



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

revista.interface@gmail.com

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Galas Justo, Larissa; de Sousa Severo, Ana Kalliny; Félix-Silva, Antônio Vladimir; Sousa
Soares, Lorena; Lopes e Silva-Júnior, Fernando; dos Santos Pedrosa, José Ivo
A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1345-1354
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153322023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A territorialização na Atenção Básica:

um relato de experiência na formação médica

Larissa Galas Justo^(a)

Ana Kalliny de Sousa Severo^(b)

Antônio Vladimir Félix-Silva^(c)

Lorena Sousa Soares^(d)

Fernando Lopes e Silva-Júnior^(e)

Introdução

No Brasil, a estruturação da política de Saúde vem sofrendo um processo de sucessivas mudanças, com a atuação de importantes segmentos sociais e políticos no sentido de reivindicar o avanço do movimento pela Reforma Sanitária¹ e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, “como toda forma de realidade, se produz no embate entre as diferentes políticas de sua(s) construção(ões)”². Por conseguinte, diversos setores envolvidos com o SUS têm por papel fundamental induzir a produção das mudanças que atravessam o campo das práticas de Saúde como o campo da formação profissional.

As novas ações em experimentação devem ofertar propostas de transformação das práticas profissionais, fundadas na reflexão crítica sobre o trabalho em Saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Tais práticas precisam possibilitar que o cotidiano das relações de cuidado em Saúde e da gestão setorial sejam incorporadas ao aprender e ensinar. Dessa maneira, a formação deve ir além da busca de diagnóstico e intervenção sobre um processo de adoecimento e adequar-se “às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado”³.

A partir da necessidade do aperfeiçoamento e reformulação da formação dos alunos de graduação em serviço e da necessária reconstrução das relações entre a universidade e os serviços de saúde é que, nas últimas décadas, vem ocorrendo um movimento mundial de reestruturação da formação médica. No contexto brasileiro, busca-se a transformação da formação médica no sentido de confluir com os objetivos do SUS e fortalecer uma Atenção em Saúde focada nas necessidades de saúde da população, delineando projetos que tenham o ensino voltado para a comunidade⁴. No ano de 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, que visa responder à demanda emergencial de expansão da oferta do serviço médico no território nacional, a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e à qualificação da Atenção Básica. Nesse sentido, o Governo Federal adota três eixos principais, entre os quais estão

José Ivo dos Santos
Pedrosa^(f)

^(a,c,d,e,f) Curso de Medicina, Campus Ministro Reis Velloso, Universidade Federal do Piauí. Avenida Capitão Claro, 382. Centro. Parnaíba, PI, Brasil. 64.200-500.
larissajusto@gmail.com;
wladyfelix@hotmail.com;
lorenacacaux@hotmail.com;
fernando.lopes@ufpi.edu.br;
jivopedrosa@gmail.com
^(b) Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz, RN, Brasil.
akssevero@gmail.com

a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina, o aumento do número de residências médicas em diversas regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica⁵.

Enfim, buscamos refletir acerca da importância da territorialização na Atenção Básica em Saúde na formação médica a partir de uma experiência vivenciada com a inserção de acadêmicos em Medicina na Estratégia Saúde da Família (ESF). Um dos fundamentos da ESF é a Atenção Básica territorializada, construída sobre uma base territorial espacialmente delimitada e seguindo o modelo instrumentalizado na adstrição da clientela^{6,7}. O território, para efeito do processo de produção de saúde da comunidade, deve ser considerado um espaço vivo capaz de produzir saúde; portanto, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região⁶. Ele deve ser entendido como espaço dinâmico em constante metamorfose nos mais variados aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, consequentemente, sujeito a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades, características que reverberam na administração, política, tecnologia e sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis⁷.

Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação dos sistemas de Saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica. O curso de Medicina da instituição de ensino superior (IES) da cidade de Parnaíba tem como eixo teórico-metodológico ensino-serviço-comunidade e como áreas de competência profissional, a atenção, gestão e educação em Saúde⁸. Trata-se de um curso inaugurado de acordo com as Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de graduação em Medicina de 2014 e com as normas estabelecidas pelo Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica de 2010. Vale ressaltar que o curso está organizado por módulos⁸.

