

Equidade e grupos populacionais específicos

Aylene Bousquat, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Cassiano Mendes Franco

RESUMO

Este artigo analisa a oferta de cuidado às populações e povos tradicionais na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, com base nos dados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024. Identificou-se que 11.711 UBS (26,1%) atendem populações vulnerabilizadas, povos e comunidades tradicionais, com diferenças na estrutura e organização do cuidado em relação às demais unidades. Apesar da maior presença de ações territoriais e comunitárias, persistem desafios relacionados à infraestrutura, participação social, acesso e adequação dos serviços às especificidades culturais e territoriais. A partir dos achados, são propostas medidas para a próxima Política Nacional de Atenção Básica, incluindo fortalecimento da interculturalidade, incentivos financeiros, tele saúde e estratégias para áreas remotas. Conclui-se que a promoção da equidade na APS requer políticas diferenciadas e territorialmente orientadas para qualificar o cuidado às populações e comunidades tradicionais no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Povos e Comunidades Tradicionais; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This article analyzes the provision of care to traditional peoples and communities within Brazilian Primary Health Care (PHC), based on data from the 2024 National Census of Primary Health Care Units. The findings indicate that 11,711 PHC units (26.1%) serve vulnerable populations, traditional peoples, and communities, with differences in care structure and organization compared with other units. Despite a greater presence of territorial and community-based actions, challenges remain regarding infrastructure, social participation, access, and the adaptation of services to cultural and territorial specificities. Based on these findings, measures are proposed for the next National Primary Health Care Policy, including strengthening interculturality, financial incentives, telehealth, and strategies for remote areas. It is concluded that promoting equity in PHC requires differentiated and territorially oriented policies to improve care for traditional peoples and communities within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Primary Health Care; Health Equity; Traditional Peoples and Communities; Health Policies; Brazilian Unified Health System.

Revista da Rede APS 2026

Publicada em: 08/10/2026

DOI: 10.14295/aps.v8i1.470

Aylene Bousquat
(Faculdade de Saúde Pública/ USP)

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
(UFMA)

Cassiano Mendes Franco
(Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Correspondência para:

Aylene Bousquat

(aylenebousquat@gmail.com)

INTRODUÇÃO

A equidade é um dos princípios implícitos do Sistema Único de Saúde (SUS), aparecendo explicitamente no arcabouço legal a partir da década de 2010, especialmente no Decreto no. 7508 de 2011. Sua concepção se entrelaça fortemente com a consecução da justiça social; e as duas podem ser consideradas faces de uma mesma moeda. Especialmente nos sistemas universais de saúde, a promoção da equidade e a construção de uma sociedade justa e solidária são objetivos centrais. No caso brasileiro, a garantia de um sistema de saúde que persiga a equidade é um imperativo moral, dada a marcada desigualdade da sociedade, que foi construída calcada no racismo estrutural, no patriarcado e no latifúndio, traços característicos do modo de exploração colonial europeu (Bousquat et al., 2026; Castro-Gomez, 2003).

A análise da história de construção do SUS nas últimas décadas, nos permite observar a crescente implementação de políticas com foco na equidade. Se, inicialmente, as grandes questões se voltavam para a ampliação do acesso para amplas camadas historicamente alijadas do direito à saúde, como, por exemplo, as populações residentes em áreas rurais e periferias urbanas, posteriormente, observa-se um crescimento de preocupações e elaborações de políticas para responder às necessidades específicas de grupos populacionais historicamente vulnerabilizados. No caso da Atenção Primária à Saúde (APS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 é um divisor de águas nesse sentido.

Embora a literatura tenha evidenciado a capacidade do SUS em contribuir para a diminuição de iniquidades na saúde, especialmente por meio da APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda há muito a se aprimorar. Inúmeras são as possibilidades de avaliar a consecução da equidade nos sistemas de saúde. Entre elas, no processo de contribuição para a nova PNAB, gostaríamos de priorizar, no presente documento, o olhar para as populações vulnerabilizadas e invisibilizadas sistematicamente, bem como também para os povos e comunidades tradicionais.

