



APS EM MRR

Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil



5º PPGS

POLÍTICA, SABERES E PRÁTICAS:
Resistência e insurgência
no enfrentamento das
iniquidades em saúde

Fortaleza — 3 a 6/11/24

ORGANIZAÇÃO, PROCESSO DE TRABALHO E INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS EM LOCALIDADES RURAIS

Organização

- Marcia Cristina Rodrigues Fausto
- Patty Fidelis de Almeida
- Lucas Manoel da Silva Cabral

Realização

- Grupo de Pesquisa Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos

Apoio

- Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco) da Secretaria de Atenção à Primária à Saúde (Saps) do Ministério da Saúde (MS)
- Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e Serviços de Saúde (Rede PMA / Fiocruz)

Comissão Organizadora

- Marcia Cristina Rodrigues Fausto
- Patty Fidelis de Almeida
- Lucas Manoel da Silva Cabral

Expositores

- Alexsandro de Melo Laurindo
- Antônio Marcos De Almeida
- Júlio Schweickardt
- Lilian Silva Gonçalves
- Maria Adriana Moreira

Coordenadores dos Grupos Temáticos

- Helena Maria Seidl Fonseca
- Juliana Gagno Lima
- Marcia Cristina Rodrigues Fausto
- Patty Fidelis de Almeida

Relatores

- Amandia Braga Lima Sousa
- Angela de Oliveira Carneiro
- Cristiano Gonçalves Moraes
- Jôse Ribas Galvão Sizisnande
- Lucas Manoel da Silva Cabral
- Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
- Yansy Aurora Delgado Orrillo

Participantes

- Alexsandra Rodrigues de Lima
- Alexsandro de Melo Laurindo
- Amanda Firme Carletto
- Amandia Braga Lima Sousa
- Ana Lúcia Nunes
- Andrea Taborda Ribas da Cunha
- Angela Oliveira Carneiro
- Anny Beatriz Costa Antony de Andrade
- Antônia Lorrane Farias Mendes
- Antônio Marcos De Almeida
- Araton Cardoso Costa
- Camila Rose Guadalupe Barcelos
- Célia Regina Nunes das Neves
- Cristiano Gonçalves Moraes
- Daiane Gabriele Souza Ribeiro
- Débora Barros dos Santos
- Elisa Santos Magalhães Rodrigues
- Eron Soares Carvalho Rocha
- Helena Maria Seidl Fonseca
- Jefferson Phellippe Wanderley Florencio
- Jessica Farias Dantas Medeiros
- José Ramix Junior
- Jôse Ribas Galvão Sizisnande
- Juliana Acosta Santorum
- Juliana Gagno Lima
- Júlio Schweickardt
- Leida Caldeira Aguiar
- Letícia Araújo da Motta
- Lilian Silva Gonçalves
- Lucas Manoel da Silva Cabral
- Márcia Cristina Rodrigues Fausto
- Marcos Adriano Garcia Campos
- Maria Adriana Moreira
- Maria Jacirema Ferreira Goncalves
- Marina Soares Buralde
- Marluce Mineiro Pereira
- Mateus Aguiar Dourado
- Michele Rocha de Araújo El Kadri
- Natai Pimentel Minoia
- Paulette Cavalcanti de Albuquerque
- Patty Fidelis de Almeida
- Priscila Santana
- Sâmela Stefane Correa Galvão
- Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira
- Valentina Martufi
- Vinícius Alexandre da Silva Oliveira
- Yansy Aurora Delgado Orrillo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
1. MESA DE ABERTURA E BOAS-VINDAS.....	5
2. MESA REDONDA – ORGANIZAÇÃO, PRÁTICAS EM SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO EM CENÁRIOS DE RURALIDADE: SINERGIAS POSSÍVEIS	7
2.1 Organização e práticas de APS para garantia de atenção integral – a experiência de Manicoré/AM.....	8
2.2 Experiências de formação profissional para atuação em territórios rurais – necessidades e dispositivos.....	11
2.3 Propostas de Trabalho & Educação na Saúde do Campo, Floresta e Águas.....	14
2.4 Proposições da política nacional e atenção básica para os territórios rurais	17
2.5 Debate.....	19
2.6 Considerações Finais da mesa.....	22
2.7 Síntese das Discussões e Contribuições.....	23
3. DINÂMICA DO CAFÉ MUNDIAL.....	25
3.1 Grupo 1: Estratégias para Ampliação e Qualificação do Acesso e Organização das Práticas de Saúde na APS em Cenários de Ruralidade.....	28
3.2 Grupo 2: Estratégias e dispositivos de formação para profissionais de saúde que atuam em cenários de ruralidade.....	33
3.3 Grupo 3: Integração da APS à Rede de Atenção à Saúde nos Territórios Rurais.....	36
3.4 Grupo 4: Participação Social e Competência Cultural para Atuação em Territórios Rurais.....	38
3.5 Síntese das Discussões dos grupos temáticos da dinâmica do Café Mundial.....	39
4. ENCERRAMENTO DA OFICINA	40

APRESENTAÇÃO

No dia 3 de novembro de 2024, no âmbito do Pré-Congresso do 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, realizou-se a Oficina 57 – Organização, Processo de Trabalho e Integração da Atenção Primária à Saúde à Rede de Atenção à Saúde: Experiências em Localidades Rurais. Este evento foi organizado por Marcia Cristina Rodrigues Fausto, Patty Fidelis de Almeida e Lucas Manoel da Silva Cabral, e contou com o apoio do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Descos) da Secretaria de Atenção à Primária à Saúde (Saps) do Ministério da Saúde e do Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e Serviços de Saúde (Rede PMA / Fiocruz).

A oficina reuniu um grupo diversificado de 46 participantes, incluindo pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, estudantes, formuladores de políticas e representantes da sociedade civil, com o objetivo de promover uma troca de experiências e a discussão para desenvolvimento de estratégias para a Atenção Primária à Saúde em áreas rurais. Durante o evento, foram discutidos os desafios específicos enfrentados pelas comunidades e populações em cenários de ruralidade e exploradas as soluções práticas para superar as barreiras existentes na prestação de serviços de saúde.

Este relatório documenta as discussões, proporcionando não apenas um registro valioso das atividades, mas também servindo como um recurso inspirador e orientador para futuras iniciativas. O documento reflete sobre a importância de continuar a colaboração e o diálogo entre todos os envolvidos para melhorar a saúde e o bem-estar das populações rurais.

Com a realização deste evento, reforça-se o compromisso com a adaptação das práticas de saúde às realidades complexas e diversas dos territórios rurais brasileiros. A oficina destacou a necessidade de uma abordagem coordenada que integre tanto melhorias na infraestrutura e nos serviços quanto políticas de saúde mais inclusivas e adaptadas, capazes de responder efetivamente às necessidades específicas das comunidades rurais.

1. MESA DE ABERTURA E BOAS-VINDAS

ABERTURA: **MARCIA CRISTINA RODRIGUES FAUSTO (ENSP/FIOCRUZ)**



A oficina começou com a participação da professora Márcia Fausto, dando as boas-vindas aos participantes que congregam uma diversidade de olhares e perspectivas sobre o tema. Ela saudou Lilian Silva Gonçalves (Coordenadora de Acesso e Equidade do Ministério da Saúde), representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que financia o projeto desde sua primeira etapa em 2017. Também foi mencionado o agradecimento ao Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e Serviços de Saúde (Rede PMA/Fiocruz) pelo apoio dado ao desenvolvimento de pesquisas estratégicas e sua importância para desenvolver esse projeto em específico, assim como para apontar caminhos futuros. Márcia destacou a perspectiva da oficina tanto no período da manhã, com a participação de convidados,

quanto à tarde, aprofundando em questões que podem ajudar na formação a partir da educação permanente em saúde.

Márcia estabeleceu como objetivo discutir o planejamento e serviços de saúde sob a perspectiva da ruralidade, que envolve aspectos como dispersão populacional em vastos territórios e realidades marcadas pela necessidade de longos deslocamentos para acesso aos serviços de saúde, seja por parte dos usuários, seja por parte dos profissionais.

Foi relatado que o projeto parte de um estudo já realizado, que está em fase de disseminação, e hoje encontra-se com a necessidade de aprofundar os estudos nos territórios com essas características. Na época da cooperação com o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e imersão na avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foram identificadas diversas necessidades, como a dificuldade de acesso geográfico, especialmente em territórios rurais remotos, o que precisava ser considerado. Equipes incompletas inviabilizavam que diversos territórios tivessem o adequado repasse de recursos, gerando diferenças importantes entre municípios e equipes de saúde.

Atualmente, o projeto está em uma etapa de discutir modelos de organização e processos de trabalho dos territórios estudados, com foco na Amazônia Legal e no semiárido, e pensar a formação para os trabalhadores nessas e para essas localidades. Neste momento, não seria mais um estudo exploratório; o objetivo do projeto é realizar uma pesquisa participativa com pessoas que vivem nessas localidades, acadêmicos e outros atores que se debruçam sobre o tema, com etapas de campo e de análise. E, ao mesmo tempo, pensar e construir uma formação para os trabalhadores de forma criativa que envolva a participação ativa desses sujeitos.

Essa oficina é uma oportunidade de fazer o primeiro movimento de escuta para construir essas propostas e poder trabalhar em comitês de interlocução permanente ao longo do projeto. Procura-se escutar a perspectiva de gestão municipal, da gestão federal e de quem está trabalhando no âmbito da gestão em saúde. O encontro também preconiza trabalhar temáticas direcionadas para abordar modelos de pesquisa e avançar em movimentos voltados para a formação. Para finalizar a apresentação inicial, os participantes se apresentaram brevemente.

