

A SAÚDE DO CAMPO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE RESIDENTES: ENCONTROS E DESENCONTOS

THE HEALTH OF FIELD AT FORMATION PROFESSIONAL IN RESIDENCE: MEETING AND MISMATCH

LA SALUD DE CAMPO EN LA FORMACION PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES: ENCUENTROS Y DESENCUENTOS

Camille Correia Santos ¹
Kátia Rejane de Medeiros ²
Idê Gomes Dantas Gurgel ³

RESUMO: A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) tem como um de seus eixos repensar a formação dos profissionais de saúde por meio da educação permanente e popular em saúde e umas dessas estratégias de formação são os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde voltado para educação em serviço. Assim, o objetivo é analisar o conteúdo de saúde no campo desenvolvido nos programas de residência no campo da saúde coletiva em Pernambuco. É um estudo qualitativo com desenho exploratório descritivo realizado a partir de análise documental. Analisou-se propostas dos projetos pedagógicos das residências referente ao conteúdo de saúde do campo. Evidenciou-se que só um programa apresenta conteúdo específico e articulação com a saúde do campo e a maioria dos programas apresentam projeto pedagógico baseado no modelo hegemônico médico-assistencial privatista e assistencial sanitaria concentrados na zona urbana. A partir da vivência dos residentes e da experiência do VerSUS no campo foi marcado a necessidade de ampliar a formação em saúde, mobilizando propostas que consolide o SUS junto a realidade no campo. Assim, essas experiências necessitam serem visibilizadas, viabilizadas e ampliadas, tornando-se em estratégias permanentes

1 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

2 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, CPQAM/FIOCRUZ

3 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM / FIOCRUZ/RECIFE-PE

de formação para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde do campo, Residência em Saúde, Educação em saúde, SUS

ABSTRACT: The National politics on whole Health of Populations Field, Forest and Water (PNSIPCFEA) has as one of its axis review the formation health professionals through continuing education and popular education in health and each of these formation strategies are the Residence Programs in Health Professional Area facing service education. Thus, the goal is to analyze the health content in the field developed in Residence Programs in field in health collective in Pernambuco. It is a qualitative study with descriptive exploratory design conducted from document analysis. It analyzed the proposals of educational projects of residences related to the health field contents. Showed that only one program features specific content and articulation with the health field and most programs have educational project based medical care hegemonic and privatizing care model sanitarian concentrated in urban areas. From the experience of residents and experience of VerSUS in field it was marked the need to expand health formation, mobilizing proposals to consolidate the SUS with the reality in the field. Thus, these experiences need to be visualized, feasible and expanded, becoming permanent training strategies for health professionals.

Keywords: Health at field, Residence in health, Education in health, SUS

RESUMEN. La Política Nacional de Salud Integral de Poblaciones del Campo, bosque y de agua (PNSIPCFEA) tiene como uno de sus ejes repensar la formación de los profesionales de la salud mediante la educación permanente y popular en salud y una de estas estrategias de formación son los programas de residencia en la área de la Salud Profesional convertido a educación em servicio. Tan, el objetivo es analizar el contenido de la salud en el campo desarrollado en los programas de residencia en el campo de la salud pública em Pernambuco. Es un estudio cualitativo com diseño descriptivo exploratorio realizado a partir del análisis de documentos. Propuestas analizadas de proyectos educativos de residencias relacionados con el contenido del campo de la salud. Se hizo evidente que sólo un programa presenta un contenido específico y articulación con la salud de campo y la mayoría de los programas presenta proyecto educativo basado en el modelo hegemónico de atención médica y de privatización y de assistência sanitario concentrados en las zonas urbanas. A partir de la experiencia de los residentes y la experiência de VerSUS el campo se marcó la necesidad de ampliar la formación en salud, la movilización de propuestas para consolidar el SUS con la realidad en el campo. Tan, estas experiencias necesitan ser visualizada, viable y expandida, convirtiéndose en estrategias de formación permanente para los profesionales de la salud.

Palabras-claves: Salud del campo, Residencia em salud, Educación em salud, SUS

INTRODUÇÃO

A população do campo vivencia dificuldades relacionadas ao acesso dos serviços essenciais de saúde, de saneamento básico e ambiental, repercutindo em agravos que elevam as taxas de morbidade e mortalidade. Como é um povo marcado pela força e pela resistência, esta população

sempre resistiu com lutas populares, “pela diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade”¹.

Nesse contexto de lutas dos movimentos sociais do campo, que foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) em 2011, que objetiva melhorar o nível de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, melhorando o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida¹.

O processo de constituição dessa política marca as denúncias da população do campo referente ao acesso de serviços de saúde, os quais sempre foram negados ou ficaram a margem de suas necessidades. Como reflexo, o processo saúde/doença no campo é caracterizado por maiores índices de mortalidade infantil, incidência de endemias e insalubridade, expressando as iniquidades sociais e vulnerabilidade dessas populações, bem como refletindo a “insuficiência” do modelo de atenção à saúde^{2,3}.

Diversas lacunas podem ser evidenciadas nesse processo, como a concentração dos serviços de saúde nos centros urbanos por interesses políticos e econômicos. Historicamente as políticas de saúde voltadas para o campo sempre foram atreladas ao desenvolvimento econômico industrial, tornando as comunidades rurais dependentes, gerando um estigma social, político e econômico para estas populações^{4,5}.

Consequentemente esse modelo produz uma escassez da rede de serviços de saúde no campo. Soares⁶ em pesquisa, que caracterizou a população do campo, floresta e águas: quem são, como vivem e de quem adoecem, identificou que a cobertura das Estratégias de Saúde da Família (ESF) em áreas rurais com baixa densidade populacional ainda é bem abaixo das necessidades, além de outros fatores, como a não “fixação” de profissionais de saúde no campo.

