

Série
Vivências
em Educação
na Saúde

Integrar para aprender sobre saúde:

**A experiência interprofissional
de cuidado nos territórios**



editora



redeunida

Alzira Maria Baptista Lewgoy
Denise Bueno
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
ORGANIZADORAS



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORAS

Alzira Maria Baptista Lewgoy

Denise Bueno

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Série Vivências em Educação na Saúde

Integrar para aprender sobre saúde:

A experiência interprofissional de cuidado nos territórios

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo García Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Revisão

Carla Cristina Dias Indalécio

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

I61

Integrar para aprender sobre saúde: A experiência interprofissional de cuidado nos territórios / Organizadoras: Alzira Maria Baptista Lewgoy; Denise Bueno; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

218 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 30).

E-book: 15.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-151-9

DOI: 10.18310/9786554621519

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Cuidado em Saúde. 4. Educação Interprofissional. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 31

CDU 614

Catálogo elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

INTERPROFISSIONALIDADE 9

Cristine Nobre Leite

PREFÁCIO | UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM QUE EFETIVAMENTE FAZ EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO SUS 11

Marina Peduzzi

APRESENTAÇÃO..... 16

Alzira Maria Baptista Lewgoy, Denise Bueno, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

CAPÍTULO 1 | UMA ALIANÇA ENTRE O ENSINO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE E OS SERVIÇOS: ‘VIRADA PARADIGMÁTICA’ E QUALIDADE DO CUIDADO EM CONDIÇÕES DE COMPLEXIDADE 19

Alcindo Antônio Ferla

CAPÍTULO 2 | CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: RESGATAR O PROCESSO E CONTAR A HISTÓRIA 33

Denise Bueno, Jaqueline TITTONI

CAPÍTULO 3 | A PROPOSTA PEDAGÓGICA: UM CAMINHO (RE) CONSTRUÍDO PELA INTER(AÇÃO) E COLABORAÇÃO 54

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Alzira Maria Baptista Lewgoy, Márcio Hoff

CAPÍTULO 4 | O TERRITÓRIO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO EM SAÚDE..... 71

Saionara Araújo Wagner, Carolina dos Reis, Mara Rejane Ritter

CAPÍTULO 5 | O ENSINAR E O APRENDER ‘SOBRE’ E ‘COMO’ TRABALHAR EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL 93

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Diego Gnatta, Ana Paula Rigatti Scherer

CAPÍTULO 6 | FAMÍLIAS E INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE..... 114

Alzira Maria Baptista Lewgoy, Carolina dos Reis

CAPÍTULO 7 | O PORTFÓLIO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO 139

Saionara Araújo Wagner, Mara Rejane Ritter

CAPÍTULO 8 | APRENDIZADO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA TUTORIA DOCENTE 161

Luiz Fernando Calage Alvarenga, Diego Gnatta

CAPÍTULO 9 | FOTOGRAFIA COMO DISPOSITIVO DA MEMÓRIA: DEZ ANOS DA PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE I 177

Jaqueline Tittoni

CAPÍTULO 10 | A INTERPROFISSIONALIDADE EXPERIENCIADA POR MEIO DO ARTESANATO TEXTUAL: O CANTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E GESTORES.....201

Aline Vieira Medeiros, Alzira Maria Baptista Lewgoy, Augusto Borstmann, Deise Rocha Réus, Denise Bueno, Diva Zimmer, Fatima Teresinha Jaques Zanardi, Luci Cunha Fukes, Maria Lilian Trinidad Damaceno, Oman Souza Siqueira, Patrícia Grace Léfa, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Roselene Vargas Neves, Susiane Freitag

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS.....211

INTERPROFISSIONALIDADE

É relevante, minha gente!
É uma troca diferente
É equipe com afinidade
Vivendo a comunidade
Com saber e parceria
Cooperação e harmonia
Dos que compõem a saúde
Profissionais de atitude
Encarando o dia a dia

É a força da união
Com experiências trocadas
Todas são priorizadas
Nessa articulação
Estudante dando a mão
Usa o compartilhamento
Divide o conhecimento
Discute bem sua prática
É uma importante tática
Um bom direcionamento

Uma ação transformadora
Dentro da graduação
Pra o cuidado e atenção
Com técnica acolhedora
Formação norteadora
Guardando bem cada lado

Profissional respeitado
Na profissão, no fazer
E um mundo a florescer
Traçando um lindo bordado

Cristine Nobre Leite

PREFÁCIO

UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM QUE EFETIVAMENTE FAZ EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO SUS

Marina Peduzzi

Um grupo de docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) construiu e segue construindo uma experiência de ensino e aprendizagem com a marca da Educação Interprofissional (EIP), cujo nome é Práticas Integradas em Saúde I. A disciplina, no meu entender, articula a EIP e outros eixos temáticos constitutivos do trabalho e educação no Sistema Único de Saúde (SUS): território, processo de trabalho interprofissional, cuidado em saúde, saúde da família e intersetorialidade. Entendo que a EIP ocorre, de fato, se integrada a serviços e sistema de saúde, no Brasil – ao SUS que é reconhecido, internacionalmente, como o maior sistema de saúde público de base comunitária e territorial no mundo, com potencial para combater as intensas iniquidades do país (Ortega; Pele, 2023). A abordagem da EIP vivenciada por docentes e estudantes em Práticas Integradas em Saúde I é muito rica e pode orientar outras experiências semelhantes, pois insere a EIP no contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS), com suas características de integralidade da saúde, abordagem territorial e familiar, e participação social.

Trata-se de proposta pedagógica inovadora, pois, de um lado, implementa uma disciplina, nada disciplinar, que integra, efetivamente, estudantes e docentes de cursos de graduação de diversas áreas do campo da saúde de uma mesma Universidade, constituindo oportunidade de aprendizado interativo e compartilhado entre estudantes e professores de disciplinas e de prática profissionais distintas. De outro lado, Práticas Integradas em Saúde I, também integra estudantes e professores com trabalhadores que atuam

nos cenários de prática de ABS do SUS, portanto, cria oportunidades de aprendizado nas Unidades Básicas e no território junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, que configura espaço privilegiado de trabalho e educação interprofissional e de integração ensino-serviço-comunidade.

A leitura dos capítulos vai mostrando como se introduz e mantém, ao longo de uma década, uma disciplina que constitui uma experiência consistente de EIP, inclusive pelo “codinome” carinhoso pelo qual é conhecida na Universidade e nos serviços do SUS: a ‘Disciplina Integradora’ ou a ‘Integradora’. De fato, trata-se de atividade educativa que responde a um dos maiores desafios da educação e trabalho na saúde – integração!

Em vários países, alguns com sistemas de saúde constituídos tal como ocorre no Brasil, a ABS configura espaço onde a prática e a educação interprofissional são desenvolvidas com maior consistência e, portanto, no qual os estudantes têm possibilidades de participar de atividades executadas na lógica interprofissional e, assim, apropriar-se e aplicar competências colaborativas.

O livro contribui para a divulgação, debate e aprendizado para professores, pesquisadores, profissionais, estudantes e gestores da saúde, com base em experiência de EIP exitosa, que se mantém ao longo de uma década e promove a implementação efetiva da educação e prática interprofissional, visto seu compromisso com o referencial teórico da EIP e referencial pedagógico dialógico e crítico do ensino superior.

Destaco a cuidadosa apresentação que os capítulos fazem sobre os referenciais e modelos adotados, pois o interesse na adoção da EIP nos cursos de graduação, no âmbito internacional e nacional, em particular a partir dos anos 2000, embora crescente, vem mantendo a imprecisão conceitual e terminológica sobre prática e educação interprofissional, apontada por vários autores (Reeves *et al.*, 2017; Xyrichis; Reeves; Zwarenstein, 2018). A investigação em todas as áreas de conhecimento e temáticas requer rigor conceitual e, na ausência de consenso, a descrição clara do que se entende por EIP, trabalho em equipe e prática colaborativa. A imprecisão de termos dificulta o diálogo pautado na literatura e a construção de estratégias de

fortalecimento da interprofissionalidade nos cuidados a saúde da população e na formação profissional.

O cuidado teórico conceitual e metodológico recomendado na implantação da EIP visa contribuir efetivamente com o continuum de práticas para mudança da formação dos profissionais de saúde que veem sendo inseridas no processo de construção do SUS, desde o final dos anos 1970 com a Integração Docente Assistencial, seus desdobramentos e novas propostas para integração da atenção a saúde e educação no SUS. A inserção da EIP, como componente curricular nos cursos de graduação, permite explicitar o processo de ensino e aprendizagem para trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional nas equipes, entre equipes e em rede. Cabe destacar que pesquisa desenvolvida com um grupo de estudantes que participou e outro que não participou da disciplina Práticas Integradas em Saúde I na UFRGS, mostrou que o primeiro grupo, aqueles que estiveram inseridos na experiência, apresentou maior interesse e disponibilidade para o aprendizado interprofissional (Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021).

A construção da experiência de EIP, Práticas Integradas em Saúde I, relatada com análises de diversos ângulos neste livro, decorre do trabalho compartilhado entre docentes dos 15 cursos de graduação da UFRGS, a partir das políticas indutoras do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para fomentar mudança no ensino superior como: Pró-Saúde I, Pró-Saúde II, VER-SUS, PET-Saúde e a criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), pela Pró-Reitoria de Graduação. Esta iniciativa merece atenção, visto que evidencia a capacidade de articulação dos docentes e a sensibilidade da Pró-Reitoria, ao constituir junto com os professores, um espaço para a integração dos cursos da saúde na Universidade e destes com o SUS.