Como a educação permanente em Saúde se constitui dispositivo de articulação entre ensino-serviço-comunidade e as áreas de competência do profissional médico? Aqui não temos a pretensão de responder a essa problematização. Não obstante, as discussões e resultados da experiência que será relatada apontam algumas pistas, “reconhecendo que reside na educação uma fonte de conhecimento que contribui para que os sujeitos tenham maior autonomia para o cuidado de si”⁹, sabendo que “o cuidado de si não se produz por conhecimento, ele precisa encontrar um território existencial fértil, em que possa acontecer”⁹. Nessa perspectiva, pensamos que o dispositivo Educação em Saúde pode contribuir com a produção de novos modos de existência a partir da territorialização.

Entre os oito módulos de Atenção Primária à Saúde no curso, o módulo de Atenção Primária em Saúde (APS) I, presente na matriz curricular do primeiro semestre, é o responsável por introduzir o conceito e a prática da territorialização no aprendizado dos estudantes do curso. Para que estes compreendam a complexidade dos processos de saúde, os docentes introduzem o ensino expondo, em atividades práticas e tangíveis, a importância e as dificuldades do processo de reconhecimento e adstrição do território. Esse módulo, dentro do qual está previsto o desenvolvimento de competências relativas à Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, figura em oito dos 12 semestres da referida graduação. Assim, este relato tem como objetivo discutir a importância da territorialização para a formação médica a partir da análise de uma experiência de ensino no curso de Medicina.

Metodologia: como ocorreu a territorialização

O curso de Medicina da cidade de Parnaíba tem sua estrutura curricular dividida em duas fases, cada uma delas compreendendo diferentes atividades e metodologias. A primeira fase compreende as quatro primeiras séries, organizada em oito períodos que apresentam níveis de articulação dos conteúdos disciplinares por meio de módulos sequenciais e de módulos transversais. A APS é um dos módulos transversais, sequenciado até o oitavo período, e articula “os conteúdos apreendidos com as expressões práticas nas Redes de Atenção, preconizadas nas políticas de saúde, integrando os níveis individuais e coletivos de atenção; saberes técnicos-científicos com saberes tácitos e populares; intervenções pontuais, emergenciais e planejada”⁸.

O módulo APS I ocorreu durante o segundo semestre do ano de 2015 e foi composto de aulas teóricas e práticas, que objetivaram o aprendizado sobre determinação social da Saúde, a compreensão dos aspectos teóricos e históricos da emergência da prática médica, o reconhecimento dos sujeitos e das práticas de saúde e a complexidade da atenção e saúde comunitária. Para o desenvolvimento das atividades, os alunos foram divididos em grupos de oito a dez participantes e inseridos em cinco Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município. Ao longo do semestre, foram realizadas em torno de sete visitas no território, com as seguintes finalidades: mapeamento da área de cobertura da Unidade de Saúde a partir de observações participantes acompanhadas por agentes comunitárias de saúde (ACSs), rodas de conversas com ACSs, entrevistas com enfermeira e cirurgiã-dentista e visitas domiciliares. Essas visitas eram intercaladas com aulas teóricas, nas quais a construção do conhecimento se dava a partir do diálogo com as atividades práticas e o uso de práticas integrativas grupais. As atividades de visitas aos territórios eram registradas na construção de diários e da caixa de afecções.

Uma das Unidades de Saúde visitadas é referência para o território caracterizado neste relato, que engloba um dos bairros antigos da cidade e inclui ainda uma comunidade ribeirinha. O bairro é considerado um dos pontos de origem da cidade de Parnaíba. Os serviços oferecidos por essa unidade incluem acolhimento, serviço de enfermagem, atendimento médico, consulta de pré-natal e puericultura, curativos, dispensação de medicamentos, de preservativos e de contraceptivos, exame preventivo de câncer de colo de útero, grupo de Educação em Saúde, imunização, nebulização e planejamento familiar.

