

SÉRIE EDUCAÇÃO POPULAR & SAÚDE

# EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

*Dispositivos pedagógicos e práticas  
lúdicas de aprendizagem na saúde:  
a caixa de ferramentas nas  
relações de ensino e aprendizagem*



**Organizadores:**  
Vanderléia Laodete Pulga  
Vera Lúcia de Azevedo Dantas  
Oswaldo Peralta Bonetti  
Etel Matiello  
Alcindo Antônio Ferla

editora



redeunida



Vanderléia Laodete Pulga  
Vera Lúcia de Azevedo Dantas  
Osvaldo Peralta Bonetti  
Etel Matiolo  
Alcindo Antônio Ferla  
ORGANIZADORES

Série Educação Popular & Saúde

# EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

Dispositivos pedagógicos e práticas  
lúdicas de aprendizagem na saúde:  
a caixa de ferramentas nas  
relações de ensino e aprendizagem

1ª Edição  
Porto Alegre  
2020

editora  
  
redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



## A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONSTRUINDO NOVAS INSTITUCIONALIDADES

Oswaldo Peralta Bonetti  
Etel Matiello  
Gislei Knierim Siqueira  
Virgínia da Silva Correa

### Introdução

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) tem origem em um amplo processo de construção compartilhada, permeado pelas lutas em busca da democratização do país, desde sua origem até a atualidade, e pelas disputas entre diferentes projetos políticos de sociedade. Dentre estes, a contraditória relação público/privado, o debate sobre cobertura ou acesso universal posto na atualidade, a humanização e a promoção da equidade versus a homogeneização da população negando sua diversidade cultural e fatores que impactam e determinam seus processos de saúde e doença.

Em meio a esse processo, a formação profissional encontra lugar de destaque no sentido de que, por meio desta é desenvolvida a força de trabalho que delinea o projeto de saúde no cotidiano das ações e práticas de saúde disponibilizadas à população. Esta se referencia como uma das contribuições do Movimento da Reforma Sanitária, na afirmativa na Lei Orgânica da Saúde e na própria Constituição Federal de 1988 em seu Artigo no. 200, que coloca ao SUS a competência de ordenador da formação de recursos humanos no país.

Assim, a formação em saúde tem se desenvolvido permeada por diferentes paradigmas — e é neste contexto que encontramos a formação em serviço, por meio das residências multiprofissionais em saúde, como um campo importante, que se confunde com o próprio processo de formulação e implementação do SUS, no caminho da conquista e efetivação do direito universal à saúde.

Embora o histórico das residências nos aponte que as mesmas foram inauguradas já no final da década de 1970, na atualidade a sua implementação ainda se apresenta como um desafio. Muitos avanços foram conquistados nas

últimas décadas, dentre os quais merecem destaque a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde e, mais recente, a Política de Educação Popular em Saúde. Contudo, ainda é percebida uma grande carência de referencial político-metodológico para a formação em serviço, a qual, em especial na atualidade, na qual enfrentamos uma séria crise social, política e econômica no país, com intenso subfinanciamento de políticas públicas, em especial a de saúde, pode tornar-se em mero instrumento de inserção de novos trabalhadores na rede de serviços para suprirem os *déficits* vivenciados pelo Sistema.

Outro desafio ainda presente, bastante implicado com a formação em saúde, é a efetivação de um modelo de saúde que faça valer na prática a universalidade, a participação, a integralidade e a equidade. Tais princípios constitucionais precisam de constantes inovações e políticas que os materializem nas ações da gestão, do cuidado, da promoção e da educação em saúde.

É neste histórico de compromisso com o SUS e com o direito à saúde que se apresenta a instituição das residências multiprofissionais, fortalecendo a contra-hegemonia no que fiz respeito à formação e ao modelo de saúde, que se apresenta a instituição do Programa de Residência em Saúde da Família com ênfase na saúde da População do Campo.

Buscamos na formulação deste artigo compartilhar um pouco das intencionalidades, das referências que nos inspiram e orientam, das estratégias pedagógicas, do modelo organizativo, enfim, das potencialidades e desafios que temos vivenciado no ato de sermos educadores deste processo que tem nos mobilizado e encantado.

### A EPS e suas trilhas pela institucionalidade

Ancorada na busca de transformação das práticas de saúde no caminho de um novo modelo de saúde alicerçado na equidade, integralidade, humanização e na participação popular, foi instituída em 2013 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – PNEPS-SUS.

A educação popular na saúde possui longa caminhada histórica, na qual a década de 1960 é destacada — caminhada esta que se materializa no território das práticas sociais, da organização dos movimentos populares nos processos

de construção de conhecimento, promoção da saúde e luta por direitos. Esta década é considerada um marco no percurso da Educação Popular em Saúde (EPS), quando profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nas quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como que este processo levaria à transformação das relações de poder e da vida do país (VASCONCELOS, 2001, p. 121).

Desde então, nos seus mais de 40 anos de história, a EPS tem contribuído como referencial para a configuração de novos espaços de participação popular no contexto do SUS (PEDROSA, 2008, p. 307). Processo alimentado pela constituição de novas redes de movimentos e práticas de EPS em todo país, que se configuram em espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos, visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para o campo (BONETTI, PEDROSA e SIQUEIRA, 2001, p. 400; OLIVEIRA, 2009, p. 312).

Contudo, quando refletimos sobre sua institucionalidade nas políticas públicas, percebemos um histórico de significativa negligência ou preconceito com a mesma. Prova disto é que, embora a tenhamos como grande referência, um dos seus principais sistematizadores, Paulo Freire, possui intenso reconhecimento internacional, porém, em nosso país sua contribuição ainda não se apresenta como prioritária nos processos formativos em prol de referências, muitas das vezes externas e estranhas a nossa cultura.

No setor saúde, vivenciamos um período de ampliação, em que o Ministério da Saúde (MS) abriu espaço à EPS. Este se deu a partir de 2003, momento em que ao identificar e reconhecer seu papel, inaugurou em sua estrutura organizacional uma Coordenação destinada ao seu fortalecimento no Sistema. Também, iniciou um processo de diálogo e formulação coletiva de estratégias de ação no SUS com movimentos sociais e populares referenciados na perspectiva freiriana. Por meio desta Coordenação, ampliou-se a escuta institucional acerca das demandas de segmentos significativos que até então não possuíam interlocução com a gestão federal da saúde. Dificuldades de acesso ao SUS e entraves para o exercício do direito humano à saúde foram sendo identificadas por meio de uma ampla rede de diálogos e de processos de mobilização e formação.

