percorrer longas distâncias para se deslocar aos hospitais. Os estudos demonstram, ainda, que em sua maioria as comunidades tem uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais



(Amorim et al, 2013; Cavalcante, 2011; SILVA et al., 2010).

Adicionalmente, Volochko e Batista (2009) apontam que apesar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros serem os profissionais mais procurados pela população, há o grave problema da alta rotatividade e muitas vezes da ausência dos profissionais, principalmente médicos, nas localidades e cidades menores.

Reconhecendo o impacto negativo das condições ambientais e socioeconômicas associadas à oferta limitada de serviços na permanência das inequidades em saúde, algumas iniciativas governamentais vêm sendo implementadas, dentre elas a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Brasil, 2013a).

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Maciel Filho (2007) relata a experiência do Brasil na implementação de iniciativas governamentais para fomentar o recrutamento e fixação de médicos para atuação em áreas distantes dos centros urbanos e/ou de difícil acesso, ou seja, na interiorização das ações de saúde. Destaca como exemplos destas iniciativas o Projeto Rondon (1960-1989), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976-1985), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993-1994), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001-2004). Mais recentemente, podemos acrescentar também o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (2011) (Brasil, 2011) e o Programa Mais Médicos para o Brasil, criado em 2013.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei n.12.871 de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013b, Brasil, 2013c) buscando solucionar o problema persistente de escassez e/ou da má distribuição de médicos no Brasil e ampliar investimentos na formação profissional com a criação de novos cursos de medicina em regiões onde há carência destes profissionais, entre outras medidas. Em paralelo, foi instituído o Projeto Mais Médicos (PMM), a partir da Portaria Interministerial n.1.369, de 08 de Julho de 2013 (Brasil, 2013a), incentivando médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas áreas do interior do Brasil, em municípios de difícil acesso e de acentuada vulnerabilidade econômica e social. Tal estratégia inclui as comunidades quilombolas como público prioritário para o recebimento de médicos contratados pelo Programa (Brasil, 2014).



A chamada para contratação de médicos é realizada por meio de Editais, podendo participar tanto médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto estrangeiros, que poderão ocupar os postos de trabalhos não preenchidos por brasileiros.

Em março de 2014, o Ministério da Saúde lançou o Edital n. 22 de adesão dos municípios ao PMM (Brasil, 2014). Neste Edital, os municípios com comunidades quilombolas foram também incluídos como prioritários para alocação dos médicos. Da mesma forma, no Edital n. 01 de 15 de janeiro de 2015 (Brasil, 2015), foi estabelecido como obrigação dos municípios, a alocação de médicos em equipes que atendessem populações vulneráveis, dentre elas, as comunidades quilombolas.

Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo PMM recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período (Brasil, 2013a).

Os médicos estrangeiros selecionados pelo PMM desenvolvem suas atividades com licença provisória do Ministério da Saúde, que lhes permite atuar somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades as unidades básicas de saúde do município onde forem alocados. De agosto de 2013 a julho de 2014 houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 11.429 cooperantes vindos de Cuba e 1.187 intercambistas formados em outros países. A Lei que criou o programa determina que se abram as vagas primeiro para médicos brasileiros, depois, médicos intercambistas, que se formaram no exterior e, somente em última instância, é acionada a cooperação internacional com a OPAS, que estabeleceu parceria com o governo cubano.

Buscando integrar ensino e serviço, o PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família. O Curso é oferecido na modalidade de educação à distância por meio da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos, bem como sua participação na especialização é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades nas unidades básicas de saúde e oito horas no curso de especialização (Brasil, 2013a).



Este artigo analisa de que forma o PMM tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas, tomando como exemplo estudos de caso no Nordeste e no Norte do país.

METODOLOGIA

Além do levantamento e análise da literatura pertinente, a investigação se deu através de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, buscando compreender, a partir das percepções dos diversos atores-chaves selecionados, de que forma o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) tem influenciado na atenção primária.

Para tal, três comunidades quilombolas foram envolvidas como estudo de caso, duas no Rio Grande do Norte e uma no Pará⁴. De acordo com Denis e Champagne (1997, p. 71) o estudo de caso é “uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso (...) A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”. A coleta de dados compreendeu três grupos focais com usuários quilombolas, 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e 3 com representantes do controle social.

