

A extensão universitária como cenário de prática e de protagonismo do graduando em Medicina na Atenção Primária de Saúde na Ilha do Marajó, estado do Pará

The university extension as scenario of practice and protagonism of the medical students in Primary Health Care in Marajó Island, state of Pará

Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto
Professora da Universidade Federal do Pará
ivallinoto@ufpa.br

Aline Kellen da Silva Salgado
Aluna de Medicina na Universidade Federal do Pará
alinekellen7@gmail.com

Beatriz Holanda Gonçalves
Aluna de Medicina na Universidade Federal do Pará
gholandabeatriz@gmail.com

Brenda Caroline Rodrigues
Aluna de Medicina na Universidade Federal do Pará
brendamed14@gmail.com

Carlos André Chagas Moraes
Aluno de Medicina na Universidade Federal do Pará
moraescarlos010@gmail.com

Marcello José Ferreira Silva
Aluno de Medicina na Universidade Federal do Pará
marcellofufpa@gmail.com

RESUMO

A educação para a saúde é uma maneira efetiva de se seguir para a promoção da saúde nas áreas rurais. Este artigo tem como objetivo relatar as experiências extensionistas de um grupo de graduação médica na rede de Atenção Primária de Saúde da cidade de Ponta de Pedras, Ilha de Marajó, Estado do Pará. As atividades foram realizadas através do programa de extensão “IFMSA Brasil: A humanização da prática médica na formação discente”, em curso na Universidade Federal do Pará desde 2015. O estímulo ao protagonismo estudantil em zonas rurais durante a formação universitária contribui para o processo de interiorização de futuros profissionais médicos por meio do processo de valorização do fazer saúde em áreas distantes das grandes metrópoles.

ABSTRACT

Health education is an effective way to follow for having health promotion in rural areas. This article aims to report extensionist's experiences of a medical graduation group in the Primary Health Care network of the city of Ponta de Pedras, Marajó Island, State of Pará. The activities were carried out through the extension program “IFMSA Brazil: The Humanization of Practice medical education in undergraduate training”, underway at the Federal University of Pará since 2015. The encouragement of student leadership in rural health during university education contributes to the process of future health professionals' of going to the interior of the State by enhancing the process of health in areas away from the great metropolises.

INTRODUÇÃO

Para o entendimento acerca da Saúde Rural, é necessário compreender o contexto no qual o conceito de região rural está inserido. Segundo ANDO et al. (2011), a definição de “rural” transborda o simples parâmetro da geolocalização, sendo, então, relacionada a uma série de características, que engloba, por exemplo, os indicadores de saúde da localidade, a atuação dos profissionais de saúde no local e o sistema do território-processo que envolve a dinâmica característica da área. Nesse sentido, pode-se incluir as populações tradicionalmente reconhecidas como rural, assim como comunidades quilombolas, comunidades ribeirinhas e até as comunidades de difícil acesso, mesmo que em centros urbanos, a exemplo das favelas.

Em consonância a esses parâmetros, a Atenção à Saúde, a Gestão em saúde e a Educação em Saúde constroem o tripé preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina quanto ao embasamento da formação médica. No que concerne à saúde rural, a graduação deve sempre considerar as dimensões das diversidades biológica, subjetiva e cultural, atendendo as necessidades específicas, de acordo com as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida.

Ainda nesse cenário, é preconizada a participação social e articulação nos campos de ensino e de aprendizagem das redes de atenção à saúde, incrementando o sistema de acesso a esta, de modo contínuo e integral a essas populações mais vulneráveis. A graduação deve ser pautada, também, na Extensão, que é o ato de transbordar o ensino da medicina à promoção da saúde da comunidade, trazendo consigo o olhar da responsabilidade social a partir da vivência das realidades locais.

Em diversas escolas médicas tais fundamentos restringem-se à teoria. Entretanto, em 2010, houve a reformulação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), que buscou a implementação de uma metodologia ativa e, sobretudo, inserir o graduando nos cenários de prática relacionados à atenção primária/básica, sendo, portanto, voltado às necessidades da população amazônica (UFPA, 2010).