Fernandes et al. (2025) evidenciaram a existência de diversas políticas de equidade em saúde para grupos vulnerabilizados no Brasil,

indicando também que as diferenças no acesso aos serviços de saúde, bem como nas condições de saúde destes grupos, resultam das já mencionadas desigualdades históricas (Calegare et al., 2014; Goldberg et al., 2018). Entre as políticas já institucionalizadas pelo Ministério da Saúde, destacam-se as voltadas para as populações indígena, negra, do campo, floresta e águas; migrantes, refugiados, apátridas; populações e comunidades itinerantes; pessoas em situação de rua; pessoas em situação prisional; e do povo Cigano/Romani, entre outras (Brasil, 2013; Siqueira et al., 2017).

A análise dessas políticas permite afirmar que há avanços no reconhecimento de grupos historicamente invisibilizados. Destaca-se também a participação social no processo de construção dessa agenda, com os tensionamentos inerentes a processos com esse traço. Observa-se que as medidas envolvem em geral: abordagem (socio)culturalmente sensível, interculturalidade em relação a saberes e práticas, orientação sobre registros de informação e ações de vigilância em saúde. Quanto aos incentivos financeiros e arranjos organizativos específicos os mesmos estão presentes para algumas das populações e povos tradicionais. Apesar dos avanços, é preciso ter claro que persistem desafios quanto à implementação de políticas existentes, à incompletude para o conjunto dos povos e comunidades tradicionais e à interseccionalidade.

Assim, é imperativo que esse tema seja abordado com a importância que merece na próxima PNAB, contribuindo para a consecução de uma sociedade mais justa e igualitária.

O QUE O CENSO DA UBS 2024 NOS MOSTROU?

Para aprimorar e ampliar as políticas de equidade é importante que se parta de um breve diagnóstico do cuidado às populações e povos tradicionais na APS brasileira. Neste sentido, os dados do Censo das UBS de 2024 são extremamente valiosos. A partir de duas questões-chave - existência de populações tradicionais ou grupos específicos no

território e se eram realizados atendimentos a estes grupos - foi possível identificar o universo de UBS que ofereciam cuidado a essas populações (Bousquat et al, 2026 a). No Brasil, 11.711 (26,1%) UBS referiram a existência de populações vulnerabilizadas, povos e comunidades tradicionais em seus territórios e praticamente todas realizavam atividades direcionadas a estes (25,9%). Vale ressaltar, que 1.330 municípios têm 50% ou mais de suas UBS ofertando cuidado a estas populações. Os resultados encontrados na dimensão da distribuição territorial merecem destaque, pois evidenciam os diversos e distintos “Brasis”, moldados pela constituição do território com forte dinâmica de exclusão socioespacial. E é exatamente nas áreas rurais, nas regiões Norte e Nordeste que o peso, seja absoluto ou proporcional, das UBS- povos e comunidades tradicionais é maior (Bousquat et al., 2026 b).

No Gráfico 1 é possível visualizar a oferta de cuidado para as diferentes comunidades e povos tradicionais, observando-se que os mais frequentes são as populações das águas (ribeirinhos, pescadores, marisqueiras, etc.), população quilombola, indígenas não residentes em territórios indígenas e assentados da reforma agrária, entre outros.

Na Tabela 1 é possível comparar os resultados segundo variáveis e dimensões escolhidas entre as UBS - povos e comunidades tradicionais e as demais. Observa-se que as UBS- povos e comunidades tradicionais têm percentuais menores de existência de um pacote básico composto por aparelhos de pressão, glicosímetro com tiras, estetoscópio, oxímetro, termômetro, balança, estadiômetro, equipamentos para rastreamento de câncer de colo de útero, sonar ou Pinard do que as demais (19,8% X 21,3%), embora ambos os percentuais sejam baixos. As ações de integração e inserção na rede são mais incipientes, tomando o cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes como proxy. Por outro lado, observa-se que consistentemente, as UBS que ofertam cuidado aos povos e comunidades tradicionais desempenham com maior frequência ações mais pertinentes às dimensões coletiva, territorial e comunitária do que as demais UBS brasileiras, o que expressa potência e compromisso dessas equipes de saúde. No entanto, não se pode deixar de mencionar que os percentuais são, no geral, baixos, especialmente para a participação social e atividades de promoção, o que evidencia a

necessidade de maior incentivo a estas ações para o conjunto das UBS brasileiras.