O envolvimento da Pró-Reitoria de Graduação na criação da CoorSaúde mostra o apoio institucional que é apontado na literatura como um fortalecedor da EIP, pois sua ausência constitui intensa barreira a implantação e expansão da EIP, que pode se ver reduzida a iniciativas e interesse de um grupo de professores. A implementação de atividades de ensino, extensão

e pesquisa que contemplem a interprofissionalidade em saúde, constitui um componente relevante frente às mudanças do perfil epidemiológico, demográfico e alimentar/nutricional da população brasileira e mundial e a crescente complexidade dos serviços e sistemas de saúde, no Brasil, o SUS.

Nas experiências de EIP, tal como ocorre na disciplina ‘Integradora’ da UFRGS, os estudantes aprendem entre si a reconhecer saberes e práticas das diferentes áreas da saúde ou núcleos, sua interdependência e a necessidade de articulação por meio da interação e comunicação efetiva entre estudantes, professores e profissionais de diferentes áreas. A abordagem pedagógica pautada nos pressupostos adotados da aprendizagem significativa e da relação dialética entre indivíduo e coletivo e de ação – reflexão – ação, significa avanço na adoção da EIP e ressignifica o ensino e aprendizagem sobre trabalho em equipe e prática colaborativa no SUS.

Contudo, a relevante contribuição da disciplina ‘Integradora’ se mantém como eletiva, assim como ocorre com as iniciativas de EIP na maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) no país. Isso coloca o desafio de construir estratégias para inserir as experiências de EIP como componentes obrigatórios dos currículos de graduação em saúde, para que a totalidade dos estudantes das IES vinculados a cursos do campo da saúde, tenham oportunidade de aproximação e aprendizado sobre a interprofissionalidade em saúde.

Além da natureza eletiva ou obrigatória das disciplinas de EIP no Brasil e no mundo, o fortalecimento da EIP e do trabalho interprofissional coloca vários outros desafios, tanto às políticas de saúde e de educação, com às práticas de saúde, de formação profissional e de educação permanente, em particular no país que é nosso cenário de análise. Mas, seria estranho imaginar que a experiência compartilhada neste livro poderia, isoladamente, enfrentar os inúmeros desafios existentes e, por isso, sinto-me a vontade para convidar os leitores a conhecer o processo de construção e sustentação coletiva da disciplina Práticas Integradas em Saúde I, que expõe de forma crítica e entusiasmante seu desenrolar, avanços e empasses, ao longo da última década.

Referências

Ortega, F.; Pele, A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **The Lancet Region Health - Americas**, [s. l.], v. 28, p. 1-2, Dec. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100631>. Acesso em: 20 jun. 2024.

Reeves, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s. l.], v. 22, n. 6, CD000072, June 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD000072.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3). Acesso em: 17 jun. 2024.

Toassi, R. F. C.; Meireles, E.; Peduzzi, M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 35, n. 3. p. 391-399, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>. Acesso em: 20 jun. 2024.

Xyrichis, A.; Reeves, S.; Zwarenstein, M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 32, n. 4, p. 416-425, July 2018. Disponível em: [10.1080/13561820.2017.1408576](https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576). Acesso em: 17 jun. 2024.

APRESENTAÇÃO

Que sejas ainda mais vivo
No som do meu estribilho
Tempo, tempo, tempo, tempo
Ouve bem o que te digo
Tempo, tempo, tempo, tempo
(Oração ao tempo, Caetano Veloso, 1979)

Caetano Veloso, em seus versos, nos convida à introspecção e contemplação da passagem do tempo, e à reflexão sobre a própria relação que estabelecemos com esse tempo vivido. A obra que ora apresentamos, marcada pelas temáticas da educação e trabalho interprofissional e da integração ensino-serviço-comunidade, nos acena para a percepção de que o tempo passou, e deixa mais vivo os anos de ensinar e de aprender vivenciados nos territórios – sobre vida e cuidado em saúde. As memórias nos remetem ao momento inicial da atividade de ensino integradora dos cursos da saúde, a disciplina Práticas Integradas em Saúde I. Aos poucos, percebemos que a construção a partir daquele momento, nunca mais seria a mesma. Era preciso romper com muros acadêmicos (in)visíveis e construir, juntos, o que começávamos a entender e a chamar de interprofissionalidade, como um objetivo a ser buscado na formação dos estudantes, futuros profissionais da saúde. Fazer isso junto com as pessoas, onde elas habitam, é o diferencial desta iniciativa e, ao mesmo tempo, um desafio, por não ser esta a ênfase na formação do ensino superior. Esta construção coletiva possibilitou uma força para resistir, para viver e tornar o processo de ensino e de aprendizagem vivo, construindo um projeto pedagógico fundamentado nessa premissa.

Foi preciso tempo, inicialmente para nos reconhecermos, e depois para nos debruçarmos no reconhecimento das comunidades locais, dos

movimentos sociais, da forma como as Unidades de Saúde habitavam este local e como as pessoas, nos territórios, realizam sua autogestão da vida, proteção e cuidado. As experiências criativas e potentes foram emergindo, assim como o entendimento de como poderíamos unir esforços colaborativos para superar o cotidiano desafiador. Passamos a viver, desde então, construções possíveis, avançando em muitos momentos e, em outros, retrocedendo. Mas nunca voltando ao mesmo lugar, como lembra Paulo Freire, pelo exercício “da prática de pensar a prática, é a melhor maneira de pensar justa e corretamente” (1996, p. 42).

Nessa tessitura, o território passa a compor uma ferramenta de cuidado em saúde. O desejo do ‘aprender juntos’ a trabalhar em equipe, por meio da escuta do cotidiano vivenciado (de vozes bem diferentes), vai aproximando educandos-educadores e criando conexões com as redes de atenção à saúde. Instrumentos de avaliação acabam sendo necessários e construídos em coletividade, com aprendizados, desafios e novas perspectivas, o que vai possibilitando as reflexões necessárias para a composição desta rede territorial de ensino-aprendizagem-afetos, que acaba desembocando em um artesanato textual coletivo que propõe este relato em forma de livro.

Este é um livro que surge no cotidiano de vivências que geram experiências em um coletivo de educação e de trabalho em saúde. Pretende compor com memórias, depoimentos e estratégias educacionais os momentos experienciados. Conta o ensino e a aprendizagem interprofissional como forma de cuidado às pessoas que habitam territórios de vida. Espera refletir as trocas e os aprendizados de todos os autores que aqui trouxeram suas contribuições, como forma de registrar e fortalecer o constituído e, também, de impulsionar novos coletivos para mais iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade desafiadoras, transgressoras e transformadoras, como é a da Práticas Integradas. Como nos ensinou Bell Hooks (2021), dialogando com as ideias da pedagogia crítica de Paulo Freire, “fazer da sala de aula um contexto democrático onde todos sintam a responsabilidade de contribuir é um objetivo central da pedagogia transformadora” (p. 45).

Apresentamos este livro como dispositivo para processos de educação na saúde, inspirado em saberes de um coletivo, que incluem desde os autores que guiam nossas práticas pedagógicas (referências teóricas), os estudantes que nos mostram os caminhos e nos instigam a seguir em frente, os profissionais das equipes e as pessoas que vivem nestes territórios de cuidado do Sistema Único de Saúde, com quem tanto aprendemos a cada dia.

Desejamos uma profícua leitura. Que os textos produzidos na perspectiva do aprender pedagógico-relacional sejam potentes para a continuidade de estudos, iniciativas de ensino e trabalhos que integrem coletivos.

Alzira Maria Baptista Lewgoy
Denise Bueno
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Referências

Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996,

Hooks, B. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: MEDIAfashion: Folha de São Paulo, 2021.

Oração ao Tempo. Intérprete: Caetano Veloso. Compositor: Caetano Veloso. *In*: Caetano Veloso & a outra banda da terra. Cinema Transcendental. [S. l.]: Philips, 1979. 1 disco vinil, faixa 2 (3:26 min).

UMA ALIANÇA ENTRE O ENSINO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE E OS SERVIÇOS: 'VIRADA PARADIGMÁTICA' E QUALIDADE DO CUIDADO EM CONDIÇÕES DE COMPLEXIDADE

Alcindo Antônio Ferla

Introdução

Vem de longe o debate sobre a necessidade de mudanças na formação das profissões da saúde e esse debate, há pelo menos 25 anos, é muito marcado no Brasil pela proposição de desenhos pedagógicos mais próximos do trabalho no cotidiano dos sistemas de saúde. Ou seja, de forma síncrona ao debate internacional (Frenk *et al.*, 2010) o parâmetro e a aposta para a produção de mudanças são a aproximação com o chamado 'mundo do trabalho'. Não apenas os ambientes forjados para isso, sejam hospitais escola, serviços-escola ou ambientes de simulação, mas o trabalho 'real', com suas condicionalidades vividas a quente. Eu pretendo ser suficientemente preciso nas ideias a seguir, para colocar a mudança no sentido de desenvolver uma inteligência para abordar questões complexas, como na produção freireana, em que a inteligência significa o desenvolvimento da capacidade de transformar o que está à volta pela aprendizagem. As crises atuais nos mostram, de forma muito aguda, que é preciso avançar nas mudanças na formação das profissões da saúde ... Esse não é um tema fora do seu tempo!