A partir de 2005, a EPS esteve apresentada como uma opção político-metodológica no interior da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), buscando fortalecer a gestão do SUS, apostando no protagonismo popular e na ampliação da democracia do Sistema. Também merece destaque o ano de 2008, no qual a SGEP/MS recebeu a reivindicação, por parte dos movimentos e coletivos nacionais de EPS, de qualificação da interlocução da Secretaria com os movimentos, ampliando o espaço de construção coletiva e de apoio institucional às experiências de EPS. Dentre os encaminhamentos sugeridos no contexto das pactuações surgidas via a provocação destes movimentos e coletivos, foi apresentada a proposta de criação de um grupo de trabalho permanente entre a SGEP, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP), e os movimentos e coletivos de EPS. A partir da instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde no MS, uma ampla agenda de diálogo e construção foi empreendida, confluindo na formulação e instituição, em 2013, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde-PNEPS-SUS.

Com a aprovação e institucionalização da nova Política, iniciou um intenso processo de implementação no qual, dentre o conjunto de ações e estratégias, destacam-se a implementação do Prêmio Victor Valla de EPS e do Curso de Formação em Educação Popular em Saúde para Agentes de Saúde (EdpopSUS), que foi desenvolvido em mais de 18 estados do país. O EdpopSUS se configurou na maior e mais capilarizada ação da PNEPS-SUS, disponibilizando a esse importante segmento dos trabalhadores da saúde a oportunidade de vivenciar um processo formativo embasado em uma perspectiva horizontal de construção do saber, alicerçada no saber de experiência feito, ou seja, nas vivências, experiências e saberes destes profissionais junto aos seus respectivos territórios, permeado pela arte, cultura e mobilização em defesa do direito à saúde. Não só se apresentou, em muitos dos casos, como a primeira oportunidade e acolhida a um processo educativo “formal”, como também promoveu o resgate do papel educador idealizado a estes profissionais em sua origem.

Contudo, a criação do inédito viável na institucionalidade, que corajosamente vinha sendo construído, se viu interrompida desde o ano de 2016, com as transformações na gestão federal. Neste contexto, ações e políticas importantes que vinham contribuindo com a qualificação do SUS no caminho da

integralidade, universalidade e da humanização, como as Políticas Nacionais de Promoção da Equidade e a própria PNEPS-SUS, foram totalmente abandonadas, vindo a culminar com a extinção da área técnica que as geria e fomentava no contexto do MS. A partir de então, a Coordenação Geral de Apoio à EPS, do DAGEP/SGEP/MS, começou a sofrer um intenso processo de desconstrução, essencialmente política, tornando-se, desde então, em um mero escritório de monitoramento de projetos — prova disto é que, a partir daquele momento, a agenda do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde foi cancelada.

Contudo, mesmo com o abandono da PNEPS-SUS no espaço da gestão federal da saúde, ela continua vigente e já se tornou parte das ações, corações e mentes de trabalhadores, conselheiros, educadores, estudantes e cuidadores no país afora. Instituições importantes no contexto da formulação das políticas, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), continuam a fomentá-la e a considerar seu papel na efetivação do SUS. É neste contexto de resistência que se inscreve a instituição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, no sentido de construir novas institucionalidades para preservação dos princípios e intencionalidades da EPS no SUS.

Assim, a instauração da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, desde sua formulação até seu processo de implementação que vem se materializando desde 2019, integra duas políticas, em especial, no contexto de efetivação do SUS: a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS.

### **O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo**

O Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) é produto da parceria entre o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília (PSAT), a Escola Fiocruz de Governo de Brasília e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. É uma pós-graduação lato sensu, realizada na forma de educação-trabalho (formação em serviço) sob supervisão, composta de 5.760 horas, em dois anos, incluindo 1.152

horas teóricas ou teórico-práticas. Sua carga horária está organizada em tempos educativos, como o Tempo-Escola e Tempo-Comunidade, os quais se constituem em outras subdivisões a seguir apontadas.

O PRMSFSPC é fruto do diálogo entre os movimentos sociais do campo e o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho-PSAT, Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Apresenta como pressupostos a formação em serviço referenciada no compromisso com a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas, com a PNEPS-SUS e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ambas compreendidas como potenciais para transformação do modelo de saúde, no caminho da integralidade.

Tem como objetivo principal formar profissionais de saúde, em nível de pós-graduação, especialistas em saúde da família com ênfase em Saúde da População do Campo, numa perspectiva ampla e crítica dos processos de transformação social, comprometidos com a organização coletiva, a qualidade de vida dessas populações e a consolidação do SUS.

Seus objetivos específicos abrangem promover a compreensão da saúde como um direito humano: identificar os processos de saúde e doença das populações do campo, da floresta e das águas a partir da produção e reprodução da vida no território; propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto filosófico-social-histórico-cultural, por meio do conhecimento técnico, postura ética e construção de práticas de cuidado em saúde, embasadas nos saberes humanísticos, popular e científico; possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o planejamento em saúde a partir da realidade dos territórios; promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter e transdisciplinar, estimulando reflexões sobre o papel do profissional quanto ao agente transformador da realidade social; desenvolver tecnologias e saberes relacionados ao campo da prática compartilhada e aos núcleos de saberes de cada profissão; desenvolver processos que fortaleçam a formação em promoção, vigilância, educação popular e participação social na saúde; subsidiar o desenvolvimento de conhecimento, ensino e pesquisas, qualificando a capacidade analítica, de enfrentamento e de proposições de intervenções que objetivam concretizar os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da

Floresta e das Águas; colaborar na construção das redes de atenção à saúde e práticas intersetoriais.

Retomando seu histórico, identifica-se que derivado do processo de formulação, articulação e diálogo, que durou mais de 2 anos, em 2019 foi implementado o PRMSFSPC, sendo o segundo do país voltado ao território do campo e o primeiro da Fiocruz no contexto nacional. Sua primeira turma conta com 16 (dezesseis) residentes de 6 (seis) categorias profissionais da área da saúde, sendo estas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A segunda turma, iniciada em março de 2020, conta com 23 Residentes, ampliando não só a quantidade de residentes por categoria, como também trazendo a profissão da Educação Física, que não havia tido candidato selecionado na primeira chamada.

No contexto da Fiocruz, cabe destacar que a formação em serviço vem conquistando espaço estratégico: até 2019 havia 25 Programas de Residência no país (incluindo uni e multiprofissional) geridos pela Instituição. Especificamente relativos à Fiocruz Brasília, em 2018 foi implementado o primeiro programa e, em 2019, novos 2 (dois) Programas com características multiprofissionais, sendo um destes o PRMSFSPC. Já em 2020, além da continuidade e ampliação dos Programas em curso, foram instituídos 2 (dois) novos programas: um multiprofissional em atenção primária e um em medicina de família — neste contexto, na atualidade, a Fiocruz Brasília gere o processo de formação de aproximadamente 200 profissionais de saúde que atuam nos diferentes cenários da rede de atenção à saúde do SUS DF.

