

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

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

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.

Introducción

En Brasil, la estructuración de la política de salud ha sufrido un proceso de sucesivos cambios con la actuación de importantes segmentos sociales y políticos en el sentido de reivindicar el avance del movimiento por la Reforma Sanitaria¹, y la consolidación del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Ese sistema, “como toda forma de realidad, se produce en el embate entre las diferentes políticas de su construcción o construcciones”². Por consiguiente, diversos sectores envueltos con el SUS tienen como papel fundamental inducir en el sentido de la producción de los cambios que atraviesen el campo de las prácticas de salud como el campo de la formación profesional.

Las nuevas acciones en experimentación deben ofrecer propuestas de transformación de las prácticas profesionales, fundadas en la reflexión crítica sobre el trabajo en salud y la experimentación de la alteridad con los usuarios. Tales prácticas tienen que posibilitar que el cotidiano de las relaciones de cuidado de salud y de la gestión sectorial se incorporen al aprender y al enseñar. Siendo así, la formación debe ir más allá de la búsqueda de diagnóstico e intervención sobre un proceso de enfermedad y adecuarse “a las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, de la gestión sectorial y del control social en salud, redimensionando el desarrollo de la autonomía de las personas hasta la condición de influencia en la formulación de políticas del cuidado”³.

A partir de la necesidad del perfeccionamiento y reformulación de la formación de los alumnos de graduación en servicio y de la necesaria reconstrucción de las relaciones entre la universidad y los servicios de salud, en las últimas décadas ha ocurrido un movimiento mundial de reestructuración de la formación médica. En el contexto brasileño, se busca la transformación de la formación médica en el sentido de confluir con los objetivos del SUS y fortalecer una atención en salud enfocada en las necesidades de salud de la población, delineando proyectos que tengan la enseñanza enfocada en la comunidad⁴. En el año 2013, el gobierno federal lanzó el Programa “Más Médicos”, cuyo objetivo es responder a la demanda en régimen de emergencia de expansión de la oferta del servicio médico en el territorio nacional, su adecuación a las necesidades de salud de la población brasileña y la calificación de la Atención Básica. En ese sentido, el gobierno federal adopta tres ejes

principales, entre los cuales está la expansión del número de plazas para los cursos de medicina, aumento del número de residencias médicas en diversas regiones del país y la implantación de un nuevo currículo con una formación enfocada en la atención humanizada, con enfoque en la valorización de la Atención Básica⁵.

En fin, buscamos reflexionar sobre la importancia de la territorialización en la atención básica en salud en la formación médica a partir de una experiencia vivida con la inserción de académicos en medicina en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Uno de los fundamentos de la ESF es la atención básica territorializada, construida sobre una base territorial espacialmente delimitada y siguiendo el modelo instrumentalizado en la adscripción de la clientela^{6,7}. El territorio, para efecto del proceso de producción de salud de la comunidad, debe considerarse un espacio vivo capaz de producir salud, por lo tanto, un espacio que debe pasar por un diagnóstico epidemiológico para identificar los factores y condiciones pertinentes a los procesos de salud y enfermedad de determinada región⁶. Debe entenderse como espacio dinámico en constante metamorfosis en los más variados aspectos: historia, demografía, cultura y epidemiología y, en consecuencia, sujeto a una constante variabilidad de riesgos y vulnerabilidades. Son características que reverberan en la administración, política, tecnología y sociedad dentro de sus fronteras físicas e intangibles⁷.

En la medida en que la planificación de la educación en salud se aleja del modelo biomédico y se adecúa a la reorientación de los sistemas de salud, el conocimiento sobre el proceso de territorialización pasa a ser una herramienta necesaria para que la transición entre tales modelos de aprendizaje suceda de un modo fluido y funcional, especialmente en el contexto de la Atención Básica. El curso de medicina de la Institución de Enseñanza Superior (IES) en la ciudad de Parnaíba tiene como eje teórico-metodológico la enseñanza servicio-comunidad y como áreas de competencia profesional la atención, la gestión y la educación en salud⁸. Se trata de un curso inaugurado de acuerdo con las Directrices nacionales curriculares para el curso de graduación en medicina de 2014 y con las normas establecidas por el Grupo de Trabajo de Expansión de la Educación Médica de 2010. Debemos subrayar que el curso está organizado en módulos⁸.