Há pelo menos duas consequências dessas orientações de mudanças na formação, que ficaram bem visíveis no final da década de 1990, com os acalorados debates sobre a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde: Quais são as profissões da saúde, afinal? E o que significa 'aproximar' a formação dos 'cenários de prática' ou do 'mundo do

trabalho, como prefiro designar? Por sua vez, cada uma delas gera outras conexões, que interferem na natureza do que chamamos de ‘formação’ de profissionais e técnicos. Costumamos designar essas orientações como vetores de ‘mudança na formação’. E, já há bom tempo, a esse percurso de mudanças não basta “metodologias ativas”, mas, de forma bem mais ampla, “aprendizagem ativa”. Bem, vou escrever sobre isso um pouco mais adiante, que esses são os eixos do ensaio que faço para compor a coletânea de reflexões sobre a experiência da ‘disciplina’ integradora (talvez pudéssemos designar mais precisamente de unidade de produção pedagógica, dado que, mais do que perfilar conhecimentos disciplinares, tal qual nos ensinou a ordem da modernidade, nessa atividade há produção mesmo, no sentido de trabalho compartilhado para prescrutar o território e amalgamar as sensações e evidências com conhecimentos e teorias interprofissionais) de Práticas Integradas em Saúde I (PIS I). Além de produzir intimidade com os territórios de referência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde que compõem o campo de experimentações da PIS I, docentes, discentes e trabalhadores são de diferentes formações, sobretudo daquelas profissões que atuam na saúde (não apenas na assistência às doenças ou atenção à saúde, mas também com movimentos sociais, gestão, matriciamento e demais políticas públicas).

O fortalecimento da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a formulação e gestão dessa atividade de ensino foram os projetos de trabalho institucional que mais mobilizaram minhas energias nos últimos 15 anos, similar àquelas que empreguei para o fortalecimento do curso de graduação em Saúde Coletiva, sobretudo nos seus primeiros anos, e o mestrado em Saúde Coletiva. Para ser bem preciso, energia equivalente e de mesma natureza com que me ocupei dos projetos de pesquisa situados na avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil, porque as três iniciativas formam um emaranhado de energias de mudança na formação e qualidade nas ofertas tecnoassistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas e às coletividades. A CoorSaúde e a atividade de ensino PIS I são, na minha avaliação, uma enorme inovação institucional e, como tal,

frequentemente incompreendida e, por vezes, até combatida. Não me prolongo aqui sobre isso, que há evidências relevantes nos demais capítulos do livro. A dinâmica de forças do instituído e as forças instituintes é clássica nos estudos organizacionais, assim como a resistência às mudanças. E me parece que há um arrefecimento dessas forças de preservação do instituído que sopram sobre as universidades e sobre o sistema de ciência e tecnologia brasileiros, mas não só no Brasil, como retrocesso conservador e expressão necropolítica.

O que estou pontuando é que as forças de resistência não apenas geram efeitos internos às instituições, como também, e, principalmente, combatem as iniciativas de mudança e, ainda mais, os agentes que lideram essas iniciativas. Me parece mesmo muito paradoxal que instituições muito reconhecidas no mundo da formação, ciência e tecnologia, deixem proliferar forças que se tornam ‘máquinas de sequestro’ dos ventos da mudança. Mas a universidade não é algo ‘sobre’ e ‘fora’ da sociedade em que vivemos e, portanto, minha opinião sobre isso é apenas um estado de mobilização e desconforto pessoal e não dificuldade de compreender os efeitos das crises civilizatória e epistêmica sobre nossas universidades. Eu penso que a gestão das políticas institucionais tem necessidade de recuperar as formulações sobre a universidade brasileira, de Anísio Teixeira, Darci Ribeiro, Paulo Freire e tantos outros, mobilizando a integração ensino-pesquisa-extensão como expressão do papel social das universidades públicas. Já escrevi um bocado sobre isso e uma referência anterior faz a melhor síntese do que consegui pensar até agora (Gomes; Barbosa; Ferla, 2016; Ferla, 2020).

O que me interessa assinalar aqui, é que tais iniciativas que foram desenvolvidas no interior da UFRGS nas últimas duas décadas, particularmente com docentes e discentes da área da saúde, não são apenas inovações na organização institucional e pedagógica como, também, são extremamente sintonizadas com os processos de mudança da formação em saúde nas políticas brasileiras e em iniciativas internacionais. Aliás, lembro sempre da querida e atentíssima professora Vera Rocha que, se esse fosse o conteúdo de uma conversa com sua presença, interromperia para tornar ainda mais

precisa essa informação: “sintonizadas não! A Coordenadoria e a atividade de ensino integradora de cursos da saúde nasceram na UFRGS exatamente como decorrência do envolvimento de professores e estudantes dos anos de 1990 até meados do século atual, com o centro desse debate nacional e internacional”. Por isso, me convocou muito o desafio desta escrita. Os ares da inovação na formação em saúde sopraram desde a UFRGS e em tempo precoce no movimento de mudanças das últimas décadas!

É preciso escrever e falar muito sobre esse processo, para atualizá-lo com os desafios atuais, sem perder a noção de ancestralidade que nos acompanha há pelo menos três décadas (a noção capitalística de ‘novidade’ consome as bases das mudanças, por substituir a condição histórica dos processos por noções imediatistas de novos produtos culturais para consumo ou a ‘fetichização’ das tecnologias virtuais). É preciso renovar energias para essa frente de mudanças, que nos últimos anos foram mais eficientes em reforçar a crise civilizatória e paradigmática do que em avançar nas mudanças. É preciso quebrar essa sensação de impotência criada pelos múltiplos atos e enunciados de insignificância das universidades públicas, proferidos por representantes governamentais, pastores fundamentalistas, vozes do patriarcado dominante e, mesmo, do colonialismo capitalista. Precisamos entender que essas profecias falam mais de quem as repete *ad nauseam* do que dos nossos movimentos de resistência no interior das nossas instituições. Essas forças preferem corpos dóceis e consumidores comportados à capacidade crítica que o ensino emancipador, à pesquisa comprometida com o desenvolvimento social e à extensão como conexão com os territórios e suas questões relevantes, que traduzem a função social definida constitucionalmente para a universidade pública. Por isso, hierarquizam as vidas para que as iniciativas necropolíticas tenham a oportunidade do extermínio, como vimos fartamente no período da pandemia de covid-19. Por isso tentam anular e invisibilizar iniciativas e cancelar suas autorias, nessa lógica contemporânea do registro em redes sociais ser mais importante do que os fazeres no cotidiano. Aí está a incandescência das crises contemporâneas.

Àqueles que se interrogam sobre o que quero dizer com ‘crises dos tempos atuais’, já me antecipo em dizer que falo dos tempos pandêmicos e da catástrofe climática que se projetou sobre o território gaúcho e suas gentes, neste ano de 2024, por exemplo. Ambos os eventos, já fartamente anunciados previamente por eventos precedentes e pelas previsões climáticas dos institutos de pesquisa. Os mesmos institutos que antecipam novas crises climáticas no sul do Brasil, mas também no Norte, com novos períodos longos de estiagens. E como estamos com a formação na saúde? O ensino abrange o enfrentamento das consequências da crise e a mitigação dos efeitos ou se restringe a aguardar novas crises?

Mais do que isso, essas são crises anunciadas nos saberes tradicionais indígenas há alguns anos, sem maior consequência. Bem, a negação da ciência, seja nas crises climáticas, nas ‘tragédias’ naturais e humanas (alguém acha que a distribuição farta de armas nos anos passados produziria segurança às pessoas e coletividades? Sério?) ou mesmo na produção e sustentação de iniciativas de mudança da formação profissional em saúde. Explico melhor: é sabido que um conjunto interseccional de fatores atua de forma complexa sobre a saúde das pessoas e coletividades nos diferentes territórios, produzindo adoecimento e déficits no bem-viver. Há, entretanto, resistências à aprendizagem prática nesses territórios, que geram insegurança e tensionam as zonas de conforto de docentes e discentes, mas que, sabidamente, contribuem para o desenvolvimento da capacidade de compreender a dinâmica complexa da vida e, portanto, uma capacidade ampliada de intervir com medidas individuais e coletivas, como linhas de cuidado, para pessoas e agrupamentos. Também já desenvolvi de forma mais densa essa temática em produção anterior (Ferla, 2021). Os mergulhos no ‘território líquido’ da Amazônia têm me ensinado sobre os territórios, as gentes, a produção de saúde e, talvez a aprendizagem mais aguda, a escutar sensivelmente os saberes tradicionais (Ferla, 2023). Se amplia muito o conceito de saúde, a noção de quem são as pessoas que trabalham com a produção da saúde, a compreensão da distância entre o que chamamos de diálogos interculturais e as falas nos territórios, a capacidade de ler as evidências do cotidiano no território que mostram o esgotamento das

formas predatórias de ocupação humana e os sinais das crises ambientais ...
Enfim, do que precisa ser ensinado e aprendido na formação em saúde!

Temos passado a uma confortável (e alienante) distância dos territórios e das condições que envolvem as crises, tanto na pandemia quanto nas crises climáticas, como ação institucional, deixando essas vivências para a escolha individual e privada de docentes, pesquisadores e estudantes. Ora, aos trabalhadores da saúde não é dada – e jamais seria uma opção razoável – a possibilidade de estar distante dessas condições, que o trabalho em saúde é para ‘produzir saúde’, seja na prevenção de doenças, seja na mitigação dos efeitos. Há aqui uma expressão paradoxal: o trabalho pode submeter-se a condições adversas que não são abordadas no ensino (seria a noção clássica da divisão do trabalho intelectual, nobre e superior, do trabalho operacional, destinado àqueles que não têm o ‘mérito’ de estar seguro e confortável nos espaços protegidos?). Ensinamos a fazer o que é dito, mas não o que é feito?