O Pará é o segundo maior estado do país, possui 144 municípios e uma população estimada em 8.366.628 pessoas para 2017 (IBGE, 2010). É preciso destacar a sua capital, Belém, que concentra cerca de 1.452.275 de pessoas – população estimada para 2017 -, é o cerne da Região Metropolitana de Belém (RMB), conhecida como a metrópole da Amazônia. Belém é onde está localizada a Faculdade de Medicina da UFPA, sendo o cenário de prática da instituição, alocado no Distrito Administrativo D’água - região que abrange os bairros do Jurunas, da Condor, do Guamá, da Cremação, de Canudos e da Terra Firme, abrigando uma população de 349.535 habitantes (IBGE, 2010; UFPA, 2010). Em complemento, durante o estágio obriga-

obrigatório – período do internato – os acadêmicos de medicina da referida universidade prestam assistência à saúde em serviços do município de Santa Barbará (pertencentes a RMB) e da Ilha do Combu, considerado como internato rural dentro do módulo de Medicina de Família e Comunidade.

Sabe-se que os indicadores de Belém e região são os melhores do Estado, uma vez que concentram o poder da máquina pública – desde os recursos à prestação dos serviços. Contudo, o contrário pode ser visto quanto ao território da ilha do Marajó. Este arquipélago contém 16 municípios – Afuá, Anajás, Bagre, Breves, Cachoeira do Arari, Chaves, Curralinho, Gurupá, Melgaço, Muaná, Ponta de Pedras, Portel, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista e Soure –, com uma população de 482.285 pessoas, sendo que 180.048 (37,33%) estão classificadas em população em situação de extrema pobreza e, destas, 133.223 residem em locais, tradicionalmente, ditos rurais (IBGE, 2010; SEPLAN, 2013).

Segundo dados do Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2010 quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM), dentre os 5565 municípios do Brasil, o arquipélago do Marajó possui não somente o pior colocado – Melgaço –, mas, também, possui 6 municípios entre os 50 piores colocados. Constata-se, com isso, o estado de vulnerabilidade em que se encontra a região. Toda a região do Marajó possui 6 Hospitais Gerais – São Sebastião da Boa Vista (2), Soure, Portel, Breves e Anajás –, somando 426 leitos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) seriam necessários pelo menos 4 leitos por mil habitantes, e essa região possuía, apenas, 1,1, aproximadamente, com um déficit de 1.928 leitos para alcançar uma situação satisfatória. Para as situações de alta e de média complexidades, a população é transferida, quase sempre, para os hospitais da capital, utilizando transportes hidroviário ou aéreo (OMS, 2009).

O contexto rural das cidades marajoaras, assim, é definido por suas necessidades – que apresentam a saúde como um de seus principais determinantes. O arquipélago do Marajó é uma das regiões em que esse cenário se encontra mais afetado pela falta de ações efetivas por parte do poder diretamente público, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma alternativa à minimização dessa conjuntura é o suprimento por meio de atividades em extensão pelos universitários de ciências da saúde, a exemplo dos graduandos do curso de Medicina. A educação em saúde, além de uma das principais carências dessa população, é um meio eficaz a ser seguido, tendo em vista a promoção da saúde no meio rural. (NUNES, GIRARD, PEREIRA, 2013)

As atividades extensionistas relatadas neste artigo ocorreram por meio do programa de extensão “IFMSA Brazil: A humanização da prática médica na formação discente”, ligado a Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará. Contudo, a IFMSA Brazil (International Federa-

tion of Medical Students' Association of Brazil) faz parte de uma das maiores e mais antigas organizações geridas por estudantes no mundo. Essa instituição busca preencher lacunas da matriz curricular das universidades, possibilitando ao acadêmico de medicina um maior contato com a realidade de saúde atual – permitindo o desenvolvimento de habilidades de liderança em saúde, a partir dos recursos como campanhas, projetos, cursos e intercâmbios.

O desenvolvimento de atividades pela IFMSA Brazil cria e aperfeiçoa nos acadêmicos de medicina a habilidade de gestão. A colocação dos estudantes à frente de coordenações de atividades permite a vivência precoce da experiência de ter sua decisão como determinante para a execução de uma atividade. Além disso, a atuação como participante desenvolve no acadêmico a percepção da importância do trabalho em equipe como preponderante para o sucesso de trabalhos. A instituição proporciona, ainda, a chance de estar inserido em uma realidade de saúde ainda durante a graduação – transformando seus membros em agentes promotores de mudanças em seu futuro local de trabalho.