O instrumental do grupo focal buscou apreender as percepções dos usuários quilombolas sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após chegada dos médicos. Os usuários quilombolas foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos participantes do PMM. Os grupos focais contaram com uma média de 10 participantes, sendo compostos em sua maioria por mulheres. As lideranças comunitárias auxiliaram no processo de divulgação e convite para que os moradores das comunidades quilombolas participassem voluntariamente dos grupos focais, agendados com antecedência.

No total foram realizadas de 16 entrevistas semiestruturadas sendo: três médicos cubanos participantes do PMM, que atuam nas UBS, cinco profissionais de saúde, que compõem a equipe das UBS, quatro gestores, sendo duas secretárias municipais de

⁴ No intuito de garantir o sigilo das informações e não identificação dos entrevistados, optou-se por não identificar as comunidades quilombolas participantes da pesquisa.



saúde e duas coordenadoras da atenção básica, três representantes do Conselho Municipal da Saúde e uma liderança de uma das comunidades. Assim, a investigação buscou abarcar um conjunto de atores sociais, com inserção e envolvimento diferenciado com o PMM, para possibilitar a apreensão das diferentes narrativas e pontos de vista.

Os dados apresentados representam uma análise preliminar de parte da pesquisa matriz⁵, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Parecer número 399.461).

RESULTADOS

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Dos 14.462 médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos (PMM) nas cinco primeiras etapas, 3.390 foram alocados em 801 municípios com presença de comunidades quilombolas, ou seja, aproximadamente 23% das contratações. No entanto, não é possível afirmar que todos os médicos alocados atuam em áreas quilombolas, tendo em vista que alocação nas equipes é de responsabilidade dos gestores municipais. A região nordeste foi a que recebeu a maior quantidade de médicos (1.535), seguida da região sudeste (653).

Em relação às comunidades quilombolas pesquisadas (Tabela 1), destaca-se que todas estão localizadas a mais de 10 km da sede do município e a mais de 6 km da UBS mais próxima. Nenhuma delas é registrada no CNES como unidade de saúde quilombola. A comunidade do Pará está sem ACS há quatro anos, inviabilizando o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares (Tabela 1).

Tabela 1: Características das comunidades quilombolas participantes, Pará/PA e Rio Grande do Norte/RN, Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2013-2014.

Características das comunidades quilombolas	Comunidade 1 RN	Comunidade 2 RN	Comunidade 3 PA
Situação da área	Certificada	Certificada	Titulada

⁵ Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado: “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado pelo CNPq e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013.



Nº de famílias	40	55	88
Km da Sede do município	10km	15km	11km
UBS na comunidade	Em	Em construção	Em
Km - comunidade para UBS de	7km	6km	9 km
Existência de ACS	Sim	Sim	Não
Tempo de atuação do Médico do	15 meses	13 meses	11 meses

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito à situação de saúde, os usuários destacaram como principais problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas: distância entre comunidade e UBS, número reduzido de visitas domiciliares pelas equipes, falta de medicamentos, dificuldades para agendamento de exames, ausência de médicos no município nos finais de semana, insuficiência e alta rotatividade dos profissionais de saúde e dificuldades para agendamento de consultas com especialistas.

Tanto os profissionais quanto os usuários relatam que diabetes, hipertensão e diarreia são as principais doenças que acometem os moradores da comunidade, mas que em menor número também estão presentes o alcoolismo, câncer e depressão. As dificuldades no controle e tratamento das enfermidades ocorrem não apenas devido a distância da UBS e dificuldades no agendamento de consultas, mas também devido a frequente falta de medicamentos e demora na marcação de exames:

“Falta remédio de todo tipo, de pressão alta, de diabetes, as vezes xarope, as vezes de dor, fica difícil, aí para não piorar a gente acaba comprando” (GF 3, Participante 2).

“O SUS a gente sabe que deveria cobrir tudo, mas as vezes não cobre os exames, por falta de máquinas, de agenda, e aí temos que pagar pelo exame porque as vezes não dá para esperar. E as vezes quando a gente consegue fazer, o resultado do exame demora muito” (GF 1, Participante 4).