2. MESA REDONDA – ORGANIZAÇÃO, PRÁTICAS EM SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO EM CENÁRIOS DE RURALIDADE: SINERGIAS POSSÍVEIS

MEDIAÇÃO: **PATTY FIDELIS DE ALMEIDA** (ISC / UFF)



Patty Fidelis de Almeida iniciou a mesa destacando a importância desse debate e a necessidade de intensificar a discussão das temáticas propostas. Ela apresentou a organização da mesa e a distribuição dos tempos para as apresentações e debate.

2.1 ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DE APS PARA GARANTIA DE ATENÇÃO INTEGRAL – A EXPERIÊNCIA DE MANICORÉ/AM

MARIA ADRIANA MOREIRA (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANICORÉ – AM)



Adriana, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Manicoré, iniciou sua fala apresentando o histórico da constituição da primeira unidade básica de saúde fluvial como política municipal a partir de 2011 e destacou algumas características do seu município. A rede de atenção urbana tem 9 unidades de saúde da família e 2 equipes multiprofissionais. O município de Manicoré conta com uma zona urbana onde mora cerca de 50% dos habitantes. Já na área

ribeirinha, as 230 comunidades estão dispostas ao longo do Rio Madeira. A área rural do município possui 6 estratégias de saúde da família rural e uma estratégia de saúde da família fluvial (ESFF).

A UBS tem uma equipe de saúde da família ribeirinha ampliada: um médico, dois enfermeiros, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde e um profissional de nível superior (nutricionista, psicólogo, assistente social); na ESFF, acrescenta-se a tripulação a esses profissionais.

O distrito de saúde de Matupi localiza-se bem distante da sede municipal, o que demandou a instalação de serviço fixo no local com 3 equipes de saúde da família, sendo duas na área urbana e uma na área rural desse distrito. Nesse local, há uma unidade de saúde que funciona 24 horas com raio-X e laboratório, um médico de sobreaviso e enfermeiros e técnicos em escala normal.

As equipes atuam diretamente nas comunidades, podendo atender na própria UBS, em centro social comunitário, residências ou qualquer espaço onde haja demanda de assistência à saúde.

Quando há necessidade de remoção, da comunidade para a sede do município, pode ocorrer utilizando ambulância, ou para a capital por meio de helicóptero dos bombeiros, UTI móvel da Secretaria de Estado da Saúde. O município não dispõe de SAMU, portanto, não tem financiamento para urgência.

Na atenção hospitalar, o município dispõe de 40 leitos, um cirurgião geral, um anestesista, um obstetra, um clínico 24 horas e um clínico 40 horas semanais. Há também a disponibilidade de mamógrafo, USG de mama, colposcopia, cirurgia de alta frequência (CAF). Na atenção especializada há CAPS (com uma psiquiatra que também fornece suporte clínico quando não está no município), fisioterapia (com clínica equipada), TFD com deslocamento por barco a jato (viagem de 12 horas), barco de linha (viagem de 48 horas), avião (viagem de 1h20). A telessaúde disponibiliza o acesso a diversas especialidades. O município apresentou avanço em atender às necessidades da população por meio de mutirão de cirurgias eletivas, contribuindo para redução da fila de espera.

De modo geral, foi colocada a dificuldade de receber recursos por parte do Ministério da Saúde, assim como os empecilhos do contexto político local, no qual o andamento das estratégias depende da vontade política do gestor municipal, do contrário isso fica parado.

Adriana apontou que desde o início da gestão em 2021, foram desenvolvidos projetos e foi investido tanto em infraestrutura como em recursos humanos. No entanto, os recursos ainda são escassos e no final do ano é um período quando existe mais dificuldade para cumprir financeiramente com as equipes de saúde, por falta de recursos.

Adriana também destacou as dificuldades de acesso de um município a outro, com necessidade de tomar transporte fluvial ou transporte aéreo devido às longas distâncias. Nesse contexto, como a equipe se mobiliza de um local a outro?

Adriana comentou que em épocas de estiagem, as comunidades ficam isoladas nesse período, assim como os casos de pacientes encaminhados para Manaus não puderam ser enviados nessa época de estiagem.

As equipes de saúde viajam longas distâncias, e em ocasiões fazem acampamentos e depois continuam até chegar no lugar de destino. Nessa lógica, as equipes trabalham dentro das unidades de saúde, mas não esperam os pacientes chegarem até as unidades. Por isso, consideram que é preciso ir até a comunidade, através do barco a viagem, barcos menores e outros transportes.

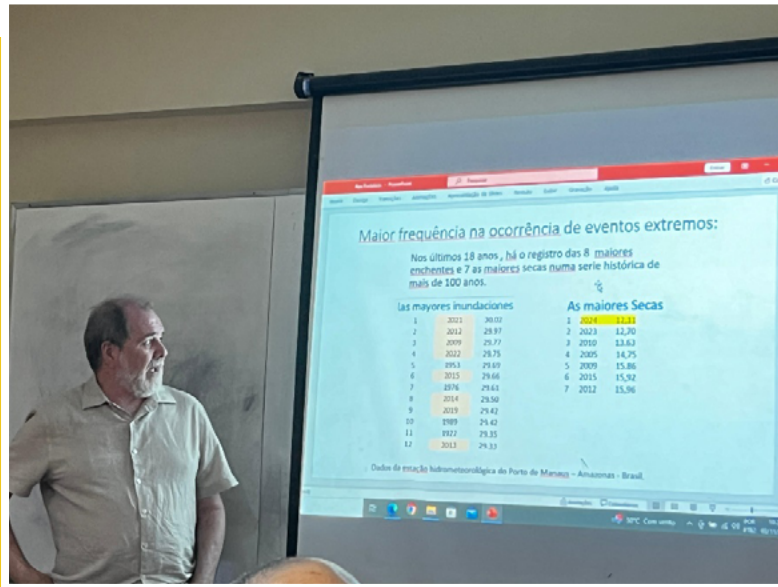
Por fim, Adriana ressaltou diversos desafios que o município enfrenta, destacando:

- Distâncias geográficas;
- Baixo financiamento;
- Ausência de contrapartida estadual nas ações;
- Necessidade de olhar equânime para a diversidade do território;
- Dificuldades estruturais como acesso a energia elétrica (gerador alugado e com uso de combustível muito alto), acesso à internet;
- Revisão de portarias;
- Dificuldade na coordenação do cuidado;
- Condições climáticas;
- Dificuldade de fixação de profissionais e adequada organização e qualificação dos processos de trabalho das equipes;
- Intersetorialidade e necessidade de descentralização das ações de média complexidade para os municípios, com contrapartida estadual - regionalização;
- A oferta de serviços para além da APS (especialistas, apoio diagnóstico);
- Efetivação do controle social para esses territórios;
- Sobreposição de atenção nas aldeias indígenas (APS município/Equipe DSEI);
- Inexistência de financiamento para Rede de Urgência e Emergência do território ribeirinho.

Ao final de sua apresentação, Adriana Moreira divulgou o livro [**“Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM”**](#), organizado por ela mesma, Sônia Maria Lemos, Vanessa Colares Magalhães Alves e Júlio Cesar Schweickardt. Este livro oferece mais informações sobre a organização dos serviços de saúde no município. O livro foi publicado pela Editora Rede Unida e está disponível para acesso.

2.2 EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATUAÇÃO EM TERRITÓRIOS RURAIS – NECESSIDADES E DISPOSITIVOS

JÚLIO SCHWEICKARDT (FIOCRUZ AMAZÔNIA/ ILMED)



O professor Júlio Schweickardt iniciou sua participação com uma fala de Nego Bispo, refletindo sobre como descolonizar as práticas e o próprio pensamento ao formar e conduzir processos de pesquisa que considerem as características dos territórios. Ele citou:

”

*“Falo tagarelando,
escrevo mal ortografado,
canto desafinado,
danço descompassado,
só sei pintar borrando,
meus desenhos são enviesados.
Esse é o meu jeito.
Não me mandem fazer direito.
Eu não sou colonizado.
Vivas!”
(Nego Bispo)*

Ele destacou a complexidade das cidades e territórios e discutiu como a educação deve ser adaptada às necessidades e dispositivos disponíveis desses lugares, onde as pessoas vivem e acessam serviços sem necessariamente sair de seus territórios. Portanto, não caberia à gestão decidir isoladamente o que é melhor para a população.

O professor apresentou a proposta de um curso de aperfeiçoamento híbrido que está sendo desenvolvido em diferentes regiões do país. Falou sobre as mudanças climáticas, mencionando as problemáticas das enchentes e das secas dos rios que isolam comunidades e causam prejuízos, assim como as queimadas que são um grande problema para a região amazônica.

A proposta formativa busca pensar na formação de trabalhadores que cuidam da saúde da população do campo, da floresta e das águas em diferentes territórios, incorporando a ideia de educação permanente como um processo sem fim, conforme expresso na frase “começo, meio, começo” de Nego Bispo.