¿Cómo la educación permanente en salud se constituye como un dispositivo de articulación entre enseñanza–servicio–comunidad y las áreas de competencia del profesional médico? No tenemos aquí la pretensión de responder a ese problema. No obstante, las discusiones y resultados de la experiencia que se relatará muestran algunas pistas, “reconociendo que reside en la educación una fuente de conocimiento que contribuye para que los sujetos tengan mayor autonomía para el cuidado de sí mismos”⁹, sabiendo que “el cuidado de sí mismo no se produce por conocimiento, sino que necesita encontrar un territorio existencial fértil en el que pueda suceder”⁹. En esa perspectiva, pensamos que el dispositivo educación en salud puede contribuir con la producción de nuevos modos de existencia a partir de la territorialización.

Entre los ocho módulos de Atención Primaria a la Salud en el curso, el módulo de Atención Primaria en Salud I (APS I), presente en la matriz curricular en el primer semestre del curso, es responsable por la introducción del concepto y de la práctica de la territorialización en el aprendizaje de los estudiantes de medicina del curso. Para que ellos comprendan la complejidad de los procesos de salud, los docentes introducen la enseñanza exponiendo, en actividades prácticas y tangibles, la importancia y las dificultades del proceso de reconocimiento y adscripción del territorio. Ese módulo, dentro del cual está previsto el desarrollo de competencias relativas a la Atención a la Salud, Gestión en Salud y Educación en Salud, figura en ocho de los doce semestres de la referida graduación. Por lo tanto, este relato tiene el objetivo de discutir la importancia de la territorialización para la formación médica a partir del análisis de una experiencia de enseñanza en el campo de la medicina.

Metodología: de cómo ocurrió la territorialización

El curso de medicina de la ciudad de Parnaíba tiene su estructura curricular dividida en dos fases, cada una de ellas incluyendo diferentes actividades y metodologías. La primera fase incluye las cuatro primeras series, organizada en ocho períodos que presentan niveles de articulación de los contenidos disciplinarios por medio de módulos secuencias y módulos transversales. La APS es uno de los módulos transversales, secuenciado hasta el

octavo período y articula “los contenidos captados con las expresiones prácticas en las Redes de Atención, determinadas en las políticas de salud, integrando los niveles individuales y colectivos de atención, saberes técnico-científicos con saberes tácitos y populares e intervenciones puntuales, en régimen de emergencia y planificadas”⁸.

El Módulo APS I se realizó durante el segundo semestre de 2015 y estaba compuesto de clases teóricas y prácticas cuyo objetivo era el aprendizaje sobre determinación social de la salud, la comprensión de los aspectos teóricos e históricos de la emergencia de la práctica médica, el reconocimiento de los sujetos y de las prácticas de salud y la complejidad de la atención y salud comunitaria. Para el desarrollo de las actividades, los alumnos se separaron en grupos de ocho a diez participantes, inseridos en cinco Unidades de Salud de la Familia del área urbana del municipio. A lo largo del semestre, se realizaron alrededor de siete visitas en el territorio, con las finalidades siguientes: mapeo del área de cobertura de la Unidad de Salud a partir de observaciones participantes acompañadas por Agentes Comunitarias de Salud (ACSs), rondas de conversaciones con ACSs, entrevistas con enfermera y cirujana-dentista y visitas a domicilio. Esas visitas se intercalaban con clases teóricas, cuya construcción del conocimiento se realizaba a partir del diálogo con las actividades prácticas y el uso de prácticas de integración grupales. Las actividades de visitas a los territorios se registraban por medio de la elaboración de diarios y de la caja de afecciones.

Una de las Unidades de Salud visitadas es referencia para el territorio caracterizado en este relato que incluye uno de los barrios antiguos de la ciudad y también a una comunidad que vive a la orilla del río. El barrio se considera uno de los puntos de origen de la ciudad de Parnaíba. Los servicios ofrecidos por esa unidad incluyen acogida, servicio de enfermería, atención médica, consulta de prenatal y puericultura, curativos, dispensación de medicamentos, dispensación de preservativos y contraceptivos, examen preventivo de cáncer de cuello de útero, grupo de educación en salud, inmunización, nebulización y planificación familiar.