No processo de territorialização, esse grupo específico de alunos e professoras caminhou pelas ruas do bairro, acompanhado dos ACSs. Alguns instrumentos foram fornecidos para guiar as observações. Além de aspectos gerais do território e da identificação da equipe, a atividade foi previamente orientada por meio de um roteiro de perguntas para a comunidade, contendo os seguintes direcionamentos (além de outras questões que surgirem): Quem somos nós? De que vivemos? Como vivemos? Quais dificuldades você vivencia no lugar onde você mora? E em relação à saúde? Quais problemas em relação à saúde você mais encontra onde você vive? O que tem de bom onde você mora? Quando você tem um problema de saúde, a quem/o que você procura [colocar todas as opções]? Como você vê o Posto de Saúde e quais sugestões você dá para melhorar o trabalho do Posto de Saúde?

Além disso, foram realizadas rodas de conversa com profissionais de nível superior e com a superintendente da Atenção Básica, a cirurgiã-dentista e a enfermeira, que também era a gestora da unidade. Foram realizadas perguntas a respeito da formação e nível desses profissionais, cargo ocupado, tempo de serviço na instituição, além de questionamentos acerca da visão desses profissionais quanto à comunidade, atividades realizadas, metodologias e estratégias de intervenção e, por fim, principais dificuldades e benefícios do serviço no qual estavam inseridos.

Para a construção e síntese desta análise da experiência, utilizamos os diários cartográficos e a caixa de afecções produzidas por este grupo de alunos e optamos por apresentá-la em eixos temático-teóricos considerados relevantes. Os eixos foram: a participação dos ACSs no ensino médico – a ampliação do olhar sobre o território, aprendendo sobre equidade –; a importância do vínculo equipe-comunidade; o protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade – constituindo grupos sujeitos, promovendo a aprendizagem por meio da territorialização –; e o uso de portfólio, o fórum e a caixa de afecções.

Eixos analíticos para discussão

A participação dos ACSs no ensino médico – a ampliação do olhar sobre o território

Na experiência vivenciada, a participação dos ACSs mostrou-se essencial para inserir os alunos nas comunidades, produzir vínculo e demonstrar abordagens participativas no trabalho com a comunidade.

Três dos ACSs dessa Unidade de Saúde receberam os alunos apresentando um mapa que eles próprios haviam confeccionado de acordo com a região onde trabalhavam. Entre esses agentes, dois trabalhavam como ACS da unidade há mais de 15 anos; o outro, há mais de 17 anos.

Ao iniciar a discussão, os ACSs listaram os membros permanentes da equipe de Saúde da unidade, citando a médica, a enfermeira, a cirurgiã-dentista, a atendente social e o próprio grupo de agentes comunitários, que era o mais numeroso e formado por moradores do próprio bairro. Após essa apresentação, os três passaram a expor todas as microáreas que constituíam o território coberto pela unidade.

À medida que os ACSs foram descrevendo as microáreas, foram reveladas as riquezas cultural e histórica do bairro; a heterogeneidade da população residente, com áreas muito ricas e outras muito pobres; os problemas de infraestrutura do bairro, entre outros. Além disso, eles também explicaram como os agentes de Saúde, entre profissionais de Saúde e membros da comunidade, lidavam com os problemas locais. Percebemos, ainda, que o reconhecimento da complexidade e das especificidades do território é de conhecimento quase exclusivo dos ACSs. Em entrevistas realizadas com os profissionais de nível superior da unidade acerca do território e dos seus recursos, foi percebido o pouco conhecimento sobre as experiências da comunidade.

Como consta no Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), é competência dos ACSs trabalhar com microáreas, definidas como “adstrição de famílias com base geográfica definida”¹⁰. Cada um dos ACSs da Unidade Básica de Saúde (UBS) era responsável por uma das microáreas da região coberta; a maioria era residente da própria área onde estava lotado, inclusive o membro da equipe responsável pela comunidade ribeirinha. Ainda que haja essa divisão, durante a reunião inicial – na qual constavam apenas três agentes de uma equipe bem maior – todos os ACSs conheciam as principais características e nuances das zonas adstritas.