Para definição dos serviços aonde iriam ser realizadas as atividades práticas do Tempo-Comunidade, o conhecimento prévio por parte dos membros da Comissão Político-Pedagógica do Programa sobre as características acerca da rede de saúde, como também sobre as características de ocupação e modelo de produção das regiões rurais do DF, foram determinantes. Outra dimensão imprescindível, logo que idealizada a região, foi a aproximação e o diálogo com a gestão da SES DF, em especial com a Gerência de Atenção Primária da Região Norte de Saúde.

Embora as mudanças institucionais inerentes ao processo democrático da gestão do SUS, como as mudanças de gestão central na SES desde o começo

da formulação do Programa, tenham gerado certa descontinuidade no diálogo, a articulação se manteve com diferentes níveis de gestão da Secretaria de Saúde. Essa manutenção foi fundamental, tanto para sua implementação como para efetividade da aposta de gerar impacto e contribuir com os rumos da política de saúde no nível regional.

Neste contexto, fruto de constante diálogo e pactuação com a Gerência de Apoio Operacional das Unidades de Atenção Primária da Região Norte, as atividades do tempo comunidade são desenvolvidas junto à rede de atenção básica da Regional Norte de Saúde do Distrito Federal (DF), abrangendo duas cidades administrativas — mais precisamente, a primeira turma junto a 3 (três) UBS, sendo UBS no. 17 - Jardins Morumbi, UBS no. 12 - Bica do DER, ambas localizadas em Planaltina DF e UBS no.4 - Rota do Cavalo, em Sobradinho, DF.

Já a segunda turma, está inserida junto a 5 serviços da respectiva região, sendo UBS nº.15- Rio Preto, UBS nº.14- Tabatinga, UBS nº.16 - Pípiripau, UBS nº.10 - Taquara, UBS nº.13-São José, ambas em Planaltina, DF. Logo, a residência Multiprofissional de Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo está inserida em 8 (oito) das 11 (onze) unidades de saúde em áreas rurais da região norte de saúde do DF.

Cabe referir que além das UBS, a rede assistencial desta região de saúde conta também com duas unidades hospitalares regionais (Hospital Regional de Sobradinho e Planaltina), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Sobradinho 2, dois Centros de Especialidades Odontológicas (Sobradinho e Planaltina), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um em Planaltina, tipo 2, e dois em Sobradinho (CAPS Infantil e Álcool e outras drogas). Em relação à Vigilância em Saúde, possui 2 (duas) Unidades de Vigilância em Saúde (Unidades de Inspeção), em Sobradinho e Planaltina.

Uma das intencionalidades e provocações deste Programa é a percepção de que saúde não se faz somente no interior da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que o território em sua totalidade é espaço de saúde, com suas diferentes características, instituições, movimentos — e que é direta a correlação entre os meios de produção, o acesso a bens e serviços, enfim, os modos de vida e vivência dos territórios com a saúde das populações que os habitam. Assim, o conhecimento sobre as características socio sanitárias, ambientais, culturais, econômicas, entre

todas as dimensões que interferem no processo de determinação social da saúde, são relevantes nos processos formativos, como também o estímulo ao desenvolvimento de ações junto aos respectivos territórios. Para tanto, um conjunto de dispositivos e instrumentos estão inseridos no seu processo político-pedagógico para contribuir com o reconhecimento e identificação de tais dimensões.

Alinhado com os pressupostos político-metodológicos do Programa e com a concepção da necessidade de ações afirmativas para diminuir a desigualdade na formação em saúde, o processo seletivo dos residentes considera a política de cotas — e conta com 3 etapas, sendo a inscrição aquela na qual o candidato tem de comprovar aptidão com os critérios; prova escrita de conhecimentos específicos (eliminatória e classificatória); e análise de currículo, análise da carta de intenção e entrevista (eliminatória e classificatória). A entrevista foi implementada a partir da segunda chamada pública, a fim de atingir maior assertividade na seleção de profissionais com vivência pregressa ou implicação com os territórios do campo — e tem demonstrado relevância.

Outra dimensão de destaque é a busca da inserção dos seus educandos e educandas na promoção e no exercício da participação e do controle social em saúde, tanto nos territórios onde atuam como também no âmbito distrital e nacional. Além da vivência por meio da auto-organização para as mobilizações em defesa dos direitos que têm sido realizadas permanentemente na capital federal nos últimos tempos, a participação junto ao processo de construção e realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante na formação dos residentes da primeira turma.

Assim, busca-se fortalecer o sentido de pertencimento nas lutas em defesa do SUS — construção de grande valia e necessidade atualmente, em um cenário em que a grande maioria dos jovens trabalhadores desconhecem as lutas, os processos de resistência, a historicidade da construção do Sistema Universal conquistado em nosso país —, que se encontra sob grandes ameaças.

### Construindo o inédito viável no caminho metodológico da formação em serviço

A formação, embasada na premissa da promoção da equidade em saúde, configura-se como um desafio permanente e implica fomentar processos de

gestão participativa, em que todos os atores envolvidos possam ter oportunidades de aprender, ensinar, refletir e construir o caminhar do ensino/aprendizagem. Por isso, o percurso metodológico do PRMSFSPC está alicerçado na EPS, em uma pedagogia contextualizada no cotidiano do trabalho e do processo educativo, envolvendo território, serviço e demais espaços da formação.

Esta metodologia requer a interação de diversos saberes profissionais, formações, métodos, assim como uma variedade de dinâmicas e práticas pedagógicas participativas, populares, lúdicas, vivenciais e interativas, para propiciar a inclusão dos residentes no processo de aprendizagem em serviço, buscando torná-los protagonistas na construção de novos saberes e práticas.

Busca-se, assim, por meio da contribuição dos princípios da Educação Popular, da Educação do Campo e da Educação Permanente em Saúde, implementar um processo participativo e dinâmico, identificado com a realidade dos trabalhadores, conselheiros, estudantes e da comunidade envolvida.

A Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas deve estar baseada na reflexão crítica sobre o cotidiano profissional da saúde na rede de serviços, permitindo-lhes aprender e ensinar de forma permanente, interagindo com o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social, adotando como metodologia a problematização do processo de trabalho e a contextualização da realidade numa perspectiva crítica e dialética de intervenção com vistas à transformação da realidade vivenciada. Assim, o processo de formação deve gerar aprendizagem significativa, incentivando a cogestão de coletivos, qualificando a ação e proporcionando o empoderamento e protagonismo dos sujeitos. O percurso pedagógico/metodológico propõe uma pedagogia contextualizada, envolvendo território, serviço e processo de formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação popular estimula a criação de um senso crítico que provoque o entendimento, o comprometimento e a capacidade de reivindicar, de formular propostas e transformar por meio de um processo em que, a partir da ação, gera-se reflexão e, desta, uma nova ação. É um processo coletivo de produção e socialização do conhecimento que capacita educadores e educandos a ler criticamente a realidade socioeconômico-político-cultural com a finalidade de transformá-la, intencionando um novo projeto de sociedade para o País.

