



*Artigo*

**A Formação de Psicólogos (os) para a Atuação nos  
Contextos Rurais: a experiência da Residência  
Multiprofissional em Saúde do Campo**

*The training of Psychologists to Work in Rural contexts:  
the experience of the Multiprofessional Residency with  
Peasant's Health*

*La Formación de Psicólogos (os) para la Actuación en los  
Contextos Rurales: la experiencia de la Residencia  
Multiprofesional en Salud del Campo*

*La Formation des Psychologues pour Travailler en Milieu  
Rural: l'expérience de la résidence multiprofessionnelle en  
santé du terrain*

r

Victor Aurélio Santana Nascimento<sup>1</sup>, Luana Maria Rotolo<sup>2</sup>, Gislei Siqueira Knierim<sup>3</sup>, Dara Andrade<sup>4</sup>, Maísa Joventino dos Santos<sup>5</sup>, Danila Cristiny de Araújo Moura Acirole <sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Psicólogo, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo da Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.



<sup>2</sup> Psicóloga, especialista em Saúde da Família, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz e tutora de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo da Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Correspondência: E-mail: [luanamrotolo@gmail.com](mailto:luanamrotolo@gmail.com)

<sup>3</sup> Pedagoga, Psicóloga, Mestre em Saúde Pública, representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra na Coordenação Político-Pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo, Recife, PE, Brasil.

Correspondência: E-mail: [gisleisk@gmail.com](mailto:gisleisk@gmail.com)

<sup>4</sup> Psicóloga, especialista em Saúde da Família, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz e tutora de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo da Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Correspondência: E-mail: [dara.andradef@gmail.com](mailto:dara.andradef@gmail.com)

<sup>5</sup> Psicóloga, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo da Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Correspondência: E-mail: [ma-isa@hotmail.com](mailto:ma-isa@hotmail.com)

<sup>6</sup> Psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde das Populações do Campo da Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Correspondência: E-mail: [danillamoura@hotmail.com](mailto:danillamoura@hotmail.com)

**Resumo**

O distanciamento da Psicologia das demandas das populações do campo é um fato histórico. Mesmo com a sua inserção no contexto das políticas públicas e reorientação da formação a partir das novas diretrizes curriculares, o olhar dessa ciência e profissão manteve-se restrito às demandas do contexto urbano. Em 2011, com a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), as diferentes profissões da Saúde ganham um marco legal de estímulo à formação de profissionais sensíveis às especificidades dessas populações. A primeira Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (RMSC) surge, então, com a missão de formar profissionais de saúde a partir das necessidades e especificidades das populações do campo. O objetivo desse trabalho é refletir sobre a experiência da formação e atuação das (os) residentes de Psicologia inseridas (os) nesse programa, entendendo que a inserção da Psicologia nessa experiência pioneira lança novos olhares para a consolidação tanto da Psicologia Rural, quanto da PNSIPCFA no país.

**Palavras-chave:** Política Pública, Psicologia Rural, Formação em Psicologia, Saúde do Campo, Residência em Saúde.

**Abstract**

The detachment of Psychology from the demands of peasants is a historical fact. Even with its insertion in the context of public policies and reorientation of training provided by new curricular guidelines, the approaches within psychological science and profession remained restricted to the demands of the urban context. In 2011, with the approval of the National Policy of Integral Health of Rural, Forest, and Water Populations (PNSIPCFA), the different professions of Health gained a legal framework to stimulate the training of professionals sensitive to the specificities of these populations. The first Multiprofessional Residency in Family Health with emphasis on the Health of the

Peasant Population (RMSC) arises, therefore, with the mission of training health professionals based on the needs and specificities of the rural population. The objective of this work is to reflect on the experience of the formation and performance of the residents of Psychology inserted in this program, understanding that the insertion of Psychology in this pioneering experience throws new perspectives for the consolidation of both Rural Psychology and PNSIPCFA in the country.

**Keywords:** Public Policy, Rural Psychology, Training in Psychology, Field Health, Residency in Health.

### Resumen

El distanciamiento de la Psicología de las demandas de las poblaciones del campo es un hecho histórico. Mismo con su inserción en el contexto de las políticas públicas y reorientación de la formación a partir de las nuevas directrices curriculares, la mirada de esa ciencia y profesión se mantuvo restringida a las demandas del contexto urbano. En 2011, con la aprobación de la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo, del Bosque y de las Aguas (PNSIPCFA), las diferentes profesiones de la Salud ganaran un estímulo a la formación de profesionales sensibles a las especificidades de esas poblaciones. La primera Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia con énfasis en la Salud de la Población del Campo (RMSC) surge, entonces, con la misión de formar profesionales de salud a partir de las necesidades y especificidades de las poblaciones del campo. Así, este trabajo reflexiona sobre la experiencia de la formación y actuación de los (as) residentes de Psicología insertadas (os) en ese programa, entendiendo que la inserción de la Psicología en esa experiencia pionera lanza nuevas miradas para la consolidación tanto de la Psicología Rural, así como PNSIPCFA en el país.