No que se refere ao trabalho da ESF, o enfrentamento das determinações sociais em Saúde deve abranger recursos existentes no próprio território; para tanto, a equipe e o médico generalista precisam compreender a comunidade, o modo como ela vive, as dificuldades e os recursos que podem ser usados para produção de saúde. Haddad, em discussão acerca da Educação Baseada na Comunidade, explica que se constitui como um desafio que o estudante: “[...] deve aprender desde cedo que o paciente ou o usuário do serviço de saúde é o sujeito e não objeto da ação profissional. Para isso, é preciso sair da prática centrada na técnica para estar nos locais em que a vida (e a saúde e a doença) acontece”⁴.

Desse modo, apontamos que essa integração só foi efetivamente possível com a participação dos ACSs, já que estes têm uma participação ativa na produção de saúde da população, no que se refere tanto à produção da clínica e do cuidado quanto de ações de promoção e educação em Saúde¹¹. Enfim, a participação dos ACSs se mostra essencial na formação médica atual para a desconstrução do paradigma biomédico hegemônico centrado no saber sobre a doença e em ações verticalizadas realizadas na comunidade. A partir dessa inserção no território é que se pode produzir modos de aprender, intervenções que consideram o saber sobre as pessoas e a clínica ampliada no território, fundamentais na ESF, fortalecendo a relação entre ensino-serviço-comunidade.

Aprendendo sobre equidade – a importância do vínculo equipe-comunidade

Nas visitas realizadas, percebemos que o cuidado e desconstrução de preconceitos diante de grupos específicos são essenciais para a efetivação do direito universal à saúde, principalmente diante da abordagem e do vínculo com populações ribeirinhas, populações quilombolas e profissionais do sexo.

Um dos locais visitados provocou bastante curiosidade entre os estudantes: um bar no qual, possivelmente, ocorre comercialização de drogas, além de funcionar como uma casa de prostituição – inclusive de crianças e adolescentes. Os ACSs explicaram que, eventualmente, distribuem camisinhas e outros métodos preventivos de concepção e de infecções sexualmente transmissíveis, embora busquem fazer essas intervenções com cuidado e gentileza, para não dissolver a relação de confiança entre os usuários desse lugar e a equipe, construída há certo tempo.

Esse caso iniciou uma discussão sobre a abordagem dos usuários mais vulneráveis da região. Os ACSs foram unânimes em afirmar que é importante não deixar transparecer o impacto que algumas situações sociais causam à equipe. A abordagem, nesses casos, é delicada, já que qualquer atitude mais enérgica de denúncia e intervenção brusca pode provocar perda irreversível de confiança por parte da população coberta.

A referência da UBS para situações sociais extremas é o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) de um bairro próximo. Entretanto, os ACSs são reticentes em relação à intervenção dos assistentes sociais. Eles descrevem o método como mais enérgico e passível de causar quebra irreparável da confiança dos usuários nos agentes que denunciam as situações. Apesar de haver necessidade de notificações dos agravos, os ACSs procuram fazê-las de modo a não desgastar – termo que eles mesmos usaram para descrever essa quebra de confiança – a imagem da equipe de Saúde.

Outro destaque é um local que servia como lixão na área, que foi limpo e apropriado pelos moradores da região, tornando-se um local habitado, no qual foi construído um jardim, que é cuidado pela comunidade. Possui um ponto comercial grande que supre os arredores com produtos de mercearia, bem como uma loja de paisagismo. É nessa área que existe uma antiga vila de pescadores que os moradores da região acreditam ser descendentes de quilombolas que migraram há muito tempo do estado do Ceará. Eram um grupo bastante fechado, inicialmente, não se inseriam nas escolas e nos outros serviços públicos oferecidos à comunidade. Uma das estratégias usadas para aproximação da equipe de Saúde com a vila foi a entrada de um dos integrantes da vila para o grupo dos ACSs. Atualmente, os ACSs já possuem um vínculo com essa vila, que já está inserida nos serviços públicos, incluindo os de educação e Saúde. Há dúvidas sobre se essa pequena comunidade é descendente de quilombolas, apesar das origens descritas.

Por fim, os agentes descreveram a comunidade ribeirinha, que tem um agente próprio, morador do local. Embora seja pequena e afastada, detém um enorme valor histórico para Parnaíba. É o local do antigo povoado Testa Branca, historicamente apontado como o verdadeiro início da cidade.