O caminho político-pedagógico proposto pela Educação Popular requer o envolvimento corresponsável de todos participantes na construção, apropriação e multiplicação do conhecimento. Para Freire, educar é tornar os sujeitos mais humanos e humanizar seria situar os processos e práticas educativas no âmbito, nos anseios e nas lutas dos setores populares, incorporando os princípios da dignidade, da emancipação e da justiça (ARROYO, 2001, p. 47).

Miguel Arroyo (2001) refere que a educação popular é a prática com base no diálogo, na convivência, na interação entre profissionais e população, através dos corpos, das falas, das culturas: matrizes fundamentais da nossa identidade.

A educação popular relaciona-se diretamente com a arte e a cultura e com as fontes da vida e da morte nas comunidades; a partir da criação de laços solidários e comprometidos com a libertação, articulam saberes diferenciados, sensibilizando os diferentes atores envolvidos e exprimindo as representações que o ser humano constrói a partir da sua leitura do mundo na perspectiva de conhecer e intervir sobre a realidade (DANTAS, 2009).

Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular oferece um instrumental fundamental para o desenvolvimento de novas relações, “através da ênfase no diálogo, a valorização do saber popular e a busca de inserção na dinâmica local”, tendo a identidade cultural como base do processo educativo e compreendendo que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. As experiências de educação popular desenvolvidas por meio da arte-cultura proporcionam uma maior aproximação à humanização e à integralidade.

As trajetórias de experiências da educação popular em saúde iniciam com o reconhecimento das lutas populares e, com isso, apresentam potenciais possibilidades de intervenção e produção da vida coletiva. Valorizam a conexão entre cotidiano e história, vinculando a experiência local sentida no singular dos grupos com a inserção na história vivida no exercício sociopolítico em rede e articulações a nível nacional. Desta forma, a reflexão, a partilha e a leitura coletiva das possibilidades são feitas também mediante o exercício das linguagens e culturas, como as dos mestres da arte popular, da viola e do repente, dos grupos de maneiro-pau, de coco, teatro de rua, dos cordelistas, radialistas, palhaços, pajés e xamãs (BRASIL, 2016).

O processo educativo precisa ser sensível às linguagens que emergem na simplicidade das experiências locais que, em uma vivência de protagonismo ousada,

tomaram a frente no processo de articulação e imprimiram sua feição particular. Experiências essas que buscam, aos poucos, incluir-se nos espaços dos serviços de saúde e instituições formadoras e ensaiar uma ação que interfira nas políticas públicas mas que, ao mesmo tempo, possa alimentar-se continuamente de suas práticas concretas.

Uma das especificidades da Educação Popular é a de relacionar o fazer (saber empírico ou saber de experiência feito) das pessoas com uma reflexão teórica (saber científico) e integrar a dimensão imediata (micro ou local) com a dimensão estratégica (macro).

Por sua vez, a Educação do Campo vem se constituindo como um movimento de luta do povo do campo por políticas públicas que garantam o seu direito à educação, e uma educação que seja “*no e do*” campo, “*no*: o povo tem direito a ser educado no lugar em que vive e *do*: o povo tem direito a uma educação pensada a partir de seu lugar e com sua participação, vinculada à sua cultura e às suas necessidades humanas e sociais”. A educação do campo tem sua origem baseada numa realidade de violenta desumanização das condições de vida no campo. Uma realidade de injustiça, desigualdade, opressão, que exigem transformações estruturais urgentes.

Os sujeitos da educação do campo, por sua vez, são aquelas pessoas que sentem na sua própria pele os efeitos da realidade perversa, mas não se conformam com ela: são os sujeitos da resistência *no e do* campo, que lutam para continuar sendo agricultores, apesar de um modelo de agricultura cada vez mais excludente; sujeitos que lutam em defesa dos bens comuns e por melhores condições de trabalhos; sujeitos de resistência na terra dos quilombos e pela identidade própria desta herança; sujeitos da luta pelo direito de continuar a ser indígena e brasileiro, em terras demarcadas e em identidades e direitos sociais respeitados; e sujeitos de tantas outras resistências culturais, políticas, pedagógicas.

A educação do campo busca vincular a luta por educação com o conjunto das lutas pela transformação das condições sociais de vida no campo. A discussão da educação do campo está vinculada aos processos de formação dos sujeitos do campo porque, na prática, não há como construir processos educativos com o povo do campo sem transformar as condições atuais de vida e trabalho — e também porque é na própria luta por estas transformações que o processo de educação e humanização é retomado (CALDART, 2009).



O campo é constituído por diferentes sujeitos: agricultores, quilombolas, povos indígenas, pescadores, camponeses, assentados, reassentados, ribeirinhos, povos da floresta, caipiras, lavradores, roceiros, sem-terra, agregados, caboclos, meeiros, assalariados rurais e outros grupos mais. Entre esses, há os que estão vinculados a algum tipo de organizações populares, outros, não; há diferenças de etnias, de religião, de gênero, de geração, diferentes jeitos de produzir e de viver, diferentes modos de olhar o mundo, de conhecer a realidade e de resolver os problemas, diferentes jeitos de fazer a própria resistência no campo, de ocupar o território, diferentes lutas.

É a partir da percepção dessas diversidades e diferenças que a educação do campo constrói sua identidade e seu campo científico. As diferenças não tornam invisíveis a identidade comum: a identidade de ser um só povo; ser a parte do povo brasileiro que vive no campo e que historicamente tem sido vítima da opressão e da discriminação, que é tanto econômica, política, religiosa como cultural. Entretanto a identidade comum e as lutas comuns, por sua vez, também não invisibilizam as diferenças, não ignoram identidades e culturas construídas em séculos de história e por meio de tantas outras lutas. Portanto, a perspectiva construída é a do diálogo: sujeitos diferentes que se encontram como iguais para, juntos, lutarem pelos direitos de ser humano, de cidadão — e para transformar o mundo. E neste encontro, abre-se a possibilidade da própria transformação, a partir do que somos, queremos e poder ir desenhando: outros traços de identidade, fruto da síntese cultural que nos desafiam em conjunto.

A educação do campo identifica uma reflexão pedagógica que nasce das diversas práticas de educação desenvolvidas no campo e/ou pelos sujeitos do campo. Reflexão que reconhece o campo como lugar onde se constrói pedagogias e onde se desenha traços do que pode se constituir em um projeto de educação ou de formação dos sujeitos do campo que, na sua ação educativa, buscam contribuir no desenvolvimento mais pleno do ser humano, na sua humanização e inserção crítica na dinâmica da sociedade da qual fazem parte; que compreende que os sujeitos se humanizam ou se desumanizam sob condições materiais e relações sociais determinadas, que nos mesmos processos em que constroem a sua existência, se constroem como seres humanos; que as práticas sociais — e, entre elas, especialmente as relações de trabalho — conformam (formam ou deformam) os sujeitos (BRASIL, 2013a).

