



Saúde Funcional em Comunidades Quilombolas do Campo: Estratégias de acesso Equânime à Fisioterapia por Pessoas com Deficiências

FUNCTIONAL HEALTH IN QUILOMBOLA COMMUNITIES RURAL: STRATEGIES FOR EQUITABLE ACCESS TO PHYSIOTHERAPY FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Mateus dos Santos Brito¹, Alexsandro de Melo Laurindo², Luiza Carla de Melo³, Lorena Albuquerque de Melo⁴, Ângela Maria Pereira⁵

¹ Fisioterapeuta e mestrando em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0763-7664>

Email: mateus.dsb@gmail.com

² Sanitarista e residente em Gestão e Planejamento em Saúde. Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4418-9020>

Email: alexlaurindo25@hotmail.com

³ Terapeuta Ocupacional e mestranda em Saúde Pública. Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5602-0831>

Email: luiza.carlamelo@gmail.com

⁴ Fisioterapeuta e Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5743-8148>

Email: lorenalbuquerque@gmail.com

⁵ Fisioterapeuta e doutoranda em Saúde Pública. Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3721-8823>

Email: fisiot.angelapereira@yahoo.com.br

Correspondência: Rua Basílio da Gama, Canela, Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, Salvador - BA, Brasil. CEP: - 40110-040.

Copyright: Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional.

Conflito de interesses: os autores declaram que não há conflito de interesses.

Como citar este artigo

Brito, MS; Laurindo AM; Melo, LC de; Melo, LA de; Pereira, AM. Saúde Funcional em Comunidade Quilombolas do Campo: Estratégias de Acesso

Equânime à Fisioterapia por Pessoas com Deficiências. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 7, número especial V – 28º Encontro da Rede UNA-SUS. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, novembro de 2022, p. 27-38. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em “dia/mês/ano”.

Data de recebimento do artigo: 14/03/2022

Data de aprovação do artigo: 08/11/2022

Data de publicação: 10/11/2022

Resumo

Introdução: O combate as iniquidades em saúde que atingem pessoas com deficiências em contextos do campo, a exemplo das comunidades quilombolas, possui como um dos seus principais desafios a desarticulação das barreiras de acesso a saúde, sejam barreiras geográficas, institucionais ou socioeconômicas. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação fisioterapêutica pautada no combate às barreiras de acesso à saúde funcional por pessoas com deficiências no contexto da Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, Caruaru – PE. **Métodos:** O Relato de Experiência ocorre a partir da atuação acadêmico-profissional de um fisioterapeuta

junto a e-NASF-AB da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo (UPE). Ocorrendo de março de 2020 a março de 2022 na Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, Caruaru – PE. **Resultados:** Foram conquistados ganhos na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e seus familiares. Além de uma maior mobilização da rede de atenção à saúde municipal em torno da promoção da saúde funcional para pessoas com deficiências do campo, contando com mobilizações comunitárias e de forma intersetorial. **Conclusão:** A atuação de equipes multiprofissionais na APS com a presença de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais contribui na promoção de uma saúde integral e equânime nestes contextos.

Palavras-chave: Saúde da Família. Funcionalidade. Saúde da População Rural. Fisioterapia. Equidade.

Abstract

Introduction: The fight against health inequities that affect people with disabilities in rural contexts, such as quilombola communities, one of its main challenges is the disarticulation of

barriers to access to health, whether geographical, institutional or socioeconomic barriers. **Objective:** To report the experience of physiotherapeutic action based on combating barriers to access to functional health by people with disabilities in the context of the Quilombola Rural Serra Verde Community, Caruaru - PE. **Methods:** The Experience Report is based on the academic-professional performance of a physical therapist with the e-NASF-AB of the Multiprofessional Residency in Family Health with Emphasis on Rural Population (UPE). Occurring from March 2020 to March 2022 in the Quilombola Rural Serra Verde Community, Caruaru - PE. **Results:** Gains were achieved in functionality and quality of life for users and their families. In addition to a greater mobilization of the municipal health care network around the promotion of functional health for people with disabilities in the countryside, with community and intersectoral mobilizations. **Conclusion:** The performance of multidisciplinary teams in PHC with the presence of physiotherapists and occupational therapists contributes to the promotion of integral and equitable health in these contexts.