**Palabras Clave:** Política Pública, Psicología Rural, Formación en Psicología, Salud del Campo, Residencia en Salud.

---

## Resumé

La distanciation de la psychologie par rapport aux demandes des populations rurales est un fait historique. Même avec l'insertion de celle-ci dans le contexte des politiques publiques et la réorientation de la formation à partir des nouvelles directives en matière d'enseignement, le regard de cette science et de cette profession est resté limité aux exigences du contexte urbain. En 2011, avec l'approbation de la politique nationale de santé intégrale des populations rurales, de la forêt et des eaux (PNSIPCFA), les différentes professions de la santé acquièrent un cadre juridique pour stimuler la formation de professionnels sensibles aux spécificités de ces populations. Le premier corps Multi-professionnel en santé familiale, avec un accent sur la santé de la population rurale (RMSC), surgit ainsi avec pour mission de former des professionnels de la santé à partir des besoins et des spécificités des populations rurales. L'objectif du présent travail est de réfléchir sur l'expérience de la formation et la performance des professionnels de la psychologie dans le cadre de ce programme, en comprenant que l'insertion de la psychologie dans cette expérience pionnière, lance de nouveaux regards en vue de consolider la psychologie rurale et la PNSIPCFA dans le pays.

**Mots Clés:** Politique Publique, Psychologie Rurale, Formation en psychologie, Santé rurale, Domaine de la santé.

## Introdução

---

As condições para construção da Psicologia como ciência e profissão encontram-se no século XIX, com a ascensão da burguesia e da ciência moderna. Ancorada no ideal racional de liberdade do homem, que buscou se libertar das leis da natureza, a ciência moderna adquiriu um caráter experimental, empírico e quantitativo. A Psicologia surge nesse contexto como mais uma ciência mecanicista e determinista, preocupada com as regularidades no humano, concebendo este como uma máquina dotada de funcionamento próprio, com estruturas e mecanismos prontos que permitem um funcionamento regular (Bock, Gonçalves, & Furtado, 2001).

No Brasil, a Psicologia se constitui no século XIX como sub-área de outras ciências (como medicina e direito), aliada ao projeto das classes dominantes de modernização e industrialização do país. Atuando especialmente nas áreas clínica, escolar e industrial/organizacional, os(as) psicólogos(as) foram chamados para cumprir uma função reguladora, adaptativa e, portanto, ideológica, de manutenção da ordem social hegemônica. Importante destacar também que a Psicologia no Brasil, assim como a maioria das ciências desenvolvidas no país, se fundamentou em uma lógica de dependência teórica, importando de forma acrítica as ideias produzidas nos centros capitalistas (Lacerda Jr., 2013).

É no período da década de 1980 que alguns processos produziram tensionamentos e mudanças na produção teórica e prática para a Psicologia. A expansão das universidades brasileiras, a entrada da Psicologia em campos de trabalho diferentes daqueles tradicionais e os reflexos do clima ideológico que marcou as mudanças da sociedade brasileira, foram impulsionadores de novas formulações (Lacerda Jr., 2013).

A inserção na área das políticas públicas sociais foi um caminho traçado pela Psicologia com duas motivações principais e algumas vezes contraditórias: por um lado, parte dos profissionais junto aos Conselhos faziam pressão para “ampliação de mercados” – em um período de crise social-econômica em que a classe média perdia seu poder de consumo – sem repensar as práticas da profissão para esse contexto completamente diverso; e, por outro, o segmento da “Psicologia Crítica”, que batalhava pela inserção da Psicologia nas políticas sociais como forma de assumir seu compromisso com as classes subalternas na busca de superar o caráter elitista da profissão. Essa contradição ainda hoje se mantém ativa e (re)produtora de práticas nos serviços e na academia (Dimenstein & Macedo, 2012).

A inserção da Psicologia no campo específico das políticas públicas de saúde se deu tardiamente em relação a outras profissões (Spink, 2010). Seu ingresso nos serviços de saúde brasileiros ocorreu nas décadas de 1970 e 1980, no contexto do movimento/processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica e de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse momento, as Reformas em curso sistematizavam uma crítica ao projeto privatista de cuidados em saúde, cuja ênfase recaía no aspecto curativo, individual, orientado para o lucro e produção privada de serviços (Mendes, 1994:22).

Um dos pontos mais importantes no processo de mudança dos espaços de atuação foi a priorização do trabalho em equipe como forma de garantir a integralidade do cuidado, atribuindo às

equipes um papel decisivo no processo de reforma do sistema de saúde. Muitos profissionais, antes alheios ao campo da saúde pública, passaram a fazer parte dos quadros funcionais, incluindo a Psicologia. Esses profissionais foram chamados a atuar em hospitais privados e públicos ligados às escolas de saúde, bem como nos primeiros serviços substitutivos extra-hospitalres e, mais recentemente, nos serviços de base territorial (Dimenstein & Macedo, 2012).

A sua chegada nesse novo campo de atuação provocou questionamentos dentro da categoria, tensionados pela necessidade de abandonar o enfoque abstrato e a-histórico hegemônico na Psicologia clínica tradicional. Como nos diz Spink (2010), dos serviços começaram a fomentar questões até então sem respostas: como a Psicologia poderia atuar fora do *setting* tradicional? Como atuar nas comunidades, junto aos usuários e compartilhando o cuidado com outros profissionais? É possível manter o referencial teórico e técnico tradicional de psicodiagnóstico e terapia individual? Como atuar de forma multi e interdisciplinar?