A dificuldade no acesso da população à comunidade ribeirinha deveu-se, além dos muros físicos, aos problemas de infraestrutura. As pequenas dimensões dessa comunidade permitiram aos alunos presentes o reconhecimento rápido e direto de todos os descritores já mencionados pelos ACSs em encontros anteriores: comunidade ribeirinha de aspecto primordialmente familiar, formada especialmente por pescadores do rio que a margeiam. Uma das novidades foi a situação da coleta de lixo no local, inexistente por causa do difícil acesso e motivo pelo qual os moradores da região recorrem a queimadas como única alternativa para descarte dos materiais.

A evasão escolar é alta na região: os professores da escola faltam muito e aparentam desmotivação, segundo uma das agentes que acompanhou o grupo. Por causa disso, as crianças geralmente vão à escola apenas para receber a merenda e passam pouquíssimo tempo nela. Os agentes também informaram que a juventude do local tende a migrar para áreas mais urbanas ao fim da adolescência e não retorna. Por isso, a população dessa comunidade carece de jovens adultos, possuindo mais crianças e adultos mais velhos.

Devido à distância entre a comunidade e a Unidade de Saúde, bem como a indisponibilidade de horários com acompanhamento dos ACSs, os alunos não puderam visitar a comunidade. No entanto, conhecê-la foi um dos momentos mais impactantes do processo de territorialização, tanto pelo choque de realidade quanto pelas ideias que os alunos discutiram sobre projetos de intervenção a serem realizados nesse local.

Percebemos que os ACSs problematizam com os discentes as intervenções, por vezes, violentas do Estado. Na modernidade, instaura-se um modelo hegemônico de intervenção em Saúde, caracterizado por ações de controle sobre a vida e sobre os corpos das pessoas, principalmente da população vulnerável. A atenção domiciliar em Saúde também se delinea sobre essa mesma perspectiva, com ações que buscam o controle da população¹².

Para provocar mudanças nesse quadro, torna-se importante ainda fortalecer no currículo de Medicina a discussão acerca das heterogeneidades do povo brasileiro e a adequação das intervenções frente a essas diferenças, assumindo a equidade como diretriz para o cuidado. Também é importante inserir, na formação do profissional de Saúde, discussões que vêm sendo desenvolvidas no sentido de combater ações de controle sobre a população mais pobre, como também de oposição à desigualdade no acesso aos serviços e bens de saúde. O SUS “vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde”¹³.

Construir modos de cuidado equitativos implica ainda em adotar uma postura ética de respeito e afirmação das diferenças, acolhendo e produzindo saúde a partir das necessidades específicas das

populações. Para tanto, faz-se necessário buscar saberes que ajudem no reconhecimento da história da comunidade, das especificidades culturais e dos modos de reprodução social dos indivíduos e populações¹⁴.

O protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade – constituindo grupos sujeitos

No relato baseado na caixa de afecções, uma das alunas do grupo menciona a música denominada Clube da Esquina II, de Milton Nascimento, Lô Borges e Márcio Borges: “Porque se chamavam homens/Também se chamavam sonhos/E sonhos não envelhecem”. Fala de um tempo que não sonhou, um tempo de tristeza, no qual se sentia perdida. Entoa, junto com outros estudantes, um canto que fala de sonhos que não envelhecem. Falam dos motivos que os levaram à Medicina, da tradição familiar, mas explicam que não entendiam. No contato com seus Joões e donas Marias, com a história do SUS, encontraram sonhos que não envelheceram, sentiram-se parte de um protagonismo na construção de outra realidade de direitos à saúde. Suas almas, junto com a do SUS, engrandeceram-se e avivaram-se.

Avivaram-se porque encontraram no território histórias antes não imaginadas por eles e não propagadas pela mídia. Só sabiam de uma Medicina centrada na relação médico-paciente, conforme relato de um aluno, e de um SUS para quem não tinha condição de pagar. Não sabiam que podiam produzir outras histórias coletivas na produção de saúde.

Em uma das microáreas distantes da Unidade de Saúde, existia um Posto de Saúde construído que foi abandonado durante uma década. Os moradores e os ACSs se uniram para limpar e arrumar o posto, dividindo as despesas e agindo por conta própria, sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atualmente, a comunidade assumiu o cuidado do posto, limpando-o e mantendo sua integridade para que a equipe de Saúde possa visitar e agir a partir dele.