Keywords: Family Health. Functionality. Health of the Rural Population. Physiotherapy. Equity.

1. Introdução

A garantia de cidadania para as populações do campo, florestas e águas enfrenta uma contradição genealógica e etimológica, afinal, o próprio termo cidadania derivado do latim (*civitas*) revela que cidadão é aquele sujeito de direitos que povoa as cidades (*polis*). Partindo desta concepção as políticas públicas promotoras de cidadania na realidade das populações camponesas do Brasil se apresentam de forma escassa, insuficiente e por vezes descontextualizadas aos modos de vida no campo. Como superar o desafio de pensar na garantia do direito à saúde para uma parcela populacional historicamente excluída?¹.

A saúde das populações do campo se constitui historicamente em face aos desafios inerentes a uma agenda contra hegemônica e complexa, principalmente para as ações de equidade na saúde. Os desafios implicam diversas esferas, a começar pela formação de profissionais de saúde capacitados a desenvolver um processo de trabalho congruente com estas realidades e considerando as especificidades destas populações. Tais desafios se apresentam em todos os níveis de ensino profissionalizante, desde a graduação, a pós graduação, incluindo nos programas multi ou uniprofissionais em área profissional da saúde¹.

O combate as iniquidades em saúde para as populações do campo, florestas e águas, tende a tornar-se ainda mais complexo, ao trazer para o centro do debate pessoas de grupos sociais historicamente vulnerabilizados e que pertencem a comunidades rurais, a exemplo das pessoas com deficiências de comunidades quilombolas rurais. A promoção da saúde funcional nestes contextos, requer uma atenção integral e equânime de equipes multiprofissionais, com uma atuação de base territorial e um cuidado longitudinal. A presença de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais nestas equipes multiprofissionais pode contribuir na promoção da saúde para pessoas com deficiências, pois tratam-se de profissionais com formação especializada na funcionalidade humana, com atuação profissional a partir das condições de vida dos usuários. Buscando a potencialização de habilidades, atividades e funções cotidianas de importância em sua dinâmica de vida².

Contudo, a presença destes profissionais inseridos nos territórios do campo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre principalmente a partir da Estratégia de Saúde da Família junto a Atenção Primária à Saúde, especialmente na composição de Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (e-NASF-AB) e Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), pois são estas iniciativas as de maior capilaridade em territórios remotos. A presença destes profissionais pode variar de acordo com as necessidades dos territórios e de suas populações adscritas, bem como escolhas estratégicas ou políticas dos tomadores de decisão na gestão da saúde²⁻³.

Sendo assim, a promoção da saúde funcional para pessoas com deficiências de comunidades quilombolas no SUS, se faz urgente e necessária, principalmente frente ao processo complexo de vulnerabilização social e as barreiras enfrentadas por essa população para o acesso a saúde. Neste sentido, buscando delimitar uma compreensão acerca do conceito de saúde funcional, a literatura aponta que a promoção de condições de vida saudáveis a partir da completude das competências coletivas e individuais frente ao desenvolvimento das atividades cotidianas e da participação social, são noções essenciais para alcançar uma saúde funcional²⁻³.

Experiências fisioterapêuticas com uma perspectiva multiprofissional e que tenham como foco a promoção da saúde funcional junto a pessoas com deficiências em contextos vulnerabilizados, a exemplo de comunidades quilombolas rurais, se mostram escassas na literatura científica atual. Neste cenário, se faz importante, promover espaços de reflexão, diálogo, discussão e investigação científica, para que ações, programas e políticas de saúde funcional possam ser fortalecidas e aperfeiçoadas. É importante que estes esforços compreendam processos formativos na perspectiva do ensino em serviço, articulando as vivências e experiências dos sistemas de saúde e das instituições de ensino superior. Portanto, este estudo tem por objetivo relatar a experiência da atuação fisioterapêutica pautada no combate às barreiras de acesso à saúde funcional por pessoas com deficiências no contexto da Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, Caruaru – PE.