Esta experiência tem contado com a participação da Fiocruz, do LAPIS, da ESMA, da RedeUnida, além da SAPS e da SGTES, e envolve diálogo com o Grupo da Terra. O projeto abrange a região Norte e o Maranhão, incluindo 8 estados e 242 municípios. Consiste em um curso de aperfeiçoamento com 2.500 inscritos e 33 polos educacionais, distribuídos por toda a Amazônia. O curso online, hospedado na Fiocruz, inclui momentos síncronos e dois encontros presenciais com facilitadores locais, recentemente desenvolvidos junto a assentamentos, comunidades ribeirinhas e quilombolas.

A formação é baseada em diversos pressupostos, discutindo relações de poder e epistêmicas, abordando a abordagem decolonial com o objetivo de evitar o extrativismo, buscando uma relação entre educação permanente e educação popular através do diálogo. Inclui o mapeamento do cuidado e da educação dos territórios, conhecimento da ancestralidade, reconhecimento da diversidade e pluralidade de saberes locais, e identifica quem são as parteiras, raizeiros, entre outros, por meio da cartografia social.

Foi ressaltada a importância do letramento racial, equidade, preocupação com LGBTQIAPN+, povos indígenas e tradicionais, e o acolhimento necessário para todos, demandas estas que emergiram do grupo da terra.

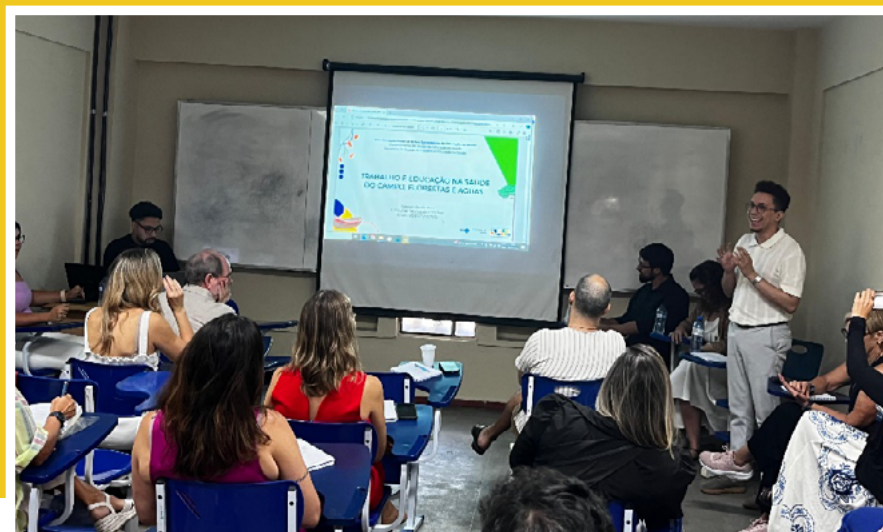
Júlio enfatizou a diferença entre os tempos e espaços de ruralidade na atenção à saúde, abordando conceitos como território e se deslocando para outras práticas como maretório, riotório e lagotórios, como construções epistêmicas para abranger diversos espaços.

Ele destacou a importância de considerar os aportes teóricos sobre território líquido, como categoria analítica das políticas de saúde e nos modos de pensar e agir na Amazônia, reconhecendo que as populações do campo, floresta e águas têm uma concepção de saúde na relação com o ambiente, diferente do urbano.

Como alerta, Júlio comentou: “não podemos naturalizar as relações predatórias com o ambiente, que nos faz perder a dimensão de que a saúde é uma produção do ‘bem viver’”. É necessário considerar que o rural é onde ocorre a contaminação pelo extrativismo abusivo, uso de agrotóxicos, violência e racismo ambiental. Ele concluiu refletindo sobre a formação como um compartilhamento de saberes e afetos, uma prática de puxirum, termo indígena para mutirão, que ilustra a solidariedade e cooperação comunitária.

2.3 PROPOSTAS DE TRABALHO & EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

ALEXSANDRO DE MELO LAURINDO (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)



Alexsandro apresentou um vídeo inicial sobre uma experiência de residência em Pernambuco. Ele propôs abordar a dimensão da educação popular, a saúde indígena e a frente de campo, floresta e águas a partir da perspectiva das ações que estão sendo desenvolvidas pela SGTES. Ele refletiu sobre a ideia de “esperançar” de Paulo Freire, pensando em onde estamos e para onde queremos ir, frente à conjuntura política atual e ao contexto que atravessa o país.

Alexsandro apresentou uma linha histórica da política de saúde das populações do campo, floresta e águas e explicou que, em agosto de 2023, houve a retomada do Grupo da Terra e do grupo condutor da Política Nacional do Campo, Floresta e Águas.

Ele também comentou sobre o projeto de ampliação de residências do campo, sendo que o primeiro nasceu em Pernambuco em 2015, o segundo em Brasília e o terceiro esteve relacionado com agroecologia. Esse projeto foi apresentado e acolhido pela SGTES.

Foi enfatizada a importância de compreender o SUS como ordenador da formação, tendo como linha transversal a equidade. Foram apontadas as principais ações que estão sendo desenvolvidas pela SGTES: ampliação de residências e áreas estratégicas, criação de R3 em saúde do campo, floresta e águas, assim como inserções curriculares de novas disciplinas em programas de formação. O conjunto dessas ações deve considerar a ampliação para territórios indígenas, quilombolas, etc. Nessa linha, foram descritas outras iniciativas como o programa AfirmaSUS, vivências SUS, FormAgente de saúde indígena.

Sob sua coordenação há três políticas estabelecidas e uma em construção:

- **PNSIPCFA** - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas;
- **PNSIPN** - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- **PNASPI** - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- **PNSIPQ** (em construção) - Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola.

Como perspectivas para os próximos anos, foram colocadas as discussões recentes na América Latina sobre a diversidade territorial para a formação em saúde. A priorização da política nacional é poder instituir assessoria territorial. Cada secretaria teria uma pessoa responsável para cuidar dessa agenda estratégica. Além de formar profissionais, é preciso formar trabalhadores para políticas públicas.

Outra problemática fundamental é das mudanças climáticas, com insuficiência de formação e concentração de profissionais em algumas áreas e escassez em outras, assim como a dificuldade de fixação. Outras temáticas discutidas referem-se a mudanças climáticas e participação em espaços como COP30, G20, agenda 2030 como agenda estratégica para garantir a sustentabilidade de algumas ações.

De modo específico, foi relatado o programa de educação na saúde no campo, floresta e águas. A proposta traz diretrizes para o programa, mediante rede colaborativa de educação na saúde do campo, florestas e águas, que abrange trabalhadores, estudantes e participação social; e através de educação permanente e popular.

Destacou como ações e perspectivas:

- Programa de formação de Agentes Educadores e Educadoras Populares de Saúde - AgPopSUS (8.000 Agentes);
- Oferta da 2ª turma do Mestrado Profissional em Saúde, Ambiente, Trabalho e Movimentos Sociais;
- Ampliação dos Programas de Residências em áreas estratégicas: Saúde do Campo, Floresta e Águas & Saúde Indígena;
- Criação do R3 em Saúde do Campo, Floresta e Águas de Medicina de Família e Comunidade;
- Inserções curriculares de novas disciplinas em programas de formação técnica;
- Projeto de Estágio-Ação de promoção da equidade (Edital para estágio de residentes e especialistas em territórios do campo, floresta e águas);
- Programa AfirmaSUS: Programa de Permanência, Diversidade e Visibilidade para Estudantes na Área da Saúde;
- Programa de Vivências no SUS: Estudantes, Trabalhadores, Docentes e Movimentos Sociais;
- Programa FormAgente de Saúde Indígena: Programa de Qualificação para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) do Brasil;
- Projeto Começo-meio-começo: Qualificação de Trabalhadoras e Trabalhadores que Atuam no Cuidado em Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas (SAPS);
- Curso de Aperfeiçoamento para Trabalhadores e Gestores sobre Saúde Quilombola (PNSIPQ).

Além disso, apresentou 4 diretrizes para ação: fomento à pesquisa, extensão e ensino (através do PET-Saúde), formação, educação permanente e fortalecimento da participação popular a partir dos movimentos sociais, tendo a educação popular e interculturalidades como eixos transversais.

Entre os objetivos colocados nessas ações, propõe-se desenvolver pesquisas e estudos científicos, agenda global e impactos climáticos, e cooperação técnica nacional e internacional.

2.4 PROPOSIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL E ATENÇÃO BÁSICA PARA OS TERRITÓRIOS RURAIS

LILIAN SILVA GONÇALVES (DEPARTAMENTO DE ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA (DESCO) DA SECRETARIA DE ATENÇÃO À PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)



Lilian iniciou comentando que representa a Coordenação de Acesso e Equidade (CAEQ) e destacou que essa pauta discutida na oficina está inserida na própria estruturação do Ministério da Saúde, em articulação com todas as secretarias que a compõem. A retomada da política do campo, floresta e das águas também implicou na retomada do Grupo da Terra, juntamente com outras estruturas, para que possam trabalhar a complexidade da saúde dessas populações.

Lilian comentou sobre as dimensões do acesso: acessibilidade, infraestrutura, como se dá a inserção das equipes nos territórios e as necessidades da população e reivindicação local dos territórios. Dessa forma, o acesso está muito relacionado à equidade.

É necessário também discutir que o acesso passa pelo reconhecimento da determinação social da saúde, envolvendo condições de vida e trabalho, as quais são atravessadas por questões ambientais. Deve-se levar em conta também que os modos de produzir e os reflexos na saúde.

Uma fragilidade é que ainda não há no Ministério da Saúde um mapeamento de profissionais que atuam no âmbito do campo, floresta e águas, a exemplo do que se tem sobre equipe de saúde ribeirinha e equipe de saúde fluvial.