Diante disso, a educação do campo afirma que não há como verdadeiramente educar os sujeitos do campo sem transformar as circunstâncias sociais de vida e trabalho e sem prepará-los para serem sujeitos dessas transformações.

Este projeto educativo reafirma o diálogo com a Pedagogia do Oprimido, com os princípios da educação popular na sua insistência de que são os oprimidos os sujeitos de sua própria educação — e na cultura como matriz de formação do ser humano.

Permeado por essas trilhas pedagógicas, o Programa está organizado a partir da *Pedagogia da Alternância*. Ela não se resume a um método de ensino e tampouco uma teoria desenvolvida por estudiosos da academia universitária. A sua gênese está relacionada diretamente às necessidades de promover uma maior articulação entre a teoria e a prática, alternando os tempos e os espaços entre a escola e a comunidade local.

Segundo Silva (2008): “a alternância, enquanto princípio pedagógico, mais que característica de sucessões repetidas de sequências, visa desenvolver na formação situações em que o mundo escolar se posiciona em interação com o mundo que os rodeia”<sup>1</sup>. Desse modo, os cursos que se orientam pela alternância estão organizados em 2 etapas distintas e integradas, nas quais estão previstos o *tempo-escola (TE)* e o *tempo-comunidade/trabalho/serviço (TC)*. No primeiro caso, os estudantes permanecem uma parte do seu tempo nas instituições de ensino, nas quais têm a oportunidade de estabelecer uma relação de diálogo direta com os professores e com os conteúdos conceituais e teóricos ministrados e previstos em sua grade curricular. Neste momento, os professores buscam estimular a discussão teórica, estabelecendo nexos com as diferentes realidades vividas pelos estudantes, a fim de promover reflexões sobre as questões relevantes, capacitando-os para uma intervenção transformadora. Esta intervenção “transformadora” ocorre no momento Tempo-Comunidade, em que os alunos retornam às suas respectivas famílias, serviço e/ou comunidades, a fim de realizar um conjunto de tarefas que lhes foram delegadas pelos professores ou orientadores.

Focando na construção de uma relação orgânica entre a teoria e a prática, a formação se diferencia das práticas pedagógicas convencionais, nas

<sup>1</sup> Neste sentido, o papel desempenhado pela alternância é o de buscar articular universos considerados opostos ou insuficientemente interpretados, tais como o mundo da escola e o mundo da vida, o abstrato e o concreto. Além disso, a alternância contribui para colocar em relação diferentes parceiros com identidades, preocupações e lógicas também diferentes: de um lado, a escola e a lógica da transmissão de saberes e, de outro, as famílias e a lógica da agricultura familiar (SILVA, 2008, p. 108).

quais as universidades e as escolas são consideradas como centros exclusivos de produção, sistematização e difusão do conhecimento. Para tanto, é necessária a utilização de referenciais teóricos e metodológicos nos quais a prática social seja um dos pontos de partida no processo de construção do conhecimento, de tal modo que os conhecimentos dos educandos e das comunidades sejam levados em consideração, mediante o estabelecimento de uma relação de diálogo entre sujeitos. Voltamos aqui à importância de ir contra o que Paulo Freire (1975) chama de *educação bancária*.

As correntes teóricas que trabalham na perspectiva da pedagogia da alternância atuam na linha da pedagogia histórico-crítica, que afirma não ser possível compreender o processo pedagógico em separado dos processos sociais, ou seja, é preciso partir dos vínculos existentes entre educação e sociedade, objetivados na prática social dos seus educandos/atores. Para os autores que se guiam pela pedagogia histórico-crítica, a educação é conceituada como uma atividade mediadora no seio da prática social, razão pela qual esta deve ser tomada como ponto de partida no processo de construção do conhecimento (SAVIANI, 2005).

O próximo passo visa articular a pesquisa e o trabalho nos territórios como partes constituintes e indissolúveis do processo educativo. Desse modo, a pesquisa não ocorrerá apenas no momento de realização do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), mas permeará todas as etapas previstas na Residência. Visando fortalecer essa atuação, as aulas e demais atividades nos TE deverão combinar reflexões coletivas, a partir de estudos em grupo ou individualmente, que dialoguem com a realidade e atuação na Comunidade, contribuindo para que os educandos possam discutir as abordagens teóricas e os procedimentos metodológicos mais adequados a serem utilizados no TC.

Toda esta base teórica da formação tem como princípio orientador a construção do diálogo interdisciplinar entre educandos e docentes, tendo como referência os problemas identificados na realidade social dos territórios. A noção de interdisciplinaridade aqui adotada inspira-se na interpretação de Casanova (2006), que a concebe como:

(...) uma relação entre várias disciplinas em que se divide o saber fazer humano, é uma das soluções que se oferecem a um problema muito mais

profundo, como a unidade do ser e do saber, ou a unidade das ciências, das técnicas, das artes e das humanidades com o conjunto cognoscível e construtível da vida e do universo (CASANOVA, 2006, p. 12).

Essa proposta metodológica oferece alternativa para uma aprendizagem integral, não fragmentada, viabilizada mediante a disponibilização de metodologias de pesquisa e investigação que privilegiem o estudo da realidade social, de suas contradições e possibilidades de intervenção transformadora, tendo como foco a formação para a ação, o que preconiza o programa ensino em serviço.

Nesta perspectiva, a Coordenação Político-Pedagógica (CPP) é composta por educadores e educandos — e tem como tarefa conduzir política e pedagogicamente a formação em serviço, tendo em vista o projeto de ensino-aprendizagem e a intencionalidade formativa pretendida de forma transformadora para o coletivo.

A organização dos espaços/tempos educativos visa contribuir no processo de organização das etapas TE e TC, onde os/as educandos/as podem realizar diversas atividades pedagógicas. É um exercício para aprender a organizar o seu tempo individual e o tempo do coletivo em relação às tarefas necessárias ao cumprimento dos objetivos do processo formativo pretendido e aos objetivos de cada etapa da Residência.

A organização do processo educativo em tempos educativos nasce para reforçar 2 (dois) princípios importantes: um, a necessidade de mudar a existência dos educandos, seu jeito de viver e perceber o mundo, criando, assim, a possibilidade para o questionamento e a busca de uma nova síntese; e, outro, a formação humana, buscando trabalhar pedagogicamente as várias dimensões da vida. Concomitantemente, os tempos pedagógicos visam contribuir no processo de organização (ênfase maior no tempo escola) e auto-organização dos educandos (ênfase maior no tempo comunidade). É o exercício de aprender a organizar o tempo pessoal e o tempo coletivo em relação às tarefas necessárias do curso.