Bem, essas são questões que me ocorrem para a construção deste ensaio, ao qual não quero associar predominantemente à denúncia do que não está avançando, mas ao ‘esperançamento’ do que pode ser feito! O avanço que alimenta o fazer da mudança me parece ser a ‘virada paradigmática’ que está anunciada no título e que, nas formulações que fazemos desde o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, também é a produção de novos platôs de qualidade do cuidado. Com as pessoas que têm conexão com essa temática, que não serão todas as que queremos compartilhar esse percurso!

Profissões da saúde, trabalho em equipe e pensamento interdisciplinar

É preciso falarmos da dimensão micropolítica da formação em saúde, assim como do trabalho. A noção elitista do trabalho, que se traduz na ideia de ‘semideuses’ para certas profissões, é alimentada na formação. E tem um ponto de grande fragilidade, que é o fato de que em quase todas as culturas, o cuidado é uma condição fortemente humana. A tecnificação da atenção à saúde anda junto

com déficits de qualidade no cuidado. E a atuação individual de pessoas, nunca será capaz de oferecer cuidado integral ou, mesmo, aprendizagem significativa. A ‘roda de conversas’, proposta como dispositivo na educação permanente em saúde e a comunicação intensiva como condição para o trabalho colaborativo em equipes já nos sinalizam que é preciso equipes, é preciso multiprofissionalidade e é preciso conexões intensivas para produzir equipes.

No período que cursava Medicina e, ao mesmo tempo, desenvolvia atividades profissionais junto à Secretaria de Saúde de Porto Alegre, a então secretária municipal, a socióloga e sanitarista Maria Luiza Jaeger, frequentemente inseria nas conversas triviais, sobretudo quando meu corpo sinalizava sofrimentos e angústias diante de uma formação tecnocrática, que o trabalho em saúde era mais bem sinalizado pela consigna de “gente que gosta de gente e cuida de gente, e que também precisa ser cuidada como gente”. Bem, o impacto desse enunciado, lembrado frequentemente, foi que me permitiu seguir adiante. Mas são poucas as memórias de encontros felizes durante a formação. A maior parte dos que me recordo foram encontros felizes apesar das atividades de formação, no currículo oculto, na militância estudantil ou no mundo do trabalho. Bem, aqui está a senha de que a produção de encontros é um dispositivo pedagógico muito potente para a formação de bons profissionais para a atuação na saúde.

Aqui está a questão que retomo neste ensaio: o encontro do profissional que planejei ser, depois de muitas leituras e planos para a Medicina, foi no mundo do trabalho. Não com pedagogias de transmissão, mas com vivências. A expressão ‘vivência’, a essa altura do meu percurso, não tinha o sentido denso do que foi produzido depois para os Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS). Naquele momento significava pouco mais do que o desafio de enxergar uma distância entre a formação acadêmica e o cotidiano no trabalho e, uma vez percebida, pôr em curso estratégias para percorrer, paralela ou em confronto, percursos formativos autônomos. Formulei essa ideia, na minha tese de doutorado (Ferla, 2002), com um texto apresentado à banca de professor titular pelo educador Paolo Nosela (1991), que dizia que a

experiência escolar foi ‘suportada’ apenas pela existência das janelas nas salas de aula que lhe permitiam ver o ‘lá fora’, mas que também lhe permitiram ver que, em muitas situações da vida, farsa e tragédia se misturam. Pois bem, aqui o destaque é o ‘lá fora’, pensando que a formação das profissões da saúde não pode naturalizar a sala de aula, o leito hospitalar ou o laboratório de aprendizagem como território de exercício profissional. Os territórios, diversos, complexos, heterogêneos ..., mas que ativam o pensamento ágil e a capacidade de processar, em ato, diversas informações, é o que dá o tom da capacidade de cuidar e transformar os fatores que atenuam a potência do viver.

A vivência de experiências do mundo do trabalho é bem mais do que ampliar a coleção de lugares conhecidos na formação. Um dos pontos de crise das capacidades profissionais em saúde é o caráter disciplinar da aprendizagem em oposição à complexidade da produção da saúde nos territórios. A expressão ‘produção de saúde’, aqui, não é aleatória. Como na teoria marxista, produzir é a expressão do trabalho humano e a saúde, nos sistemas oficiais de saúde e nos sistemas tradicionais, embasados em saberes ancestrais (destaco aqui sobretudo as culturas indígenas, quilombolas e demais povos tradicionais), é desafiada ao trabalho de produzir saúde.

Penso que recuperar a produção de doutorado de Sérgio Arouca (Arouca, 2003), onde o ‘dilema preventivista’ coloca uma tensão importante na vigência da racionalidade biomédica, quando alerta que a antecipação da doença pelo risco de adoecer repete o saber/poder da medicina ocidental moderna. Esse alerta me parece suficiente para sinalizar que a razão biomédica predomina nos serviços oficiais, sobretudo no interior do hospital, mas não o faz no cotidiano da vida nos territórios. A vivência nos territórios, portanto, permite mais do que acomodar saberes, seja pela escala de procedimentos, seja pela constatação ou pela acomodação da teoria com a ‘prática’. Com Arouca (2003), assim como com Madel Luz (2023), já sabemos que a relação da teoria com a prática não é de acomodação, mas de tensão. De um lado pelo fato de que a teoria, no ciclo de ciência que vivemos ao longo dos últimos três ou quatro séculos, é disciplinar e tende à especialização crescente. Ou seja, sabemos cada

vez mais sobre cada vez menos situações que povoam a vida no cotidiano e que também interferem sobre a saúde das pessoas e coletividades. De outro lado, pelo próprio esgotamento da capacidade explicativa desse modelo de ciência aos problemas complexos do cotidiano (Ferla, 2021). A crítica epistêmica aqui se distancia de léguas do negacionismo que nos pretende sequestrar cotidianamente, inclusive no interior da universidade. Negacionismo aliás que alcança êxito, como se pode ver pelas manifestações de profissionais de saúde e de entidades representativas de algumas categorias profissionais durante a pandemia de covid-19, sobretudo, em relação à prescrição e uso de medicamentos sabidamente ineficazes ou do combate às vacinas, mesmo diante de um massacre à população, particularmente aos segmentos pobres, periféricos, negros ...

Aqui, antes de seguir, quero registrar que sem o desenvolvimento do ciclo disciplinar das Ciências Biomédicas, teríamos tido mais dificuldade de produzir vacinas e organizar o cuidado com a escala que foi possível, mesmo que nadando contra a maré do negacionismo. Não é essa a questão central. Dizer que o modelo de pensamento científico de caráter disciplinar e centrado na especialização está esgotado significa apenas dizer que a pujança que esse pensamento teve ao longo dos últimos séculos para explicar os fenômenos da vida e para produzir tecnologias de cuidado já alcançou seu limite. É preciso colocar em marcha e, em grande escala, outros vetores de força, como as tensões interdisciplinares, as capacidades para o trabalho em equipe, a aprendizagem da comunicação como articulação das ações no cotidiano das redes de atenção, a capacidade de uma escuta sensível aos territórios, uma capacidade de diálogo como troca de saberes válidos com as diferentes culturas no momento do encontro entre profissionais entre si e com usuários.

E é preciso ‘aprender a aprender’ no território, que o paradigma da integração entre ensino e trabalho significa não a justaposição dessas dimensões da formação e do exercício profissional, mas a aprendizagem em ato. Essa é exatamente a definição da educação permanente em saúde na política do Sistema Único de Saúde (Ceccim; Ferla; Ramos-Florêncio, 2023), ou seja, a

capacidade de aprender em ato a aprender em situações de complexidade. Em outras palavras, um destaque a uma dimensão esquecida da função social da universidade pública, que é da articulação intrínseca entre ensino/pesquisa/extensão como dispositivo de desenvolver, ao mesmo tempo, o trabalho e a ciência. Caso contrário, a ciência retoma a condição do dogma, como na Idade Média. Se bem que esse retorno parece estar sendo ensaiado também em outras dimensões da vida em sociedade ...

A vivência nos territórios é, assim, também a capacidade de deixar-se sensibilizar pelas tensões interdisciplinares e entre a razão da ciência e as lógicas pragmáticas da vida, como nos sugeriu há algumas décadas Madel Luz (2023), buscando movimentos construtivos para qualificar as respostas. Não no sentido da ciência demonstrativa, onde o lugar da chegada é uma abstração projetada por modelos disciplinares sobre o cotidiano desde o momento da partida. Mas, ao contrário, uma construção embasada no melhor do que já conhecemos com o melhor da oportunidade que conseguimos construir naquele momento e naquele território. Ora, se essa não é uma excelente expressão do conceito de aprendizagem pelo exercício da inteligência, como na produção freireana, é certo que faltou compreensão na sua leitura.

Não há dúvida que é mais difícil ser profissional da saúde nos tempos contemporâneos, mas o encistamento em zonas de conforto onde se pode exercer poder pelo saber é inoportuno e sintomático, apenas. Nosso desafio como docentes e como instituições de ensino e pesquisa é mais amplo e mais atual. Mesmo porque, se esse for o caminho que se continuar seguindo, não apenas o distanciamento dos problemas do cotidiano seguirá, com a deslegitimação social do trabalho na saúde. Esse é um tema particularmente oportuno para o ano de 2024, quando se realiza a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (com o significativo tema central “Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer”).