Esse processo não se deu sem contradições. Como colocado por Dimenstein e Macedo (2012), o psicólogo se inseriu nos serviços de saúde, assim como tantos outros profissionais, formado com base em referenciais biologizantes e mecanicistas, de caráter prescritivo em termos dos modos de existência, ancorado em relações verticalizadas e orientado por estratégias de subjetivação norteadas pelos princípios da disciplina, da normatização e da cristalização das referências identitárias (Dimenstein & Macedo, 2012).

Se tornou, então, urgente reinventar as práticas e formar um profissional com capacidade de por em análise o que realiza, partindo sempre da realidade em que se insere. Essa nova forma de atuação supõe operacionalmente a produção de rupturas na cultura de atenção aos usuários, nas modalidades de intervenção hegemônicas, bem como na alteração dos modos de organização, gestão e subjetivação nos serviços. Compreender que o cuidar em saúde não se restringe a competências e tarefas técnicas, implica um deslocamento de horizontes normativos e de produção de novas práticas profissionais (Dimenstein & Macedo, 2012). Nesse contexto de desafios, a formação profissional ganha um lugar privilegiado nos jogos de disputa de hegemonia, se desenvolvendo – com avanços e retrocessos – na tentativa de alterar o quadro atual.

Um processo recente que também marca a atuação da Psicologia no Brasil é a sua interiorização, com o deslocamento dos centros urbanos para os municípios de pequeno e médio porte do interior do país. Tendo surgido como parte do projeto de modernização, a Psicologia manteve-se, durante toda a sua história, restrita aos grandes centros urbanos, local de circulação do capital e polo de industrialização (Leite e cols., 2013)

Os municípios de pequeno e médio porte são caracterizados por serem compostos por um alto índice de territórios rurais ocupados pelas populações do campo. Essas populações são caracterizadas por terem seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. São compostas por camponeses – sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo –, populações atingidas por barragens ou mesmo comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas. Caracterizam-se pela diversidade étnica, religiosa, cultural, variedade nos sistemas de produtivos e padrões tecnológicos (Brasil, 2013).

A realidade rural brasileira é determinada pela história econômica, política e cultural do nosso país, fortemente marcada pela concentração de terra, pela exploração dos recursos naturais e pela escravidão, extermínio e marginalização de suas populações (Brasil, 2013). Os povos do campo têm sido vulnerabilizados e invisibilizados perante o Estado, vivendo uma grave situação de marginalização social que se manifesta na falta de terra, de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular (Brasil, 2013; Brasil, 2015).

Da mesma forma que a inserção da Psicologia nos serviços de saúde causou tensões aos saberes e práticas tradicionais, o recente processo de interiorização também fez emergir novos questionamentos na profissão: a atuação nos contextos rurais tem considerado as dinâmicas espaciais e as formas de sociabilidade dessas populações? Tem sido pensada em função das transformações nos modos de vida da população e suas relações com os processos de subjetivação? As relações sociais e de trabalho, de pertencimento e identidade, integram o planejamento das intervenções? (Leite e cols, 2013).

Tradicionalmente tem-se pensado a atuação da Psicologia nos contextos rurais a partir das referências do urbano, limitando as possibilidades de atuar eficazmente nesse contexto. Para tal, é necessário produzir intervenções que compreendam de maneira crítica que as subjetividades são produto da interiorização das relações sociais, dependentes dos determinantes culturais e materiais, buscando intervir, sendo assim, na articulação dos processos psicológicos e o contexto rural (Landini, 2015).

A formação do profissional de psicologia é uma dimensão central nesse processo de reorientação praxica. No entanto, esse fator tem sido marcado pelo tecnicismo e pela desvinculação das necessidades sociais. O ensino é baseado na retórica científica, fundamentado em pedagogias psicológicas que, ao se restringirem, em sua maioria, ao desenvolvimento de métodos e técnicas, se apartam do contexto histórico, social, político e econômico, favorecendo a lógica neoliberal e a mercantilização do ensino (Bernardes, 2004).

Algumas experiências têm sido produzidas no intuito de fomentar mudanças na formação em saúde, como os Programas de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e as Residências Multiprofissionais. Ambos buscam abrir as Universidade às demandas sociais com a aproximação entre o serviço, a comunidade e a academia, redefinindo seu papel e sua responsabilidade social a partir de uma nova concepção do processo ensino-aprendizagem, baseados em uma postura problematizadora da realidade (Dimenstein & Macedo, 2012).

## 1. A Construção da Residência Multiprofissional em Saúde do Campo

---

As Residências em Saúde no Brasil consistem numa formação em serviço, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, com carga horária de 60h semanais e duração de 2 anos. Esse tipo de

---

formação em serviço surgiu como especialização médica em meados do século XIX, nos Estados Unidos, quando eram caracterizadas pela formação em regime de internato. Os profissionais em formação residiam nos hospitais, derivando daí o termo “residente” (Nascimento & Oliveira, 2006).