2. Métodos

Trata-se de um Relato de Experiência a partir do processo de trabalho acadêmico-profissional de um fisioterapeuta inserido em uma equipe multiprofissional formada por dez profissionais de categorias distintas: Assistente Social, Cirurgiã Dentista, Enfermeira, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicóloga, Sanitarista e Terapeuta Ocupacional. Estes profissionais compunham a Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (e-NASF-AB), exceto a enfermeira e cirurgiã dentista, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo – Universidade de Pernambuco/Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra/ Movimento Quilombola de Pernambuco.

A atuação da equipe, se iniciou em março de 2020 até março de 2022, ocorrendo no Território de Gestão Sustentável Rural (TGS) 03, especificamente junto às Unidades de Saúde da Família (USF) de Gonçalves Ferreira e Serra Velha, zona rural de Caruaru – PE. A experiência relatada neste estudo tem como base a Educação Popular em Saúde e ocorreu na Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, coberta pela USF de Serra Velha, Caruaru – PE.

Nos primeiros dias de inserção no território, ainda no processo de territorialização da e-NASF-AB, foram percebidas algumas situações de saúde de adolescentes, adultos jovens e idosos quilombolas com deficiências de diferentes ordens, física, cognitiva, auditiva e visual. Nestas situações, o acolhimento e avaliação familiar dependia estritamente da realização de Visitas Domiciliares (VD), pois, o deslocamento destes usuários de seus domicílios até o equipamento de saúde era limitado, tanto pela localização geográfica de difícil acesso de suas casas, quanto pela dificuldade em acessarmos meios de transporte até a Unidade de Saúde da Família. Estas limitações, eram vivenciadas também pelas equipes de saúde.

Contudo, seguindo os protocolos sanitários de prevenção da disseminação do SARS-CoV-2, as VD foram realizadas em uma perspectiva multiprofissional. Após isto, foram realizados estudos de casos e discussões de casos junto a Equipe de Saúde da Família (eSF) e a e-NASF-AB. Sendo instituído o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia direcionadora do cuidado.

O racional teórico-prático utilizado na construção do PTS, seguiu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), sendo dividido em: 1) fatores ambientais pessoais; 2) atividades e participação social; 3) estrutura e função corporal; 4) objetivos e ações em saúde. Sendo ainda incorporados instrumentais da Saúde da Família como estratificação de risco e vulnerabilidade social, genograma e ecomapa. O Fisioterapeuta e a Terapeuta Ocupacional da equipe foram definidos como profissionais de referência para estas situações de saúde.

3. Resultados

A atuação fisioterapêutica em equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no combate as barreiras de acesso por pessoas com deficiências na Comunidade Quilombola Rural Serra Verde – PE resultou na construção de um processo de trabalho, pautado sistematicamente na busca pela garantia do direito à saúde, especificamente na promoção da saúde funcional, compreendida como a existência de uma condição de vida saudável, desenvolvendo-se a partir da exploração máxima das competências dos indivíduos e coletividades (motoras, intelectuais, expressivas, relacionais e outras). Tendo como foco o estado de funcionalidade para o desenvolvimento das atividades e participação social de forma autônoma, possibilitando qualidade de vida e condições para o pleno exercício da cidadania. Respeitando e considerando os ciclos de vida, o gênero, cultura, identidades étnicas e raciais⁴.

Para elaborar uma reflexão inicial acerca das estratégias de promoção da saúde funcional em comunidades quilombolas do campo, se faz necessário compreender que as características de saúde destes territórios, populações, famílias e comunidades, são determinantes nestes processos. Para isso, o referencial teórico da determinação social da saúde contribui no aprofundamento da discussão, pois trata de promover uma reflexão acerca da abrangência coletiva, social e histórica nos processos de saúde e doença, propiciando relações entre questões sociais e questões físicas. Neste referencial, é possível perceber que as condições sociais são base para as sanitárias em uma sociedade^{4,5,6}.

Portanto, as sociedades ao longo da história posicionam as pessoas com deficiências a margem de sua estrutura social, afetando diretamente o exercício da cidadania e conseqüentemente o direito a saúde destas pessoas. O capacitismo, neste contexto, surge enquanto uma questão estrutural e estruturante na construção da saúde de pessoas com deficiências, especificamente em comunidades quilombolas do campo. Pois, busca condicionar instituições e sujeitos a normas produzidas a partir de noções biomédicas e binárias, como a ideia de que existem corpos dentro da norma e outros desviantes^{5,7}.