Vários elementos podem estar associados a falta e ou não “fixação” dos profissionais de saúde no campo, como frágil integração ensino-serviço, dificuldades de gestão, regulação do trabalho e dos trabalhadores da saúde e a formação fragmentada, hospitalocêntrica, medicalizada e intramuros desses profissionais, submetida a modelos pragmáticos, o que limita o impacto das ações de educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)^{7,8}.

Para superação dessa problemática de formação e fixação dos profissionais em saúde no campo, o plano operativo da PNSIPCFA para o período de 2012/2015 teve como um dos seus eixos de atuação, a educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas, que apresenta ações que atendam a formação dos profissionais em saúde¹.

Uma das estratégias de formação dos profissionais em saúde através da educação permanente que atualmente está em grande expansão no país são os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional. Este é definido como modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu, voltado para a educação em serviço e destinado as categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica⁹.

Em 2009 foi aprovada a Portaria Interministerial nº 1.077/2009 que criou o Programa Nacional de Bolsas Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional. Com ela o Ministério da Saúde (MS) passou a regular os programas através da criação de vagas para a especialização de profissionais da saúde em áreas prioritárias para o SUS, reorganizando assim a oferta dessa modalidade de formação¹⁰.

Atualmente, os programas de residências em Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional, têm sido considerados como indutores para repensar a formação profissional, visto que é uma modalidade de formação teórico-prática intensiva¹¹.

Em todo o país de 2009 a 2015, foram homologadas 320 novos programas por meios dos editais do MS. A região Nordeste teve 20,6% das aprovações em todo o período¹². Nessa região o Estado de Pernambuco tem expandido tais iniciativas¹³, todavia, percebe-se que a maioria dos programas de residência em Pernambuco concentram-se na região metropolitana do Recife, bem como há pouco conhecimento sobre a forma como o conteúdo de saúde no campo vem sendo introduzida e desenvolvida nesses novos programas de residência.

Considerando-se o distanciamento da formação dos profissionais residentes para um olhar ampliado da saúde e contextualizado com as necessidades das populações do campo, é que se torna relevante apresentar algumas experiências onde o conteúdo de saúde no campo tem sido incorporado nos programas. Nesta perspectiva este trabalho analisa o conteúdo de saúde no campo desenvolvido nos programas de residência na área da saúde coletiva em Pernambuco, bem como seus desafios e expectativas.

A escassez de referências que explicitem as experiências que estão sendo desenvolvidas no campo da formação em saúde coletiva e sua interface com a saúde do campo reforçam a relevância desse estudo.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é de abordagem qualitativa, com desenho exploratório descritivo, utilizando a técnica da análise documental. Esta técnica permitirá descrever e representar o conteúdo, registrando as informações contidas nos documentos originais¹⁴.

Analisou-se o ano de 2015, quando Pernambuco tinha um universo de dez programas de residência na área da saúde coletiva, sendo cinco programas de residência multiprofissional em saúde coletiva

e cinco programas de residência multiprofissional em saúde da família.

A opção de pesquisar Pernambuco justifica-se por ser um Estado que tem investido bastante nesta modalidade de formação, contando hoje com mais de 60 programas de residências na área da saúde, tratando-se de um cenário estratégico para o estudo. Entre 2010 a 2014, Pernambuco ampliou o financiamento de bolsas em mais de 100%, ou seja, de 367 vagas, em 2010, para 570, em 2014, o que elevou os investimentos na formação de R\$ 27 milhões, em 2010, para R\$ 47 milhões, em 2014¹³.

Para análise do conteúdo e/ou alguma referência a saúde no campo na formação profissional de residências em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional em saúde coletiva recorreu-se aos projetos pedagógicos que são anualmente submetidos a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Nestes foram considerados os seguintes aspectos: Os objetivos do programa; Metodologia do programa; Descrição pedagógica das atividades práticas; Locais onde são desenvolvidos; Análise das ementas das disciplinas; Pertinência dos temas abordados e a presença de módulos específicos ou disciplinas que apresentam relação com a saúde no campo. Também foi pesquisado outras experiências relacionadas aos programas de residência, como o Programa de Vivências e Estágio na rede do SUS (VerSUS) no município de Caruaru, através das relatorias de experiências dos residentes; vídeo com residentes que foi realizado para divulgar a experiência de um programa de residência, sendo neles observados: a relação entre a formação dos profissionais residentes com a saúde do campo. Todos esses materiais foram transcritos e numerados, sendo mantido anonimato dos indivíduos.

Os desafios e as expectativas foram analisados a partir: Relatório do II encontro Nacional de Saúde das populações do campo e da floresta (2013); Manifesto de saúde das populações do campo, da floresta e das águas: “Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular (2015); Relatorias do Grupo da Terra, do Coletivo de saúde no campo Grão.

O método de análise de conteúdo¹⁵ foi aplicado para análise dos dados, que procura extrair através das palavras sentido dos textos, concepções de mundo, interesses de classe, motivações e expectativas, permitindo ao autor fazer inferências correlacionadas a luz das concepções teóricas¹⁶.