No Brasil, as residências médicas começaram por volta da década de 1940 e se consolidaram rapidamente devido a necessidade de especialização sempre crescente e imposta pelo mercado. Na contramão dessas experiências de formação especialistas e biomédicas, surge em 1976 a primeira experiência de Residência de Medicina Comunitária, no Centro de Saúde São José Murialdo, em Porto Alegre. Essa formação tinha como princípio uma atuação integrada, humanista e crítica, capaz de resolver as necessidades de saúde do território (Nascimento & Oliveira, 2006).

Apenas dois anos depois de sua abertura essa residência já se ampliava para incluir outras profissões, se tornando a primeira residência integrada (ou multiprofissional) do país. A partir dessa primeira experiência surgiram outras em diferentes estados, porém essas tiveram seu curso interrompido pelo corte no financiamento ocorrido com o agravamento da crise na década de 1980 e com a separação entre médicos e “não-médicos” que a regulamentação da Residência Médica (e a não regulamentação da Residência Integrada) provocou (Nascimento & Oliveira, 2006).

É somente no final da década 1990, com o desafio de implementar o Programa de Saúde da Família (PSF), que as residências multiprofissionais entram novamente em cena. O PSF demandava uma atuação a partir das necessidades de saúde do território, priorizando a promoção da saúde e a integralidade do cuidado, algo que nenhum profissional isoladamente poderia fazer. Em 1999, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, junto a atores do movimento sanitário, se articularam para criar um modelo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que seria implementado com mais força a partir de 2002 (Brasil, 2006).

As residências podem ser caracterizadas como uma potente ferramenta de Educação Permanente em Saúde (EPS), quando essa objetiva um processo de formação que se dá a partir do próprio trabalho, tendo as Unidades de Saúde e os territórios como lócus do processo de aprendizagem não somente dos residentes mas de toda a equipe, processo esse possibilitado a partir de momentos coletivos de reflexão-ação onde o norte principal é a transformação das práticas a partir das necessidades de saúde dos usuários.

Segundo Ceccim, Kreutz, e Mayer Jr. (2011), um dos elementos fundamentais da EPS para os Programas de Residência é que essa deve partir do pressuposto da aprendizagem significativa, promotora de sentidos, entendendo que a transformação das práticas desenvolvidas pelos profissionais nos mais distintos serviços, só é possível quando operada uma reflexão crítica sobre as mesmas. Portanto, a educação permanente resultaria do encontro entre o acúmulo obtido nos processos formativos e a realidade concreta do mundo do trabalho.

Tendo isso em vista, o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) traz como um de seus eixos a Educação Permanente em Saúde. E é a partir da base legal desta Política, aprovada em 2011, que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (RMSC) é criada em 2015.

As origens dessa experiência se enraízam nas diversas experiências realizadas no estado de Pernambuco, que desde 2007, começou a desenvolver projetos de estágio e extensão em áreas rurais pela Universidade de Pernambuco (UPE). A proposta de ter uma residência com enfoque específico para as populações do campo se materializou com a parceria estabelecida entre UPE, Coletivo Grão de

Saúde do Campo, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) no ano de 2014. Já em abril de 2015 foi iniciada a primeira turma de residentes composta pelas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional, Assistente Social, Medicina Veterinária, Farmácia e Fisioterapia.

O processo de formação dos residentes está embasado na discussão dos princípios filosóficos e pedagógicos do MST e na concepção de saúde dos movimentos sociais do campo, num diálogo permanente entre teoria e prática, com o objetivo de contribuir no processo de formação integral de sujeitos autônomos e na luta pela transformação social (Universidade de Pernambuco, 2015).

O processo de formação se divide em momentos presenciais concentrados em aprofundamento teórico, denominados de Tempo Escola (TE) – ocorrem uma vez por mês, com duração de 6 dias – e momentos de trabalho nos territórios, denominados Tempo Comunidade (TC). O processo de acompanhamento dos residentes se dá por tutorias de núcleo, com reuniões mensais no TE e, no cotidiano, pelos preceptores, que são os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) onde os residentes atuam.

A formação ainda se organiza em tempos educativos com intencionalidades próprias que se combinam na proposta de uma formação integral. São eles: Tempo Aula, Tempo Cuidado, Tempo Leitura, Tempo Estudo, Tempo Trabalho e Tempo NB. O Tempo Aula tem como objetivo uma formação ampla e crítica contemplando temas que vão desde a questão agrária, a geografia social, temas de sociologia rural, antropologia e filosofia, embasados sempre em perspectivas críticas. As aulas são ministradas por professores convidados que relacionam as categorias mais gerais da formação com a atuação na Atenção Básica e no contexto do campo. O Tempo Cuidado é construído pelos próprios residentes com o objetivo de exercitarem o autocuidado consigo mesmos e nas suas relações. O Tempo Leitura é um momento destinado à leitura dirigida, individual ou coletiva, para aprofundar e despertar o gosto e a fluidez da leitura, podendo ser obras indicadas ou de escolha pessoal. O Tempo Estudo tem por finalidade garantir um espaço para o estudo, visando aprimorar a formação de cada sujeito. O Tempo Trabalho é um espaço de tempo para realizar trabalhos típicos do contexto rural (produção de farinha, mandala de hortifrútis, colheita e cuidados com hortas e roças, preparação para feiras, frigorífico, criações, etc.), de forma a possibilitar uma vivência da realidade e do modo de produzir a vida dos agricultores, contribuindo também para a coletividade onde o curso está inserido. O tempo destinado ao Núcleo de Base (NB) tem por finalidade garantir momentos de encontro para a formação e processo organizativo da coletividade, envolvendo tarefas de gestão do curso, estudos e atividades práticas (Universidade de Pernambuco, 2015).