Esta concepção gera atitudes e ideias reproduzidas socialmente em toda a sua estrutura, na maioria das vezes de forma preconceituosa e discriminatória. O capacitismo, tem base em performances sociais onde pessoas com deficiências, Lésbica, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, *Queer's*, Intersexuais, Assexuais dentre outros (LGBTQIA+), idosos dentre outros, são considerados “deficientes”, seus corpos podem ser objetificados e posicionados socialmente em um papel de incapacidade no exercício da cidadania. Tal noção, aplicada a realidade de comunidades quilombolas rurais, torna-se ainda mais complexa pois sofre com o atravessamento de elementos culturais e de uma realidade vulnerabilizada, cujo acesso a informações a esse respeito é escassa^{5,7}.

Especificamente na Comunidade Quilombola Serra Verde, foi possível identificar características de um processo de vulnerabilização social, expressadas nas barreiras do acesso a direitos sociais básicos. O acesso à educação por exemplo, se dá, apenas do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental, fora isso, as pessoas da comunidade (principalmente crianças, adolescentes e jovens) tem de se deslocar até a zona urbana da cidade, na maioria dos casos sem acesso gratuito ou de meia passagem no transporte coletivo.

Já o acesso ao trabalho, ocorre na comunidade, principalmente através do trabalho domiciliar ou comunitário com confecção têxtil, popularmente conhecido como “fabrico”- quando coletivo ou “facção”- quando individual. Vale destacar que as cidades de Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe, todas no Agreste Pernambucano, representam o maior polo têxtil do interior do Brasil, contando com uma cadeia de produção e comercialização no atacado e varejo com escoamento para todo o país, envolvendo neste processo os cidadãos do campo e das cidades⁸.

Este processo de instalação de equipamentos industriais de costura nos domicílios da zona rural desta região, se dá no fim do século passado, frente a expansão industrial para o interior do Nordeste e dificuldades no plantio e colheita da agricultura familiar. O que se observa hoje, é um trabalho com confecção têxtil com ausência da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), ausência de salário mínimo, baixa remuneração e presença de remuneração por peça de roupa produzida, jornadas de trabalho de mais de 12 horas por dia na maioria dos casos, podendo sofrer aumento em épocas de alta demanda, não observância de equipamento e procedimentos de segurança do trabalho, trabalho infantil e pessoa idosa principalmente em épocas festivas como Natal e São João.

Além de ser possível indicar um alarmante adoecimento das estruturas osteomioarticulares e adoecimento mental, acidentes de trabalho nos domicílios inclusive envolvendo crianças, dentre outras situações de adoecimento dos sujeitos e famílias inseridas neste contexto⁸. Ao observar questões inerentes ao acesso do direito a saúde é possível observar barreiras complexas, principalmente devido à localização geográfica da comunidade que fica no limite do município cerca de 12 Km da Unidade de Saúde da Família (USF) e 20 Km do centro da cidade, ausência a seis anos de Agente Comunitário de Saúde e desativação do Ponto de Apoio da USF na comunidade. A população, ainda sofre com a escassez no acesso à água potável e para outras necessidades, espaços de lazer, cultura e prática esportiva.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral às Populações do Campo, Florestas e Águas (2011), as populações do campo, tem sua composição múltipla do ponto de vista étnico, racial e cultural, com extensiva presença de povos e comunidades tradicionais. Neste sentido, ao analisar o acesso ao direito a saúde em uma perspectiva interseccionada, é possível verificar que certos grupos populacionais vulnerabilizados ao longo da história do Brasil e que residem na zona rural, sofrem

maiores impactos no acesso ao direito a saúde. Esta situação pode ser percebida ao se analisar a saúde de jovens negros e quilombolas, com deficiências físicas residentes do Agreste rural de Pernambuco. Neste cenário, as especificidades na saúde, as barreiras no acesso e a condição socioeconômica e demográfica são mais frágeis e graves. O racismo estrutural, impacta a saúde da população negra no Brasil ao longo da história, ao observar os índices de adoecimento, acesso à educação, renda, trabalho e saúde, observa-se que esta parcela da população se encontra em uma situação de vulnerabilização social. Estes processos de iniquidades em saúde se intensificam quando estas pessoas, residem em comunidades quilombolas rurais^{3,9,10}.