Aprofundando a análise, examina-se o cenário para três grupos/populações: indígenas não residentes em território indígena, quilombolas, população das águas. Estes foram escolhidos tanto por terem sido referidos por um maior número de UBS, quanto por terem sido objeto de diversas políticas específicas implementadas no SUS no decorrer das últimas décadas.

No caso dos indígenas não residentes em territórios indígenas e da população quilombola, observa-se que o perfil de localização das UBS segue o mesmo padrão da distribuição dessas populações evidenciado no censo de 2022, demonstrando não só a capilaridade da APS brasileira, mas sua capacidade de reconhecer as especificidades e necessidades do território.

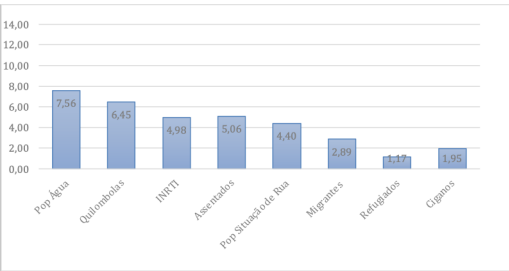
Fugindo do senso comum, ou seja, saindo do imaginário rural para o urbano, o padrão de localização das UBS- indígenas não residentes em territórios indígenas reflete o padrão atual de distribuição dessa parcela da população brasileira com predomínio de UBS em áreas urbanas. Vale lembrar que a maior parte da população indígena brasileira vive em territórios não indígenas, tendo ocorrido uma migração rural-urbana ao longo das décadas. O fenômeno é bastante complexo e diversas explicações têm sido elencadas, incluindo a disputa pelos territórios indígenas, a violência e a busca de um melhor acesso à educação, saúde e habitação (Rosa e Reis, 2013; Tobias e Toledo, 2023). Esse perfil precisa se refletir na formulação de políticas.

Reforça-se que o desenho das políticas de saúde para os indígenas brasileiros tem uma notável lacuna para a parcela que reside em áreas urbanas, a qual é constantemente invisibilizada e que convive com situações de grande vulnerabilidade associada à ausência de serviços públicos estruturados a partir da interculturalidade, o que precisa ser revertido na próxima PNAB, como já vem sendo debatido nas atuais discussões sobre a atualização da PNASPI.

Da perspectiva da equidade, experiências recentes como a que vem sendo desenvolvida no Parque das Tribos em Manaus, a maior comunidade indígena multiétnica urbana do

Estado do Amazonas, fortemente alicerçadas na interculturalidade, precisam ser expandidas para outras realidades. Em relação à população das águas, por sua vez, é preciso lembrar que a vida das comunidades associadas a essa população é moldada pela complexa dinâmica não só dos rios, mas também das marés. Essa relação de subsistência com os cursos d’água influencia também a locomoção e, consequentemente, a maneira como se dá o acesso e utilização dos serviços de saúde. As políticas e configurações atuais das políticas foram exitosas em desenhos para as populações ribeirinhas, ainda que se possa aprimorar formas de implementação, mas é preciso avançar para as demais populações das águas, muitas das quais ainda vivem isoladas e com acesso restrito pelas vias marítima e/ou fluvial.

Gráfico 1 - UBS que ofertam cuidado a diferentes povos e comunidades tradicionais Brasil, 2024



Fonte: Censo Nacional das UBS Brasileiras, 2024; IBGE (2017). N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938.

Tabela 1 - Comparativo entre UBS que atendem povos e comunidades tradicionais (UBS_ povos e comunidades tradicionais) e as demais. Dimensões e variáveis selecionadas, Brasil, 2024.

Dimensão	Variáveis	UBS- povos e comunidades tradicionais	
		Sim(%)	Não(%)
Ações de Vigilância	Monitoramento vacinal, busca ativa TB, áreas risco e controle de vetores	55,1	51
Participação social	Conselho local de saúde, critérios de vulnerabilidade/risco e participação comunitária	13,9	10
Ações de Promoção	Ações em escolas/igrejas, Atividade física, alimentação saudável e parcerias comunitárias	35,8	32
	Encaminhamento a serviços ambulatoriais especializado	57,7	59
	Cuidado compartilhado com serviços ambulatoriais especializados -HA	51,4	51
Inserção e integração na rede do cuidado	Cuidado compartilhado com serviços ambulatoriais especializados -DM	48,8	49
	Cuidado compartilhado-HAS ou DM	56,9	57
Pacote básico*	Pacote básico composto por aparelhos de pressão, glicosímetro com tiras, estetoscópio, oxímetro, termômetro, balança, estadiômetro, equipamentos para rastreamento de câncer de colo de útero, sonar ou Pinard	19,8	21
Equipe	Médicas(os) com MFC	29,5	28
	Enfermeiras(os)	35,9	37
	ESF+SB+EMULTI	35,7	33
	>= 4 ACS no território	71,3	69
Acessibilidade	Banheiros adaptados	42,3	45