Com isso, de modo geral, os projetos de extensão desenvolvidos pela IFMSA Brazil ao longo de dois anos propiciaram importante inserção de seus membros-acadêmicos no âmbito da saúde pública a nível rural, proporcionando desenvolvimento de habilidade de percepção de demandas e dificuldades locais – bem como de relação médico-paciente com população negligenciada.

A partir dos cenários apresentados e do desejo de um grupo de extensionistas em atuar em saúde rural frente às demandas e às diferentes realidades locais existentes no Estado do Pará, este artigo objetiva relatar as vivências da extensão universitária de graduandos de medicina na promoção da saúde durante a atuação na rede de Atenção Primária em Saúde da Cidade de Ponta de Pedras, Ilha do Marajó, Estado do Pará.

MÉTODOS E RESULTADOS

Nesse contexto de inserção dos graduandos em contato com a comunidade, merece destaque o Planejamento Estratégico Situacional (PES), instrumento fundamental para a realização de atividades na IFMSA Brasil. Trata-se de uma abordagem metodológica proposta pelo autor chileno Carlos Matus, nos anos 70, que preconiza uma série de etapas sistemáticas para a identificação de um problema na comunidade, estabelecimento de metas e de ações concretas para realizá-las e identificação de possíveis entraves à realização das atividades propostas – sendo, portanto, eficiente no manejo de situações inesperadas (ARTMANN, 2000).

Além disso, a utilização do PES permite a visualização de todas as variáveis de uma determinada problemática, pois requer reflexão sobre as

as dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais – bem como análise da interação que há entre os diversos setores envolvidos. Para tanto, este modelo de planejamento – que inclui a gerência e a organização geral das ações – apresenta quatro fases de organização: (1) momento explicativo, no qual é selecionado o problema sobre o qual pretende-se agir com sua respectiva causalidade; (2) momento normativo, em que se define o plano de intervenção, destacando como a situação se apresenta antes e como se espera que se apresente após a ação; (3) momento estratégico, para análise da viabilidade do plano selecionado, com destaque à motivação dos atores e do seu grau de controle sobre o problema; e (4) momento tático-operacional, quando se realiza a ação propriamente dita, com uma agenda de atividade regulada por um dirigente escolhido no grupo, um sistema de prestação de contas e uma gerência de operações (ARTMANN, 2000).

Apesar de algumas recusas em conversar e participar das atividades propostas, considerou-se que a maioria dos munícipes abordados reagiu positivamente, demonstrando interesse em receber informações que pudessem ajudá-los a preservar sua saúde.

A primeira visita à cidade de Ponta de Pedras se deu a partir do projeto “Açaí: ações de apoio iéfico”, com 15 acadêmicos de medicina, de semestres variados, que estiveram presentes abordando temáticas diversas sobre saúde – as quais foram distribuídas em intervenções sociais diferentes. Inicialmente, os esforços foram direcionados à realização de visitas domiciliares em bairro de casas de palafita (residências de madeira construídas sobre o rio ou área alagadas, chamadas de várzea) e à ação em coreto central da principal praça da cidade, cujo enfoque foi a promoção de saúde a respeito de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque à hipertensão e à diabetes – com aferição de pressão arterial, mensuração de glicemia capilar e conversa com moradores de 40 casas sobre o tema e mais todos os transeuntes que se sentiam a vontade de visitar o stand montado na praça.

Os dados obtidos por meio dessas visitas propiciaram a descrição do perfil pressórico e glicêmico da população de estudo, revelando que, na cidade: no que tange à hipertensão, em um grupo de 100 pessoas – sendo 55 mulheres, entre 11 a 79 anos, e 45 homens, de 14 a 90 anos –, 68% das pessoas apresentaram níveis pressóricos normais, destas 38,24% eram de homens e 61,76% de mulheres. Do total, 13% dos indivíduos eram pré-hipertensos, sendo 10 homens (76,92%) e 3 mulheres (23,08%); 19% eram de indivíduos hipertensos, apresentando algum dos três estágios de hipertensão arterial, sendo a hipertensão mais prevalente na população feminina (52,64%) do que na masculina (47,36%); e 3 casos de hipertensão sistólica isolada (PAS > 140 mmhg e PAD < 90 mmhg) dentro do grupo de hipertensos, configurando uma prevalência de 15,79% dessa modalidade classificatória. Já quanto ao perfil glicêmico, a análise dos dados coletados revela que 62,13% das pessoas atendidas exibiam valores de glicemia pós