En el proceso de territorialización, ese grupo específico de alumnos y profesoras caminó por las calles del barrio, acompañado por los ACSs. Se suministraron algunos instrumentos para guiar las observaciones. Además de aspectos generales del territorio y de

la identificación del equipo, la actividad fue previamente orientada por medio de un guion de preguntas para la comunidad, conteniendo las siguientes pautas: ¿Quiénes somos? ¿De qué vivimos? ¿Cómo vivimos? ¿Qué dificultades pasa Ud. en el local en que vive? ¿Y con relación a la salud? ¿Cuáles son los problemas en relación a la salud que Ud. más encuentra en donde vive? ¿Qué hay de bueno en donde Ud. vive? Cuando Ud. tiene un problema de salud, ¿a quién /el qué busca (poner todas las opciones)? ¿Cómo ve Ud. el puesto de salud y cuáles son sus sugerencias para mejorar el trabajo que realiza? Otras preguntas que puedan surgir.

Además, se realizaron rondas de conversación con profesionales de nivel superior y con la superintendente de la Atención Básica, la cirujana dentista y la enfermera, que también era gestora de la unidad. Se realizaron preguntas en relación a la formación y nivel de esos profesionales, cargo ocupado, tiempo de trabajo en la institución, además de cuestionamientos sobre la visión de esos profesionales en relación a la comunidad, actividades realizadas, metodologías y estrategias de intervención y, finalmente, las principales dificultades y beneficios del servicio en el que estaban inseridos.

Para la construcción y síntesis de este análisis de la experiencia utilizaremos los diarios cartográficos y la caja de afecciones producidas por este grupo de alumnos y optamos por presentarla en ejes temático–teóricos considerados relevantes. Los ejes fueron: la participación de los ACSs en la enseñanza médica, la ampliación de la mirada sobre el territorio, aprender sobre la equidad, la importancia del vínculo equipo–comunidad, el protagonismo de estudiantes, profesionales y comunidad, constituyendo grupos sujetos, el aprendizaje por medio de la territorialización, el uso de cartera, el foro y la caja de afecciones.

Ejes analíticos para discusión

La participación de los ACSs en la enseñanza médica – la ampliación de la mirada sobre el territorio

En la experiencia vivida, la participación de los ACS demostró ser esencial para inserir a los alumnos en las comunidades, producir vínculo y demostrar abordajes participativos en el trabajo con la comunidad.

Tres de los ACSs de esa Unidad de Salud recibieron a los alumnos presentándoles un mapa que ellos mismos habían realizado de acuerdo con la región en la que trabajaban. Entre esos agentes, dos trabajaban como ACSs de la unidad hacía más de quince años, mientras que el otro estaba en la unidad desde hacía más de 17 años.

Al comenzar la discusión, los ACSs listaron los miembros permanentes del equipo de salud de la unidad, citando a la médica, a la enfermera, a la cirujana dentista, a la asistente social y el propio grupo de agentes comunitarios que era el más numeroso y formado por moradores del propio barrio. Después de esa presentación, los tres comenzaron a mostrar todas las micro-áreas que constituían el territorio cubierto por la unidad.

A medida que los ACSs fueron describiendo las micro-áreas se revelaron las riquezas cultural e histórica del barrio, la heterogeneidad de la población residente, con áreas muy ricas y otras muy pobres, los problemas de infraestructura del barrio, entre otros. Además, ellos también explicaron cómo los agentes de salud, entre profesionales de salud y miembros de la comunidad, enfrentaban los problemas locales. También percibimos que el reconocimiento de la complejidad y de las especificidades del territorio es de conocimiento casi que exclusivo de los ACS. En entrevistas realizadas con los profesionales de nivel superior de la Unidad sobre el territorio y sus recursos se percibió el escaso conocimiento sobre las experiencias de la comunidad.

Como consta en el Programa Nacional de Atención Básica (PNAB), es competencia de los ACSs trabajar con micro-áreas, definidas como “adscripción de familias con base geográfica definida”¹⁰. Cada uno de los ACSs de la UBS era responsable por una de las micro-áreas de la región cubierta, la mayoría residía en la propia área a la que estaba asignado, incluso el miembro del equipo responsable por la comunidad que vive a la orilla del río. Aunque haya esa división, durante la reunión inicial, en la cual constaban solamente tres agentes de un equipo mucho mayor, todos los ACSs conocían las principales características y trazos de las zonas adscriptas.