A coordenação da residência se dá por um colegiado denominado Coordenação Político Pedagógica (CPP), composta por duas coordenadoras, duas representantes dos movimentos sociais, duas representantes da tutoria e dois residentes. Os próprios residentes se organizam em Núcleos de Base que devem gerir o espaço coletivo de aprendizagem durante os TEs e o processo de trabalho nos TCs.

Cada turma de residentes se divide em duas equipes que possuem campos de práticas diferentes: uma das equipes atua junto aos territórios de comunidades quilombolas, no município de Garanhuns/PE, e outra se concentra nas áreas de assentamentos e comunidades rurais do município de Caruaru/PE. Em ambos os municípios os residentes atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF),

com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), sendo que em Garanhuns os residentes apoiam 2 USF e em Caruaru 4 USF.

Sua prática se estrutura em quatro eixos centrais de atuação, contemplando ações de núcleo e campo, que são: 1) Educação Permanente; 2) Promoção da Saúde; 3) Clínica ampliada e 4) Ações Coletivas e de Participação Popular.

A interdisciplinaridade, a integralidade, a Determinação Social do processo saúde- doença e a organização e participação popular são orientadores de toda a prática, sendo estruturantes em todo processo de formação.

## 2. Construindo a Práxis da Psicologia Rural no Contexto da Saúde do Campo

---

O trabalho dos residentes divide-se em alguns momentos principais. O primeiro deles é o da aproximação do território (territorialização), consistindo basicamente na familiarização e construção de vínculo com a comunidade, que, grosso modo, trata-se do momento no qual o agente externo (psicólogo, enfermeiro, médico, assistente social, etc.) se aproxima da comunidade para que, de dentro dela, se faça conhecido e conheça sua história, suas fragilidades, potencialidades, seus fluxos, condições de moradia, como se alimenta aquela população, seus processos produtivos, etc. (Pereira, 2008).

A segunda fase é a de identificação, a partir do diálogo com a população ali residente, dos problemas e das demandas implícitas e explícitas. Daí, seguem-se a terceira, quarta e quinta fases, que são: mobilização e planejamento participativo, execução do planejado e, por fim, avaliação dos processos desenvolvidos. Todas essas etapas são inspiradas no modelo Psicossocial de intervenção comunitária, tendo como horizonte os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e da PNSIPCFA, bem como o paradigma da Educação Popular e do materialismo histórico e dialético.

O processo de territorialização desenvolvido pelas(os) residentes da RMSC tem como objeto o território e a saúde, partindo da concepção de território enquanto resultante da acumulação e interação de situações históricas, ambientais, religiosas, sociais, políticas, econômicas e culturais que promovem condições particulares para a produção cotidiana da vida e conseqüentemente de saúde, doença e cuidado. Trata-se então da apreensão de um território vivo, dotado de sentidos, subjetividades e existências (Alarcon *et al.*, 2013).

Inicialmente são percorridos os espaços físicos dos territórios identificando equipamentos sociais e atores que poderiam contribuir com o processo. As visitas são acompanhadas das(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde (ACS) das respectivas microáreas ou moradores das comunidades. Andar pelo território permite conhecer e se deixar ser conhecidas(os), possibilitando aproximação e formação de vínculo com as comunidades. Após alguns contatos firmados é iniciada a etapa do Diagnóstico Rural Participativo (DRP), estratégia caracterizada por um conjunto de atividades coletivas

de caráter participativo, com técnicas de visualização desenvolvidas especificamente para comunidades rurais.

As ferramentas do DRP permitem acessar informações a respeito da história da comunidade, construção de mapas, relações de gênero, divisão de trabalho, modos de produção, questões relativas a agricultura e recursos naturais, sonhos, problemas e alternativa (Verdejo, 2006). No DRP a comunidade é provocada, levada à reflexão sobre suas condições de vida e existência, de modo que realizem uma análise enquanto relatam seus modos de vida e identifiquem suas potencialidades e fragilidades. Esse conjunto de técnicas participativas contribuem tanto no estabelecimento do primeiro contato, quanto na formação de vínculos mais estreitos entre os residentes, a comunidade e as equipes de saúde, potencializando o desenvolvimento do trabalho ao longo dos 24 meses na residência.

A realização desse processo permitiu o direcionamento do olhar das(os) residentes para as necessidades de saúde da população do campo, sendo, desse modo, estimulados a observar tanto os contrastes em relação à urbanidade quanto a necessidade de um olhar especial à produção de saúde no campo. Permitiu ainda a compreensão de que a apropriação de um território vivo do campo requer metodologias permitam visualizar suas várias dimensões, determinantes dos modos de vida e saúde. No que tange à comunidade, fortaleceu a capacidade de participação e gestão da população na produção de saúde e do cuidado, possibilitando ações direcionadas às reais necessidades de saúde da comunidade.