No contexto atual, o Ministério está provocando as instituições de ensino e pesquisa para trabalhar com esses territórios. Ela enfatizou que a saúde do campo, floresta e águas deve ser colocada no contexto da luta pela democratização e o caminho que está sendo construído, assim como de que forma pode-se trabalhar isso hoje nos territórios, de forma articulada, junto com o setor saúde.

Lilian chamou atenção para quem são os povos dos campos, florestas e águas? Estão distribuídos nos sete biomas de todo o país, nos campos e nas cidades, no interior e no litoral. No Brasil, a mancha urbana é de apenas 0,4% do território nacional, portanto os povos dos campos, florestas e águas estão distribuídos em toda a extensão territorial do país.

Nesse contexto, é importante destacar o que se propõe a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA):

- Garantir o acesso aos serviços de saúde;
- Reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades;
- Promover planejamentos participativos;
- Incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo, da floresta e das águas;
- Apoiar processos de educação e informação das populações do campo, da floresta e das águas sobre o direito à saúde.

Foi destacada a necessidade de dar acesso, ter dimensões e complexos de infraestrutura em territórios do campo, floresta e águas, de forte investimento e que ainda não se conseguiu evoluir, porém, a SAPS está nesse caminho, através da escuta dos diversos atores.

Outro aspecto destacado são os avanços que estão acontecendo para além do cuidado da população ribeirinha e considerando o cuidado da população de campo, floresta e das águas.

Relatou-se a articulação com o IBGE para trazer uma nota técnica para o conceito da população do campo, floresta e águas, baseado no conceito da ruralidade, ou seja, toda e qualquer expressão de viver no seu território que se expressa no seu trabalho, na sua ancestralidade e na sua territorialidade. Também partiram de um estudo de identificação de área com adensamento populacional para classificação do que é o rural.

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) surge em 2011 na mesma época que a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, Floresta e das Águas. A revisão da PNAB, em 2025, busca trazer a conceituação e uma tipificação para PCFA pautada no território, tendo a equipe de saúde da família multiprofissional como centro, e trazendo nessa composição mínima o profissional de saúde bucal.

Sobre os caminhos já trilhados para o cuidado da PCFA, colocou-se a construção do conceito de ruralidade e a radicalização da gestão participativa (construção junto ao GT da terra); retorno da construção de política pública pautada em evidência construção junto às IES e instituições de Ensino pesquisa e extensão; proposta de tipologia de equipe para o cuidado da população do campo da floresta e das águas; visibilidade da PCFA nas FCI; inclusão no e-Sus o campo para preencher o tipo de população; equidade; responsabilidade compartilhada pelo cuidado e devido preenchimento; resgatar o território como objeto de cuidado na APS.

2.5 DEBATE

DEBATEDOR: ANTÔNIO MARCOS DE ALMEIDA (REPRESENTANTE DA REDE DE MÉDICOS E MÉDICAS POPULARES NO GRUPO DA TERRA)





Antônio começou afirmando que as apresentações mostraram a potência do Sistema Único de Saúde. Ele falou de sua representação no Grupo da Terra (representante de mais de 20 movimentos populares que o compõem) como um espaço democrático importante, formado por diversas instituições governamentais e científicas.

Ele destacou a importância da compreensão do avanço obtido com a criação do SUS, vinculando à história de vida dele, um pouco anterior ao SUS, e que nessa época não tinha acesso à terra e a muitos outros serviços. Antônio perguntou acerca da realidade das pessoas que moram nesses locais, já referenciados anteriormente, e fez um paralelo à sua história de vida.

Um primeiro apontamento para o debate foi acerca do cuidado com a evidência científica para criar políticas públicas e propostas de cuidado para essa população, já que muitos dos saberes ancestrais ou práticas de cuidado e saúde nem sempre estão documentadas cientificamente. Nesse sentido, apontou para a necessidade de ouvir as comunidades, olhando para a diversidade que elas têm e a complexidade territorial como um desafio para a APS. Desse modo, os sistemas de gerar informação também precisam ser repensados, pois não retratam a complexidade da assistência à população do campo, floresta e águas.

Também foi colocada a questão sobre a competência cultural de quem vai trabalhar com essas comunidades. Isso implica olhar para a precarização do trabalho, que pode justificar a alta rotatividade de profissionais. É necessário pensar em trabalhadores que possam dar conta de fazer esse trabalho por meio de adequada formação e competência cultural. O desafio de competência cultural para estabelecer o cuidado é uma preocupação, e, portanto, é necessário prestar atenção ao perfil do profissional para o cuidado das populações, ele propôs fazer de forma regional. Com um perfil de profissional regionalizado, será mais propício que esteja voltado ao que a comunidade quer e necessita.

Em todo o processo do cuidado, a participação da comunidade precisa estar presente, com foco na longitudinalidade do cuidado, pensando como elemento central na mudança dessa relação de trabalho dos profissionais.

Compreender o acesso à integralidade do cuidado também é uma demanda de acesso que depende muito de cada região, de cada localidade. É difícil que uma política única/nacional nesse sentido defina tudo isso. O acesso vai muito além de chegar ao território, mas deve dar conta da necessidade de cada local, o qual prevê e deve ser o acesso cultural linguístico e a compreensão dessas populações quando procuram o serviço. O acesso também implica ter acesso à rede de serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário imaginar as necessidades dos locais de forma concreta.

Antônio reforçou a necessidade de canalizar as demandas da comunidade para que as políticas sejam exequíveis. E o financiamento precisa ser pensado, a partir de arranjos mais adequados e possíveis. Tamanhos de equipe e financiamento diferenciados nos territórios, e criar mecanismos para ter profissionais fixos. Não faz sentido que haja o mesmo padrão de equipe para ambiente urbano e rural.

O cuidado em saúde da População de campos, floresta e águas é o modelo que mais está avançando e que pode ser o modelo de futuras formas de cuidado no sistema público de saúde, considerando a possibilidade de juntar atores dos movimentos sociais, trabalhadores e gestores.

Há que se pensar no financiamento dos arranjos locais para dar conta da necessidade da secretaria de saúde, e citou o exemplo do município de Manicoré que instalou Raio-X, laboratório de plantão 24h em UBS.

Anny Beatriz (Fiocruz-AM) destacou a necessidade de revisitar políticas existentes que podem ser integradas às novas propostas do Ministério. Ela discordou da criação de uma residência específica, apontando que o problema real é a falta de vínculo efetivo. Nesse contexto, questionou como se pretende manter a sustentabilidade da política. Além disso, indagou se seria necessário criar uma política sobre vigídesastres.

Vinicius Oliveira (UEPI) relatou as atividades da universidade com populações indígenas, mostrando sua preocupação e experiência em pesquisa sobre energias renováveis. Ele destacou que os prejuízos ambientais resultantes de construções que produzem essas energias (barragens, mineradoras, etc.) não estão sendo suficientemente discutidos. Solicitou maior aproximação e suporte para que esse crescimento ocorra de forma sustentável e questionou se alguém está considerando a população que vive no entorno das áreas de produção de energia eólica e solar.

Teresa (GT de educação popular da Abrasco) enfatizou o engajamento do Ministério da Saúde (MS) nesse caminho. Ela propôs refletir sobre a pluralidade das ruralidades, dos cuidados e dos territórios, incluindo florestas, campos, águas e mangues, questionando sobre a natureza do cuidado nesses contextos. Reforçou a necessidade de mais diálogos sobre a valorização e a conservação desses espaços e convidou a participação na tenda Paulo Freire. Discutiu a política e a participação por meio da educação popular com a máxima “na dialogia do cuidado cuida-se da vida.”

Esron Rocha (UFAM) focou na formação e no impacto nos indicadores, questionando a necessidade de registrar práticas e experiências que não refletem adequadamente a formação desses trabalhadores. Ele sugeriu que os sistemas de informação deveriam refletir ao menos as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. Criticou a desconexão entre as campanhas de saúde, como o Novembro Rosa, e os movimentos emergentes nas populações do campo, floresta e águas, que exigem ações contínuas e não apenas pontuais. Questionou como o MS planeja a produção de indicadores e como traduzir em números as práticas de cuidado.

Gisely (coletivo nacional do Movimento Sem Terra - Fiocruz) abordou a necessidade de revisar o modelo assistencial para incluir a territorialização e a desterritorialização, respondendo a questões como desmatamento e barragens. Discutiu como o modelo assistencial pode abranger tudo o que está no território e influenciar a formação dos profissionais que atuam com diversas populações. Alertou que a saúde baseada em evidências é insuficiente para esse contexto e enfatizou a importância da pesquisa no campo. Também mencionou a reconfiguração do mundo contemporâneo, impactando trabalhadores e estudantes, e a descorporeificação do processo de formação, levantando questões sobre como gerenciar o pertencimento, os vínculos e a mediação de conflitos em um cenário de relações cada vez mais etéreas.

Amandia (ILMD-Fiocruz) comentou sobre a experiência de planejamento de ações junto com a equipe de saúde, destacando a importância da mobilização, mas reconhecendo que as relações de poder muitas vezes deixam muitas populações invisibilizadas. Questionou como fazer a comunidade planejar junto com a equipe e como dar voz à comunidade.

Juliana Gagno (UFOPA - Santarém - Pará) salientou a diversidade de esforços compartilhados e questionou se as questões de itinerância estão sendo consideradas. Indagou se há planejamento para atender às diferenças dos territórios, como ramais, estradas e rios que secam.