O racismo estrutural incide diretamente na garantia de direitos sociais, como o direito a saúde de pessoas com deficiências de comunidades quilombolas do campo. Um exemplo disso é a Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, Caruaru – PE, que desde 2016 aguarda, sem sucesso, sua certificação de reconhecimento enquanto comunidade quilombola pela Fundação Cultural Palmares (FCP), mesmo enviando e colaborando com todos os documentos e trâmites solicitados. É sabido que além de contribuir com o desenvolvimento e preservação cultural e ambiental destes territórios, a certificação contribui na garantia de direitos sociais e políticas públicas voltadas as especificidades desta população.

O autor Achille Mbembe (2016), aborda em sua obra o conceito de necropolítica, definindo como aqueles mecanismos de controle e de poder do estado na determinação de dinâmicas sociais e políticas que condicionam a morte e a vida, principalmente de grupos populacionais historicamente vulnerabilizados. Ao longo da história brasileira, as comunidades negras têm seus direitos sociais e condições de vida e saúde precarizados, esta realidade incide na garantia do direito à saúde^{11,12,13}.

Neste contexto, foram construídas e executadas ações de atenção integral à saúde a partir da avaliação, reavaliação e acompanhamento sistemático, dentro dos dois anos, em uma perspectiva multiprofissional da Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (e-NASF-AB), Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), em parceria. Além disso, a rede de atenção especializada de saúde do município foi contatada e os devidos encaminhamentos realizados conforme as necessidades em saúde. Contudo a falta do fornecimento de transporte domiciliar acessível impossibilitou a adesão ao serviço especializado, as barreiras geográficas e ambientais determinaram a não continuidade de algumas terapêuticas especializadas ofertadas apenas na zona urbana do município. Devido as barreiras geográficas e institucionais de acesso à saúde, para pessoas com deficiências físicas residentes da Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, o cuidado passou a ocorrer estritamente no território, a nível domiciliar e comunitário.

Os desafios em torno dos instrumentais da Fisioterapia, aplicáveis a Atenção Primária à Saúde na realidade das pessoas com deficiências em comunidades quilombolas do campo, puderam ser combatidos através da produção de adaptações de instrumentos já validados e a sistematização de novos instrumentos. Essa construção ocorreu de forma compartilhada com outros profissionais fisioterapeutas inseridos nesta mesma realidade e profissionais da própria e-NASF-AB, a partir de rodadas de discussão e estudo da literatura científica da área. Culminando na elaboração de: 1) Ficha de Avaliação Cinético Funcional com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF/OMS); 2) Instrumento para Estratificação de Risco e Vulnerabilidade Social; 3) Relatório de Diagnóstico Territorial em Saúde com base na CIF/OMS; 4) Projeto Terapêutico Singular com base na CIF/OMS¹⁴.

A partir disso, ações visando a equidade no acesso a saúde funcional adquiriram um papel de protagonismo no processo de cuidado. Os profissionais da e-NASF-AB, especificamente os dois profissionais de referência, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, instituíram atendimentos sistemáticos de reabilitação domiciliar de forma multiprofissional, visando a assistência integral à saúde, utilizando também as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), práticas e saberes populares da comunidade. Tele consultas e tele atendimentos foram realizados utilizando a ferramenta de mensagens de áudio e texto, além de vídeo chamadas do *WhatsApp*®.

No processo de cuidado, foram realizadas ações de prevenção e promoção da saúde, por meio de materiais de educação em saúde e por meio do diálogo e ação, tanto para prevenir a COVID-19, quanto agravos em saúde, com foco na funcionalidade para a realização das Atividades de Vida Diária e Instrumentais (AVD/AIVD) e melhorias na qualidade de vida. As ações educativas de compartilhamento de saberes no cuidado em saúde, envolviam usuários, familiares, comunitários, lideranças e profissionais de saúde especificamente da USF, em uma perspectiva de matriciamento. Foram também realizadas paralelamente as ações de atenção à saúde, o monitoramento das condições de saúde e de cuidado domiciliar. A utilização de tecnologias assistivas na realização das AVD/AIVD atravessaram todo o processo de cuidado, facilitando tarefas básicas do cotidiano como as refeições, asseios e atividades higiênicas, o sono, as atividades sexuais e de lazer.