Neste sentido, após o processo de territorialização e diagnóstico de saúde são discutidos os problemas que atingem as comunidades. Tendo como base o controle social e a participação popular, foram promovidos espaços de discussão coletiva sobre os problemas levantados, de modo que levassem à construção de um planejamento estratégico de intervenção. Inspirados no modelo do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, os residentes seguem as fases de análise situacional, identificação, priorização e discussão de problemas; definição de objetivos, metas, ações, definição de alternativas, divisão de responsabilidades, elaboração de orçamento e cronograma de atividades.

Só a partir desses dois momentos é que os residentes passam a intervir de forma direta nos territórios e o fazem considerando quatro eixos de atuação: a) Promoção da Saúde; b) Clínica Ampliada; c) Educação Permanente; e, d) Ações Coletivas e de Participação Popular.

No que diz respeito às ações de promoção da saúde, é importante destacar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), saúde não é sinônimo de ausência de doenças e sua existência deve ser considerada também a partir de fatores psicossociais. Assim, incluem-se aspectos como o acesso a alimentação, moradia, saneamento básico, educação, meio ambiente, lazer e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), são consideradas práticas/iniciativas de Promoção de Saúde políticas e atividades que levem em consideração os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. Partindo desse pressuposto, o programa da RMSC se insere no âmbito do combate às iniquidades de saúde e no aperfeiçoamento do SUS, buscando construir atividades que visem a promoção da saúde através da própria organização coletiva das comunidades camponesas e quilombolas.

Nesse sentido, a Promoção da Saúde tem sido o eixo norteador das práticas dos Psicólogos da RMSC, que são desenvolvidas através das seguintes atividades: a) Planejamento Estratégico em Saúde feito em conjunto com as comunidades, objetivando, além de maior eficácia nas intervenções, a construção de um clima organizativo e de reivindicação dos seus da população; b) Projetos de articulação intersetorial, como a parceria estabelecida com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e a Estratégia de Saúde da Família para discutir conjuntamente com as comunidades quais as problemáticas e dificuldades encontram para acessar a Previdência Social e garantir seus direitos; c) Atuações intersetoriais junto ao CRAS, com o objetivo de ampliar a resolubilidade das ações de ambos os serviços, articulando saberes e realizando avaliação conjunta das ações desenvolvidas (Junqueira, Inojosa, & Komatsu, 1997); d) Atividades educativas nas escolas, na sala de espera e junto a diversos grupos de usuários, com o objetivo de promover espaços de trocas entre o saber científico e o popular, fomentando a participação efetiva dos usuários e ampliação da consciência sobre as possibilidades concretas de transformação das suas condições de vida e saúde.

Como mencionado acima, um outro eixo de atuação é na Clínica Ampliada. Com a ampliação do conceito de saúde, um dos grandes desafios das Políticas Públicas na área tem sido a transformação das práticas profissionais de saúde. O modelo biomédico curativo e biologicista já se mostrou insuficiente para atender às demandas sociais, carecendo de ampliar o cuidado em saúde e construir uma atuação verdadeiramente interdisciplinar (Brasil, 2009).

Neste contexto, a Clínica Ampliada busca ser uma possibilidade de articulação entre os diversos saberes, incluindo diferentes abordagens na construção de um saber interdisciplinar. A Clínica Ampliada busca valorizar todos os conhecimentos com a finalidade de integrá-los e, assim, possibilitar maior resolubilidade das demandas complexas encontradas no território. Ampliar e compartilhar a clínica significa ampliar o campo de atuação, contribuir para a construção do cuidado em saúde de forma holística, nas teias relacionais entre os serviços de saúde e a comunidade, trabalhando de forma participativa e a partir de negociações (Brasil, 2009)

Apesar da resistência encontrada nas equipes acompanhadas pela RMSC, em razão da formação que tiveram, os residentes têm conseguido avançar em alguns pontos e conquistar aliados para que o desenvolvimento de um cuidado mais amplo seja construído de uma forma mais leve e efetivo. Algumas das atividades propostas e executadas pelas equipes da RSMC são: a) Apoio na realização das reuniões de equipe, colaborando na organização do processo de trabalho; b) Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), discussão dos casos com as equipes de saúde e outros serviços que possam colaborar na compreensão ampliada do processo saúde-doença; c) Reunião clínica que ocorre semanalmente com as equipes de Residentes e profissionais convidados; d) Reunião com as coordenações de Atenção Básica; e) Atendimentos compartilhados entre os profissionais de saúde, buscando a construção compartilhada dos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos; f) Utilização das associações de moradores para ações coletivas em saúde; g) Visitas domiciliares com equipe multidisciplinar; h) Construção coletiva de grupos, agregando o saber comunitário na construção das pautas e da identidade do grupo.

No que tange às ações de Educação Permanente desenvolvidas pelos residentes do Campo, enquanto atividade educativa contínua e orientada pelo cotidiano dos serviços, elas tanto permitem

uma reflexão crítica sobre os problemas referentes a assistência no contexto rural, quanto fomentam a construção de novos modos de promover saúde.