O que quero destacar aqui é que há um déficit de desenvolvimento da ciência em sua articulação com o trabalho, mas há também uma

depreciação evidente em relação aos agentes do trabalho: os trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Merhy (2023) já nos alertava que é preciso reordenar a modelagem tecnoassistencial do trabalho em saúde, fortalecendo tecnologias leves como dispositivos de cuidado, mas, também, como lógica para tomar decisões sobre o que deve ser feito em cada condição que requer a ação das pessoas trabalhadoras da saúde. Não centrarei aqui o debate na qualidade da atenção, mas no fato de que se apenas formarmos capacidades obedientes às hierarquias e aos saberes instituídos, teremos que seguir fragmentando o trabalho e as informações transmitidas durante a formação. Isso equivale a seguir apostando na divisão técnica do trabalho, nas hierarquias técnicas, profissionais e disciplinares. Bem, o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato e as formas de alienação, como nos alertou Merhy (2023), estão na base da crise de eficácia e, também, no adoecimento no trabalho. Não vou detalhar aqui a conexão entre a psicopatologia do trabalho, o consumo exorbitante de substâncias psicoativas e o suicídio de trabalhadoras e trabalhadores da saúde. É desnecessário frente a tantas evidências.

O que quero destacar é que o caminho do fortalecimento do trabalho em saúde parece bem indicado já e é de mudanças, tardias mais ainda oportunas, na formação. Alianças entre a formação e o trabalho também são alianças entre instituições formadoras, gestores de sistemas e serviços, organizações de controle social e movimentos sociais nos territórios. Para a produção da saúde em cada território. O trabalho vivo em ato, como nos disse Merhy (2023), implica em capacidades intensivas de comunicação como negociação para a organização micropolítica do trabalho, como nos disse Marina Peduzzi (2001), em aprender a fazer sínteses provisórias e pragmáticas com as tensões interdisciplinares e as lógicas do território, como nos ensinou Madel Luz (2023), e em aprender a aprender com a compreensão da multiplicidade do quadrilátero atenção/gestão/participação/formação, como nos alertaram Ceccim e Feuerwerker (Ceccim; Ferla; Ramos-Florêncio, 2023).

Vivências no território como suavidade do contar e ouvir histórias

A síntese do que pretendi registrar aqui é que a crise paradigmática, que também é crise civilizatória, que vivemos tem nossas práticas docentes e institucionais como sintoma e como dispositivo de reforço. A mudança na formação das profissões da saúde, como alguns de nós formulam e repetem há décadas, ainda se mostra um caminho necessário, oportuno e, cada vez mais, urgente. Um bocado mais complexo, que o aprofundamento da crise civilizatória das sociedades também repercute e encontra eco no interior das instituições de ensino. Mas os caminhos de saída da crise, também estão visíveis e atuantes. Como as atividades de ensino de práticas integradas em saúde (escrevo assim, em minúsculo, que é para representar a condição minoritária nas hierarquias institucionais, mas também para reforçar a potência do minoritário, que não precisa sustentar a crise).

O contato com a complexidade da saúde nos territórios é uma aposta que vale a pena, sobretudo se embasado no gosto da descoberta (a integração com a pesquisa, uma pesquisa despretenhiosa, que quer apenas o efeito da educação permanente em saúde, sem a pretensão primeira de transformar-se em um artigo breve em língua estrangeira ...). Contato que, em parte, se estrutura na extensão (como escuta sensível às necessidades do território e do ato de tensionar para que sejam motivadoras de iniciativas institucionais), outra parte como aprendizagem ativa (fomentando o pesquisador de si e do contexto que precisa se desenvolver no docente, no discente e no trabalhador que acompanha a aventura mesmo do aprender fazendo e pensando sobre o fazer).

Evidente que, para alcançar a condição de sustentabilidade dessas propostas, além de sugerir reiteradamente as leituras sobre o fazer na universidade aos alienados da pesquisa e do ensino (recordar Anísio Teixeira, Paulo Freire e Darci Ribeiro, entre tantos outros, nunca é excesso; quiçá possa ativar novas posturas pedagógicas e institucionais), é preciso resistir e espreitar-se em brechas do instituído. A inovação pode chegar por movimentos ampliados

ou por fissuras que comprometem o instituído. Diria que, para os de nós, que exercemos com compromisso ético a docência, as alianças com discentes (‘dodicência’, nos dizia Freire), com trabalhadores e com movimentos sociais que buscam democratizar o conhecimento, a sociedade e as relações entre pessoas e com o ambiente natural (a ocupação predatória do ambiente, como das instituições, se mostra danosa às vidas, ao planeta e ao viver), são estratégicas e bem potentes. Propostas pedagógicas são sempre políticas e, para sustentar a inovação e a mudança, instituições e relações democráticas são fundamentais. Já com alguns titubeios, continuo esperando esse tempo das mudanças.

Enquanto isso, para adiar o fim do mundo, como nos sugeriu Krenak (2020), vou contando histórias que falam do que antecedeu esse momento difícil que vivemos, mas que também vão fecundando o presente para novos mundos. Sigo acreditando que o lugar mais potente para construir novos mundos é o encontro de professores, alunos e demais gentes que acreditam na democracia, na justiça, na equidade e numa saúde mais generosa para as pessoas e grupos sociais, nos territórios concretos, que é onde se rompe a dicotomia homem/natureza, razão/emoção, civilização/barbárie, ilustramento/descognição, corpo/alma, saúde/doença ... entre tantas outras que nos subjetivaram ao longo dos últimos séculos e nos trouxeram até aqui. Os territórios concretos, com suas redes de políticas públicas, com seus rizomas de afeto e proteção, com suas capacidades de inventar mundos possíveis, pedem pela produção de saúde que o sistema formativo precisa ouvir. Mas esses territórios também ensinam a vida como potência do andar da vida, a saúde como bem-viver. E, nessa condição, seremos gente que gosta de gente e precisa ser cuidada como gente...

Referências

Arouca, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora da Unesp, 2003. E-book. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37787>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A.; Ramos-Florencio, A. (org.). **Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud**: epistemología, trayectos y prácticas. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Livro-Educacion-Permanente.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Ferla, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/1897>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Ferla, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Akerman, M. et al. (org.). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-122.

Ferla, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 81-94, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Ferla, A. A. Histórias, políticas públicas e saúde: quando o território amazônico assume a autoria no cuidado. In: Schweickardt, J. C.; El Kadri, M. (org.). **Um laboratório produzindo inovações em saúde na Amazônia**: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2023. p. 130-148. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/um-laboratorio-produzindo-inovacoes-em-saude-na-amazonia-10-anos-do-laboratorio-de-historia-politica-publica-e-saude-na-amazonia/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Frenk, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in na interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 24 jun. 2024.

Gomes, L. B.; Barbosa, M. G.; Ferla, A. A. (org.). **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Atencao-basica-olhares-a-partir-do-programa-nacional.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Krenak, A. **Idéias para adiar o fim do mundo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2020.

Luz, M. T. (org.) **Racionalidades e instituciones médicas**: aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS - Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/racionalidades-e-instituciones-medicas-aportes-teoricos-y-metodologicos-a-la-investigacion-y-el-pensamiento-en-salud-colectiva/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Merhy, E. E. (org.). **Micropolítica del trabajo en salud**: teoría, métodos y aplicaciones. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS - Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-del-trabajo-en-salud-teoria-metodos-y-aplicaciones/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

Nosela, P. **Memorial apresentado ao concurso de Professor Titular de Filosofia da Educação**. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, dez. 1991.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024.

CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: RESGATAR O PROCESSO E CONTAR A HISTÓRIA

Denise Bueno
Jaqueline Tittoni

Introdução

Todos nós, na academia e na cultura como um todos, somos chamados a renovar a nossa mente para transformar as instituições educacionais e a sociedade, de tal modo que nossa maneira de viver, ensinar e trabalhar possa refletir nossa alegria diante da diversidade cultural, nossa paixão pela justiça e nosso amor pela liberdade (bell hooks, 2013, p. 51).

O objetivo deste capítulo é contar um pouco da história do desenvolvimento da proposta pedagógica de educação interprofissional (EIP) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Contar esta história é buscar o cenário onde propostas pedagógicas, como a atividade de ensino (disciplina) Práticas Integradas em Saúde (PIS I) puderam tomar corpo e forma, constituindo um espaço de aprendizagens integrador entre a comunidade, a universidade e os serviços de saúde. A utilização do substantivo ‘resgatar’ tem a pretensão e o desejo de mostrar alguns passos do caminho trilhado para construir outros parâmetros e outras formas de fazer e pensar o ensino em saúde na nossa universidade. Também quer reforçar a crença de estar contribuindo no diálogo com outras propostas pedagógicas que estimulem a interprofissionalidade (educação e trabalho) e no fortalecimento da criação de espaços intra e extramuros da formação

universitária. Narrar uma experiência, na visão de Walter Benjamin (1994) é fazer parte da produção do patrimônio histórico e cultural da sociedade, é transmitir a tradição, integrando passado e presente (e diríamos, também, o futuro) por meio da memória. Contar, assim, é estar em relação de pertencimento, de produção coletiva e de criação de memórias, desafiando as linearidades temporais – misturando passado, presente e futuro – para criar zonas onde os afetos abrem caminhos para as histórias vividas.

A história da proposta da EIP na UFRGS foi marcada por muitas presenças que fizeram a diferença, com a colaboração de docentes dos diferentes cursos da saúde, pelos servidores e docentes da UFRGS, por trabalhadores e trabalhadoras das equipes da saúde e da gestão da secretaria de saúde e da prefeitura municipal de Porto Alegre. Das salas de reunião, ambiente tão característico dos espaços de gestão, às caminhadas pelos territórios, pelos serviços de saúde, pelos espaços de trabalho e de organização das comunidades, foi sendo construído um plano comum de experiência que ia abrindo caminho para a criação de espaços de integração que pudessem ampliar os olhares daquele grupo das lógicas disciplinares que deram suporte à formação dos profissionais envolvidos neste processo.