Todos os documentos analisados são de domínio público, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Aspectos Gerais sobre os Programas de Residência no Estado de Pernambuco: o desencontro da formação em saúde e a população do Campo

Dentro do universo de expansão das residências em Pernambuco no ano de 2015, havia 10 programas de residências sendo que 05 na área da saúde coletiva, e 5 em saúde da família, dentre

os quais foram interiorizadas no estado, como ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos programas de residência na área de Saúde Coletiva no Estado de Pernambuco

Programas de residência na área da saúde coletiva	Programas que tem suas atividades interiorizadas	Locais onde as atividades são realizadas	Articulação com a política PNSIPCFA
Projeto pedagógico saúde coletiva 1	Não	Recife e cidades da região metropolitana	Não
Projeto pedagógico saúde coletiva 2	Não	Recife e cidades da região metropolitana	Não
Projeto pedagógico saúde coletiva 3	Sim	07 cidades do interior do estado: Caruaru, Arcoverde; Garanhuns; Salgueiro; Ouricuri; Afogados da Ingazeira e Serra Talhada.	Política Estadual de Saúde Integral da População (Indígena, Quilombola e Assentamentos).
Projeto pedagógico saúde coletiva 4	Não	Recife e cidades da região metropolitana	Não
Projeto pedagógico saúde coletiva 5	Não	Recife	Não
Projeto pedagógico saúde da família 6	Sim	Caruaru (assentamento) e Garanhuns (comunidade quilombola).	Sim, a própria PNSIPCFA
Projeto pedagógico saúde da família 7	Não	Recife	Não
Projeto pedagógico saúde da família 8	Não	Recife e cidades da região metropolitana	Não
Projeto pedagógico saúde da família 9	Sim	Cidade da região metropolitana.	Não
Projeto pedagógico saúde da família 10	Sim	Cidade da região da Mata pernambucana.	Não

Fonte: Elaboração da autora, projetos pedagógicos analisados, 2016.

Como ilustrado, quatro programas de residência são interiorizados no Estado de Pernambuco, porém apenas dois programas apresentam no projeto articulação com a política referente a saúde do campo, a PNSIPCFA e a Política Estadual de Saúde Integral da População (Indígena, Quilombola e Assentamentos), sendo eles os projetos 3 e 6.

Os achados são comparáveis aos resultados da pesquisa sobre a interface das políticas públicas do observatório da PNSIPCFA. Nela constatou-se não existir nenhuma interface específica entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a PNSIPCFA¹⁷. Salienta-se que os programas de residência estão ancorados como estratégias de formação em saúde na PNEPS.

Essa evidência aponta para um distanciamento da formação dos profissionais residentes em saúde das realidades locais da população, pois apesar da implantação da PNSIPCFA ser recente, esperava-se sua inserção e articulação nos projetos pedagógicos dos programas, haja vista que a maioria destes serem também recentes e anualmente há uma revisão da submissão do projeto a CNRMS. Ademais o próprio plano operativo da PNSIPCFA já sinaliza para esta articulação, pois

apresenta um dos eixos voltados para educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas.

Desta forma, percebe-se que as políticas de saúde, como a PNEPS e demais estratégias como o programa de residência, ainda invisibiliza a necessidade de articulação com a PNSIPCFA em suas ações. Os achados também demonstram de um lado, o hiato existente na implantação das políticas públicas de forma integrada e articulada, e de outro, o distanciamento do Estado que formula estas políticas, ou seja, aqueles que executam (os agentes do Estado), com as populações, sugerindo que a política se distancia da vida real e concreta¹⁷.

A concentração dos programas de residência na região metropolitana do Recife evidencia que as populações do campo ficam a margem da prioridade de investimento nas políticas públicas. Segundo Behring e Boschetti¹⁸ as políticas públicas são gestadas a partir das iniquidades sociais provenientes do modelo de produção capitalista que se reproduz em nosso país, e este concentra em promover o desenvolvimento das forças produtivas e gerar riqueza, sendo o espaço preferível o centro urbano e industrializado. Assim, o Estado provém o maior investimento nos centros urbanos, pois precisa de uma população ativa e saudável para produzir e consumir, e coloca o campo a margem dessa prioridade¹⁷.

Essa concentração de programas na região metropolitana das cidades, é comum em todo o país. O relatório produzido pelo Observatório da PNSICFA, que analisa as políticas públicas em interface com a PNSICFA revelou que há um número insuficiente de unidades de saúde da família no campo, nas comunidades ribeirinhas e quilombolas diante a demanda existente⁶.

Mas, essa realidade vai além da insuficiência dos serviços de saúde, sendo também presente na dificuldade de formação dos profissionais de saúde para atuar no campo. No II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas realizado em 2014, um dos representantes dos movimentos sociais declara que as dificuldades no campo em relação a saúde são: “inadequação da formação dos profissionais de saúde em relação às especificidades das populações do campo, da floresta e das águas, além da falta de formação em saúde do trabalhador e toxicologia clínica”¹⁹.

Em 2012, o relatório do Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade apontou que poucos municípios no Brasil (apenas 2,4%) não apresentam escassez de profissionais de saúde e que, existe ainda a má distribuição dos profissionais de saúde. Essa situação ocorre em especial em determinados subgrupos e segmentos sociais, como áreas rurais, favelas e comunidades indígenas⁷.

Esse contexto reforça que permanece o desafio de maior diálogo e aproximação da política PNSIPCFA com os projetos de expansão dos programas de residência no Estado.

Com relação a presença de conteúdo, disciplinas e ou módulos específicos sobre a saúde da

população do campo nos projetos pedagógicos, só o projeto pedagógico 6 apresentou conteúdos teóricos em interface, que são abordados em 3 eixos: (1)atenção à saúde, (2)introdução à política crítica, e (3)ético-humanístico que tem como objetivos: (1) atender as necessidades de saúde da população, promoção e vigilância de acordo com as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais, e desenvolvimento dos processos educativos com a comunidade a fim de melhorar as condições de morbimortalidade e de monitoramento; (2) compreender o capitalismo na sociedade, a sociedade de classe, análise de conjuntura, o desenvolvimento agrário e lutas de massa no Brasil; e (3) compreensão das bases teóricas, filosóficas, ontológicas e epistemológicas da ciência da saúde e ciências sociais (Quadro 2).