Enquanto esse acolhimento da comunidade e engajamento dos profissionais de Saúde que trabalham em prol dela são certamente louváveis e um exemplo de interesse no bom funcionamento da ESF, questões delicadas observadas pelos alunos durante o módulo foram justamente a desconexão entre a gestão municipal e a gestão da Unidade a eles apresentada. Quanto mais os membros da equipe demonstravam iniciativa e autonomia, menos prioritárias pareciam ser suas reivindicações; um dos ACSs comentou para os alunos, inclusive, que o fato de a UBS solucionar parte de seus problemas por conta própria parece ter se tornado uma justificativa para essa situação.

Por conseguirem atuar na região sem um apoio mais amplo da SMS, os ACSs não gostam de registrar e divulgar os eventos que realizam, para que o crédito de suas ações independentes não mascare o fato dos sucessos serem, em grande parte, frutos do esforço da equipe do bairro, e não dos programas e da verba municipal. Atividades que costumavam ser feitas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que foram descontinuadas após seu encerramento, ainda persistem, como a “Capoterapia” que ocorre aos domingos, com idosos, em um colégio do bairro, envolvendo atividades físicas que simulam a capoeira, bem como o grupo de caminhada, organizado pela própria comunidade.

Percebemos a partir dos relatos que, ao entrar em contato com as expressões das pessoas sobre seus modos de vida, os alunos se sentem mobilizados e pertencentes na construção do sistema e desses mesmos modos de vida. Dessa maneira, modos de aprender e cuidar vão sendo mobilizados no sentido de produzir junto com as pessoas o cuidado comunitário e, junto com os discentes, seus territórios existenciais para “o estar” na comunidade e na universidade são trabalhados.

A aprendizagem por meio da territorialização: o uso de portfólio, o fórum e a caixa de afecções

As últimas atividades avaliativas dos alunos no módulo incluíam a elaboração de um portfólio descrevendo toda a vivência da territorialização em suas nuances e afetações e a criação de um fórum sobre os produtos do módulo, a ser realizado por todas as turmas de Medicina envolvidas nas atividades de Atenção Primária.

Considerando que o curso de Medicina em questão tem em seu alicerce a priorização de metodologias ativas para a construção de uma aprendizagem colaborativa¹⁵, o portfólio foi adotado como uma forma de incentivar a participação intensa do aluno na produção do conhecimento que o beneficiará em sua formação. Ao invés de focar uma avaliação somativa e individual, essa metodologia assegura uma avaliação coletiva, consensual e reflexiva, aguçando a criticidade dos discentes e consolidando a conscientização social de todos os participantes. Esse processo reflete a identidade do discente e permite uma avaliação formativa pautada na reflexão e na autoavaliação¹⁵.

A outra atividade avaliativa distanciou-se da reflexão individual para ser desenvolvida entre os grupos dos módulos de Atenção Primária à Saúde, em vários níveis: entre os grupos divididos por unidades de Saúde dentro de um mesmo módulo e entre os grupos de módulos distintos (no caso, APS I e APS III). A partir desses princípios, os professores dos módulos de APS planejaram um fórum que englobasse todos os participantes da APS, desde os discentes e docentes aos servidores de Saúde envolvidos na Atenção Básica do município.

O fórum não foi executado na plenitude de suas possibilidades, refletindo dificuldades na construção de estratégias de planejamento e avaliação de ensino universitário em parceria efetiva com a rede de serviços⁴. O grande potencial desse evento só será realmente atingido quando todos os módulos puderem participar de sua execução, de modo que trabalhos dos alunos na Atenção Básica sigam em simbiose, encadeados desde a APS I a APS VIII, com participação das turmas do internato em APS e com os trabalhadores e a comunidade.