2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA MESA

Lilian destacou o tema da escuta dos territórios e refletiu sobre os adoecimentos causados pela energia eólica, entre outros casos. Pensando em avançar e considerando o contexto político e as contradições do sistema no âmbito do processo de governo, salientou que o processo não é fácil e que, para enfrentá-lo, são necessários mais atores. Ela considerou que o Grupo da Terra é esse espaço de disputa onde é preciso fazer uma articulação forte até chegar a um espaço de maior governança.

O não cuidado da população do campo, floresta e águas acontece há muito tempo. No entanto, houve um avanço desde 2011, mas ela também reconheceu limitações na formação e apontou que a disputa é coletiva.

Ela enfatizou a radicalidade da participação popular no âmbito das evidências. Assim, é necessária a articulação do ensino, pesquisa e extensão junto às Instituições de Ensino Superior (IES), unindo à participação popular com seus saberes no processo de construção da política pú-

blica. Da mesma forma, destacou como relevante propor ações de itinerância de forma diferente nas regiões, e a necessidade da participação desses outros atores.

Questionou e respondeu sobre como lidar com a diversidade do território: por meio da oferta de um conjunto de modelos e cada local adere ao que lhe é afeito.

Sobre os indicadores, discutiu a proposta de indicadores de processo que permitam qualificar os atendimentos. Para colocar nessas propostas o olhar para o território, é primordial incorporar questões que permitam produzir informação para operar a política.

Alex (SGTES) destacou a questão de como instrumentalizar esses profissionais para chegar nos territórios e como criar mecanismos para apoiar esses trabalhadores. Esse é o desafio a superar. Uma possibilidade de instrumentalizar e suprir a lacuna é inserir egressos dos programas de formação.

Sobre as mudanças climáticas, mencionou a importância de incluir essas temáticas nos currículos e preparar o profissional para lidar com o território. Discutiu campo, floresta e águas no currículo e as caravanas estão sendo uma oportunidade para discutir essas questões.

No censo com o IBGE, será lançado o censo dos trabalhadores do SUS, e a categoria de campo, floresta e águas, para identificação desses profissionais. Assim será possível olhar para esses trabalhadores e dimensioná-los.

Sobre saúde digital e equidade, é importante, porém, sem perder a intencionalidade técnica e política. O Pet-saúde digital será lançado, e a proposta é como debater essa questão nos territórios.

No Grupo da Terra e no Ministério da Saúde, no plano operativo da política da saúde das populações do campo, floresta e águas, está sendo discutida a implementação de novos eixos: mudanças climáticas e comunicação e saúde. Esse plano operativo está sendo elaborado e é um momento oportuno para atualizações.

Júlio finalizou sua participação comentando sobre a estratégia pedagógica do curso que vai além do curso. Eles estão investindo e aprendendo com essa proposta.

Por fim, Maria Adriana destacou o fortalecimento do controle social e expressou expectativa sobre essa revisão da política, porém, enfatizou a necessidade de mais discussões. É preciso um sistema público civilizatório e ouvir as pessoas cujos direitos foram negados. Compartilhou a proposta de que o Agente Popular de Saúde seja parte da equipe de saúde.

E assim encerrou-se a discussão e as atividades do período da manhã da oficina.

2.7 SÍNTESE DAS DISCUSSÕES E CONTRIBUIÇÕES

Esses pontos são essenciais para avançar nas discussões e efetivar as mudanças necessárias para melhorar a Atenção Primária à Saúde em localidades rurais remotas, conforme discutido nas mesas da oficina.

Momentos da programação	Tema	Discussões		
Abertura e Contextualização	Organização e práticas de APS em localidades rurais remotas.	Necessidade de adaptar o planejamento e serviços de saúde à realidade da ruralidade, caracterizada por vastos territórios e longos deslocamentos. Reconhecimento das dificuldades de acesso geográfico, especialmente em territórios rurais remotos, e a importância de abordar essas questões com políticas públicas que respondam às necessidades locais.		Fortalecer a colaboração entre diferentes áreas de conhecimento e práticas para abordar a complexidade dos territórios rurais.
Mesa Redonda – Organização, Práticas em Saúde e Estratégias de Formação	Sinergias possíveis em cenários de ruralidade.	Experiência de Manicoré/AM com a primeira unidade básica de saúde fluvial destacada por Maria Adriana Moreira, mostrando práticas inovadoras para enfrentar desafios geográficos e de acesso. Problemas relacionados à sustentabilidade das políticas de saúde e à necessidade de formação profissional que contemple as realidades locais.		Garantir que as políticas de saúde sejam sustentáveis e adaptáveis às necessidades e especificidades locais.
Experiências de Formação Profissional	Necessidades e dispositivos para atuação em cenários de ruralidade.	Abordou a importância de descolonizar as práticas educativas e de pesquisa, considerando a diversidade territorial e cultural dos espaços rurais. Propostas para cursos de aperfeiçoamento híbridos e a inclusão de temas como mudanças climáticas nos currículos.	Pontos Chave	Desenvolver programas de formação que preparem profissionais para trabalhar de forma eficaz e culturalmente competente nos diversos cenários de ruralidade.
Propostas de Trabalho & Educação na Saúde	Campo, floresta e águas.	Retomada e expansão das políticas para as populações do campo, floresta e águas, destacando o papel do SUS como ordenador da formação. Necessidade de articulação entre ensino, pesquisa, extensão e participação popular para fortalecer as práticas de saúde nessas comunidades.		Promover uma maior participação das comunidades locais no processo de planejamento e execução das políticas de saúde, garantindo que suas vozes e saberes sejam considerados.
Considerações Finais	Avaliação do processo e caminhos futuros.	Necessidade de escuta dos territórios e a necessidade de políticas que respondam efetivamente às especificidades locais. A importância de integrar novas dimensões, como mudanças climáticas e saúde digital, nas políticas públicas de saúde.		Desenvolver indicadores que permitam monitorar e avaliar a eficácia das intervenções e práticas de saúde nas áreas rurais.

3. DINÂMICA DO CAFÉ MUNDIAL

No período da tarde da oficina, foi utilizada a metodologia do Café Mundial para aprofundar as discussões sobre temas essenciais relacionados à APS em cenários de ruralidade. Essa abordagem promoveu um diálogo criativo e colaborativo entre os participantes, permitindo a elaboração coletiva de respostas a questões disparadoras.

Os participantes foram divididos em quatro grupos, cada um focando em uma temática específica. As discussões ocorreram em rodadas de 25 minutos cada, após as quais os grupos foram redefinidos. Isso possibilitou que os participantes interagissem com diferentes temas, trazendo novas perspectivas às discussões.

A dinâmica incluiu a formação de quatro grupos, foram eles:







3.1 GRUPO 1: ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO E ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA APS EM CENÁRIOS DE RURALIDADE

MEDIADORES/RELADORES: **JULIANA GAGNO LIMA (UFOPA) E CRISTIANO GONÇALVES MORAIS (USP)**

Com a pergunta norteadora “entre o que temos e o que precisamos avançar: modalidades de equipes?” emergiram três pontos principais: a) Equipes e serviços de saúde, b) Modelos de cuidado e c) Infraestrutura e tecnologias.

Equipes e serviços de saúde: Houve destaque sobre a composição e organização das equipes de saúde para atuarem no contexto do campo e das águas, cujas modelagens atuais são insuficientes. Ressalta-se que o contexto da floresta não surgiu de forma enfática, em comparação às demais áreas. Ao mesmo tempo, é importante considerar que a ruralidade não é só o território amazônico, pois há territórios cronicamente sem água, a exemplo do sertão nordestino.

- **Equipe volante/itinerante para o campo:** Considerando o êxito das Estratégias de Saúde Ribeirinha e da Unidade Básica de Saúde Fluvial para o atendimento da população ribeirinha, faz-se necessário pensar em estratégias adaptadas para o cenário do campo, que favoreçam o acesso aos serviços de saúde, transpondo as barreiras relacionadas à extensão do território. Nesse contexto, as equipes volantes são uma possibilidade pertinente, que podem ser implementadas e financiadas em conjunto com componentes extras, pontos de apoio e com a inserção de mais profissionais na equipe mínima. Além disso, pode ser proposto equipes de saúde como e-multi, específicas para área rural, que possam atuar também de forma volante. Exemplo: farmácia itinerante – experiência de Laranjal do Jari em decorrência do número elevado de crianças com febre.
- **Resolutividade das equipes rurais:** As equipes de saúde rural têm potencial de serem mais resolutivas e acessíveis que os serviços de saúde dispostos em área urbana. Isso tem relação com os vazios assistenciais ou insuficiência de serviços tanto relacionados às urgências e emergências, como de serviços básicos de apoio diagnóstico e terapêutico, exemplificadas pelas falhas e demora para entrega de resultados de exames e das dificuldades na realização de consultas: “Quanto mais rede disponível, maior a dificuldade de acesso”. Em contrapartida, os serviços e exames prestados na Unidade Básica de Saúde Fluvial, em área rural, são realizados e entregues mais rapidamente devido à própria dinâmica e organização desse serviço que não permanece no território.