Os tempos educativos podem ter determinada periodicidade, duração e intencionalidade pedagógica específica, conforme o quadro a seguir:

Tempo Educativo	Intencionalidade Pedagógica	Periodicidade
<b>Tempo Acolhimento</b>	Tempo diário do conjunto dos sujeitos da RMSFSPC destinado à motivação das atividades do dia, conferência das presenças por núcleo de Aprendizagem e Estudo - NAE, informes gerais, apresentação do registro diário elaborado sobre o dia anterior, e cultivo da mística da coletividade.	Diário
<b>Tempo Aula</b>	Tempo destinado ao estudo e a apresentação dos conteúdos formativos e componentes curriculares, sob a orientação dos docentes responsáveis, previstos no projeto político-pedagógico do curso, conforme percurso formador, Projeto Metodológico (PROMET) e do cronograma do Tempo Escola da etapa.	Diário
<b>Tempo Leitura</b>	Tempo para realizar as leituras de obras-textos orientadas nas disciplina e/ou pela Coordenação Político-Pedagógica; ocorre tanto no Tempo-Aula como no Tempo-Escola para que os educandos possam ter contato com os diferentes tipos de gêneros literários e textuais, relacionadas com o tema que a disciplina irá abordar; para este momento, orienta-se que os estudantes organizem suas formas de registros e/ou técnicas de fichamento das leituras realizadas.	Semanal
<b>Tempo Núcleo de Aprendizagem e Estudo – NAE</b>	Destinado ao encontro dos membros de cada NAE para atividades relacionadas ao processo organizativo e de gestão da coletividade em vista à concretização do projeto metodológico, especialmente as metas da turma, assim como para tratar questões emergentes do processo formativo.	Semanal
<b>Tempo Atividade Cultural</b>	Destinado ao cultivo, à socialização, à reflexão sobre expressões culturais diversas e à valorização da cultura dos sujeitos envolvidos no processo educativo; momento também de celebração de fatos ou datas significativas para a coletividade.	Semanal
<b>Tempo Seminários e Oficinas</b>	Tem por finalidade o aprendizado e o desenvolvimento de determinadas habilidades, visando alcançar as metas de aprendizagem previstas pelo curso.	Semanal
<b>Tempo Cuidado</b>	Momento destinado ao cuidado do corpo e saúde mental, com atividades recreativas, práticas complementares em saúde.	De 2 a 3 vezes na semana
<b>Tempo Reflexão Escrita</b>	Tempo de retomada de um período em andamento (movimento de processo), em vista da percepção dos aprendizados (em todos os demais momentos) e do registro da sua reflexão sobre o curso do processo educativo vivenciado extraindo os aprendizados para a formação cidadã e profissional. O registro será feito em caderno pessoal e específico.	Diário

Dentre os instrumentos pedagógicos ofertados, destacam-se o caderno de reflexões, o relatório individual e o relatório coletivo — este último por meio do Diagnóstico Rural Participativo, realizado nos respectivos territórios.

O processo de acompanhamento pedagógico é feito por meio dos Preceptores, dos Tutores de Campo e dos Tutores de Núcleo. Os preceptores são profissionais integrantes das equipes dos serviços nos quais o Residente está inserido — logo, são de extrema importância para o processo de formação do educando. Acompanham e orientam a atuação dos Residentes no serviço e no atendimento à comunidade, por meio da sua experiência profissional, estando implicados com todas as dimensões do processo de prática e educativo, e vivenciando o cotidiano da prática dos residentes. Dentre as atribuições de sua competência, temos: observar a pontualidade e a frequência do residente de acordo com o cronograma de atividades; orientar e supervisionar os residentes em sua área e prática cotidiana; avaliar diariamente o desempenho do residente na sua área.

Os Tutores de Campo são membros da Comissão Político-Pedagógica do Programa que têm a função de acompanhar pedagogicamente o Residente, fomentando um olhar transversal sobre o processo de aprendizagem e de contribuir com a integração entre o tempo-escola (aula) e o tempo-comunidade. Para tanto, devem estar em permanente contato com a preceptoria e com a gerência dos serviços, a fim de que a integração seja a mais próxima possível e que as ações planejadas e desenvolvidas no planejamento do processo formativo não estejam alheias ao planejamento das equipes e, sim, acolhidas como parte intrínseca do processo de trabalho e planejamento dos serviços. Assim, buscam apoiar o Residente no trabalho desenvolvido em cada campo, buscando conciliar anseios do campo às necessidades de formação do Residente, como também apoiar a solução de problemas quanto à prática e reorientar o trabalho da equipe multiprofissional.

Já os Tutores de Núcleo, estes acompanham o educando abordando os temas vinculados à área de formação profissional, orientando-os na sua atuação no serviço. É o ator da residência responsável por desempenhar a função de supervisão docente-assistencial por área específica de especialidade ou núcleo profissional.

Esta organização busca estimular uma atuação profissional referenciada em uma clínica que esteja em diálogo com o saber popular, que promova a

autonomia dos sujeitos dos territórios em seus processos de saúde e doença. Um profissional que tenha domínio não apenas dos instrumentais e procedimentos técnicos mas que compreenda por que os sofrimentos e adoecimento ocorrem.

Espera-se que o profissional egresso compreenda as singularidades dos territórios de atuação, no caso, as comunidades do campo — e que, a partir da formação crítica proposta, possa atuar em diferentes realidades, compreendendo o processo histórico, social e cultural destes sujeitos e suas vulnerabilidades.

### O Diagnóstico Rural Participativo como instrumento de Territorialização

No Brasil, o ponto de partida para reorganização do sistema de Atenção Básica de Saúde foi redesenhar suas bases territoriais, buscando com isso assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização se apresenta como uma ferramenta metodológica capaz de contribuir nas mudanças do modelo assistencial, nas práticas sanitárias vigentes, possibilitando novas configurações loco-regionais, baseando-se no reconhecimento do território a partir das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Para muitos autores, a territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território” (KASTRUP, 2001, p. 215). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário conhecer, explorar, torná-lo seu, ser sensível a suas questões, ser capaz de movimentar-se nele com alegria, com ousadia de desvendar suas entranhas, detectando as alterações de paisagens, os diferentes fluxos e os fixos. É necessário colocar em relação os fluxos diversos, os cognitivos, os técnicos, os políticos, os comunicativos, os afetivos e os interativos no sentido concreto, detectável na realidade.