Além do fórum, das práticas integrativas grupais – tais como rodas de conversa e círculo de cultura, utilizados nas atividades de formação – e do uso do portfólio, utilizamos também a caixa de afecções. Trata-se de uma ferramenta confeccionada por cada estudante, em uma oficina com os professores de outro módulo do curso (Bases dos Processos Psicossociais da Saúde), que foi potencializada pelo encontro dos alunos com o território no módulo da APS I, gerando uma integração entre os módulos. O uso desse dispositivo – a caixa de afecções¹⁶ – visou à conexão com a experiência a partir de objetos que remetem à vivência de afetar e deixa-se afetar com a territorialização e às sensações e pensamentos relacionados à experiência que possibilitem o deslocamento do olhar em direção às potencialidades do território, gerando o desejo de fazer registros nos diários e sistematizações no portfólio. A caixa funcionou como uma importante ferramenta que possibilitou o diálogo sobre os distintos ritmos e pontos de vista, conciliando as demandas e necessidades de ambas as partes, “sem perder de vista que o objetivo principal é o de atender às necessidades do usuário”⁴.

Considerações finais

Os objetivos específicos do módulo de APS I incluem o aprendizado sobre determinação social da saúde, a compreensão dos aspectos teóricos e históricos da emergência da prática médica, o reconhecimento dos sujeitos e das práticas de saúde e a complexidade da atenção e Saúde comunitária. Além desses, estão incluídos o estudo dos elementos de pesquisa em Atenção Básica e a situação de saúde no Brasil, incluindo o entendimento do modelo assistencial, da regionalização e da municipalização de Saúde, em seus diversos níveis de assistência e sistemas de Saúde⁸.

Essa ementa foi executada concomitantemente à atividade prática da territorialização realizada pelos próprios alunos na composição da carga horária do módulo. Orientados pelos professores e por membros da equipe de Saúde das UBSs dos bairros, especialmente os ACSs, os discentes foram capazes de fixar o conteúdo de aprendizagem de forma ativa, produzindo conhecimento além das paredes de uma sala de aula. Utilizando metodologias ativas e submetidos ao impacto da comunidade em seus determinantes sociais de saúde e suas características multifatoriais, alunos e professores notaram uma maior sensibilidade no processo de aprendizagem.

Devido à efetividade desse modelo de ensino, o método será aprimorado e continuará a figurar no módulo de APS I, sendo responsável por introduzir os novos estudantes de Medicina à complexidade do serviço de Saúde por meio das várias facetas daquilo que, em um primeiro momento, aparenta ser um recorte simples e pequeno de um mapa.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a experiência foi considerada, pelos alunos e professores que a conheceram a partir das atividades do módulo, uma unidade modelo na cidade de Parnaíba. Embora sua estrutura física esteja longe de figurar no topo do que há de mais moderno ou apropriado às diretrizes da ESF – afinal, existe em um ambiente que foi inicialmente construído como uma casa, e não como uma UBS –, é um local bem cuidado pelos profissionais responsáveis e pela comunidade. A equipe é pontual e organizada, capaz de planejar suas ações de acordo com os calendários nacionais de Saúde e de adaptá-las às características da população com a qual trabalha, de acordo com demandas e necessidades observadas.

Para além da produção imaginária de uma unidade modelo, ressaltamos aqui a superação dos grupos segmentados no ensino (docente e discentes), no serviço (agentes comunitários e demais profissionais) e na comunidade (participação social) e a aposta na perspectiva ético-estético-política no que devem comum desses múltiplos grupos, comunidade porvir¹⁶ e no devir grupo sujeito¹⁷ como dispositivos que nos fazem experimentar, problematizar e narrar a experiência da territorialização.