- **Carteira de serviços ofertados pela equipe da Atenção Primária à Saúde:** As equipes da APS precisam definir e cumprir qual é a carteira de serviços ofertada no seu escopo de práticas, para que assim possam atender e se responsabilizar pelo que lhes compete em termos de atuação. A APS deve fazer uso das possibilidades que já lhes estão disponibilizadas, a exemplo dos exames que são solicitados exclusivamente no pré-natal, e que poderiam ser disponibilizados para diagnóstico e tratamento em outros ciclos de vida e condições de saúde.
- **Escopo ampliado de práticas das equipes da Atenção Primária à Saúde:** As equipes podem ter um escopo ampliado de práticas, com oferta de serviços e uso de equipamentos no atendimento de pequenas urgências, análise clínica, entre outros. Esse processo pode ter o protagonismo da enfermagem e do agente comunitário de saúde. Pode-se também fazer uso do telessaúde para redução de filas e maior acesso à atenção especializada.
- **Flexibilização da composição das equipes:** É necessário possibilitar a composição de equipes mais flexíveis, com um conjunto mais diverso de profissionais que consigam atender as demandas do território, sem estar fixo ao formato de uma equipe multiprofissional como exemplo das equipes de saúde da família. Equipes de saúde da família precisam ser financiadas nacionalmente conforme as necessidades do território, e isso requer uma gama de possibilidades diferenciadas de composição de equipe mínima. Um outro ponto de debate foi essa flexibilização da composição também fortalecida nas equipes e-multi.
- **Organização do processo de trabalho adequado à necessidade da população:** Existe a necessidade de flexibilizar tanto o horário de atendimento da população, para além dos dias e horários tradicionais, o que significa finais de semana e turnos noturnos, respeitando o fluxo das marés e o trabalho das pessoas. Quanto a adequar o número de consultas, priorizando o acesso avançado para populações com maior vulnerabilidade social.

Modelo de cuidado: É consenso que a lógica biomédica, centrada na cura e na imposição de práticas, não atende às especificidades das comunidades tradicionais do campo, floresta e das águas. A descentralização dos serviços de saúde apareceu como questão central para a resolutividade. Diante disso, emergiram questões sobre o processo de formação em saúde, educação permanente, atuação profissional e organização do sistema de saúde, que precisam se adequar às demandas existentes.

- **Revisão da matriz curricular:** A graduação não se adequa às demandas do Sistema Único de Saúde. A matriz curricular ainda não conversa com as necessidades do

território, não sendo pensada para populações tradicionais, LGBTQIAPN+, entre outros. Isso se ergue enquanto uma dificuldade de ser implementado o processo de trabalho que é esperado para as equipes de saúde da família. Além disso, ainda vigora a lógica centrada no serviço e na organização de agenda do profissional, ao invés de ser pensada nas necessidades e possibilidades do território. Sendo assim, é importante que os profissionais sejam minimamente formados para essas áreas e que a lógica dos serviços seja adequada ao território.

- **Mudança no modelo de atenção à saúde:** Para além da centralidade no médico e na prática medicamentosa, é preciso que seja incorporada a prevenção, promoção e principalmente proteção à saúde na lógica do sistema de saúde, tendo como ponto de partida as particularidades sociais e culturais presentes no território. A proteção em saúde faz parte de uma lógica de facilitar processos de autonomia para as pessoas cuidarem de suas próprias vidas, deixando-as menos presas ao serviço. A vigilância em saúde, incluindo a vigilância popular em saúde, precisa ser ressignificada, direcionando esse processo de atenção à saúde e cuidado. Os ACS e ACE participando de interconsultas com a equipe mínima e do matriciamento em geral trariam benefícios à compreensão mais ampliada das necessidades da população e das famílias.
- **Formação dos profissionais:** Propor processos de formação específica para as necessidades em locais com falta de infraestrutura e dificuldades de acesso a serviços de saúde. Esse processo de formação pode ser feito tanto para fortalecer a ampliação do escopo de práticas (atendimento de urgências) quanto para assegurar que as práticas que podem ser feitas na APS sejam realizadas com adaptações, a exemplo da ausculta de batimento fetal através do pinard onde não tem energia elétrica. Sugeriu-se também a formação sobre suporte básico de vida a todos os profissionais da APS de áreas rurais, incluindo ACS, como forma de ampliar a resolutividade em casos de urgências, para posteriormente, avançar para formação de suporte básico de vida para indivíduos-chave do território.
- **Prática profissional:** É necessário que os profissionais ampliem o escopo de prática, inseridos em uma equipe multiprofissional e que realizem a interdisciplinaridade no cuidado adaptado em prol da necessidade do território. Exemplo: necessidades de um território com rotina de quebradeiras de babaçu; necessidades da maior comunidade de albinos do Brasil; comunidade com 50% da população idosa acamada com sequelas de AVC. Cada cenário demandará profissionais específicos na equipe mínima e com prática profissional direcionada a essas especificidades.

- **Descentralização dos serviços de saúde:** Uso descentralizado de estratégias reconhecidas pela confiabilidade e flexibilidade, cujo uso pode ser aplicado em áreas remotas, tais como o Tratamento Restaurador Atraumático, que vem sendo utilizado na residência do campo e no consultório na rua.
- **Integração do sistema de saúde:** As especificidades das localidades brasileiras não são alcançadas no modelo atual da proposta na política nacional de saúde. Os sistemas de saúde têm que conversar mais, a exemplo do sistema de saúde indígena que deve ter maior interlocução com as outras secretarias.

Estrutura e tecnologias: Para que a APS possa exercer seu papel de porta de entrada e organizadora do cuidado, é necessário avançar nos aspectos de infraestrutura, uso de tecnologias digitais e estratégias de atração/retenção de profissionais.

- **Infraestrutura:** A unidade básica de saúde necessita, minimamente, de estrutura, recursos, insumos e medicamentos para realizar as atividades previstas na APS e buscar a resolutividade. Aspectos mais gerais de infraestrutura municipais também são identificados como críticos: energia elétrica, conectividade, condições de deslocamento e transporte.
- **Ampliação/fixação de profissionais:** É necessário implementar outras medidas para ampliação e retenção de profissionais em áreas rurais, a exemplo do Programa Mais Médicos, mas também transpor as barreiras culturais relacionadas ao acesso. Em experiência de uma das comunidades rurais com perfil de população de assentamentos e pequenos agricultores, por exemplo, conseguiu-se ampliar a disponibilidade de profissionais da equipe por meio da articulação com a instituição formadora – por meio de residentes (R1 e R2), PMM e médico preceptor da residência. Com isso, com 4 médicos na equipe, ampliação do horário de atendimento (7h às 19h) e disponibilidade de profissionais no fim de semana, foi possível acesso aberto e avançado às práticas da APS, com uma redução importante dos encaminhamentos para especialidades.
- **Tecnologias de comunicação e informação:** Deve ser feito o uso de tecnologias digitais para realizar atendimentos em áreas rurais, tais como as experiências com telemedicina e telematriciamento em Caicó (RN).

Para a segunda questão norteadora “Quais as estratégias para garantir o acesso das populações rurais à APS?”, foram levantados os seguintes pontos:

- **Formação de um regulador do cuidado:** Para casos de urgência e emergência, pode haver um profissional específico para atuar nesse cenário, sendo necessário pro-

protocolos e profissionais adequados para o atendimento. Além de uma formação mais adequada, devem ser realizados investimentos nas equipes e equipamentos para que operem os processos regulatórios descentralizados;

- **Regulamentação e Financiamento de estratégias exitosas:** Pode ser feito o repasse de recursos para consolidar e regulamentar estratégias já realizadas no território, a exemplo do Sobreaviso, um meio utilizado em municípios para atender as demandas da população em horários estendidos. No sobreaviso, um profissional fica em *stand by* para atendimento de casos que possam surgir; em alguns casos, os profissionais (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem) recebem gratificação através de recurso financeiro que é acrescido ao salário. A proposta é que todos que realizam esse formato tenham benefícios salariais e apoio adequado da rede de atenção à saúde, a exemplo dos deslocamentos e pactuações de vagas para municípios de referência.
- **Diagnósticos situacionais:** Podem ser uma estratégia para conhecer o território. Em meio a isso, a vigilância em saúde deve ser utilizada para proporcionar a atenção à saúde a partir das necessidades observadas no território. É dessa perspectiva, diagnóstico situacional, que se deve ampliar a equipe mínima a partir das necessidades do território para além dos moldes delimitados para APS. Esse modelo deve ser proposto por necessidade e não por produtividade.
- **Incorporação de novas tecnologias no cuidado:** Nesse processo, pode ser feito uso de equipamentos portáteis para levar os serviços às pessoas. Além de fortalecer mecanismos de telecomunicação para áreas distantes, tais como WhatsApp e telefonia.
- **Apoio estrutural:** Oportunizar mecanismos para deslocamento em terra, com carros tracionados adequados, tal como a unidade básica de saúde fluvial, não só no que se refere ao cuidado individual, mas também para atividades de educação em saúde. Ofertar moradias para a equipe de saúde para fixar os profissionais nas comunidades. Ofertar casas de apoio adequadas para os usuários que precisam se deslocar não só para outros municípios, mas também para a sede do próprio município, no caso de grandes distâncias.
- **Conciliar processos de formação e valorização dos saberes populares:** Por um lado, pode ser proposto processos de formação para as pessoas para realizarem ações básicas para o atendimento, para promover autonomia das pessoas. Por outro lado, as populações tradicionais já reproduzem saúde que são repassadas através de tecnologias sociais. A universidade, o governo e as próprias políticas públicas devem incorporar o que já é feito no território.