prandial considerados normais (até 140) – com variações que foram de 63 a 117: 11,65% exibiu valores glicêmicos característicos do DM, com variações de 142 a 412. Observou-se, ainda, que 8,7% possui uma glicemia ainda normal, porém com riscos de vir a apresentar a patologia – apresentando resultados variando de 119 a 138. A análise dos dados mostra, ainda, que a prevalência do DM é maior entre as mulheres (66,66%); enquanto nos homens, a taxa fica em torno de 33,33%. Aqueles com valores inadequados foram encaminhados ao serviço regular de saúde do município, por meio de parceria estabelecida com a Secretária Municipal de Saúde, e, para os participantes que tinham valores limítrofes ou adequados, foram indicados hábitos de vida saudáveis para evitar o desenvolvimento da doença.

Outro tema abordado foi a questão da sexualidade e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Para tanto, diversas ações foram realizadas: em atividade no coreto central da cidade, houve testagem rápida para a detecção do vírus HIV e de Sífilis, acompanhadas de distribuição de panfletos, de preservativos e de conversa sobre o tema – sendo os acadêmicos acompanhados por enfermeiras do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da cidade – cabendo aos testados orientados a buscar o resultado na sede física do CTA. Foi feito, também, palestra educativa sobre higiene íntimas, sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com adolescentes convidados nas ruas durante os primeiros dias de atividades. Este tema também foi discutido em praça com transeuntes, o qual foi direcionado à promoção de saúde com enfoque no câncer de mama e de próstata – ressaltando os fatores de risco e às formas de prevenção. Os voluntários também foram a uma praia de grande movimentação, onde distribuíram preservativos, panfletos e informações sobre a prevenção de ISTs. A análise das ações revelou que: na cidade, foi constatada uma recusa a receber preservativos por parte de muitos homens, que alegavam não gostar ou que poderiam ser interpretados como traições por suas esposas; já na praia, houve uma demanda substancial por preservativos pelos banhistas.

Todas as ações, anteriormente descritas, também foram realizadas em uma comunidade ribeirinha próxima à Ponta de Pedras, denominada de Paricatuba – cujo acesso se deu por pequenos barcos motorizados, chamados pelos moradores de “voadeira”. Lá, ao ar livre e em uma igreja, foram montados stands para tratar das mesmas temáticas, com cartazes, panfletos e também testes de AIDS, Sífilis, aferição de Pressão Arterial e verificação de glicemia capilar. Ademais, houve a introdução de uma programação extra com as crianças do local – que consistiu em gincana lúdica com dinâmicas que informaram a respeito de doenças comuns da infância, como escabiose, piolhos e contaminação por verminoses. Durante a atividade, participaram 38 crianças da comunidade, as quais demonstraram grande aprendizado acerca do assunto, além de bastante interesse por ser uma problemática frequente no cotidiano das mesmas. Quando questionadas após a finalização da atividade, as crianças mostraram domínio do

tema e estavam dispostas a passar as informações aos seus familiares, de modo a trabalhar a prevenção. Estiveram envolvidos nesta etapa específica 8 acadêmicos de medicina.

Em um segundo momento do ano, também em período não letivo, foi realizada a etapa II do projeto Açaí, configurando a continuação das atividades já iniciadas, desta vez com a abordagem de outras temáticas e o resgate de outras. A viagem foi direcionada à abordagem dos públicos infantil e adolescente. Foram pesquisadas todas as escolas de ensino fundamental da cidade, sendo em todas desenvolvidas a dinâmica do “Teddy Bear Hospital do Ursinho” (TBHO) – uma metodologia desenvolvida na Espanha em 2003, cujo objetivo primordial é o combate à medicofobia.