Estes encontros, por si só, já mostravam a necessidade de uma postura colaborativa para enfrentar os desafios que a experiência colocava, pois estávamos inventando um caminho, na medida mesma em que caminhávamos. Caminhávamos coletivamente com o desejo de uma construção multidisciplinar e multiprofissional, levando na bagagem a caixa de ferramentas teórica, metodológica e técnica de cada núcleo de conhecimento e a certeza de que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) era o grande desafio daqueles tempos. Os princípios do SUS, sobretudo no que concerne à formação em serviço e aos processos de integração entre ensino, saúde e comunidade, foram (e seguem sendo) o farol norteador do caminho para pensar a formação aliada às necessidades e desejos das comunidades, fossem elas acadêmicas ou engendradas em outros espaços da vida social. Respirávamos (e respiramos) os ares da 8ª Conferência Nacional de Saúde,

com a certeza de que o SUS é um organismo vivo, alimentado pela luta e pelos desejos de promoção da vida, para além da sobrevivência, que nos mobilizam ao trabalho todos os dias.

Era o início deste século com expectativas importantes em termos sócio-econômicos e políticos para o Brasil, com o fortalecimento do SUS, implementação das políticas públicas em saúde e, em especial, da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006) direcionada para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No plano da educação e formação em saúde, organizava-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, que define Educação Permanente como “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (Brasil, 2004, p. 1). Para isso, necessita a “agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (Brasil, 2004, p. 1).

A EIP coloca-se como dispositivo fundamental na implementação da PNEPS e fortalecimento do SUS, tendo como princípios a aprendizagem em conjunto e interativo por profissionais de diferentes profissões com vistas a implementar o trabalho colaborativo (Peduzzi; Agreli, 2018).

Estávamos, portanto, diante de um reordenamento da formação e assistência em saúde que demandava um redirecionamento, também das políticas de formação e da criação de novas estratégias metodológicas que pudessem implementar estas novas diretrizes traduzidas nas práticas de assistência e no trabalho cotidiano, para que pudessem ganhar vida para além das Leis e Portarias que as definiram. Seria o próximo passo desta caminhada longa, formada por muitas lutas, que atravessaram a história do nosso país e se inscreveram não só na nossa história, mas se querem vivas na nossa memória e no nosso presente.

Walter Benjamin (1994), em seu texto ‘o narrador’, fala do empobrecimento da linguagem, mostrando como os soldados na segunda guerra mundial vinham das batalhas empobrecidos na sua linguagem, tal como suas vidas se empobreciam na condição de guerra em que se encontravam. Empobrecer a linguagem segue sendo um ponto crucial neste nosso presente em que as guerras são travadas em tantos planos distintos. No plano acadêmico, de onde falamos para pensar estes processos, também travamos esta batalha cotidianamente. Na saúde, nosso território das experiências mais mundanas e cotidianas, também nos colocamos a abrir espaços para uma linguagem múltipla, que faz enriquecer as nossas narrativas acadêmicas com os sentidos e afetos da nossa experiência. Por isso, neste texto, vamos narrar uma experiência como nos propõe Benjamin, enriquecida com os afetos que brotaram deste desafio de construir um espaço colaborativo, multidisciplinar e multiprofissional. Esta experiência de organizar, realizar e dar continuidade a uma proposta de ensino que necessita, inclusive para sua sobrevivência, ser flexível às transformações da vida e da sociedade, mantendo-se firme nos seus propósitos de constituir-se como campo de formação em saúde no SUS.

Primeira parada: rupturas necessárias

Muitos desafios estão colocados para a formação acadêmica contemporânea, onde a crítica ao pensamento colonial se faz urgente, tanto no que se refere ao caráter epistemológico do conhecimento, como aquele que reside nas práticas cotidianas. Principalmente a partir da política de ações afirmativas nas universidades brasileiras e, de modo especial na UFRGS, fica explícita a necessidade de práticas antirracistas e de crítica ao colonialismo e à branquitude que sustenta o conhecimento acadêmico e científico, dando evidência às perspectivas dos povos originários, negra e indígena. Os marcadores de gênero e sexualidade também mostram sua força e pressionam para sua visibilidade na definição do conceito de saúde, retirando as questões de orientação e identidade sexual do quadro das anormalidades e ligados ao adoecimento.

Do ponto de vista do trabalho, o avanço neoliberal, não só enquanto modelo socioeconômico, mas enquanto racionalidade, tal qual sugere Dardot e Lavall (2016), vai modificando os modos como as relações de trabalho se estabelecem e como produzem efeitos nos modos efetivos de trabalhar e viver. É um avanço que implica em uma captura do Estado na diminuição de sua presença nas políticas públicas e intensificando o aumento do financiamento do setor privado para execução destas políticas. Junte-se a isto, a digitalização do trabalho que vem se desenvolvendo com grande velocidade na nossa vida e no trabalho em saúde de uma forma, também, muito intensa.

Este cenário, ainda que com nuances próprias ao seu presente, como a digitalização e a apropriação neoliberal da gestão das políticas públicas, vem reforçar o vivido na virada do milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações. A intensificação da fragmentação do trabalho e a burocratização da gestão colocam, para a formação em saúde, a necessidade de propostas pedagógicas que possam dialogar com a EIP. A publicação “Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?” (Toassi, 2017) traz uma coletânea de experiências de formação de saúde que atestam esta necessidade e mostram estratégias para enfrentar a produção de uma formação multiprofissional em saúde. Esta demanda configurou-se mais como uma estratégia para pensar a fragmentação de modo a garantir o cuidado em saúde de maneira integral em conjunto com a comunidade, com o seu território de vida e de habitação. Para Milton Santos (2006), o território é compreendido como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local. O território miltoniano evidencia a impossibilidade teórica, técnica e política da intersetorialidade. O autor propõe e defende o território como a única possibilidade de lidar com a unidade. O espaço geográfico, segundo o autor, é uma totalidade dinâmica, produto das múltiplas totalizações a que está submetido o processo da história, a cada instante.

Assim, desde a perspectiva da formação universitária contemporânea, coloca-se a necessidade de contemplar o reconhecimento da complexidade

crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho em equipes de forma colaborativa, que respeite as bases disciplinares específicas, e que busque soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; estratégias para a construção de espaços que possam trabalhar de forma integrada favorecendo a saúde das populações.

A formação universitária está inscrita neste contexto de pluralidade e de enfrentamento da fragmentação buscando formas de integrar conteúdos técnicos e científicos às experiências nos locais de trabalho, no contato direto com os serviços. Esta demanda não é nova, pois é justamente na formação superior que se cristaliza a fragmentação disciplinar que vivenciamos na educação desde seus primórdios. A universidade incorpora e materializa esta fragmentação, sendo tarefa cotidiana de sua comunidade criar laços de parcerias, de produção acadêmica e de criação de atividades de ensino que possam enfrentar esta forma institucionalizada de trabalhar, ensinar e aprender. Estes laços mostram a vida que brota destas paredes, materiais e imateriais, que fragmentam os saberes para produzir conhecimento e trabalho. Para Canguilhem (2009, p. 64), “a vida não é uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação (...) com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas”. Tais fugas e vazios, na percepção do autor, não significam um elogio ao indeterminismo, mas a possibilidade de inventar, nas brechas da institucionalidade da fragmentação do saber e do trabalho, outros modos de aprender, ensinar e trabalhar. Assim, no âmbito acadêmico e científico, criar espaços com a formação multidisciplinar para o trabalho colaborativo, com perspectiva multiprofissional, configura-se como um processo de construção e, ao mesmo tempo, como um processo de lutas pelo seu reconhecimento. Do ponto de vista do trabalho em saúde, na assistência e gestão, tal processo também configura lutas pelo reconhecimento e espaços de resistência à discursividade biomédica dominante e, também, contra os modos neoliberais, individualizantes e competitivos que cada vez mais modulam o trabalho em

saúde com a lógica privatizantes, seja privatizando a assistência ou como modelo de gestão do serviço público. Estas lógicas de privatização da saúde direcionadas a modelos hegemônicos de poder, reforçadas por métricas que não dialogam com os usuários de saúde, fortalecem o que a literatura vem denominando de tribalismo das profissões, ressaltado no Relatório da Comissão Independente da revista *The Lancet*, onde Frenk e colaboradores (2010) chamam a atenção para o desafio da formação a ser enfrentado.

Estes elementos mostram os pontos de ruptura e as novas linhas de convergência que nossa experiência foi tramando. A formação interprofissional como referência para educação em serviço, a aprendizagem no território como espaço integrador de saberes e afetos, os princípios do SUS e sua implementação a partir das estratégias de saúde da família são elementos norteadores para a integração entre ensino, serviço e comunidade que dá fundamento e sustentação à proposta produzida na UFRGS.

Segunda parada: as experiências de formação em saúde na UFRGS

Em 2010, o editorial publicado por Scott Reeves – *The need to problematize interprofessional education and practice activities* – instiga o ‘senso comum’ existente na universidade de formação fragmentada. O artigo tem um efeito catalisador ao que já pensávamos como proposta pedagógica da PIS I. Não havia um consenso no grupo como um todo sobre o conceito de EIP. Paralelamente ao debate conceitual de Reeves e colaboradores que estava em processo de construção, o grupo organizador da disciplina percebia a necessidade de trabalho em conjunto de membros de mais de uma profissão da saúde em locais de prática integrada para atender novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na forma de fazer das profissões, o trabalho em equipe.