- **Fortalecer os registros rurais:** É comum que os registros de informações de áreas rurais sejam os urbanos, ou seja, equipes que são “aproveitadas” em áreas rurais, mas estão vinculados a CNES urbano, produção descentralizada das equipes itinerantes, duplicidade de cadastro e de inúmeros prontuários para o mesmo usuário. Sem dar visibilidade ao trabalho realizado especificamente em áreas rurais, sem o registro adequado, não há como planejar esse cuidado em saúde.

Dentre as temáticas e experiências que carecem de estudos para aprofundamento:

- **Noção do princípio da integralidade:** Abrangendo tanto as práticas tradicionais em saúde, já presentes no território, como a ênfase na proteção em saúde. “Quais estratégias podem ser utilizadas para áreas rurais para prevenção, promoção e proteção na saúde?” A ênfase na ideia de proteção surge dos saberes tradicionais, especialmente da experiência de saúde indígena e dos debates sobre ancestralidade.
- **Estudos sobre as modalidades itinerantes existentes:** UBS Fluvial, UBS Ribeirinhas, Unidades odontológicas móveis, ambulância, entre outros. E ao mesmo tempo, identificar novas estratégias exitosas para descrição e possível financiamento via programa federal.
- **Intersetorialidade:** Deve ser um caminho pensado para propor mais diálogos entre os diferentes setores, e como forma de resolver as questões estruturais, com tanto impacto na saúde e na vida da população do campo, floresta e águas.
- **Flexibilidade sobre modelos de atenção:** A exemplo da composição “fixa” para o financiamento de equipe mínima ESF, sendo ampliado para outros modelos que consigam contemplar as diferentes necessidades dos territórios.

3.2 GRUPO 2: ESTRATÉGIAS E DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM CENÁRIOS DE RURALIDADE

MEDIADORES/RELADORES: **HELENA MARIA SEIDL FONSECA (FIOCRUZ) E LUCAS MANOEL DA SILVA CABRAL (FIOCRUZ)**

Com relação às experiências em curso de formação para os profissionais de saúde que atuam em áreas de ruralidade, foi relatado que há uma formação em andamento com a participação de nove estados da Região Norte, além do estado do Maranhão, com financiamento da SAPS e com a participação do Grupo Terra. As orientações para essa formação indicam que se deve considerar as formas de cuidado já existentes em cada território, garantindo um processo de

reconhecimento desses trabalhadores e moradores no processo formativo, ou seja, que haja uma escuta do território, que pode ocorrer através de um processo de educação permanente. A experiência relatada aponta que o curso está sendo construído de forma ascendente (do território), abordando conceitos-chave como território, territorialidade, racismo, violências na disputa de território, violência contra mulheres, agrotóxicos, mercúrio, LGBTfobia e espiritualidade, sempre mediado pelo Grupo Terra. Esse processo perpassa discussões sobre o modelo capitalista, a violência do Estado, a disputa de terras e, principalmente, a perspectiva do cuidado, que deve ser incorporado à prática dos profissionais de saúde da APS no âmbito do SUS.

Nessa questão foi apontada a necessidade de se discutir acerca da ampliação do escopo de prática, especialmente quando se tem a dificuldade de alocar profissionais de saúde em todos esses territórios, o que exige pensar em estratégias específicas que envolvam não apenas os médicos e enfermeiros, mas também gestores, universidades, sociedade civil e outros parceiros. Um ponto comum das falas foi considerar as residências como uma excelente estratégia de formação de profissionais, mas que os programas devem estar voltados para a atuação nesses cenários de ruralidade e que se possa criar, juntamente com os gestores, a viabilidade desses profissionais de serem absorvidos nessas localidades, bem como criar metodologias que identifiquem o interesse do residente em saúde e o local em que desejam atuar nesses territórios, visando constituir uma formação mais voltada para o território, aumentando a chance de permanência desses profissionais. A residência pode, além de ser uma forma de formação, ser uma forma de fixação de profissionais de saúde para áreas rurais. Embora seja uma boa estratégia, a questão da empregabilidade depende de outros atores, como a gestão. Há uma necessidade de territorialização, com integração à Rede de Atenção à Saúde e até mesmo de pensar em uma carreira no SUS que garanta a manutenção desses profissionais, envolvendo tanto a formação quanto a fixação. Foi sugerido como uma estratégia garantir que a residência nesses locais tenha cotas para as localidades do próprio território, assegurando que as ofertas de formação contemplem os moradores locais e fortaleçam as estratégias de permanência dos profissionais no território.

Também foi apontada a necessidade de processos avançados com poucos recursos para essas localidades, bem como enfrentamento de desafios como intoxicações e acidentes com animais peçonhentos.

Desenvolver programas de formação voltados para as realidades locais, respeitando as formações que já existem. Um exemplo é o CONEPRO – Programa de Reforma Agrária, que prevê formações para esses territórios.

Os processos de formação precisam envolver um processo de escuta dos territórios, mas também do Ministério da Saúde, dos gestores e de outros atores. Esse processo de escuta deve possibilitar a criação de formações que respondam às necessidades do território e não apenas a

questionamentos e demandas da universidade, mas que estejam diretamente ligadas à realidade e às necessidades locais.

Além das residências, a especialização pode ser uma alternativa para manter esses profissionais, com ofertas voltadas para as realidades rurais. É possível vincular essas formações e especializações a um plano de carreira, com remuneração e possibilidade de crescimento profissional, o que pode ajudar no processo de permanência desses profissionais no território.

É importante formar profissionais que, em seu processo formativo, desenvolvam mecanismos de sensibilidade na escuta do território e na relação com os usuários.

Existe uma falta de integração entre o SUS e o subsistema de saúde indígena. Para outros povos originários, como os quilombolas, isso é ainda mais difícil.

É necessário considerar estratégias de formação a distância (EAD) para essas localidades, levando em conta as dificuldades de acesso, a limitação no uso de tecnologias e pensando em estratégias de formação que utilizem essas ferramentas, mas que não sejam exclusivamente dependentes delas.

Pensar em mecanismos para trocas de experiências locais que possam apoiar ações em outros locais, com possibilidade de adaptações às realidades e necessidades locais.

Incluir um processo de avaliação contínua da oferta dos cursos de graduação em Enfermagem, considerando a formação desses profissionais de maneira constante.

Refletir sobre as práticas ampliadas para localidades onde a APS atende demandas de urgência e emergência, com necessidade de formações e estratégias para que esses profissionais expandam seu escopo de prática.

É necessário considerar graduações focadas nas populações dos territórios de campo, floresta e águas e avançar não apenas na discussão sobre o número de médicos, mas também sobre quais profissionais específicos são necessários para cuidar de nossa população do campo, floresta e águas.

A falta de acesso a esses territórios de campo, floresta e águas é uma realidade. Temos uma política, mas ela é incompleta. O processo de formação dos profissionais de saúde não é direcionado para atender o povo; são profissionais muito afastados da realidade local, o que torna a formação menos eficaz.

É necessário criar mecanismos de sistematização das experiências locais para compartilhamento entre os territórios, promovendo uma maior integração entre pesquisa e extensão para as áreas de campo, floresta e águas.

A formação deve ser centrada na experiência do território e em colaboração com a Atenção Primária à Saúde, sempre dialogando com os movimentos sociais.

O que unifica essas populações de campo, floresta e águas passa pelos modos de produção, e há uma diversidade que precisa ser atendida por políticas públicas adequadas. No entanto, esse ainda é um desafio para a formação dos profissionais.

Pensar em currículos formativos que estejam mais integrados às necessidades dos territórios e fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade. É importante que os espaços formativos não percam a intencionalidade da formação (para que estamos formando?). Ou seja, o percurso formativo deve ter uma intenção clara, e as estratégias metodológicas não devem se limitar à teoria, mas também à prática.

Retomar e fortalecer o papel das Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES) e avançar na discussão dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Pensar em uma formação com conteúdo prático e vivencial para os profissionais das áreas rurais, que possibilite a construção de competências e o fortalecimento do sentimento de pertencimento local.

Incluir temáticas de interesse dos territórios, abordando conceitos-chave como território, territorialidade, racismo, racismo ambiental, violências na disputa de território, violência contra mulheres, agrotóxicos, mercúrio, garimpo ilegal, LGBTfobia e espiritualidade. A metodologia deve ser adaptada para tratar dessas especificidades e não seguir um modelo de formação tradicional.

Pensar um processo de formação que organize o processo de trabalho.

3.3 GRUPO 3: INTEGRAÇÃO DA APS À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS RURAIS

MEDIADORES/RELATORES: PATTY FIDELIS DE ALMEIDA (UFF) E JÔSE RIBAS GALVÃO (UFBA)

No contexto dos territórios rurais, onde comunidades quilombolas, indígenas e ribeirinhas enfrentam desafios adicionais de acesso à saúde, a Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA) se destaca como uma estratégia inovadora. Composta por uma equipe multiprofissional qualificada, a FESMA planeja ações específicas por território, combinando assistência direta com capacitação de profissionais locais. Essa abordagem não só responde às demandas imediatas, mas também fortalece a rede de APS ao estabelecer uma forte interlocução com a atenção especializada (AE), adaptando-se às especificidades de cada área.

A FESMA utiliza a Telessaúde para expandir o acesso à AE, além de organizar mutirões de saúde que são articulados através de uma ação intersetorial. Este modelo demonstra como o

apoio matricial das equipes no território pode ser eficaz, especialmente quando complementado pela participação ativa da Escola de Saúde Pública do Maranhão, que contribui com a formação de tutores estaduais.