En lo que se refiere al trabajo de la ESF, el enfrentamiento de las determinaciones sociales en salud debe incluir recursos existentes en el propio territorio; para ello, el equipo y el médico generalista tienen que comprender la comunidad, el modo como vive, las dificultades y los recursos que pueden utilizarse para la producción de salud. Haddad, en discusión sobre la Educación Basada en la Comunidad, explica que se constituye como un desafío que el estudiante: [...] debe aprender desde bien temprano que el paciente o el usuario del servicio de salud es el sujeto y no objeto de la acción profesional. Para ello, es necesario salir de la práctica centrada en la técnica para estar en los locales en los que la vida (y la salud y la enfermedad) sucede.⁴

De esa forma, señalamos que esa integración solo fue efectivamente posible con la participación de los ACSs, puesto que ellos tienen una participación activa en la producción de salud de la población, tanto en lo que se refiere en la producción de la clínica y del cuidado, como también de acciones de promoción y educación en salud¹¹. En fin, la participación de los ACS demuestra ser esencial en la formación médica actual, para la desconstrucción del paradigma biomédico hegemónico centrado en el saber sobre la enfermedad y en acciones verticalizadas con la comunidad. A partir de esa inserción en el territorio es que se pueden producir modos de aprender, intervenciones que consideren el saber sobre las personas, la clínica ampliada en el territorio, fundamentales en la ESF, fortaleciendo la relación entre enseñanza–servicio–comunidad.

Aprender sobre equidad – la importancia del vínculo equipo–comunidad

En las visitas realizadas, percibimos que el cuidado y desconstrucción de prejuicios ante grupos específicos son esenciales para hacer realidad el derecho universal a la salud, principalmente ante el abordaje y el vínculo con poblaciones que viven a las orillas de los ríos, poblaciones *quilombolas* y profesionales del sexo.

Uno de los locales visitados causó bastante curiosidad entre los estudiantes, se trata de un bar en el cual posiblemente se realiza la comercialización de drogas, además de funcionar como una casa de prostitución, incluso de niños y adolescentes. Los ACSs explicaron que eventualmente distribuyen preservativos y otros métodos de prevención de la

concepción y de las infecciones sexualmente transmisibles, aunque busquen realizar esas intervenciones con cuidado y amabilidad para no disolver la relación de confianza entre los usuarios de ese lugar y el equipo, relación construida ya hace algún tiempo.

Ese caso inició una discusión sobre el abordaje de los usuarios más vulnerables de la región. Los ACSs fueron unánimes al afirmar que es importante no dejar traspasar el impacto que algunas situaciones sociales causan al equipo. El abordaje, en esos casos, es delicado, puesto que cualquier actitud más enérgica de denuncia e intervención brusca puede causar una pérdida irreversible de confianza por parte de la población cubierta.

La referencia de la UBS para situaciones sociales extremadas es el Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS) de un barrio próximo. No obstante, los ACSs son reticentes en lo que se refiere a la intervención de los asistentes sociales. Ellos describen el método como más enérgico y capaz de causar una ruptura irreparable de la confianza de los usuarios en los agentes que denuncian las situaciones. Aunque hay necesidad de notificaciones de los agravios, los ACSs tratan de hacerlas sin desgaste (término que ellos mismos utilizaron para describir esa ruptura de confianza) de la imagen del equipo de salud.

Otro destaque es un local que servía como vertedero de basura en el área que fue limpiado y apropiado por los moradores de la región, pasando a ser un local habitado, en el que se construyó un jardín que la comunidad cuida. Tiene un establecimiento comercial grande que suplente a los alrededores con productos de almacén, así como una tienda de paisajismo. Es en esa área que existe una antigua aldea de pescadores que los moradores de la región creen que son descendientes de *quilombolas* que migraron hace mucho tiempo del Estado de Ceará. Inicialmente era un grupo bastante cerrado, no se inserían en las escuelas y en los demás servicios públicos ofrecidos a la comunidad. Una de las estrategias utilizadas para la aproximación del Equipo de Salud a la aldea fue la entrada de uno de sus habitantes para el grupo de los ACSs. Actualmente, los ACSs ya tienen un vínculo con esa aldea que está inserida en los servicios públicos, incluyendo los de educación y salud. Hay dudas sobre si esa pequeña comunidad es descendiente de *quilombolas*, a pesar de los orígenes descritos.