A UFRGS, com seus quatorze cursos da área da saúde, percebeu a necessidade de aproximação do processo de formação dos seus acadêmicos com o SUS. Como estratégias de mudanças curriculares para esta aproximação,

os cursos da área da saúde passaram a discutir a inserção do princípio da integralidade em saúde. Várias reuniões foram realizadas para criar estratégias para enfrentar este desafio e, ao longo dos anos de 2006 e 2007, se construiu, submeteu e aprovou, junto ao Ministério da Saúde, o Projeto de Extensão ‘Integralidade na saúde’, com o fomento da PNEPS, criada em 2004. Este projeto foi apoiado, após submissão e aprovação de edital organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, sendo desenvolvido com a participação de estudantes e professores dos cursos de graduação em Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Ao longo da execução de tal projeto, professoras e professores envolvidos constataram a urgência de uma ação institucional que favorecesse e ampliasse a construção de espaço permanente para inserção da PNEPS dentro da formação universitária. Tendo estas estratégias de governo da saúde como eixo orientador da formação, foi implementado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) na Universidade, objetivando incentivar transformações no processo de formação, de geração de conhecimentos e de prestação de serviços à população, para uma abordagem integral do processo de saúde-doença. Peste Programa propôs uma articulação entre a universidade e o cenário de prática no SUS. Na UFRGS, fizeram parte da primeira edição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I (Pró-Saúde I) os cursos de Medicina e Odontologia e, na segunda edição (Pró-Saúde II), se somaram os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia. A proposta do Programa teve como principal objetivo a composição de um Distrito Docente Assistencial (DDA) junto ao Distrito de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal, que articulou, sob o eixo da integralidade, os diferentes campos de saber da universidade, a gestão local dos serviços, os trabalhadores da saúde vinculados a rede de serviços da saúde no Distrito, a Secretaria Municipal da Saúde, os usuários e os movimentos sociais. A UFRGS participou com os seus discentes e docentes do Projeto Pró-Saúde II, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, já configurando o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal. Tal Distrito foi criado visando à integração

em cenário de práticas dos currículos orientados para o SUS, no intuito de fortalecer a matriz curricular de formação do profissional da área de saúde.

Assim, a partir de convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e UFRGS, consolida-se o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal, distrito sanitário situado na região centro-sul de Porto Alegre, que se constitui em uma base territorial para ensino e pesquisa em saúde. Neste Distrito existiam instalados recursos de saúde de diferentes níveis de complexidade, vários equipamentos sociais, uma realidade geográfica particular e uma população estimada em 160.000 habitantes. O DDA torna-se o principal local de interação entre os docentes, discentes e profissionais da rede municipal de saúde, auxiliando a aproximação destes com a área de atuação, permitindo uma visão mais ampla do SUS e a possibilidade de inserção no cenário de práticas. A integração entre a Universidade e o Distrito previa, além da melhoria na qualidade do atendimento à comunidade, um ganho de qualidade na atividade curricular e em pesquisa em saúde para a própria universidade. Como argumentado por Campos (2005, p. 6),

Há uma recomendação curricular genérica de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha recomenda-se a inserção precoce do estudante em atividades práticas. Além disso, se na rede básica se espera que sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus estudantes.

A proposta do Pró-saúde ampliou uma série de debates dentro da universidade e a Pró-Reitoria de Graduação, por decorrência das políticas de incentivo à mudança nos cursos de graduação, envolveu-se na proposição de uma Coordenadoria Acadêmica que pudesse tornar mais orgânica a discussão

de uma política institucional de formação na área da saúde e ações coletivas de integração entre os setores da educação e da saúde, tendo em vista qualificar a formação, a atenção, a gestão e a participação nesse campo. A Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) na UFRGS surgiu como uma proposta de contribuição para a formação de profissionais da área da saúde, de modo especial para a construção da integralidade e da interprofissionalidade nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Neste processo, surge a PIS I.

Terceira parada: a disciplina PIS I

Tendo em vista a proposta do projeto da Integralidade, a CoorSaúde da UFRGS, por meio de uma disciplina piloto, criou uma atividade de ensino com a prática integrada em saúde, tendo como cenário o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal. Esta disciplina surge com base na ideia de que quanto maiores os índices de interdisciplinaridade e maiores as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos estudantes (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou no ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde. Feuerwerker (2002) indica que a possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

A aproximação ao Distrito de Saúde fez surgir a reflexão sobre as potencialidades que uma disciplina pode oferecer para integrar diferentes discentes e docentes em um cenário de práticas, apontou para uma possível intervenção sobre o perfil do aluno que se está formando e para o desenvolvimento de uma maior participação e partilha entre docentes de diversas graduações. O aluno que se pensava em formar seria aquele que, tendo conhecimento

do contexto próprio de sua especialização, percebe a complexidade de cada área profissional; tendo assim, a vivência das relações de saúde voltada a um exercício profissional que se insere em um todo complexo e interrelacionado, sempre aberto para as modulações dos territórios. E principalmente, que esta formação esteja comprometida com a interrogação sobre o próprio trabalho na saúde, desde sua concepção até as práticas cotidianas.

Dentre os inúmeros desafios colocados neste processo, destacamos não reproduzir modelos, criar inovações na área pedagógica, romper com as metodologias vigentes, ter presente e analisar as tensões e desencontros entre a vida e a academia e produzir vida na academia; também trabalhar na perspectiva da saúde como qualidade de vida, considerando as múltiplas dimensões da saúde, a integralidade e intersetorialidade, problematizando a dicotomia saúde-doença sem negar o sofrimento como parte do viver. Enfim, como maior desafio, construir uma proposta pedagógica efetivamente interprofissional.

A partir da criação da CoorSaúde na UFRGS, os movimentos para a abertura de espaços e atividades integradas entre os cursos da saúde ganharam maior intensidade dentro da Universidade. Esses movimentos já haviam sido particularmente impulsionados por experiências como Pró-Saúde I e II, Integralidade em Saúde, VER-SUS e Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), todas elas realizadas no contexto de reestruturação e qualificação dos cursos conforme as diretrizes curriculares elaboradas pelo Ministério da Educação. Em agosto de 2009, a CoorSaúde realizou um levantamento de disciplinas existentes nos vários cursos da saúde para avaliar a transformação de algumas delas em disciplinas integradoras. A primeira ação que foi realizada foi mapear quais disciplinas poderiam ser consideradas integradoras. Entretanto, logo percebeu-se que um curso ofertar vagas para estudantes de outro curso não constituiria verdadeiramente uma ação integrada. No mês de outubro de 2009, uma subcomissão constituída dentro da CoorSaúde foi criada com o objetivo de elaborar a proposta de uma disciplina que fosse realmente integradora. O grupo formulou, então, a minuta da proposta de criação

de três disciplinas chamadas práticas integradas em saúde. A referência para essa primeira proposição era a experiência de práticas do curso de Fisioterapia, que possuíam um caráter de integração de conhecimentos dentro da área da saúde. A elaboração da disciplina integradora ganhou ainda mais profundidade no início de 2010, quando a CoorSaúde criou uma comissão formada por 23 professores de onze cursos de graduação ligados à saúde, com a participação de quatro técnicos de assuntos educacionais e de dois estudantes de pós-graduação. Durante um ano inteiro foi discutida a proposta da nova disciplina, com reuniões semanais e intensas discussões sobre os pressupostos de sustentação desta atividade de ensino. Ali, naquelas reuniões intensas e tomadas pela complexidade da ação que estava por vir, já se iniciava a experiência de integração e de trabalho colaborativo que viria a ser fundamental para a realização, desenvolvimento e resistência desta disciplina. Assim, o pensar em uma prática integrada fez com que houvesse uma intensa troca de experiências e, mesmo que o grupo não percebesse, uma formação estava sendo efetivada no tema da integralidade em saúde. Por sua vez, os docentes que participavam desta comissão levavam esse debate para dentro das comissões de graduação de seus cursos, aumentando ainda mais a possibilidade de intercâmbios e familiarização entre as áreas da saúde.

Desde o início do processo de criação de uma disciplina integrada entre os cursos da saúde da UFRGS, o objetivo era evitar a reprodução de modelos já existentes e criar algo novo, capaz de romper com as metodologias vigentes. A ideia consensual era a de ofertar a disciplina prioritariamente aos estudantes que estivessem em etapas iniciais de seus cursos, uma vez que a maior parte dos estudantes de semestres mais adiantados já estava envolvida em estágios curriculares. Em 2010, o plano de ensino da disciplina foi encaminhado aos profissionais de saúde da atenção básica municipal para que pudessem contribuir com proposições. O reconhecimento do território e as demandas de saúde do Distrito foram considerados pelo grupo proponente da disciplina e pelos profissionais de saúde como conteúdo fundamental para a PIS 1. Foi

solicitada a câmara de graduação que a oferta da disciplina fosse feita pela CoorSaúde entendendo que este espaço estava direcionando a implantação das DCN na universidade. Os trâmites internos e as instâncias administrativas da universidade impossibilitaram, na época, esta inovação. Desta forma a disciplina acabou sendo registrada junto à comissão de graduação do curso de Odontologia, na modalidade prático-aplicativa, com caráter eletivo e com carga horária para estudantes de 60 horas. A carga horária para professores seria definida conforme plano de trabalho e número de estudantes em tutoria. A atividade denominada Práticas Integradas, foi planejada para um professor de cada um dos 14 cursos da área da saúde da UFRGS e cada curso com direito a quatro vagas para os estudantes. Ela seria oferecida simultaneamente a 56 estudantes, divididos em grupos de oito estudantes e duplas de dois professores como tutores. A atividade previu a realização de atividades no território e seminários coletivos, com a participação de todos os estudantes, professores e profissionais da saúde para troca e integração dos diferentes saberes. Os estudantes estariam envolvidos com projetos a serem executados no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, após tomarem conhecimento das demandas da comunidade. Em cada semestre, produzindo um projeto diferente e, à medida que avançam na disciplina, os projetos vão ganhando continuidade e complexidade.