A equipe acadêmica foi dividida ao meio, de modo que cada subgrupo atuava em duas escolas simultaneamente. Em geral, no TBHO, o ambiente escolar é dividido de modo a simular alas hospitalares; porém, um diferencial dessa edição do projeto, foi a inserção do tema “alimentação saudável” dentro de cada estação – possibilitando atender a uma demanda da secretaria de saúde local, de combate à obesidade na primeira infância. Além dos 14 graduandos de medicina, estiveram presentes também 2 estudantes de odontologia, fornecendo suporte em higiene bucal. Mais de 500 escolares participaram e, apesar do receio inicial, notou-se a aproximação das crianças aos acadêmicos posteriormente – mostrando confiança na pessoa que vestia o jaleco branco, além da intensa participação na conversa sobre hábitos de vida saudáveis. Durante a abordagem, notou-se, ainda, que as crianças cujo relato de visita ao médico era apenas em emergências tinham mais receio do que aquelas cuja frequência ao médico da atenção primária era maior.

Uma outra roupagem do Projeto Açaí II foi a atuação com adolescentes e turmas de educação para jovens e adultos (EJA). Todas as escolas de ensino médio da cidade foram mapeadas e todas as suas turmas receberam palestra educativa sobre os temas de sexualidade, gravidez na adolescência e DSTs. Apesar da restrição de distribuição de preservativos para os adolescentes, foi permitida a demonstração de colocação de preservativo masculino e a exposição de preservativos femininos. A maneira lúdica também adotada nesta atividade proporcionou maior interação e diálogo de “igual para igual” entre acadêmicos e estudantes do ensino médio. Com o EJA, a opção de realizar um “Candle light memorial”, em homenagem aos portadores de HIV que faleceram por ocasião de complicações desta doença, gerou notória reflexão por parte dos ouvintes, os quais buscaram mais informações sobre o assunto posteriormente, em sigilo.

DISCUSSÃO

Dentre as maiores dificuldades que os projetos enfrentaram estão problemas logísticos envolvidos com o planejamento de atividades à distância de seu local de realização – o que culminou em necessidade de alteração de planejamento algumas vezes após a chegada e instalação na cidade, até mesmo requerendo compra e confecção de materiais e alteração de agenda de ações. O projeto deu aos alunos a oportunidade de interagir com pessoas que vivem além do rio que banha a cidade de Belém, de desenvolver novas idéias e de aprender novos tópicos sobre saúde pública. Eles aprenderam a fazer a diferença no futuro como profissionais, analisando a disparidade de saúde pública entre as áreas urbanas e o contexto rural do país. Portanto, ao estar ciente dessa disparidade e entendê-la, eles estarão um passo mais perto de encontrar novas maneiras de diminuí-la e, assim, contribuir para a melhora da saúde pública.

A saúde rural é definida como uma interação necessária e a conectividade da pessoa rural com sua família e comunidade, alertando sobre o menor acesso das comunidades rurais do mundo aos cuidados de saúde, pior estado e desfechos de saúde comparados com comunidades urbanas. No contexto de ruralidade, prover cuidados de saúde efetivos e de alta qualidade constitui um desafio para qualquer nação, pois a saúde é fundamentada em determinantes amplos, o que demanda cooperação multidimensional da comunidade nos mais diversos aspectos, sejam eles ambientais, econômicos, disponibilidade de recursos, educação ou cuidados de saúde (TARGA, 2014).

Segundo a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), a escassez mundial de profissionais médicos de família rurais tem contribuído diretamente para as dificuldades com prestação de cuidados médicos adequados em áreas rurais e remotas, tanto em países desenvolvidos, quanto nos menos desenvolvidos. Um componente fundamental de uma política de estruturação de sistemas de saúde para áreas rurais e remotas é a formação de recursos humanos que estejam capacitados para atuarem nessas regiões. Tal política envolve a reorganização dos currículos médicos e a descentralização da formação em saúde, juntamente com medidas para facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos de medicina (DUNCAN, 2014).

A atenção integral à família tem se constituído como espaço privilegiado para articular ensino-pesquisa-extensão, tendo como desafio atender não mais a necessidade individual, mas a unidade familiar em contexto comunitário (TAVARES, 2007).