Inicialmente, a FESMA foi implementada em 30 municípios do estado com os menores índices de desenvolvimento humano (IDH), enfrentando inicialmente resistência à adesão que, com o tempo, transformou-se em uma aceitação significativa. Complementarmente, as polí-clínicas regionais do Maranhão servem como outra estratégia robusta para garantir o acesso à AE e aos cuidados hospitalares, revelando o potencial das políticas de saúde que são sensíveis ao contexto local.

Além das experiências no Maranhão, outras regiões, como o Piauí, têm investido substancialmente em Telessaúde para mitigar as filas de espera para AE e cirurgias. O modelo de Telessaúde não apenas facilita o acesso imediato, mas também usa a inteligência artificial para avaliar e encaminhar casos que requerem atenção especializada, mantendo um médico de referência disponível 24 horas por dia.

No Pará, a descentralização da regulação em UBS é exemplar, permitindo que os usuários saiam com consultas agendadas imediatamente, uma prática que é apoiada pela existência de 25 hospitais regionais e três policlínicas regionais, todos financiados pelo estado. Isso demonstra como a integração e a coordenação dentro da rede de saúde podem melhorar significativamente a eficiência e a eficácia do acesso à saúde em áreas rurais.

Entre os desafios identificados, a falta de integração efetiva entre o SUS e os subsistemas de saúde indígena e quilombola se destaca, exigindo uma atenção renovada e estratégias direcionadas. Outras dificuldades incluem a centralização excessiva de procedimentos e cirurgias, bem como a gestão inadequada da urgência e emergência, que frequentemente sobrecarrega a APS.

As experiências discutidas ilustram uma variedade de abordagens inovadoras que podem ser replicadas ou adaptadas em outras regiões. A sistematização e o compartilhamento dessas experiências são vitais para ampliar o impacto e melhorar a rede de saúde como um todo. Por fim, é essencial que as estratégias de formação e capacitação continuem se aprimorando para garantir que os profissionais de saúde estejam não apenas bem-preparados, mas também comprometidos com os princípios da APS e com a realidade complexa e diversificada dos territórios rurais.

Os desafios permanecem substanciais, requerendo uma abordagem coordenada que englobe tanto melhorias na infraestrutura e serviços quanto uma política de saúde mais inclusiva e adaptada, capaz de responder às necessidades específicas das comunidades rurais, indígenas e ribeirinhas.

3.4 GRUPO 4: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E COMPETÊNCIA CULTURAL PARA ATUAÇÃO EM TERRITÓRIOS RURAIS

MEDIADORES/RELATORES: **MARCIA CRISTINA RODRIGUES FAUSTO (ENSP/FIOCRUZ)** E **AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA (FIOCRUZ AMAZÔNIA/ILMD)**

Este grupo explorou as dinâmicas de participação social e a necessidade de desenvolver uma competência cultural significativa entre os profissionais de saúde que trabalham nessas áreas.

A dispersão populacional e territorial das comunidades rurais complica significativamente a prestação de serviços de saúde e agrava as vulnerabilidades existentes. Identificar e empoderar coletivos vulneráveis emergiu como uma prioridade, pois muitas vezes as pessoas dessas comunidades não se reconhecem enquanto coletivos ou desconhecem seus direitos. A realização de diagnósticos para identificar essas populações e desenvolver estratégias para promover seu empoderamento foi vista como essencial, especialmente em locais remotos.

A formação em competência cultural, embora complexa, é vista como crucial para abordar as iniquidades e promover a fixação de profissionais em territórios vulneráveis. Houve discussões sobre a continuidade e o investimento no papel do “agente popular de saúde”, um profissional que atuaria na vigilância popular em saúde e induziria a participação social. Esses agentes, no entanto, enfrentam sobrecarga de funções administrativas, e os conflitos surgidos em locais onde essa estratégia foi implantada foram notáveis. Durante a pandemia, os agentes populares de saúde demonstraram resultados significativos devido ao conhecimento prévio das dinâmicas locais e à sua competência cultural, embora disputas com agentes comunitários de saúde também tenham sido relatadas. A necessidade de sensibilizar as equipes para tratar os agentes indígenas como parte integral das equipes de saúde também foi destacada, reconhecendo seu papel essencial na conexão entre serviços e comunidades.

Sugeriu-se uma formação específica para médicos e outros profissionais que atendem populações vulneráveis, com incentivos financeiros vinculados ao Ministério da Saúde para aqueles que completassem tal curso. No entanto, reconheceu-se a dificuldade de definir um modelo único de competências, dado que cada local tem demandas específicas. Criticou-se o uso do termo “competência cultural”, propondo-se, em vez disso, focar em metodologias que promovam um cuidado diferenciado e contextualizado. A formação, conforme discutido, deve ocorrer através da prática e da vivência dos profissionais nos territórios, um processo de “fazer fazendo”, onde o aprendizado acontece na interação com as comunidades e na construção de soluções locais.

Os conselhos de saúde foram criticados por não representarem efetivamente o poder popular, sugerindo-se a criação de outros mecanismos que empoderem mais diretamente as comunidades.

A dificuldade de engajar a população nos Conselhos de Saúde devido ao descrédito no impacto dessas instâncias e à falta de clareza sobre suas funções foi um desafio destacado. Experiências como as conferências locais de saúde, que permitiram a construção de planos em colaboração com a comunidade, foram vistas como positivas, embora ainda existam desafios para que gestores adotem e mantenham esse modelo participativo. A formação de lideranças locais foi identificada como um caminho para melhorar a participação, com experiências territorializadas, como as de Tefé, destacadas como exemplos positivos de como facilitar a participação em conselhos locais.

Este grupo ressaltou a importância de formar profissionais com um pensamento crítico adequado para lidar com as especificidades locais, incluindo currículos adaptados às realidades territoriais e às práticas comunitárias, indo além de modelos prontos e enfatizando a necessidade de uma educação permanente ligada à participação social.

3.5 SÍNTESE DAS DISCUSSÕES DOS GRUPOS TEMÁTICOS DA DINÂMICA DO CAFÉ MUNDIAL

Grupo	Pergunta Disparadora	Resposta/Síntese
Grupo 1 - Estratégias para ampliação e qualificação do acesso e organização das práticas de saúde na APS em cenários de ruralidade	Modalidades de equipes? Estratégias para garantir acesso? Temáticas para aprofundamento?	Necessidade de equipes volantes/itinerantes adaptadas para o campo. Uso de telemedicina para expandir o acesso. Estudos sobre modelos de APS em áreas rurais.
Grupo 2 - Estratégias e dispositivos de formação para profissionais de saúde que atuam em cenários de ruralidade	Experiências em curso? Necessidades de formação? Estratégias para alcançar profissionais? Temáticas para aprofundamento?	Formações específicas para a ruralidade com inclusão de competências culturais. Necessidade de cursos focados em práticas locais. Estratégias para incentivar permanência de profissionais nas áreas rurais. Pesquisas sobre residências médicas em áreas rurais.
Grupo 3 - Integração da APS à rede de atenção à saúde nos territórios rurais	Estratégias para acesso à atenção especializada? Desafios e ações? Transporte? Temáticas para aprofundamento?	Descentralização da regulação das UBS. Desafios na cobertura e qualidade da AE. Necessidade de transporte adaptado e outros recursos (casas de apoio, etc) para populações de áreas remotas. Investigação sobre experiências de integração efetiva da APS com redes especializadas em contextos de policlínicas e hospitais regionais.
Grupo 4 - Participação social e competência cultural para atuação em territórios rurais	Como garantir participação comunitária? Temas para processos formativos? Temáticas para aprofundamento?	Fortalecimento dos conselhos de saúde locais. Inclusão de educação intercultural nos currículos. Pesquisa sobre estratégias de engajamento comunitário em saúde. Desenvolvimento de políticas de saúde adaptadas à diversidade cultural dos territórios.

4. ENCERRAMENTO DA OFICINA



A oficina foi concluída com uma sessão de avaliação conduzida por Márcia Fausto e Patty Fidelis, que refletiram sobre as ricas trocas de conhecimento e experiências que marcaram o evento. Ambas enfatizaram a relevância do diálogo e da colaboração entre os participantes, que

exploraram profundamente as temáticas de saúde em cenários de ruralidade e participação comunitária. A capacidade de integrar diversas perspectivas e experiências práticas proporcionou uma oportunidade única para todos os envolvidos expandirem seu entendimento e abordagens no campo da saúde pública.

A sessão de encerramento, assim, reiterou a importância de continuar a trabalhar em conjunto, de fortalecer as redes de cooperação e de promover políticas e práticas que sejam inclusivas, respeitando as peculiaridades de cada território e cultura. O evento foi concluído com um renovado senso de propósito e a esperança de que as discussões e aprendizados compartilhados levarão a melhorias tangíveis nas vidas das populações em contextos rurais e tradicionais.



AGRADECEMOS A TODOS PELA PARTICIPAÇÃO!



APS EM MRR

Ação Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil



5º PPGS

POLÍTICA, SABERES E PRÁTICAS:
Resistência e insurgência
no enfrentamento das
iniquidades em saúde

Fortaleza — 3 a 6/11/24

Para mais informações sobre a produção do Grupo de Pesquisa APS em MRR, acesse nosso site:

<https://apsmrr.ensp.fiocruz.br>