Como estratégia para amenizar as dificuldades em acessar os serviços de saúde, ou mesmo, associado ao tratamento alopático, os usuários relatam a utilização da *bezenção* e de ervas e plantas medicinais, que ocorrem geralmente em forma de sumo, chá, infusão, xaropes, raizadas etc. Além do significado cultural dessas práticas, percebe-se que as comunidades quilombolas utilizam a sabedoria popular e conhecimentos repassados por seus ancestrais como alternativas ou complemento para a garantir a saúde de sua população:



“Nem sempre a gente consegue o remédio na farmácia do postinho, aí ou compra ou então vai se virando em casa mesmo, porque a gente usa muito as plantas, o remédio caseiro, as garrafadas, o chá, o melado, tem um monte de coisas até que esses remédios que o doutor passa não resolve. Aí as benzedeiras ajudam também, rezando de quebranto, mal olhado, espinhela caída, e vai se virando” (GF 3, Participante 8).

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUILOMBOLAS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS

Em relação ao PMM, a maioria dos participantes dos grupos focais consideraram a iniciativa importante para a garantia do acesso das comunidades à atenção básica, conforme um dos relatos:

“Ah, eu acho que teve muita mudança com esse mais médicos, com a doutora cubana que chegou porque às vezes a gente saía daqui para lá (UBS) andando, e não tinha uma ficha pra gente se consultar, aí tinha que ficar de manhã até a tarde e as vezes o médico não ia, aí tinha que voltar sem consultar. Isso sem falar quando o médico ia embora do município e a gente ficava 9, 10 meses, quase um ano sem médico. É um sofrimento para nós. Agora não, a gente tem certeza que a médica vai tá lá para atender, então isso mudou ne?” (GF 2, Participante 6).

As mudanças mais destacadas pelos usuários quilombolas se relacionam à frequência semanal dos médicos nas UBS, a maior facilidade no agendamento das consultas, o aumento de visitas domiciliares e as características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e o atendimento dispensado nas consultas é diferente dos anteriormente realizados por outros médicos que atuaram nas UBS:

“Achei diferente dos outros porque a gente fica muito tempo na consulta, e ela fala, olha para gente, pergunta, aí examina, tudo direitinho, parece que não está com pressa. Antes os outros médicos ficava pouco aqui na comunidade e atendia rápido para dar tempo de atender todo mundo porque eles vinha pouco. (GF 1, Participante 4).

É bom porque as consultas já ficam marcadas de hipertensos e diabéticos como eu, aí não precisa ficar toda vez esperando fichas para marcar. Isso foi uma vantagem com esse novo médico (GF 3, Participante 10).

Vários participantes destacaram que a chegada dos médicos às UBS tornou mais ágil o processo de retorno e o acompanhamento das doenças crônicas. Relatam também a participação em grupos de prevenção, que não existiam antes. Destacaram que



anteriormente havia alta rotatividade dos profissionais das equipes, principalmente médicos. De acordo com os entrevistados, os médicos tinham vínculos empregatícios em municípios vizinhos o que contribuía para sua vinda esporádica e infrequente, deixando descoberto as equipes, havendo acúmulo de demandas por consultas e uma desorganização da agenda da UBS.

No entanto, mesmo com a presença do médico do PMM, destaca-se que alguns dos problemas referentes aos serviços de saúde, relatados pelas comunidades permanecem. Em relação ao deslocamento até a UBS, nem sempre o município disponibiliza o transporte, por isso, muitas vezes os moradores vão a pé ou de bicicleta. Por isso, uma das reivindicações das comunidades é que haja UBS funcionando nas próprias comunidades. Além disso, os participantes relatam a necessidade de alocação de mais médicos nos municípios. Destacam que apesar dos médicos do PMM terem carga horária semanal de 40 horas, geralmente ficam responsáveis por uma área rural extensa, adotando como estratégia a definição de dias de referência para atendimento de cada área. Por isso, geralmente os médicos atendem a área quilombola somente uma ou duas vezes por semana.