Finalmente, los agentes describieron la comunidad que vive a la orilla del río, que tiene un agente propio, vecino del local. Aunque se trata de una comunidad pequeña y

alejada, tiene un enorme valor histórico para Parnaíba, puesto que es local del antiguo poblado Testa Branca, señalado históricamente como el verdadero inicio de la ciudad.

La dificultad del acceso de la población se debió, además de los muros físicos, a los problemas de infraestructura para acceso a la comunidad que vive a la orilla del río. Las pequeñas dimensiones de esa comunidad permitieron a los alumnos presentes el reconocimiento rápido y directo de todos los descriptores ya mencionados por los ACSs en encuentros anteriores: comunidad que vive a la orilla del río de aspecto primordialmente familiar, formada especialmente por pescadores del río en cuyas márgenes está instalada. Otra de las novedades, fue la situación de la recogida de basura en el local que era inexistente debido al difícil acceso y motivo por el cual los moradores de la región hacían hogueras como única alternativa para descartar los materiales.

La evasión escolar es alta en la región: los maestros de la escuela faltan mucho y aparentan desmotivación, según una de las agentes que acompañaron al grupo. Debido a eso, los niños por lo general suelen ir a la escuela únicamente para recibir la alimentación y pasan poquísimo tiempo en ella. Los agentes también informaron que la juventud local tiende a migrar hacia áreas más urbanas al final de la adolescencia y no regresa. Por eso, la población de esa comunidad carece de jóvenes adultos, presentando más niños y adultos mayores.

Debido a la distancia entre la comunidad y la Unidad de Salud, así como a la falta de disponibilidad de horarios con acompañamiento de los ACSs, los alumnos no pudieron visitar la comunidad. No obstante, fui a conocerla en uno de los momentos más impactantes del proceso de territorialización, tanto por el choque de realidad, como por las ideas que los alumnos discutieron sobre proyectos de intervención a realizar en el local.

Percibimos que los ACSs problematizan junto a los discentes las intervenciones, algunas veces violentas, del Estado. En la modernidad, se instaura un modelo hegemónico de intervención en salud, caracterizado por acciones de control sobre la vida y sobre los cuerpos de las personas, principalmente de la población vulnerable. La atención de salud a domicilio también se delinea sobre esa misma perspectiva, con acciones que buscan el control de la población¹².

Para causar cambios en ese cuadro, es importante también fortalecer en el currículum de medicina la discusión sobre las heterogeneidades del pueblo brasileño, la adecuación de las intervenciones ante esas diferencias, asumiendo la equidad como directriz para el cuidado. Inserir en la formación del profesional de salud discusiones que han sido desarrolladas en el sentido de luchar contra acciones de control sobre la población más pobre, así como también de oposición a la desigualdad en el acceso a los servicios y bienes de salud. El SUS “ha implantado las políticas de promoción de la equidad con el objetivo de disminuir las vulnerabilidades a que están más expuestos ciertos grupos poblacionales y que resultan de determinantes sociales de la salud”¹³.

Construir modos de cuidado equitativos implica también adoptar una postura ética de respeto y afirmación de las diferencias, acogiendo y produciendo salud a partir de las necesidades específicas de las poblaciones. Para ello es necesario buscar saberes que ayuden en el reconocimiento de la historia de la comunidad, de las especificidades culturales y de los modos de reproducción social de los individuos y poblaciones¹⁴.

El protagonismo de estudiantes, profesionales y comunidad – constitución de grupos sujetos

En el relato basado en la caja de afecciones, una de las alumnas del grupo menciona la canción denominada “Clube da Esquina II”, de Milton Nascimento, Lô Borges y Márcio Borges: “Porque se llamaban hombres/también se llamaban sueños/ y sueños no envejecen”. Habla sobre un tiempo en el que no soñó, un tiempo de tristeza, en el que se sentía perdida. Entona, junto con otros estudiantes, un canto que habla sobre sueños que no envejecen. Hablan sobre los motivos que los llevaron a la medicina, la tradición familiar, pero explican que no entendían. En el contacto con los don Juan y las doña María, con la historia del SUS, encontraron sueños que no envejecieron, se sintieron parte de un protagonismo en la construcción de otra realidad de derechos a la salud. Su alma, junto con la del SUS, se engrandeció y avivó.

Se avivó porque encontraron en el territorio historias que ellos antes no imaginaban y que propagaban los medios. Solamente conocían una medicina centrada en la relación

médico-paciente, conforme relato de un alumno, y de un SUS para quien no tenía condiciones de pagar. No sabían que podían producir otras historias colectivas en la producción de salud.