Os demais programas, mesmo os interiorizados, como o projeto 3,9 e 10, apresentaram projeto pedagógico num formato tradicional baseado nas temáticas de políticas de saúde, vigilância e informação em saúde, planejamento e gestão da saúde, atenção à saúde, saúde da família nos ciclos da vida, temáticas transversais como bioética, educação permanente e metodologia científica (Quadro 2).

Quadro 2: Conteúdo presente nos programas de residência na área de Saúde Coletiva no Estado de Pernambuco

Apresentam disciplinas e ou módulos específicos sobre a saúde da população do campo?	Quais conteúdos estão presentes nos projetos pedagógicos?
Não.	Não apresenta disciplinas.
Não.	Eixos: Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia e Bioestatística; Ética e bioética, Metodologia da; Pesquisa Científica I; Vigilância epidemiológica e sanitária, Saúde ambiental e do Trabalhador, Sistemas de Informação em Saúde; Gestão de Serviços de Saúde; Planejamento em saúde; Epidemiologia, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Promoção da saúde Financiamento e orçamento em saúde e Avaliação em Saúde.
Não.	Não apresenta disciplinas.
Não.	Políticas, Sistemas e Modelos de Atenção à Saúde; Noções de epidemiologia e fundamentos básicos de Estatística; Bioética e Ética Profissional; Determinantes Sociais em Saúde; Saúde e Sociedade; Estágio supervisionado; Sessão de discussão temática em saúde coletiva; Ambiente e Saúde; Vigilância em Saúde Teórica ou Redes de Cuidado e Atenção Primária à Saúde; Sessão de discussão temática em saúde coletiva; Sessões de orientação e elaboração da monografia; Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; Vigilância em Saúde; Informação em Saúde; Análise de Situação e Intervenções em Saúde; Metodologia Científica e do Ensino.
Não.	Não detalha das disciplinas.

Quadro 2: Conteúdo presente nos programas de residência na área de Saúde Coletiva no Estado de Pernambuco

(conclusão)

Sim.	Eixos: atenção à saúde; introdução à política crítica; e ético-humanístico. (Conteúdos: espaço urbano e ambiente: comunidade x coletividades/quantificação e análise dos problemas de saúde e luta pela terra, cultura e especificidades da população do campo, quilombolas e assentados; educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo; ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo; monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo - assentados e quilombolas).
Não.	Epidemiologia em Saúde da Família; Metodologia Científica; Promoção da saúde: adulto jovem, adulto e idoso; Promoção da Saúde: criança, adolescente e mulher; Ética e Bioética; Rede de Saberes; Núcleo de saberes; Ciclo de aprendizagem; Planejamento em Saúde; Políticas de saúde; Atenção primária a saúde Trabalho interdisciplinar em saúde; Família e relações de gênero. Estratégia saúde da família – integralidade humanização e acolhimento.
Não.	Grupo de subjetividade- Teórica ou teórica-prática; Estágio em Unidade de Saúde da Família-Prática; Elaboração de Plano de Saúde- Prática; Reunião Geral de Discussão de Situação de Saúde- Teórica ou teórica-prática; Módulos Teóricos e teórico-práticos; Mapeamento e Diagnóstico de área- prática; Fórum de Matriciamento Prática; Estágio em Unidade de Saúde da Família Prática; Estágio em docência Prática; Estágio em linha de cuidado Prática.
Não.	Metodologia científica e noções de bioestatística Teórica ou teórica-prática; Ética e Bioética no Espaço Hospitalar Teórica ou teórica-prática; Vigilância em Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica e Promoção de Saúde; Teórica ou teórica-prática; Vigilância em Saúde Prática; Educação Popular em Saúde e Mobilização Comunitária; Princípios e Diretrizes do SUS; Planejamento e programação de ações de saúde da USF na comunidade; CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento Prática; Introdução a Saúde da Família; Telessaúde; Ações Intersetoriais de Saúde Teórica ou Espaço Urbano e Meio Ambiente.
Não.	Não detalha as disciplinas.

Fonte: Elaboração da autora, projetos pedagógicos analisados, 2016.

Nota-se que o modelo curricular de formação adotado pela maioria dos programas pauta-se no modelo de saúde hegemônico para o sistema de saúde, baseado no médico-assistencial privatista e no assistencial sanitarista, que insere algumas práticas na tentativa de criar novas alternativas²⁰. Tal modelo carrega ainda a sua origem, quando surge a medicina higienista pública como descreve Foucault²¹, baseado na vigilância, centrado nas práticas médicas e na medicalização.

Isso contraria os objetivos e perfil esperado dos programas, pois estes em sua maioria pautam-se na formação de um perfil de profissional que seja “crítico e reflexivo, com comprometimento ético, político, social e humanista, que desenvolvam competências de atuar a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença loco-regionais e das necessidades de saúde individuais e coletivas de uma população/comunidade”, como descreve o projeto pedagógico 4.

Esse modelo curricular de formação encontrado também se contrapõe com o que preconizaas

regulamentações dos programas de residência em área profissional da saúde, cuja ênfase deve ser o ensino-serviço orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e realidade locais e regionais²². Assim, formam-se profissionais de saúde que tendem a se manter inertes ao processo de trabalho em saúde e principalmente em descompasso com a realidade e necessidades dos indivíduos e das populações, o que é perceptível na maioria dos projetos pedagógicos dos programas de residências analisados⁸.