Por fim, a sustentabilidade do PMM também é apontada pelos participantes, e também pelos gestores, como uma preocupação:

Eu espero que ela continue aqui pelo menos dez anos porque os outros médicos antes ficava muito pouco, mas dizem que eles vão ficar só três anos. Não sei como vai ser quando acabar o contrato dela, mas a comunidade vai ter que ver isso, vai ter que cobrar do município (GF 3, Participante 9).

Quando acabar o Mais Médicos, ou sei lá. Quando derem outro nome, a comunidade já vai saber que ela tem o direito, que tem uma assistência mais integrada, com mais qualidade. E aí eles não vão mais aceitar certas coisas que acontecia antes. Aí nós vamos ser cobrados, mas nós vamos cobrar do ministério também (Gestor).

Eu não sei quando expirar o prazo do Mais Médicos, como é que o governo vai lidar com essa situação, porque ele acostumou a população a ter esse profissional, que era uma dificuldade de falta de médicos no nosso município (Conselheiro de Saúde).

Segundo a legislação, o governo federal estabelece contratos de três anos com os médicos, podendo ser renovado por igual período. A longo prazo, o programa prevê novos cursos de medicina, ampliando as vagas para a formação médica no país. Faz-se necessário que o Brasil desenvolva estratégias para que os profissionais de saúde,



especialmente médicos, sejam fixados na atenção primária à saúde, principalmente nas zonas rurais, de difícil acesso e em vulnerabilidade.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E REPRESENTANTES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS

Semelhante aos usuários, os profissionais entrevistados ressaltam a hipertensão e o diabetes como as enfermidades que mais acometem os quilombolas. No entanto, acrescentam, também, a gravidez na adolescência, a depressão e dores na coluna como problemas de saúde expressivos nestas comunidades. Ressaltam a importância das visitas domiciliares, tanto do ACS como também da equipe da UBS para desenvolver trabalho de educação em saúde, buscando a adesão dos usuários com doenças crônicas ao tratamento, bem como fornecer informações e orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em relação a implantação do PMM, os gestores destacam mudanças na organização dos serviços, tendo em vista o aumento de demandas por consultas, exames e utilização de medicamentos, consequência da atuação mais presente dos novos médicos. No entanto, os médicos do PMM, assim como os usuários, destacam a necessidade dos municípios terem uma melhor estrutura para os atendimentos em saúde, principalmente no que diz respeito a equipamentos para as UBS, maior agilidade na realização de exames solicitados e também maior disponibilidade de medicamentos.

Às vezes a gente apresenta dificuldade com a falta de balanças infantis e os termômetros que faltam. E o problema da medicação, porque um dos problemas para controlar a diabetes e a hipertensão é a adesão ao tratamento. E às vezes a adesão depende da disponibilidade do remédio e nem sempre tem (Médico MM).

Ainda em relação às alterações na organização e oferta dos serviços de saúde primária, os gestores ressaltam a participação dos médicos nas reuniões de planejamento e de organização das agendas o que, de acordo com os entrevistados, é uma novidade já que não havia esta prática por parte dos médicos que anteriormente atuaram nos municípios. Além disso, os profissionais das equipes das UBS ressaltam um fortalecimento das relações de equipe e uma articulação maior entre os profissionais.



Tem uma certa diferença dos brasileiros porque ela é muito acolhedora e muito humilde. Se enturma com qualquer um da equipe, ela não tem essa historia de dizer agente de saúde é diferente do médico, do enfermeiro, todo mundo ela trata de uma maneira só (Auxiliar de Enfermagem).

Porque assim, eles tem uma outra visão a nível assistencial no sentido de trabalhar mais em equipe, não desarticulado, porque para garantir a integralidade do cuidado a gente precisa ter o olhar da rede, ver a questão social também (Enfermeiro).

Uma questão destacada de forma unânime pelos entrevistados foi o exercício diferenciado da prática clínica pelos médicos do PMM. Tanto gestores quanto profissionais das equipes deram destaque não só a efetiva fixação dos médicos nas zonas rurais e distantes dos municípios, mas também à forma de atendimento dispensado aos usuários.

Eu vejo na atenção básica, vejo a necessidade de trabalhar prevenção e ela trouxe isso, ela é diferenciada, os outros só querem tratar, clinicar. Ela vê a pessoa como um todo e nisso ela previne outras doenças, isso é o diferencial. Ela escuta, dialoga e somente depois prescreve (Gestor).