Ao longo dos dois anos, as pessoas com deficiências e suas famílias pertencentes a Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, foram incentivadas e convidadas a participação social na saúde, seja por meio da adesão a espaços comunitários de discussão e articulação social e política em torno da saúde, a exemplo das reuniões da Associação Quilombola dos Produtores e Criadores Rurais de Serra Verde. Quanto de espaços promovidos pela USF, Pré-Conferência Municipal de Saúde da População Negra, de Pessoas com Deficiências e a Pré-Conferência de Serra Velha, além da Conferência Municipal de Saúde em 2021^{15,16,17}.

Um trabalho de articulação intrasetorial e intersetorial foi realizado de forma transversal ao processo de cuidado, reuniões de articulações junto ao: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica, de Atenção Integral as Pessoas com Deficiências e da População Negra. Além do Apoio Institucional da Zona Rural do município; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural; Organizações Não Governamentais (ONG) e Movimentos Sociais pelos direitos das pessoas com deficiências no município. Os objetivos centrais destes encontros foram promover a cooperação, apoio, fortalecimento e iniciativas de equidade no acesso a saúde por pessoas com deficiências do campo. Contribuindo de forma qualitativa e quantitativa no estabelecimento de uma comunicação e alinhamento efetivo entre as ações e programas de acesso equânime à saúde para estas populações em suas diferentes frentes de trabalho.

Foram percebidos enquanto desdobramentos da atuação profissional fisioterapêutica em uma perspectiva multiprofissional nesta realidade. Um maior engajamento e percepção diferenciada dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde do município, quanto as especificidades envolvidas no processo saúde-doença- cuidado de pessoas com deficiências pertencentes a comunidades quilombolas rurais. Maior vínculo e proximidade dos usuários com o serviço de saúde, além do fortalecimento de uma rede de cooperação comunitária para o cuidado compartilhado, solidariedade, troca de saberes, vigilância popular, organização social e política em torno da busca pelo direito a saúde.

Alguns desafios emergiram ao longo da experiência, o de maior impacto, possivelmente tenha sido a pandemia de Covid-19, contudo um processo potente emergiu da comunidade em parceria com as equipes de saúde da família e o movimento quilombola brasileiro. A mobilização e o engajamento em torno das campanhas de educação em saúde e comunicação social em saúde para a prevenção da disseminação do SARS-CoV-2 na comunidade e da busca pela campanha de imunização prioritária da Comunidade Quilombola Rural Serra Verde, culminou na realização da imunização da comunidade com a primeira e segunda dose, incluindo as pessoas com deficiências domiciliadas e acamadas além de seus familiares. Ao longo da experiência aqui relatada, não foi registrado nenhum caso grave de Covid-19 nesta comunidade, além da ausência de registro de mortes pela doença. Vale salientar que nos mais de 100 anos de história, a comunidade jamais havia recebido em seu território uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde ou a e-NASF-AB¹³.

4. Conclusão

Portanto, a experiência aqui relatada revela que a presença de equipes multiprofissionais na Atenção Primária a Saúde (APS) em territórios do campo, a exemplo de comunidade quilombolas, se faz importante na busca pela garantia do direito à saúde e combate as barreiras de acesso em contextos historicamente vulnerabilizados. A presença da Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (eNASF-AB), incluindo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional atuando em uma perspectiva multiprofissional, contribuiu, a partir de um olhar para as especificidades, com a promoção da saúde funcional para pessoas com deficiências de comunidades quilombolas rurais, auxiliando no combate a barreiras geográficas de acesso, executando um processo de trabalho de base territorial, integral e equânime. A atuação da eNASF-AB em articulação intra e intersetorial, contribuiu com a mobilização de atores e equipamentos sociais em torno do combate as barreiras de acesso neste contexto.