Essa fragilidade do processo formativo contida nos projetos pedagógicos analisados, foi abordada no Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Nele apontou-se que a escassez e ou não fixação dos profissionais de saúde apresenta um elo direto com o processo formativo:

“Questões referentes à formação, que acumulam ainda os reflexos de processos de formação realizados quase exclusivamente intramuros, formação generalista que está sendo usada como uma especialização para a atenção básica, fragmentação na formação, o que repercute na insegurança dos profissionais frente à demanda dos serviços de saúde e dentre outros...”⁷.

A maioria dos programas analisados não apresentam temáticas teóricas que abordam a necessidade de reconstruir outros modelos de saúde que sejam contra hegemônicos e que de fato surjam das necessidades de saúde da população do campo exceto para o projeto pedagógico 6.

A fragmentação desse processo de formação pode ser reflexo da falta de uma concepção teórica de formação política e crítica nos currículos, como exemplificado no conteúdo do projeto pedagógico 2:

“Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia e Bioestatística; Ética e bioética; Metodologia da Pesquisa Científica I; Vigilância epidemiológica e sanitária; Saúde ambiental e do Trabalhador; Sistemas de Informação em Saúde; Gestão de Serviços de Saúde; Planejamento em saúde; Epidemiologia; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Promoção da saúde; Financiamento e orçamento em saúde; e Avaliação em Saúde”.

A importância de um arcabouço teórico político e crítico na formação do residente pode permitir a compreensão de toda a história e lutas do povo, a compressão de luta de classes em conjunto ao desenvolvimento das políticas públicas, associando-as aos distintos cenários político e econômico do país, e contribui também para a compreensão e articulação do aprendizado com as diferentes realidades locais e regionais.

Essa demanda de formação traduz os anseios dos movimentos sociais, os quais apontam o distanciamento da formação dos profissionais formados nos centros urbanos com atuação nas

comunidades do campo:

“A academia precisa se inteirar da situação de vida no campo, nas florestas e nas águas, saber como esses povos vivem, se organizam, seu jeito de falar, suas crenças, seus costumes. É importante manter uma comunicação compreensiva, um diálogo/linguagem que possa ser entendido por ambas as partes (acadêmicos e população)” (relatório 6- Grupo da Terra).

Nos programas, também faltam temáticas de atenção à saúde, com conteúdo de cultura e especificidades da população do campo, desenvolvimento de processos educativos com a comunidade, e projetos com base na educação popular em saúde que possibilitam ao residente articular com os conhecimentos da política crítica, com o saber técnico, com o saber e história da população e assim construir em conjunto com a comunidade novas formas de fazer saúde.

Essa necessidade de construir em conjunto, academia e a população do campo, é reivindicada pelos movimentos sociais do campo:

“Deve haver uma interação entre a academia e a população de forma que estes dois conhecimentos possam se complementar, a academia precisa ver uma forma de ouvir mais os movimentos sociais ou estas populações tidas como “não cultas” para que possam aprimorar sua qualificação” (Relatoria 6 do Grupo da Terra).

Para pensar nessas novas formas de fazer saúde nas práticas cotidianas do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo, é fundamental o respeito a forma de organização, cultura e modos de vida no campo, que são diferentes e precisam ser respeitados e considerados no âmbito da saúde. Em entrevista ao *Jornal Sem Terra* (2010) um militante do MST identifica que: “precisamos entender que o SUS precisa ser diferente no campo, precisa estar organizado de forma diferente”²³.

Além de valorizar, é necessário implementar nos serviços de saúde, essa cultura e o modo de cuidar em saúde das populações do campo, da floresta e das águas, que bebem na fonte ancestral de seus povos os saberes tradicionais das plantas medicinais, e das práticas de cuidado como as rezas e o parto domiciliar. É imprescindível que todo esse conhecimento faça parte da formação dos profissionais em saúde como reivindicado pelos movimentos sociais:

“Manter no campo da saúde, as práticas tradicionais do cuidado, valorizando a vida em suas diversas dimensões, acreditamos na organização comunitária e de resistência, na cultura diversificada, seja na produção, seja na vida” (1º Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas).

Assim, urge a necessidade de repensar esse modelo curricular de formação dos profissionais de

saúde, pelo seu potencial de propiciar a reflexão do trabalho em saúde dentro de uma sociedade de classes relacionando-o ao modo de pensar e produzir saúde nos dias atuais. Essa forma de compreender o trabalho tanto no aspecto ontológico quanto no histórico possibilita entender as contradições que atravessam o processo educativo dos trabalhadores em saúde²⁴.

Deste modo, fica evidente a necessidade de alinhar a formação dos profissionais em saúde com a realidade local. Sabendo-se que (re)pensar a formação em saúde, exige a práxis do saber teórico, onde há necessidade de pedagogicamente construir os saberes a partir do processo popular, fomentando a produção crítica sob a realidade concreta para o enfrentamento das lutas sociais e superação das desigualdades sociais produzidas pela divisão de classes no país²⁵.

2. O Encontro da Formação dos Profissionais Residentes em Saúde com a Saúde do Campo: algumas experiências

O programa de Residência multiprofissional em saúde da família com ênfase na população do campo (RMSF-População do campo) é um dos programas analisados, sendo fruto de uma construção coletiva que envolveu: os movimentos sociais do campo, como o MST e o Movimento Quilombola, profissionais de saúde que compõem o coletivo Grão que discute a saúde no campo e professores/universidade. Trata-se de uma proposta em articulação com a PNSIPCFA que visa subsidiar as ações vinculadas à forma dinâmica que vivem as populações do campo e discutir as barreiras de acesso perante os serviços do SUS que ainda existem.