En una de las micro-áreas distantes de la unidad de salud, había un puesto de salud construido pero abandonado durante una década. Los vecinos y los ACSs se unieron para limpiar y arreglar el puesto, compartiendo los gastos y actuando por cuenta propia, sin apoyo de la Secretaría de Salud (SMS) del municipio. Actualmente, la comunidad asumió el cuidado del puesto, limpiándolo y manteniendo su integridad para que el equipo de salud pueda visitar y actuar a partir de él.

Aunque esa acogida de la comunidad y el compromiso de los profesionales de salud que trabajan en pro de ella son sin duda dignos de elogios y un ejemplo de interés en el buen funcionamiento de la ESF, las cuestiones delicadas observadas por los alumnos durante el módulo fueron exactamente la desconexión entre la gestión municipal y la gestión de la unidad que les fue presentada. Cuanto más los miembros del equipo demostraban iniciativa y autonomía, menos prioritarias parecían ser sus reivindicaciones; uno de los ACSs llegó a comentar con los alumnos que el hecho de que la UBS solucionara parte de sus problemas por cuenta propia parece haberse convertido en una justificativa para esa situación.

Por conseguir actuar en la región sin un apoyo más amplio de la SMS, a los ACSs no les gusta divulgar los eventos que realizan, para que el crédito de sus acciones independientes no enmascare el hecho de que los éxitos son, en gran parte, fruto del esfuerzo del equipo del barrio y no de los programas y de los fondos municipales. Actividades que solía hacer el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), que fueron discontinuadas después de su cierre, todavía persisten, como el de la “Capoterapia” que se realiza los domingos, con ancianos, en una escuela del barrio, envolviendo actividades físicas que simulan la *capoeira* así como el grupo de caminata organizado por la propia comunidad.

A partir de los relatos percibimos que, al entrar en contacto con las expresiones de las personas sobre sus modos de vida, los alumnos se sienten movilizados, se sienten pertenecientes en la construcción del sistema y de esos mismos modos de vida. Siendo así, modos de aprender y cuidar se van movilizando en el sentido de producir juntamente con las

personas el cuidado comunitario y junto con los discentes trabajando sus territorios existenciales para “estar” en la comunidad y en la universidad.

El aprendizaje por medio de la territorialización – el uso de la cartera, el foro y la caja de afecciones

Las últimas actividades de evaluación en el módulo incluían la elaboración de una cartera describiendo toda la vivencia de la territorialización en sus aspectos y afectaciones y la creación de un fórum sobre los productos del módulo a ser realizado por todos los grupos de medicina envueltos en las actividades de Atención Primaria.

Considerando que el curso de medicina en cuestión tiene en su fundamento la priorización de metodologías activas para la construcción de un aprendizaje colaborativo¹⁵, la cartera se adoptó como una forma de incentivar la participación intensa del alumno en la producción del conocimiento que lo beneficiará en su formación. En lugar de enfocarse en una evaluación acumulativa e individual, esa metodología asegura una evaluación colectiva, consensual y reflexiva, aguzando la criticidad de los discentes y consolidando la toma de conciencia social de todos los participantes. Ese proceso refleja la identidad del discente y permite una evaluación formativa pautada en la reflexión y en la autoevaluación¹⁵.

La otra actividad de evaluación se distanció de la reflexión individual para desarrollarse entre los grupos de atención primaria a la salud en diversos niveles: entre los grupos divididos por unidades de salud dentro de un mismo módulo y entre los grupos de módulos distintos (en el caso, APS I y APS III). A partir de esos principios, los profesores de los módulos de APS planificaron un fórum que englobara a todos los participantes de la APS, desde los discentes y docentes hasta los funcionarios de salud envueltos en la Atención Básica del Municipio.

El fórum no se realizó en la plenitud de sus posibilidades, reflejando dificultades en la construcción de estrategias de planificación y evaluación de enseñanza universitaria en alianza efectiva con la red de servicios⁴. El gran potencial de ese evento solamente se alcanzará cuando todos los módulos puedan participar en su realización, de tal forma que trabajos de los alumnos en la atención básica sigan en simbiosis, encadenados desde la APSI

a la APS VIII, con la participación de los grupos de Internado en APS y con los trabajadores y la comunidad.