Ele faz consultas, faz pré-natal, atende as crianças para avaliar crescimento e desenvolvimento ele faz um trabalho de busca ativa de hipertensos e diabéticos na área, faz educação em saúde, ele também participa do grupinho de fumantes, participa de tudo (Enfermeiro).

Para os profissionais, uma das grandes vantagens do atendimento mais cuidadoso e humanizado oferecido pelos médicos, é que os usuários aderem ao tratamento e frequentam mais as UBS. Relatam que a curto prazo o número de consultas se ampliou porque havia uma demanda reprimida de atendimentos. Uma das profissionais destacou que, no momento, eles vivenciam uma realidade de maior frequência dos usuários nos serviços, não para consultas, mas para participar de grupos de educação em saúde, ou seja, uma perspectiva de promoção da saúde:

E também a demanda do posto, você está vendo que hoje é terça-feira a tarde e não tem muita gente no posto. Por que? Porque já não tem mais tanta gente doente. O pessoal já está vindo mais pra promoção mesmo da saúde, para as palestras. Quando é dia dos hipertensos, eles não vem se queixando de dor, eles vem mais pra assistir a palestra, pegar medicação, verificar a pressão e volta pra casa (Enfermeiro).



Os médicos ressaltam que tiveram uma formação com foco na atenção primária, baseando-se numa perspectiva de promoção da saúde. Os três médicos entrevistados relatam experiência superior a dez anos atuando na área preventiva, não só em Cuba, mas também em outros países como Venezuela, Colômbia e em África.

Eu fui formada de uma maneira clínica, com exame físico e um bom interrogatório. Com isso a gente consegue mais de 60% do provável diagnóstico. Você não precisa chegar até um exame a nível terciário. Eu faço muito trabalho educativo aqui na consulta e é um dos motivos que faz com que a consulta demore mais (Médico MM).

Eles afirmam que buscam conhecer o território onde atuam, reconhecendo que, no caso das comunidades quilombolas, estas vivenciam situações de vulnerabilidade social e que os usuários tem que percorrer longas distâncias para ter garantido o seu direito à saúde. Afirmam que a unidade de saúde é muito importante porque muitas vezes se constitui como a única via de assistência médica, já que as cidades ficam muito distantes. Destacam ainda que a garantia da integralidade das ações depende também de uma maior organização do SUS, concretizando a referência e contra-referência:

Essa questão da referência e contra-referência é difícil. Eles vão a consulta e eu não tenho retorno. Eu esperava que o especialista, não fosse fazer um tratado, mas pelo menos um diagnóstico, alguma coisa que me oriente para saber o que o especialista encontrou, para eu conseguir fazer um acompanhamento melhor aqui na área (Médico MM).

Os médicos explicam que apesar das dificuldades relacionadas à questão de infraestrutura nos municípios, atuam de forma a garantir o atendimento dos usuários, seja nas UBS ou em visitas domiciliares, buscando respeitar suas especificidades, inclusive culturais. No caso das comunidades quilombolas, destacam que muitas vezes aliam a medicina tradicional, presente de forma expressiva nestas comunidades, com o tratamento alopático.

Em relação a atuação dos médicos, o universo dos entrevistados, usuários, profissionais, gestores e conselheiros de saúde, demonstraram uma análise positiva das experiências dos municípios com a presença dos profissionais do PMM.

A partir das falas, verifica-se que o PMM contribui não só para uma melhor viabilização das ações de atenção básica nos territórios, mas também demonstra que é viável a fixação de médicos nas equipes de saúde, mesmo em áreas mais distantes e



vulneráveis. Portanto, desmistifica o modelo largamente adotado na atenção à saúde de desenvolvimento de ações primárias à saúde voltadas somente ao atendimento individual e de uma equipe de saúde que conta com a presença esporádica e rotativa de profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população negra, e de modo particular, as comunidades quilombolas, são segmentos com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde (Cavalcante, 2011; Ianni et al., 2007; Heringer, 2002). Os estudos da relação entre raça e saúde revelam, a partir dos indicadores sociais, que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção. Desta forma, verifica-se que as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra, demandando ações concretas por parte do Estado, de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS.