Também como resultante de uma ação coletiva dos mesmos envolvidos com o programa RMSF-População do campo, o programa VerSUS-Caruaru no campo, foi proposto em 2015 só para residentes de todos os programas de residência sendo do Estado de Pernambuco ou não, objetivando estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações, utilizando a estratégia de vivências e estágios na rede de saúde, em interface com os movimentos sociais, como o MST, Reflete um espaço educativo para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde²⁶.

A vivência proporcionada pelo programa RMSF-População do campo aos profissionais permite identificar que é preciso ampliar a formação em saúde, como explicitado por uma residente do programa:

“...conhecer o território, isso foi um diferencial na nossa atuação aqui na unidade de saúde, porque pudemos conhecer como era a dinâmica da comunidade, ter contato com a escola que eles estudam, com os grupos culturais que eles participam, na associação que tem importância na vida dessas famílias, e tudo isso, conhecer e fazer parte, pode mudar nossa forma de entender e cuidar a saúde dessas famílias” (residente 1).

Nas relatorias do programa VerSUS-Caruaru no campo, a percepção de que é necessário ampliar o olhar em saúde também esteve contida nas declarações dos residentes conforme exposto:

“a apropriação de uma série de conhecimentos não apresentados aos profissionais de saúde pela hegemonia do pensamento positivista na formação acadêmica e profissional se faz necessário... sair da realidade de saúde das cidades para vivenciar e atuar no campo. Falar em saúde da população do campo requer o desprendimento e a resignificação de saberes que evidenciam as práticas de saúde desenvolvidas na área urbana” (relatório 3).

O(re)pensar da formação em saúde vem sendo possível por meio destes profissionais, vinculados aos referidos programas, na realidade social concreta da comunidade. Este é um caminho para as transformações, que conforme Paulo Freire²⁷ afirma, trata-se de um processo de se perceber no mundo, que resulta do confronto do sujeito com a realidade concreta.

Nessa tomada de consciência da realidade, os profissionais de saúde têm a possibilidade de repensar sua formação quando se abrem para aprender através do conhecimento da própria comunidade, nos espaços formais da saúde, em unidades de saúde da família, e mesmo nos espaços sociais e culturais. Nesse traçar das relações, o diálogo é a ponte para a compreensão. Nesse ambiente a relação não é sobre a comunidade e/ ou para a comunidade, mas sobretudo uma relação com a comunidade^{25,27}.

Na declaração contida na relatoria 3 exposta acima, também se evidencia que é preciso desconstruir essa lógica hegemônica do positivismo tão presente na construção do conhecimento, que se mantém nas universidades e demais espaços acadêmicos. Segundo Lowy²⁸ esse pensamento positivista compreende a produção da ciência pela observação e explicação como fenômenos causais de forma objetiva, neutra, livre de julgamentos de valor e ideologias, colocado os fenômenos sociais submetidos a leis gerais da natureza. Presume-se que no ensino em saúde, esses preceitos se fazem presente, onde na maioria das vezes a saúde está dissociada da realidade e dos fatos sociais.

As declarações dos residentes corroboram no que diz respeito a necessidade de mudar e contrapor o conhecimento positivista, os conteúdos da formação tradicional, hegemônica, centrada no modelo assistencialista:

“eu destaco que tive contato com conceitos e informações que não estudei durante a graduação e que me despertaram para um novo olhar sobre promoção de saúde. Diante desses debates tão profundos, percebo que o indivíduo inserido na educação permanente através da residência tem um grande compromisso com o SUS (que nos forma e para qual somos formados), portanto este não é um espaço para “alienados e alienantes” e

reprodução da lógica do modelo hegemônico (hospitalocêntrico, médico centrada, biologicista)”(relatório 14).

As declarações dos residentes são consoantes com as evidências de análise dos 10 projetos pedagógicos examinados. Os próprios residentes percebem a fragmentação do modelo pedagógico, o deslocamento da realidade, em face de um modelo de formação de reprodução de lógicas hegemônicas que mantém a saúde da população como meramente centrada na doença, centrada em atender as demandas do mercado de trabalho.

Desta forma, há uma necessidade de construir práticas de saúde, que preservem a técnica, porém, não tornando-as tecnicistas com o esvaziamento das relações sociais, supervalorizada e messiânica. As práticas devem ser construídas de forma crítica, a partir do diálogo com as necessidades do povo e que estejam inseridas num contexto histórico, social e cultural²⁷.

Essa mesma compreensão está contida na percepção dos residentes do programa RMSF-População do campo:

“diferencial muito grande das demais residências em saúde, que é a aproximação com a realidade; a gente se propõem a conhecer o ritmo de vida delas, a vivenciar os problemas que elas vivenciam, o que influencia ou não, na vida dessa população.... A partir do momento que a gente não traz nada pronto, a partir do momento que a gente vem junto com a comunidade construir nossa intervenção, como que a gente vai atuar, e a gente sentir na pele as dificuldades, as potencialidades que cada comunidade dessa tem” (residente 3- vídeo).

A importância desses novos espaços de formação dos profissionais em saúde, revelando novos horizontes e repensando a formação em saúde, direcionando-os, inclusive, para o que os movimentos sociais do campo defendem como saúde, é afirmada pelo o Movimento Sem Terra (MST) quando declara que:

“Falar de saúde tem a ver com a sociedade em que vivemos, dividida em classes, onde de um lado estão os ricos, a burguesia-uns tendo muito. E do outro lado os trabalhadores, milhões de pessoas sem condições de garantir a sua saúde. Assim, para ter acesso a essas condições de saúde, é necessário lutar por melhores condições de habitação, trabalho, educação e produção”²⁹.