O racional teórico-metodológico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), aliado ao instrumental da Saúde da família, oportunizaram uma abordagem integral acerca da saúde funcional nos contextos referidos, contribuindo com um ferramental fisioterapêutico na APS. O processo de trabalho bem como as práticas de cuidado orientados com base na Educação Popular em Saúde, permitiram um processo de cuidado contruído com autonomia e participação, incluindo no intercâmbio horizontal de saberes e práticas de saúde, estabelecendo diálogos entre saber popular e técnico-acadêmico. Culminando no processo de busca por uma melhor acessibilidade, vínculo e satisfação dos usuários junto aos serviços de saúde.

Existem limites estruturais a serem aprofundados em estudos futuros afim de delimitar estratégias de enfrentamento as iniquidades em saúde, principalmente a partir de políticas públicas sociais, voltadas as especificidades das populações do campo, florestas e água e das pessoas com deficiências e inseridas em comunidades tradicionais. O racismo estrutural e institucional, bem como o capacitismo e a exclusão social, perpetradas pela estrutura social capitalista ao longo da história, necessitam ser enfrentados a partir de uma compreensão do processo de determinação social em saúde, que no momento histórico da pandemia da Covid-19 foram agravados. Se faz necessário o fortalecimento das eNASF-AB, APS e do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir o direito à saúde para as populações do campo, florestas e águas, especialmente de áreas remotas onde este é o principal equipamento social com inserção no território.

Neste sentido, para que a garantia do acesso equânime à saúde nestes contextos possa ser efetivada, se faz necessário investir na formação de profissionais de saúde capacitados bem como um fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da eNASF-Ab, bem como o investimento

na formação com base nas residências multi ou uniprofissional em área profissional de saúde, contando com a articulação ensino e serviço. Por fim, experiências como esta, se mostram potentes na realização de um trabalho de promoção da saúde e formação de profissionais de saúde especialistas na saúde das populações do campo, florestas e águas em diálogo com a saúde da população negra e quilombola.

5. Referências

1. Moreira R, Del-Bianco NR. Cidadania e o campo: uma história brasileira marcada pelo atraso e pela violência. 9º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação, Aracaju, 2018.
2. Pinto AH *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3545-3555. 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria Nº 2.866, 02 de dezembro de 2011. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas. Brasília, 2015.
4. Brasil, ACO. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. *Rev. Bras. em Promo. da Saúde*, v. 26, n. 1, p. 1-3. 2013.
5. Ursine BL. Saúde das pessoas com deficiência do campo no âmbito da atenção básica: percepções dos trabalhadores e reflexões sobre políticas de equidade para pessoas em situação de dupla vulnerabilidade [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2016.
6. Albuquerque GSCS, Sousa-e-Silva MJ. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Rev. Saúde em Debate*, v. 38, n. 103. 2014.
7. Dias A. Por uma genealogia do capacitismo: a eugenia estatal a narrativa capacitista social. *Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre Deficiências*. Universidade de São Paulo, 2013.
8. Lira PA. determinação social da saúde dos(as) trabalhadores(as) da confecção do agreste pernambucano: desgaste e adoecimento como expressão da superexploração da força de trabalho [Dissertação de Mestrado]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 2ª ed. Brasília, 2013.
10. Leite D *et al.* Racismo, saúde e comunidades remanescentes de Quilombos: reflexões da Fisioterapia. *Rev. Conex. de Sab.*, v. 1, n. 1. 2016.
11. Mbembe A. *Necropolítica*. Universidade Federal do Rio de Janeiro 2016.
12. Souza R. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. *Rev Educ. Pop.* V.

- 4, p. 94-102. 2005.
13. Martins P. População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas. ABRASCO. . Acesso em: 25 jun. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemasdesaude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdadessociais-e-raciais-ainda-maisexpostas/46338/> .
 14. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2001.
 15. Pinto AH *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Rev. Ciên. & Saúde Colet., v. 21, n. 11. 2016.
 16. Alves-dos-Santos MP *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Rev. Est. Avanc, V. 34, n. 99, p. 225-243. 2020.
 17. Brito MS *et al.* O controle social nas políticas públicas em saúde da era Temer Control in public health policies in the Temer age. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 6, p. 24598-24615, 2021.