A implementação do PMM representou uma iniciativa governamental voltada a sanar a carência de médicos nos serviços de saúde em áreas com alta vulnerabilidade social e com dificuldades históricas de atração e fixação destes profissionais, dentre elas, as comunidades quilombolas (Brasil, 2014). Os resultados desta pesquisa apontaram que houve um maior acesso dos usuários quilombolas aos serviços de saúde, apesar dos diversos obstáculos ainda existentes. Percebeu-se que a presença de médicos na atenção primária é essencial na prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias, e que tem importante impacto na sua saúde e no funcionamento dos serviços. A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para a compreensão dos processos de saúde e doença, bem como seus determinantes, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Destaca-se, no entanto, a necessidade da formulação de políticas e ações voltadas a efetivação do SUS em longo prazo, principalmente no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura, expansão de contratações de profissionais para compor as equipes de saúde, criação de planos de carreira para os profissionais, e a priorização da atenção primária, focando no fortalecimento da prevenção e na promoção da saúde. Nesse sentido, tanto os usuários quilombolas quanto



os profissionais participantes da pesquisa, chamam atenção para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo, buscando resolver de forma permanente o problema da ausência de profissionais na atenção básica à saúde em áreas distantes e de grande vulnerabilidade social, bem como solucionar as inequidades raciais em saúde, garantindo o acesso das populações negras e quilombolas às ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento, conforme previsto na Constituição Federal.

Agradecimentos

Ao CNPq e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde pelo financiamento da pesquisa por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Maise Mendonça, TOMAZI, Laize; SILVA, Amaro Augusto da; GESTINARI, Tiana Baqueiro Figueiredo. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia. *Bioscience Journal*, v. 29, n. 4, 2013, p. 1049-1057.

ANDRADE, Elisabeth Campos de; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; VIEIRA, Marcel de Toledo; ABRAMO, Clarice; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato, SILVA, Priscila Lima. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 3, 2011, p. 337-34.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; PAULA, Juliana Braga de. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, Ana Marina Fontenelle; DIAS, Maria Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque (Orgs.). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; NORONHA, Ceci Vilar; HOGAN, Vijaya; VINES, Anissa I.; ARAÚJO, Tania de Amaro. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva*, v. 7 n. 40, 2010, p. 116-121.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BEZERRA, Vanessa Moraes; MEDEIROS, Danielle Souto de; GOMES, Karine de Oliveira; SOUZAS, Raquel; GIATTI, Luana; STEFFENS, Ana Paula; KOCHERGIN, Cláudia Nicolaevna; SOUZA, Cláudio Lima; MOURA, Cristiano Soares de; SOARES, Daniela Arruda; SANTOS, Luís Rogério Cosme Silva; CARDOSO, Luiz Gustavo. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2014, p. 1835-1847. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf> Acesso em: 22 de maio de 2015.



BORGES, William Dias. *Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Seus Determinantes Bioantropológicos em Populações Quilombolas da Amazônia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

_____. *Lei nº 8080 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.

_____. *Ministério da Saúde (MS)*. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 16 de Janeiro de 2015; Seção 3:120.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 01 de Abril de 2014; Seção 3:140.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.o 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 13 de julho de 2002; Seção 1:36.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ *Ministério da Saúde*, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html Acesso em: 02 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013a. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no. 9 . Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no 20. Brasília: MDS, 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013b. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências (Online). Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm (Acesso em 09 de Dezembro de 2014).

_____. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013c. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências.



BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. vol.17, n.1, 2007, pp. 77-93.

CARVALHO, Andréia Santos; OLIVEIRA e SILVA, Denise. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuacu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. *Interface Botucatu*, v. 18, n. 50, 2014, p. 521-532.

CASTRO, A.L.B., MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública (Online)*, v. 26, n. 4, 2010, p. 693-705. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n4/12.pdf> Acesso em 24 de Abril de 2015.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. *Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: *Conselho Federal de Medicina*, 2013.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da Implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*— Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 88, n. 5, 2010, p. 379–385.