Sob uma perspectiva transformadora de saberes e práticas locais, a territorialização passa a ser considerada, de forma ampla, um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população; um instrumento de compreensão dos diferentes contextos de uso do território

nas diferentes dimensões humanas, nas atividades econômicas, nas política, sociais, culturais e educativas, viabilizando o território como um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nesta perspectiva, a análise social do território pode contribuir para a construção de identidades, revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades, fragilidades e fortalezas do lugar, auxiliar na tomada de decisões e definir estratégias de ação. Sobretudo pode revelar como os sujeitos individuais e/ou coletivos produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde; revelar a gestores, profissionais e usuários do SUS a compreensão da dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que pulsam nos territórios e as diversas paisagens que emolduram a espaço da vida cotidiana.

A territorialização se articula fortemente com o Diagnóstico e, juntos, se constituem como suporte teórico e prático das ações e Serviços em Saúde na Atenção Básica no Campo.

Segundo Ribeiro *et al.* (2008), o diagnóstico constitui o elemento-chave de reflexão sobre o cotidiano do serviço. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; instituir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas e, sobretudo, tornar clara a realidade da instituição de forma a possibilitar que o planejamento seja adequado. Apresenta como vantagens o fortalecimento do vínculo entre usuários e a Unidade Básica de Saúde (UBS); a organização da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda; melhorias na qualidade dos atendimentos, pelo acesso a informações dos usuários; subsidiar a vigilância a repensar os fatores de risco, situações de vulnerabilidade e avaliar a situação de saúde quanto aos aspectos satisfatoriedade e mutabilidade, além de permitir o acompanhamento permanente da realidade local, com intuito de averiguar a efetividade dos serviços (cumprimento de metas) (BRASIL, 2001).

Contudo, além da escassez de processos formativos para sua implementação, também se percebe a carência de referenciais teórico-

metodológicos para sua implementação junto às equipes, o que torna o diagnóstico, muitas vezes, uma atividade meramente formal e burocrática. Frente à crítica a esse cenário, um conjunto de metodologias vêm sendo disponibilizadas, bastante envolvidas com o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que pode ser definido como uma espécie de cálculo que precede e preside a ação dos atores que planejam, os quais se qualificam pela apresentação de base organizativa, projeto definido e governabilidade (SOUZA, 2009).

No que diz respeito ao planejamento das políticas no campo, fruto da redemocratização e fortalecimento dos processos de luta pela terra, tem crescido o uso do Diagnóstico Rural Participativo (DRP), que pode ser compreendido como instrumento que possibilita a participação dos agricultores não apenas como informantes, mas também na análise, elaboração de soluções e ação (BRASIL, 2007).



Figura 1 e 2: DRP implementado no Assentamento Pequeno Willian, 2019

Segundo Gomes et al. (2001), o DRP teve origem nos trabalhos de Robert Chambers, nos Estados Unidos. Esta metodologia, além de ofertar maior rapidez na obtenção de dados importantes para a promoção do desenvolvimento socioeconômico de populações rurais, estimula a participação ativa dos beneficiários envolvidos no processo e uma multidisciplinaridade técnica.

Assim, buscando atingir as intencionalidades propostas no Programa, as quais indicam que se faz necessário a todo trabalhador da saúde que pretende desenvolver uma ação efetiva e transformadora no território do campo, ter o conhecimento dos processos de produção, características sociais, econômicas, ambientais, culturais, além das especificamente relacionado às condições sanitárias da população adscrita, é que optamos pelo emprego do DRP junto aos residentes. O DRP é a primeira atribuição dos residentes na fase inicial de seus contatos com os territórios onde irão atuar no tempo-comunidade.

Ao empregar o DRP, estimula-se muito mais que a coleta de informações sobre as pessoas e famílias: por meio deste, busca-se promover a integração, o vínculo dos residentes com as pessoas e territórios. Um verdadeiro processo de implicação, afetação destes novos atores, como também do sentido de pertença e aceitação dos mesmos pelos moradores do campo.

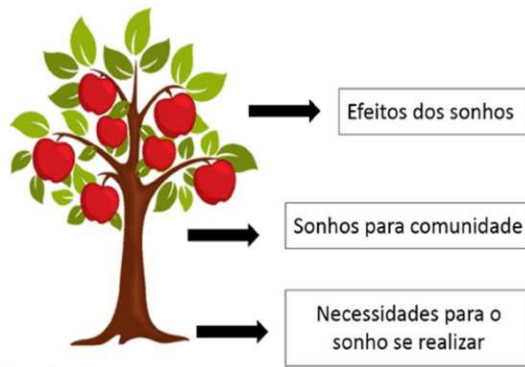


Por meio da sua implementação de forma participativa, vai se construindo um laço de pactuações, compromissos e cumplicidade em busca do desenvolvimento territorial rural, sobre o qual a saúde tem grande relevância. O processo de elaboração do DRP, quando bem implementado, promove uma participação construída por meio de relações horizontais de poder, considerando e respeitando os saberes populares, instigando a problematização crítica da realidade, não só como a busca da solução de uma questão específica da saúde mas como, também, da promoção do desenvolvimento local e da construção de relações sociais mais fortalecidas no território, o que o torna um verdadeiro processo formativo e um ato político.



Na implementação do DRP, um conjunto de técnicas foram empregadas, sendo este um processo aberto; muitas delas foram sendo desenhadas no percurso de sua implementação, dentre as quais destacam-se: análise de fontes secundárias, entrevista não estruturada (diálogo), entrevista semiestruturada, mapeamento participativo, diagrama de Venn e matriz de realidade/desejo.

A elaboração do DRP proporcionou não só o conhecimento e aprofundamento dos residentes sobre o território como o da própria equipe que atua há quase duas décadas nos territórios. Por meio deste processo foi possível desenvolver na prática o olhar acerca do conceito ampliado de saúde e verificar o impacto da determinação social na saúde, sendo que um leque de demandas invisíveis foram expostas e dialogadas, como a falta de energia elétrica em alguns



pontos da comunidade, a falta de espaços de lazer, a carência de água potável acessível a todos, por mais contraditório que isso possa ser em um território do campo. Também foi surpreendente o encantamento dos educandos com a vivência coletiva no que diz respeito ao conhecimento sobre

as relações sociais no território; dentre alguns pontos, destacamos a participação das crianças na atividade, as quais foram acolhidas como protagonistas da construção, além da identificação dos conflitos de poder entre moradores, desconstruindo uma visão idealizada da realidade.

Vale destacar a criatividade despertada nos residentes na busca de envolver a população no processo: a dificuldade de mobilização inerente, as dificuldades de deslocamento, os conflitos já relatados e a baixa cultura de participação percebida no local os levaram a construir várias estratégias. Dentre estas, merece destaque a realização de práticas populares de cuidado como motivação para os encontros, durante as quais ia se desenvolvendo o diálogo. Com esta atividade também foi possível identificar saberes e cuidadores locais, foram compartilhadas remédios naturais etc.