Além disso, é importante lembrar que as ações educativas devem ser capazes de despertar interesse nos atores envolvidos, uma vez que tendem a perder a eficácia quando não correspondem às reais necessidades do indivíduo ou do coletivo. Os profissionais devem atentar para o fato

de que as ações educativas em saúde devem, primeiramente, conhecer a realidade do indivíduo ou do grupo, mergulhar no seu cotidiano, para em seguida, fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. Portanto, é necessária uma análise das práticas e dos processos heterogêneos por meio dos quais os seres humanos vêm a se relacionar consigo e com os outros enquanto sujeitos de sua própria realidade (SOUZA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IFMSA Brazil atua como uma canal para a inserção dos estudantes de medicina de maneira ativa na sociedade ao proporcionar um contato pouco explorado pelas escolas médicas: o estímulo e a prática da liderança. O setor de atividades proporciona aos acadêmicos entender os agravos da saúde pública e colocar o futuro profissional em um contexto transformador, capaz de dimensionar os problemas de sua comunidade e atuar como um agente de saúde consciente dos desafios que são enfrentados diariamente pelas pessoas e que trabalha a favor de mudanças efetivas.

Em sintonia, a saúde rural é um dos grandes desafios da saúde pública, pois a interiorização da medicina esbarra em diversos obstáculos, como os físicos, representados pelos rios, além das burocracias logísticas que se fazem presente. Desse modo, é importante a inserção e consolidação de atividades extensionistas em saúde rural envolvendo acadêmicos do curso de Medicina, para que estes possam identificar e reconhecer as necessidades em saúde dessas populações.

Além disso, é necessária a qualificação e designação de profissionais para estas áreas rurais, para que estes conheçam a realidade local a fim de traçar planejamentos que contemplem as necessidades dessa população que carece de atendimento e de estratégias públicas. Assim, será possível alcançar níveis satisfatórios na assistência em saúde da população rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDO, N. M., TARGA, L. V., ALMEIDA, A., SILVA, D. H. S., de Barros, E. F., SCHWALM, F. D., ... & HORTA, T. C. G. (2011). DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA¹ O Conceito de rural e o cuidado à saúde². Revista brasileira de medicina de família e comunidade, 6(19), 142-144. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. 2014. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf> > Acesso em: 14 set. 2017.

COSTA, T. F. D'A, & ALCÂNTARA, J. G., & VIEIRA, A. R., PIREZ, C. A., & SOARES, C. G. M., & YAMANO, E. Y. S., & BAHIA, S. H. A., & CONDE, S. R. S. (2010). Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Projeto Pedagógico. Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil. <http://www.faculadamedicina.ufpa.br/doc/ppc.pdf>.

DEMOGRÁFICO, C. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

GOVERNO DO PARÁ (2013). Pacto pelo Pará de redução da pobreza – Região de integração do Marajó. Belém, Pará, Secretaria Especial de Estado de Proteção e Desenvolvimento Social (SEPLAN), Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), Governo do Pará. http://www.seplan.pa.gov.br/sites/default/files/PDF/ppa/ppa2016-2019/plano_marajo_2013-2014_seas.pdf.

OMS (2009). Estatísticas da força de trabalho em saúde: Monitorização da distribuição geográfica dos recursos humanos de saúde em áreas rurais e deficientemente servidas. Revista Spotlight. Ed 8. 1-2 http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_p.pdf?ua=1.

NUNES, T. R. C., GIRARD, D. M., PEREIRA, J. (2013). Educação em Saúde na Atenção Básica (v. 12, n. 10, p 214-230.). Coleção Gestão de Saúde Pública. Santa Catarina – Universidade Federal de Santa Catarina. <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-12-Artigo10.pdf>

TARGA, L. V., WYNN-JONES, J., HOWE, A., ANDERSON, M. I. P., LOPES, J. M. C., JUNIOR, N. L., ... & SCOTT-JONES, J. (2014). Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(32), 292-294.

DUNCAN, M. S., & TARGA, L. V. (2014). Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(32), 233-234.

TAVARES, D. M. S., SIMÕES, A. L. A., POGGETTO, M. T. D., & SILVA, S. R. (2007). Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 6, 2007.

SOUZA, A. C., CUNHA, A. P., SACCOL, A. P., STEFANES, C., HERMÓGENES, M. V., LIMA, L. M., & MIRANDA WOSNY, A. (2008). A extensão universitária no processo de educação e saúde: um estudo de caso. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, 4(5).

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.