FERREIRA, Haroldo da Silva, LAMENHA, Maria Laura Dias, XAVIER JÚNIOR, Antonio Fernando Silva CAVALCANTE, Jairo Calado; SANTOS, Andréa Marques dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 30, n. 1, 2011, p.51-58. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a08.pdf> Acesso em 04 de maio de 2015.

FILHO, Adauto Martins Soares. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) **Saúde da população negra**, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FREITAS, Daniel Antunes, CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio, HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf> Acesso em 02 de janeiro de 2015.

FREITAS, Dionísio Bellé de; SILVA, Jasson de Miranda; GALVÃO, Edna Ferreira. A Relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.30, n. 2, 2009, p. 89-105. Disponível em:



<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/438> Acesso em: 10 de março de 2015.

GARCIA, Beatriz; ROSA, Leonardo; TAVARES, Rafael. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. São Paulo; *Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas*, 2014. Disponível em: http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf Acesso em: 26 maio 2015.

GIRARDI, Sábado. *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade – NESCOM. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte. (Online). 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf> Acesso em 22 de janeiro de 2015.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado; SILVA, Denise Oliveira; TOLEDO, Luciano Medeiros de; GUERRERO, José Camilo Hurtado; TEIXEIRA, Pery. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, 2007, p. 103-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200010&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 de março de 2015.

GUIMARÃES, Raissa Cecília Rosalino; SILVA, Hilton Pereira. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazonica, Rev. de Antropologia (Online)*, 2015, 7(1):186-209. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/2156/2454> Acesso em: 11 de maio de 2015.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Supl.), 2002, p. 57-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 de maio de 2015.

IANNI, Áurea Maria Zöllner; DOS SANTOS; Claudete Gomes dos; ALVES, Olga Sofia Fabergé; MORAIS, Maria de Lima Salum; KALCKMANN, Amália Suzana. Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v.41, 2007, p. 43-45.

JESUS, Viviane Silva de; FREITAS, Daniel Antunes; SOUSA, Árlen Almeida Duarte de; SILVA, Isabel Santos da; CAMARGO, Climene Laura de; BRITO, Ana Monique Gomes; SILVA, Josielson Costa da. S. Saúde da criança remanescente quilombola: uma retrospectiva bibliográfica. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Ano 19, n. 197, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd197/saude-da-crianca-remanescente-quilombola.htm> Acesso em: 08 de maio de 2015.

KRUK, Margaret; JOHNSON, Jennifer C; GYAKOBO, Mawuli; AGYEI-BAFFOUR, Peter; ASABIR, Kwesi; KOTHA, S Rani, KWANSAH, Janet; NAKUA, Emmanuel, Snow; RACHEL, C; DZODZOMENYO, Mawuli. *Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment*. Bulletin of the World Health Organization, Genebra, v. 88, n. 5, 2010, p. 333-341. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862010000500010&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 de março de 2015.



LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005a. p. 9-45.

_____. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005b, p. 1595-601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 de março de 2015.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde*. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social e Preventiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, Amaro Sérgio; CALDEIRA, Antônio Prates; SOUZA, Lucas Ramos; ZUCCH, Paola; CARDOSO, Wesley Diego Antunes. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010, p. 155-161.

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

NUNES, André; BARATA, Rita Barradas; BARATA, James Richard Silva Santos; VIANNA, Solon Magalhães. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, URSS. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência*. Brasília: UNICEF, 1979.

OSHAÍ, Cristina Maria Arêda; SILVA, Hilton Pereira. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. *Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*. Belém, v. 12, 2013, p. 1426.

PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: BRASIL. FUNASA. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005.

SILVA, José Antônio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 de março de 2015.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, supl. 2, 2010, p. 109-120. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 14 de dezembro de 2014.

SOUSA, Maria Fátima de. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília v. 62, n. 2, 2008, p. 153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2> Acesso em: 03 de março de 2015.



TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. Rio de Janeiro, vol.11, n.4, 2006, p. 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 de abril de 2015.

VICENTE, João Pedro. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? (Carta ao Editor). *Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, 2003, p. 63-65.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luís Eduardo. Saúde nos quilombos. São Paulo: *Instituto de Saúde – SESSP*, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

Recebido em Janeiro de 2015
Aprovado em Maio de 2015