Además del Fórum y de las Prácticas de Integración Grupales, tales como rondas de conversación y círculo de lectura y además del uso de la cartera, utilizamos también la Caja de Afecciones. Se trata de una herramienta confeccionada por cada estudiante, en un taller con los profesores de otro módulo del curso, Bases de los Procesos Psicosociales de la Salud, que se potencializó por el encuentro de los alumnos con el territorio en el módulo de la APS I, generando una integración entre los módulos. El uso de ese dispositivo, la Caja de Afecciones¹⁶, tuvo como objetivo la conexión con la experiencia a partir de objetos que remitan a la vivencia de afectar y dejarse afectar con la territorialización, a las sensaciones y pensamientos relacionados con la experiencia que posibiliten el desplazamiento de la mirada en la dirección de las potencialidades del territorio, generando el deseo de realizar registros en los diarios y la sistematización en la cartera. La caja funcionó como una herramienta importante que posibilitó el diálogo entre los distintos ritmos y puntos de vista, conciliando las demandas y necesidades de ambas partes, “sin perder de vista que el objetivo principal es atender las necesidades del usuario”⁴.

Consideraciones finales

Los objetivos específicos del módulo de APS I incluyen el aprendizaje sobre determinación social de la salud, la comprensión de los aspectos teóricos e históricos del surgimiento de la práctica médica, el reconocimiento de los sujetos y de las prácticas de salud y la complejidad de la atención y la salud comunitaria. Además de esos, se incluye el estudio de los elementos de investigación en atención básica y la situación de salud en Brasil, incluyendo el entendimiento del modelo asistencial, de la regionalización y de la municipalización de la salud en sus diversos niveles de asistencia y sistemas de salud⁸.

Ese resumen se realizó concomitantemente con la actividad práctica de la territorialización realizada por los propios alumnos en la composición de la carga horaria del módulo. Orientados por los profesores y por miembros del equipo de salud de las UBS de los barrios, especialmente los ACSs, los discentes fueron capaces de fijar el contenido de

aprendizaje de forma activa, produciendo conocimiento más allá de las paredes de la clase. Utilizando metodologías activas y sometidos al impacto de la comunidad en sus determinantes sociales de salud y sus características multi-factoriales, alumnos y profesores observaron una mayor sensibilidad en el proceso de aprendizaje.

Debido a la efectividad de ese modelo de enseñanza, el método se perfeccionará y continuará figurando en el módulo de APS I, siendo responsable por introducir a los nuevos estudiantes de medicina en la complejidad del servicio de salud por medio de las diversas facetas de aquello que, en un primer momento, aparenta ser un recorte simple y pequeño de un mapa.

A pesar de las dificultades enfrentadas, la experiencia fue considerada por alumnos y profesores que la conocieron a partir de las actividades del módulo, como una unidad modelo en la ciudad de Parnaíba. Aunque su estructura fija esté lejos de constar en la cumbre de lo que hay de más moderno o apropiado a las directrices de la ESF, porque en realidad existe en un ambiente que inicialmente fue construido para ser una casa y no una UBS, es un local bien cuidado por los profesionales responsables y por la comunidad. El equipo es puntual y organizado, capaz de planificar sus acciones de acuerdo con los calendarios nacionales de salud y adaptarlas a las características de la población con la que trabaja, de acuerdo con las demandas y necesidades observadas.

Más allá de la producción imaginaria de una unidad modelo, subrayamos aquí la superación de los grupos segmentados en la enseñanza (docentes y discentes), en el servicio (agentes comunitarios y demás profesionales) y en la comunidad (participación social) y la apuesta por la perspectiva ética-estético-política, en lo que tienen en común esos múltiples grupos, comunidad porvenir¹⁶ y en el devenir grupo sujeto¹⁷ como dispositivos que nos hacen experimentar, problematizar y narrar la experiencia de la territorialización.

Colaboradores

Larissa Galas Justo, Ana Kalliny de Sousa Severo y Antônio Vladimir Félix-Silva trabajaron en la concepción y redacción del contenido intelectual del relato de experiencia. Lorena Sousa Soares, Fernando Lopes e Silva-Júnior y José Ivo dos Santos Pedrosa trabajaron en la revisión crítica del contenido intelectual del relato de experiencia, así como en la aprobación de la versión final a publicar.

Referencias

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.

Traducido por Maria Carbajal