As atividades educativas e de apoio matricial ocorrem majoritariamente nas reuniões de equipe, onde busca-se discutir os casos clínicos e construir coletivamente os Projetos Terapêuticos Singulares. Nesses espaços, é possível que se discuta em profundidade e na sua integralidade desde um caso clínico até o próprio processo de trabalho das equipes, pensados a partir do território e suas especificidades. Com esse horizonte, a Educação Permanente desenvolvida pelos residentes na RMSC permite a sistematização de processos de trabalhos mais adequados para a realidade do campo e contribui para a formação de profissionais sensíveis as necessidades de saúde das populações. Não obstante o entendimento tradicional de Educação Permanente enquanto intervenção desenvolvida entre profissionais de saúde, a perspectiva emancipatória pela transformação da consciência que baliza a dinâmica da RMSC, inclina seus profissionais a estender as intervenções dessa natureza à lideranças comunitárias com o escopo de trocar e qualificar processos de cuidados já desenvolvidos no território a partir da sabedoria popular. Dessa forma, alguns espaços de Educação Permanente são compostos tanto por profissionais das equipes de saúde da família, quanto por membros da comunidade.

Muitas das ações educativas se dão junto aos ACS, abordando temas que emergem de forma imediata no território, como: Hanseníase, Tuberculose, Redução de Danos no uso e abuso de álcool, crack e outras drogas; violência de gênero, acolhimento a usuários com transtornos mentais, uso racional de medicamentos psiquiátricos, etc. Outros sujeitos importantes no processo de educação em saúde são as lideranças dos movimentos sociais, que, a partir dos diálogos com a RMSC, são fortalecidas para atuarem na área da saúde em suas respectivas comunidades ou junto ao poder público.

Por fim, as Ações Coletivas e de Participação Popular constituem um outro eixo central na atuação dos profissionais da RMSC. No que se refere à atuação dos psicólogos e psicólogas, o desafio de promover saúde em um contexto de tamanha precariedade nas condições de vida convocam-nos a superar a tradicional vanguarda de si mesmos e construir junto aos demais núcleos de saber, as comunidades e movimentos socioterritoriais, processos de mudança da realidade.

Assim, o desenvolvimento de ações de incentivo ao controle social tem sido um dos vetores de atuação dos psicólogos da RMSC. Constam entre essas ações: a) o desenvolvimento de associações comunitárias a partir do enfoque da Educação Popular e a participação nas reuniões das Associações de Moradores já existentes, procurando fortalecer esses espaços e construir projetos junto aos comunitários; b) Desenvolvimento de Cineclubismo nas comunidades, ação que tem por finalidade tanto viabilizar o acesso a um espaço alternativo de lazer e cultura, quanto favorecer o desenvolvimento de unidade comunitária, na medida que favorece a reunião de moradores num só espaço de socialização. Essa atividade foi pensada estrategicamente como complementar às discussões políticas na comunidade, já que expressões artísticas como o cinema costumam agregar mais pessoas e possibilitam, nesses espaços, a difusão de ideias, construção de hábitos e desconstrução de barreiras que interferem na organização popular; c) Mobilização popular para construção do Comitê Municipal de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, junto à gestores e movimentos.

O estímulo e desenvolvimento prático dessas ações pelos profissionais de Psicologia da RMSC se norteiam pela crença de que só os processos de emancipação da consciência e organização popular concreta podem gerar transformações estruturais nas condições de saúde da população, condições estas que, no ensejo de terem resolução, extrapolam as tradicionais competências institucionais dos setores de saúde do Estado e demandam articulações intersetoriais nos territórios.

## Considerações Finais

---

A inserção de psicólogas(os) nas Políticas Públicas, o processo de interiorização da profissão, bem como a implementação da PNSIPCF, colocam para esse profissional uma nova realidade de atuação muito diferente daquela de onde emergiu a Psicologia – uma realidade urbana, dos países de capitalismo central e vinculada às elites. Esse descentramento do lócus de atuação do psicólogo coloca múltiplos desafios e questionamentos que precisam ser encarados, sobretudo, como um mergulho profundo na nova realidade, com uma implicação ética e política junto às comunidades e com o compromisso de construir novas teorias e formas de atuação mais condizentes com a realidade e com o horizonte político da profissão.

A experiência da RMSC vem apontando nesses dois anos que a práxis dos psicólogos rurais, no contexto da saúde do campo no Brasil, precisa ser construída a muitas mãos, com reflexão cotidiana a partir da realidade concreta e em diálogo constante com os movimentos sociais e as populações que ali vivem.

Essas experiências são fundamentais para impulsionar novos e mais profundos estudos sobre a atuação da Psicologia Rural no Brasil, já que essa ciência em nosso país tem refletido muito pouco sobre os contextos rurais.