Os residentes que puderam experienciar essa realidade, afirmam que ampliaram sua forma de perceber a saúde com sua atuação no programa RMSF-População do campo e do VERSUS. Expandiram sua visão para além das competências técnicas, compreendendo sua totalidade como sujeitos inseridos num meio social:

“Entendermo-nos enquanto profissionais do SUS implica em sustentarmos a tarefa de consolidação desse sistema, sendo tensionadores em relevo da saúde pública de qualidade. Implica ainda em compreendermos de que modo se configura o nosso laço social, apontando, à priori, insistentemente para a equidade como um dos princípios inalienáveis para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária dentro dos limites democráticos” (relatório 1).

Nessa mesma direção, o estudo de Dantas e Falcão³⁰ analisou a formação integral nas residências multiprofissionais em saúde junto ao MST em Recife. As autoras constataram pelas percepções dos residentes a importância de vivenciar e conhecer a saúde do campo, sua forma de organização, suas formas de cuidado, bem como a importância para o processo formativo:

“contribuição para formação integral dos residentes – individual e profissional; o estímulo para engajamento em movimentos sociais; a reflexão-crítica sobre as práticas de saúde; o despertar para o potencial criativo e autônomo do trabalhador”³⁰.

Esse caminho é capaz de produzir uma formação política, crítica e reflexiva, provocando mudanças na formação dos sujeitos, que serão estimulados a pensar, produzir e mobilizar propostas de saúde que se construam a partir da realidade concreta, das relações sociais, da cultura e do processo histórico produzido pelas diferentes populações.

3. Nesse caminhar ainda há desafios e Expectativas

Frente as inúmeras necessidades de mudanças para o processo de formação dos profissionais residentes alguns desafios estão postos nos diversos materiais analisados, que emergiram dos anseios e luta dos movimentos sociais do campo, das vivências e formação dos profissionais residentes tanto do programa RMSF-População do campo como do VERSUS-Caruaru.

O primeiro deles está contido no Manifesto de saúde das populações do campo, da floresta e das águas- Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular³¹:

“Consolidar espaços de formação, organização e lutas nos estados e nacionalmente, sendo um desafio histórico de construir unidade no campo, floresta e águas brasileiro. Que haja educação permanente para os profissionais e gestores da saúde em relação às temáticas abrangidas pela saúde das populações do campo, da floresta e das águas”.

O desafio de consolidar a formação dos profissionais tem sido pautado nos movimentos sociais

desde a instituição da PNSIPCFA, quando em 2014 avaliou-se seu 1º ano de implementação. Nesse momento foram apresentadas as necessidades dos movimentos sociais:

“Formulação e implementação de políticas articuladas entre os setores da saúde e da educação que favoreçam a interiorização da ação de trabalhadores da saúde, bem como assegurar a autonomia dos municípios e estados para criar mecanismos de atração e fixação de equipes multiprofissionais de saúde em todos os níveis do sistema”³².

Para consolidar esses espaços formativos há expectativas de se construir estratégias políticas e metodológicas que possibilitem a formação em conjunto de profissionais de saúde, dirigentes e lideranças rurais. Assim se constrói um controle social sobre os serviços de saúde mais efetivos, e contribui para o fortalecimento e implantação das ações de saúde considerando a realidade das populações do campo, da floresta e das águas.

Para os representantes dos movimentos sociais é necessário avançar no processo de formação, de forma participativa e popular, como forma de enfrentamento à lógica educacional individualista e competitiva, tendo a educação e a formação como processos emancipatórios³¹.

A partir da realidade de desenvolvimento do programa RMSF-População do campo surgiram outros desafios que estão mais relacionados a execução, são eles: a urgência de financiamento público, estrutura física, gestão dos processos formativos e realizar projetos em conjunto com as comunidades. Os programas de residências necessitam se interiorizar e, para isso, precisam de sustentabilidade³³.

Os resultados apontam que o desafio maior é o de continuar acreditando nesses caminhos contra hegemônicos, de forma que estas experiências deixem de ser pontuais e alternativas e tornem-se permanentes, fazendo parte da realidade de formação de todos os programas de residências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que a PNSIPCFA é uma política ainda recente, no entanto, as demandas e necessidades de saúde da população do campo são históricas, há muito tempo os movimentos sociais do campo lutam por melhores condições de acesso à terra, educação, saúde, ou seja, melhores condições de vida. Luta-se para que as políticas sociais saiam da superficialidade e de fato cheguem a raiz dos problemas sociais, reduzindo iniquidades da sociedade capitalista excludente e desigual.

Todavia, esse descompasso em relação a formação dos profissionais de saúde em diálogo com a saúde do campo é ainda marcante. Pode-se afirmar que, em Pernambuco, os programas de residência no campo da saúde coletiva ainda são poucos e frágeis para atender a complexidade da (re)orientação profissional com ênfase no olhar ampliado da saúde.

É necessário demonstrare publicizar que dentre essas estratégias pontuais de formação em saúde, os programas de residências em área profissional da saúde, tem potencial enorme de integrar a necessidade de repensar a formação profissional e a necessidade de ampliar o olhar para a saúde do campo, construindo concepções pedagógicas políticas, crítica e reflexiva.

No Estado de Pernambuco essa expansão precisa ser mais interiorizada, considerando que vivemos em país de origem agrária e, portanto, a maioria de seus municípios tem uma política socioeconômica de base agrária, com necessidade de saúde atreladas a este contexto.

Foi evidenciado haver necessidade de (re)pensar a formação de profissionais em saúde em conjunto com as necessidades de saúde da população, mesmo que os programas de residência não sejam específicos para a população do campo. É preciso que os programas apresentem em sua matriz pedagógica aporte teórico e prático, que possibilite a qualquer profissional de saúde compreender as necessidades e demandas da população do campo, além de ser urgente uma maior articulação e integração dos projetos de residência com a PNSIPCFA, objetivando ampliar as possibilidades de formação e atuação dos residentes.