Colaboradores

Larissa Galas Justo, Ana Kalliny de Sousa Severo e Antônio Vladimir Félix-Silva trabalharam na concepção e redação do conteúdo intelectual do relato de experiência. Lorena Sousa Soares, Fernando Lopes e Silva-Júnior e José Ivo dos Santos Pedrosa trabalharam na revisão crítica do conteúdo intelectual do relato de experiência, bem como na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: uma discussão teórico-metodológica a partir de Foucault. In: Lima EA, Ferreira Neto JL, Aragon LE, organizadores. Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV; 2010. p. 46-53.
2. Rolnik S. Políticas de hibridação: evitando falsos problemas. In: Lima EL, Ferreira Neto JL, Aragon LE, organizadores. Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV; 2010. p. 15-24.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev Saúde Colet* (Rio de Janeiro). 2004;14(1):41- 65.
4. Haddad AE. Educação Baseada na Comunidade e as políticas indutoras junto aos cursos de graduação na Saúde. In: Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E, editores. Educação Baseada na Comunidade para as profissões da Saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 9-36.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Sucupira AC. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. SANARE (Sobral). 2003;4(1):11-4.
7. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab Educ Saúde (Rio de Janeiro). 2010;8(3):387-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
8. Ministério Da Educação (BR). Universidade Federal do Piauí. Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina do campus de Parnaíba. Teresina (PI): Ministério da Educação; 2014.
9. Franco TB. Prefácio. In: Ribeiro CDM, Franco TB, Silva Júnior AG, Lima RCD, Andrade CS, organizadores. Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 13-7.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
11. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2009.
12. Freire Costa J. Ordem médica e norma familiar. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
13. Ministério da Saúde (BR). Práticas de promoção da equidade em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
14. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Vagula E, Torres PL, Behrens MA. Avaliação da Aprendizagem no Ensino Superior: o Uso do Portfólio como Técnica Avaliativa. UNOPAR Cient Ciênc Human Educ (Londrina). 2015; 16(1):35-40.
16. Negri T. Exílio: seguido de valor e afeto. São Paulo: Iluminuras; 2001.
17. Barros RB. Dispositivos em ação: o grupo. In: Saúde e loucura 6. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 183-91.

Este relato discute a importância da territorialização para a formação médica a partir da análise de uma experiência de ensino em um curso de Medicina. O curso de Medicina nesta instituição de ensino superior está organizado por módulos, sendo um deles o módulo Atenção Primária em Saúde. Nele, desenvolveu-se a territorialização, com atividades vinculadas a cinco unidades básicas de saúde, registradas em diários cartográficos. Analisamos a experiência vivenciada em uma das unidades usando quatro eixos: a participação dos agentes comunitários de Saúde no ensino médico, aprendendo sobre equidade, a importância do vínculo equipe-comunidade, o protagonismo de estudantes, profissionais e comunidade e a aprendizagem por meio da territorialização. A análise da experiência demonstrou a importância da compreensão sensível ao mapeamento do território na perspectiva ético-estético-político do devir grupo sujeito para a Atenção Básica e atendimento conforme as necessidades da população.

Palavras-chave: Territorialização. Atenção Primária à Saúde. Educação Médica.

Territorialization in Primary Health Care: an experience in medical education

This paper discusses the importance of territorialization for medical education based on the analysis of a teaching experience in a medical course. The medical course in this higher education institution is made up of modules, one of which is the primary health care module. It addresses territorialization, with activities linked to five basic health units, recorded in cartographic journals. The experience in one of the units was analyzed using four axes: the participation of community health agents in medical training; learning about equity; the importance of the team-community bond; the role of students, professionals and the community; and learning through territorialization. The analysis of this experience showed the importance of understanding that is sensitive to territory mapping from the ethical-esthetic-political perspective of the devir of the subject group for primary health care and service, according to the needs of the population.

Keywords: Territorialization. Primary Health Care. Medical Education.

La territorialización en la Atención Básica: un informe de experiencia en la formación médica

Este relato discute la importancia de la territorialización para la formación médica a partir del análisis de una experiencia de enseñanza en un curso de medicina. El curso de medicina en esta institución de enseñanza superior está organizado por módulos, siendo uno de ellos el módulo Atención Primaria en Salud. En él se desarrolló la territorialización con actividades vinculadas a cinco unidades básicas de salud, registradas en diarios cartográficos. Analizamos la experiencia vivida en una de las unidades utilizando cuatro ejes: la participación de los agentes comunitarios de salud en la enseñanza médica, aprender sobre equidad, la importancia del vínculo equipo-comunidad, el protagonismo de estudiantes, profesionales y comunidad y el aprendizaje por medio de la territorialización. El análisis de la experiencia demostró la importancia de la comprensión sensible al mapeo del territorio en la perspectiva ético-estético-política del devenir grupo sujeto para la atención básica y atención conforme las necesidades de la población.

Palabras clave: Territorialización. Atención Primaria a la Salud. Educación Médica.

Submetido em 17/06/2016. Aprovado em 12/06/2017.