Fonte: Censo Nacional das UBS Brasileiras, 2024; IBGE (2017). N= número total das UBS 44.938.

*pacote básico composto por aparelhos de pressão, glicosímetro com tiras, estetoscópio, oxímetro, termômetro, balança, estadiômetro, equipamentos para rastreamento de câncer de colo de útero, sonar ou Pinard

PROPOSTAS PARA A PNAB

A partir dessas reflexões e apoiados em outras fontes bibliográficas, tecemos as seguintes propostas a serem discutidas na próxima PNAB.

- Iniciativas para garantir a interculturalidade tanto na formação das equipes, quanto na organização do trabalho das equipes.
- Diminuição do número de habitantes/ equipe em UBS com presença de povos e comunidades tradicionais.
- Ampliação dos mecanismos de Incentivo Financeiro para Equipes com povos e comunidades tradicionais, à semelhança da Portaria GM/MS nº 9.572/2025 (quilombolas).
- Fortalecimento de iniciativas intersetoriais.
- Fortalecimento das redes regionais nas regiões com maior concentração de povos e comunidades tradicionais.
- Em locais de difícil acesso, a

implantação de um kit composto por energia solar off grid e internet via satélite, além de implantação de Point of Care especialmente em UBS localizadas em áreas remotas.

- Priorização de iniciativas de telessaúde para UBS- povos e comunidades tradicionais.
- Financiamento de embarcações para UBS com população das águas que residem isoladas.
- Custeio para combustível para equipe que necessitam de deslocamento fluvial e/ou marítimo, incluindo ACS.
- ACS Indígena em áreas com grande concentração de indígenas NRTI, avaliar a possibilidade de Unidades de Saúde da Família Indígenas em áreas com grande concentração de indígenas não residentes em territórios indígenas (Ex.: Parque das Tribos).
- Criação de Hubs com mediadores culturais, eticamente certificados para a saúde, para as equipes que oferecem cuidado às populações migrantes, refugiados e apátridas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bousquat A, Schenkman S, Milanezi J, Mendonça MHM, Mota PHS, Tomasi E. Equidade e Atenção Primária à Saúde: oferta do cuidado a povos e comunidades tradicionais nas UBS brasileiras. Cadernos de Saúde Pública. 2026. No prelo.
2. Bousquat et al. Avaliação da atenção primária à saúde no Brasil: concepção e metodologia do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024. Cadernos de Saúde Pública. 2026.
3. Brasil. Decreto nº 8750 - Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais [Internet]. 8750. 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_proccao_equidade_saude.pdf
5. Calegare MGA, Higuchi MIG, Bruno AC dos S. Povos e comunidades tradicionais: das áreas protegidas à visibilidade política de grupos sociais portadores de identidade étnica e coletiva. Ambient soc. 2014;17:115–134.
6. Castro-Gómez S. Ciencias Sociales, Violencia Epistémica y el Problema de la “Invencción del Otro.” In: La Colonialidad del Saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Buenos Aires: CLACSO: Edgardo Lander; 2003. p. 145–161.
7. Fernandes AJNL, Ribeiro LC, Ferreira JBB. Possible connections between health equity and primary health care: a scoping review. BMC Public Health. 2025 Feb 7;25(1):499.
8. Goldberg A, Silveira C, Martin D, organizadores. Migração, refúgio e saúde. Santos: Editora Leopoldianum; 2018.
9. Rosa M, Reis R. Povos indígenas em contextos urbanos na América Latina: algumas considerações a partir da realidade brasileira. EA. 2023 Apr 29;17(1):1–39.
10. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(5):1397–406.
11. Tobias R, Toledo N das N. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2023.