O caminho de lutas percorrido pelos movimentos sociais, professores e militantes, mostra que há possibilidades de se construir uma formação contra hegemônica, com experiências como os programas RMSF-População do campo e do VERSUS-Caruaru do campo. Estas necessitam ser divulgadas, viabilizadas e ampliadas, para que possam de fato se tornarem estratégias permanentes de formação para os profissionais de saúde. O esforço de sistematização desse estudo considerou tais aspectos.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
2. Carneiro FF. et al. Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. *Tempus, Actas de Saúde Colet.* 2014;8(2): 275-293.
3. Santos JCB, Hennington EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Rev. Cad. Saúde Pública.* 2013;29(8):1595-1604.
4. Carneiro FF, Búrigo AC, Dias AP In: Caldart RS et al (org). *Dicionário da educação do campo.* 2ª.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Expressão Popular, 2012. 691-697.
5. Wanderley MB. Meio rural: um lugar de vida e de trabalho: Desafios do mundo rural brasileiro. In: Fórum DRS, do IICA, 2014. [Acesso em: 01 de maio de 2016]. Disponível em: <<http://www.iicaforumdrs.org.br/index.php?>

saction=conteudo&id=a12ac3b16ba6f272193312abda9386e8&idMod=64>.

6. Soares RAS. Caracterização da População do Campo, Floresta e Águas: Quem São, Como Vivem e de Quê Adoecem. Relatório. Universidade De Brasília. Centro De Estudos Avançados Multidisciplinares. Departamento De Saúde Coletiva. Núcleo De Estudos Em Saúde Pública. 2014. [Acesso em: 01 de maio de 2016]. Disponível em: < <http://www.saudecampofloresta.unb.br/wpcontent/uploads/2015/03/Relato%CC%81rio-Dados-secund%C3%A1rios-final1.pdf> >.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade, 2012.
8. Ceccim R, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004;14(1): 41-65.
9. Brasil. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem. Casa civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2005.
10. Brasil. Portaria MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009.
11. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):759-76.
12. Sarmiento L. F. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2016. 143p.
13. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria-Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. 2015. [Acesso em: abril de 2016]. Disponível em < <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude/programas-de-residencias> >.
14. Silva, LRC. et al. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. [IX Congresso Nacional de Educação/III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 2009; PUCPR].

15. Bardin, L. Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa: LDA, 2009.
16. Shiroma EO. et al. Subsídios teóricos para construção de uma metodologia para análise de documentos de Política Educacional. In. Dossiê: uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional, 2004.
17. Carneiro FF. et al (org). Análise das políticas públicas em interface com a política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta (PNSIPCF). *Relatório de matriciamento versão final*. Fortaleza/Ceará Maio/2014b. Disponível em: <https://issuu.com/alantygel/docs/relat__rio_matriciamento_vers__o_fi>. Acesso em: 29 de abril de 2016.
18. Behring,ER, Boschetti, I. Keynesianismo-fordismo e a generalização da política social. In: Behring,ER, Boschetti, I. Política Social-fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 201, 82-111.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Relatório do II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, 2014.
20. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol.*1998;7(2).
21. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.
22. Brasil. Portaria MS/MEC Nº. 1077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional em Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para residências multiprofissionais e em área profissional em Saúde e a comissão nacional Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*,2009, Seção I, p.7.
23. Rocha A. Para discutir a saúde de forma integral, é necessário romper com a lógica da doença: Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. Entrevista concedida a Juana Tavares. *Jornal Sem Terra*, 2010: 1, 4-5. [Acesso em: Abril de 2016]. Disponível: <<http://docvirt.noip.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=hemerolt&pagfis=15755&pesq=>>>.
24. Ramos, M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Ed UFRJ/ EPSJV, 2010.
25. Vasconcelos EM.Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde.*Interface - Comunic, Saúde, Educ*, Botucatu, 2001.
26. Termo de assinatura VerSuS. Secretaria Executiva do VER-SUS Brasil. 2015. [Acesso em: Abril de 2016]. Disponível:<<file:///C:/Users/camille/Downloads/Termo%20de%20>

Referencia%20%20-%20VER-SUS%20SAUDE%20NO%20CAMPO%20CARUARU.pdf>.

27. Freire P. Extensão ou comunicação? 7. ed. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra, 1983.
28. Löwy, M. As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen. São Paulo: Busca Vida, 5ª ed., 1987.
29. Movimento dos trabalhadores rurais sem terra- MST. Cartilha de saúde Nº 5, 2000. [Acesso em: abril de 2016]. Disponível em: <www.mst.org.br>
30. Dantas ACMTV, Falcão IV. Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Rev. Ed. Popular. 2014/:13(2),10-24.
31. I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 2015, Brasília. Manifesto De Saúde Das Populações Do Campo, Da Floresta E Das Águas: “Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular!” [Acesso em: abril de 2016]. Disponível em: <https://issuu.com/comunicacaompa/docs/manifesto_de_sa_de_das_popula___e>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, floresta e das águas, 2015.
33. Albuquerque PC. et al. A educação popular em saúde na experiência de construção da residência multiprofissional em saúde da família com ênfase na saúde da população do campo. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015, Goiânia. *Resumo...* Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2015. [Acesso em: abril de 2016]. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=7448&id_atividade=898&tipo=>>.

Artigo apresentado em 30/01/17

Artigo aprovado em 20/04/18

Artigo publicado no sistema em 31/11/18