Leite *et al.* (2013) destacam algumas diretrizes para a atuação no contexto rural que têm sido reforçadas na prática concreta da RMSC. Primeiramente, é preciso uma ampla e crítica formação sobre a dinâmica histórica, social e política de nosso país, compreendendo a questão agrária numa perspectiva histórica e totalizante. Outro aspecto fundamental é (re)conhecer e respeitar os modos de vida e subjetivação dessas comunidades, que têm uma imensa diversidade cultural, étnica, política e econômica. Para dar conta de toda essa complexidade é preciso construir uma atuação verdadeiramente interdisciplinar e coletiva, construindo saberes e práticas junto aos outros profissionais e comunidades. Nessa perspectiva, é preciso que o psicólogo seja um profissional “generalista” tendo formação para lidar com as múltiplas demandas do território, sejam essas assistenciais, políticas ou institucionais.

Por fim, um dos aspectos ressaltados pelos autores, e que a residência tem sentido cotidianamente, é a importância de construir as práticas em conjunto com movimentos sociais do campo, apoiando a sua luta pela Reforma Agrária e por condições mais dignas de se viver no campo (Leite *et al.*, 2013). Durante todo o processo formativo, os movimentos sociais – MST e Movimento Quilombola – têm mostrado, através dos processos educativos que encabeçam e das lutas concretas por melhores condições de vida, que os esforços com vistas na prevenção e promoção da saúde não

podem ser realmente efetivos quando apartados de um compromisso político por transformação social.

São esses movimentos que têm ressaltado a impossibilidade de construir uma real democracia em um país onde a propriedade da terra está concentrada nas mãos de uma minoria, relegando à grande maioria da população os efeitos perversos dessa desigualdade estrutural e secular. Entendemos que, tanto esas lições mais gerais quanto os saberes mais específicos da tradição camponesa, resgatados e valorizados por esas organizações populares, podem contribuir de forma significativa para repensarmos epistemologicamente a Psicologia, suas técnicas e prioridades, inclinando-a para a construção de práticas verdadeiramente emancipatórias e promotoras de saúde.

## Referências Bibliográficas

---

- Alarcon, Sergio., Lancetti, Antonio., Ramôa, Marise., Petuco, Dênis., & Pekelman, Renata. (2013). Território, Território Existencial e Cartografia. In: Brasil, *Projeto Caminhos do Cuidado*”, *Caderno do Aluno. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bernardes, Jefferson S. (2004). O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil- permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais. *Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social*. São Paulo: PUCSP.
- Bock, Ana., Gonçalves, M., & Furtado, Odair. (2001). *Psicologia Sócio Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Brasil. (1990, 20 de set.) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3 ed. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1986). *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Saúde e Ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bravo, Maria I. (2001). A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. Em Bravo, Maria I. Matos, Maurilio., & Araújo, Patrícia. *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: DEXEXT/Nape.
- Ceccim, Ricardo B., Kreutz, Juliano A., & Mayer Jr., Manuel. (2011). Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. Em Pinheiro, Roseni., & Silva Junior, Aluisio. *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde* (pp. 257-292 ). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC.
- Dimenstein, Magda., & Macedo, João P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, pp. 232-245.
- Ieno, Genaro. (2013). Prefácio. Em Leite, Jader., & Dimenstein, Magda. *Psicologia e contextos rurais* (pp. 13-18). Natal: Ed UFRN.

- Junqueira, Luciano., Inojosa, Rose., & Komatsu, Suely. (1997). Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *XI Concurso de Ensayos del CLAD "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones*. Caracas.
- Lacerda Jr., Fernando. (2013). Capitalismo dependente e a Psicologia no Brasil: das alternativas à Psicologia Crítica. *Teoría y crítica de la Psicología* 3, pp. 216-263.
- Landini, Fernando. e cols. (2015). *Hacia una Psicología Rural Latinoamericana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Leite, Jader., Macedo, João., Dimenstein, Magda., & Dantas, Candida. (2013). A formação em Psicologia para a atuação em contextos rurais. In: J. Leite, & M. Dimenstein, *Psicologia e contextos rurais* (pp. 27-55). Natal: Ed UFRN.
- Martiniano, Claudia S., & Sampaio, Juliana. (2014). Os desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a consolidação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. Em Vasconcelos, Kathleen., & Costa, Maria. *Por uma crítica da promoção de saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, Eugênio. (1994). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Em Mendes, Eugênio. *O distrito sanitário* (pp. 19-94). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Nascimento, Débora. D., & Oliveira, Maria A. (out/dez de 2006). A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: Considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *REME – Rev. Min. Enf.*, 10, pp. 435-439.
- OMS. (1996.). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: O. P. Salud, *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS.
- Pereira, William C. (2008). *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática* (3 ed. ed.). Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas.
- Santos, Milton. (Jan-Abr de 2005). O retorno do território. *OSAL*, Ano VI.
- Spink, Mary Jane. J. (2010). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Universidade de Pernambuco. (2012). *A Residência no Campo - Uma experiência com o MST*. Recife: UPE.
- Universidade de Pernambuco. (6 de Abril de 2015). Projeto Metodológico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde do Campo. Garanhuns, Pernambuco, Brasil.
- Verdejo, Miguel. (2006). *Diagnóstico rural participativo: guia prático DRP*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário.
- WHO. (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation.

Recebido em 19/11/2015

Revisado em 03/01/2016

Aceito 04/02/2016