“Foi interessante enxergar a comunidade da Vila Taquaril com os olhos dos seus próprios membros, pois pudemos ver demandas e vontades que até então não era possível entender com o olhar de profissionais de saúde que não vivem na comunidade” (ESTEVEES et al., 2019).

## Considerações Finais

A revisão do histórico de implementação do PRMSFSPC nos leva a crer que o mesmo tem contribuído no fortalecimento da inserção de referenciais importantes — até então bastante distantes e negligenciados, como a EPS, a educação do campo — na formação profissional em saúde. Este fato ganha maior importância no contexto de transformações e divergências ideológicas que marcam a gestão federal da política de saúde na atualidade.

A aproximação entre a academia ou espaço de formação, como é o caso de nossa Instituição, com os serviços públicos de saúde tem se desvelado essencial para transformar o aprendizado, tomando por base a realidade de vida e de saúde da população brasileira: a inserção dos Residentes no “cenário real de práticas” da Rede SUS mostra-se como fundamental para que o processo saúde-doença seja abordado integralmente.

Esta experiência tem demonstrado grande relevância na formação de trabalhadores para atuarem no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal-SUS/DF. Assim como as ações realizadas pelos profissionais residentes, embasadas no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, em especial aquela inscrita na área rural, cumprem um papel de fortalecer seus trabalhadores, que historicamente são alijados dos processos de educação permanente. Destaca-se ainda a concepção ampliada do cuidado que vem sendo construído nos territórios, partindo de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica.

A ênfase dada à saúde da população do campo tem demonstrado importância, ao mesmo tempo, se apresenta carregada de desafios, pois desnuda cotidianamente um mundo até então invisibilizado aos trabalhadores da saúde em processo de formação, mundo este permeado pela iniquidade e vulnerabilidade, por dificuldades de acesso, por contradições impostas pelo modelo de produção vigente que dificultam a conquista do desenvolvimento do campo de forma sustentável, democrática e humanizada.

Esperamos que essa vivência, que a matriz pedagógica referenciada na territorialização, esteja contribuindo com a formação de profissionais implicados e comprometidos com o acesso, a qualidade e a efetivação do direito à saúde e à qualidade de vida no campo.

O olhar sensível sobre o território tem estimulado uma postura mais dialética diante do trabalho com as comunidades rurais, o que nos remete a uma prática profissional e social mais consistente e implicada com os processos de luta por saúde vivenciados pela população do campo.

O contato com a realidade do campo no DF tem-nos explicitado a crise vivida pela população na atualidade: dentre os múltiplos fatores agravantes relacionados à determinação social da saúde observados, encontramos o desemprego acima dos indicadores nacionais, a violência, seja doméstica, seja a resultante de conflitos ligados à posse da terra — questões que intensificam nosso compromisso com a saúde destas

populações e nos levam a reivindicar a necessária especificidade deste território, seja na organização do sistema de saúde, seja na formação profissional.

Ao olhar a realidade e o processo de organização dos serviços de saúde do campo, percebem-se inúmeras dificuldades no que diz respeito à garantia da equipe multiprofissional em sua integralidade — em especial, dotadas do Agente Comunitário, tão importante nas regiões do campo —, como também as dificuldades em realizar o trabalho de promoção e vigilância em saúde e articular ou integrar o cuidado desta população aos demais níveis de atenção do Sistema. A dificuldade de transporte enfrentada pelas equipes para o trabalho de vivenciar o território é também bastante marcante.

Estes fatores destacam ainda mais a importância do papel das Residências Multiprofissionais junto aos serviços de saúde, não só qualificando a formação de trabalhadores para atuarem nestas áreas e situações, como também na ampliação do rol de práticas e ações, sejam de promoção, atenção ou educação em saúde que a equipe de residentes proporciona e potencializa nos diferentes territórios.

Por fim, refere-se a importância da mobilização por uma política nacional de formação em serviço no país que venha a rever as iniquidades vivenciadas no cotidiano nas residências, promovendo o estímulo ao compromisso à formação profissional em serviço, seja por parte das instituições formadoras, seja dos serviços, garantindo infraestrutura para o fortalecimento deste processo de contribuição fundamental para a efetivação do SUS, que são as residências multiprofissionais em saúde.

## Referências:

- BONETTI, O. P., ODEH, M. M., CARNEIRO, F. F. (2014). Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. *Interface (Botucatu)* [online]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0504>.
- BONETTI, O.P.; PEDROSA, J. I. dos S.; SIQUEIRA, T. C. de A. Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde. *Revista APS, Juiz de Fora/MG*, v. 14, n. 4, p. 397-407, out/dez 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): 2001.
- BRASIL. Embrapa – Amazônia Ocidental. Métodos e Técnicas de Diagnóstico Participativo em Sistemas de Uso da Terra - Apostila de Curso. Manaus. 2007. 32p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta 1ª ed.; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2013). Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS/SUS). Disponível em: [[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 240 p. : il.
- CALDART, R.S. Educação do Campo: Notas para uma análise de percurso. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 35-64, mar./jun.2009.
- CASANOVA; P. G. As novas ciências e as humanidades: da academia à política. Editora Boitempo, São Paulo, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
- DANTAS, V. L. A. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva Cirandas da Vida em Fortaleza. Doutorado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.
- ESTEVES, A. C.; MEDEIROS, J.; VITORIANO, P. H.; MUSA, R.; RAUJO, T.; CUNHA, Y. H. Diagnóstico Rural Participativo. Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo. Brasília. 2019. 16p.
- FREIRE. Paulo. (1975) *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e terra.
- GOMES, M. A. O. et al. Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) como mitigador de impactos socioeconômicos negativos em empreendimentos agropecuários. In: BROSE, M. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 63-78, 2001.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, jan./jun. 2001.
- OLIVEIRA, M.W. Pesquisa e trabalho profissional como espaços e processos de humanização e de comunhão criadora. *Cad. Cedes, Campinas*, vol. 29, n. 79, p. 309-321, set./dez. 2009.
- RIBEIRO LCC, RIBEIRO M, DIAS KS, MATOS KA, FERREIRA TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3): 448-452.
- SAVIANI; D. O institucional, a organização e a cultura da escola. *Cadernos de Pesquisa*. (Fundação Carlos Chagas), v. 35, p. 231-237, 2005.
- SILVA, L. H. Educação do campo e pedagogia da alternância. A experiência brasileira. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Revista de Ciências da Educação*, (5). 2008.
- SOUZA, M. M. O. A utilização de metodologias de diagnóstico e planejamento participativo em assentamentos rurais: o diagnóstico rural/rápido participativo (DRP). *EM Extensão, Uberlândia*, v. 8, n. 1, p. 34 - 47, jan./jul. 2009. Encontrado in: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20380/10850>. Visitado em: 12.06.2020.
- VASCONCELOS, E. M. (2001). Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 5, n. 8, p. 121-126.
- \_\_\_\_\_. (2004). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67- 83.