Esta proposta de uma disciplina que integrasse as várias graduações que compõem a CoorSaúde partiu do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido. Este grupo de trabalho propôs uma transformação das práticas de formação acadêmica baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Foi proposto, portanto, que os processos de capacitação da saúde fossem estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tivessem, como objetivo, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Nesta perspectiva, a atualização técnico-científica é apenas um dos

aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de (re)conhecimento do SUS como instância de referência para a formação e o trabalho em saúde.

Ao colocar-se em marcha no ano de 2010, os desafios passam a incorporar as questões próprias ao território e aos serviços de saúde envolvidos. Os primeiros passos desta disciplina foram indicando ajustes e iam sendo delineados os pressupostos que, apesar de toda a variabilidade que acompanhava sua realização, iam servindo de pilares de sua sustentação e referência. Caminhavam de mãos juntas a necessidade de ter pilares firmes de referência, com base nos princípios do SUS, e a capacidade de flexibilização com relação aos movimentos do território, dos serviços de saúde e da gestão municipal.

Logo, a previsão de realização da disciplina em três semestres, foi ajustada para o oferecimento de uma disciplina, a Práticas Integradas em Saúde I que inicia em 2010, e somente no ano de 2017 foi oferecida a Práticas Integradas em Saúde II. A disciplina foi organizada tendo como objetivos a vivência no território, conhecendo os equipamentos de políticas públicas e a vivência nos serviços de saúde na Atenção Básica para conhecer a porta de entrada do SUS e suas particularidades e abrangência. Também como espaço para experimentar a multidisciplinariedade, convivendo com colegas, professoras e professores de cursos da saúde que não o seu. A escolha pela Atenção Primária em Saúde indicava um percurso a ser percorrido pelas três disciplinas de práticas em saúde nos caminhos propostos pelo SUS.

Provavelmente a memória de quem participou desta disciplina esteja marcada pelas lembranças dos encontros no estacionamento do Planetário onde tomávamos – e tomamos até hoje – os veículos que levavam os grupos de tutorias aos serviços. Desde as vans equipadas com ar-condicionado e água, até a velha kombi da UFRGS, que nos presenteou com sua expertise de circular pela cidade e com suas frágeis estruturas mecânicas que obrigou o grupo, em uma ocasião, a pedir carona em outro veículo. Desde a saída da universidade tratava-se de uma experiência de encontro, passando

pelas conversas do grupo na ida e na volta, pelas andanças pelo território a descobrir as intensidades e delicadezas que resistiram às condições de vida precárias, bem como no contato com profissionais da saúde e seu cotidiano de trabalho e em sua luta diária para produzir saúde e vida. Estas experiências foram - e seguem até hoje - dando materialidade aos conceitos de integração, de diversidade e complexidade tão presentes no processo de elaboração desta atividade de ensino. Ao falarmos de produção de subjetividade e de habilidades técnicas criadas na relação com serviços e profissionais reais, justamente trata-se do plano da experiência, onde estes elementos podem, ao juntar-se, tomar novas formas e expandir-se de sua condição de fragmentação e isolamento. Por este motivo, a PIS I necessita ser planejada a cada semestre, levando em consideração a composição do grupo de professoras e professores, estudantes e serviços envolvidos na sua realização. Também dos movimentos das políticas públicas em saúde, que definem estratégias de governo que oscilam entre espaços mais amplos ou mais reduzidos para a formação em serviço.

A realização desta disciplina necessita uma relação afinada entre universidade, serviços e gestão, podendo ser um importante indicador dos modos como esta relação se configura. De caráter político e ético, esta relação vai muito além do importante compromisso regido pelos contratos formais, residindo nos modos como as relações cotidianas vão sendo tecidas sob o olhar atento de estudantes que buscam referências para sua formação profissional.

Nos caminhos pelos quais vem passando a disciplina, há momentos que são de céu aberto e de paisagens bem delineadas, permitindo que se possa pensar o SUS na sua melhor forma. Outros momentos, de menor plenitude, levam a criar outros caminhos e novas experiências vão sendo integradas. Participantes da disciplina vão criando portfólios de memórias, em registros físicos ou não, mas sempre presentes na formação profissional. Por vezes um gesto, uma palavra familiar ou um texto inusitado fazem abrir as páginas deste portfólio e deixar fluir as memórias que lhe fazem vivo até nossos dias.

Quarta parada: Para finalizar

A PIS I tem deixado muitos frutos espalhados na sua longa caminhada e permanece como espaço de reflexão constante sobre os modos como se configura a formação profissional. Esta formação que, ainda em muitas situações, realiza-se exclusivamente nos espaços acadêmicos, segue sendo alvo de críticas por sua abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico predominante de ensino, nestes casos, está centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, levando à fragmentação de indivíduos em especialidades clínicas. Do mesmo modo, a organização do conhecimento em áreas básicas e áreas técnicas e o fato de que as oportunidades de aprendizagem colocam-se, principalmente, na clínica no hospital universitário. O sistema de avaliação, por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentiva a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico. As estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes são pouco utilizadas e aparecem dificuldades na construção de novas propostas de aprendizagem e problematizações acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade.

Esta crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em vários cursos de graduação na área da saúde, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área de saúde mobilizaram-se de maneira expressiva. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em

saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento e a necessidade da universidade reconstruir seu papel social.

O Projeto Pedagógico de cada escola/curso, é um processo que busca ser coletivamente construído, gerando envolvimento e comprometimento de docentes, discentes, técnico-administrativos, profissionais dos serviços, administradores e instituições de ensino, serviços de saúde e usuários desses serviços. Esse envolvimento favorece a superação de resistências e possibilita a programação conjunta de ações que possam despertar para a formação de conceitos e delineamento de propostas. A relutância dos professores em se engajar na educação interprofissional não é apenas uma questão de não saber como, apesar da literatura abundante, ou da força dos obstáculos, apesar da multiplicidade de estratégias e modelos já provados. Ela também surge de uma socialização disciplinar, um processo particular de subjetivação, que leva os professores, no caso de aderir a novas práticas, a acreditar que não estariam realizando seu trabalho da maneira como foram treinados para fazê-lo. Estudantes, de maneira semelhante, são socializados e subjetivados por esta mesma maneira de aprender e por esta visão tradicional do conhecimento. A relutância é composta pela crítica de que a instrução interdisciplinar não pode ser usada para fornecer aprendizados essenciais e de que negligencia o domínio dos conceitos essenciais das disciplinas – o real saber. Depreende-se que desta formação instituem-se modos de subjetivação que cristalizam saberes e práticas naturalizando-os e reproduzindo-se interminavelmente. Para uma reformulação do saber e da prática tradicional em saúde pensa-se que é necessária uma ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando as questões contemporâneas, como os temas da raça e do gênero. Também considerar fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede. Para isso, é fundamental a instituição de programas de educação permanente, com cursos

e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas àquelas ideias que podem ser agregadas sob um rótulo de integralidade.

A UFRGS, ao direcionar ações para o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal, possibilita pensar ações de saúde integradas, aproximando a academia e o cenário de prática. A disciplina que foi planejada para implementar práticas neste DDA, nominada de Disciplina Integradora, objetiva a partir da aproximação de docentes e discentes dos cursos da saúde e outros afins, como o curso de Políticas Públicas que faz parte da CoorSaúde pensar os processos de formação de suas graduações, buscando romper com o paradigma da fragmentação. Estas são formas desafiadoras que estão sendo propostas pela UFRGS para trabalhar o princípio da integralidade no processo de ensino e para fomentar competências colaborativas no âmbito da multiprofissionalidade.

A construção das competências colaborativas mostra um nível de complexidade que vem sendo vivenciado nos dez anos de existência desta atividade de ensino, na medida em que estas competências são o elo que articula e torna possível uma experiência de formação inter e multiprofissional. D'amour *et al.* (2005) defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder. O compartilhamento pode ser visualizado na disciplina quando estudantes, docentes e profissionais de saúde dividem objetivos com bases conceituais ou na dinâmica do trabalho em saúde para cumprir o princípio de fortalecimento do SUS e da resolubilidade. A parceria consiste no respeito mútuo da equipe de trabalho desta disciplina e de todos os atores da proposta pedagógica, respeitando suas diversidades com potencialidades e fragilidades. Na interdependência o reconhecimento da importância do fazer de cada um e, também, as limitações aí presentes.

As relações de poder, pouco discutidas no âmbito interno das instituições acadêmicas, na proposta de EIP impactam drasticamente no desgaste da proposta ou na sua potência. O poder flui e movimenta-se, hora na gestão municipal, ora na gestão acadêmica, ora em um curso hegemônico,

ora no falar de um docente ou discente ou profissional de saúde. O desafio é reconhecer como a formação acadêmica lida com o que Bainbridge e Wood (2012) denominam de ‘o poder das preposições’, que implica em estar aprendendo com, de e sobre outros no contexto da EIP.

Este é o desafio que se propôs a PIS I na sua construção pedagógica e que cotidianamente se estabelece como um fazer dia após dia, em um processo contínuo. As modulações das políticas de saúde, do território, da universidade – discentes, docentes e demais servidores e servidoras – e da produção do conhecimento acadêmico são matéria de produção deste processo contínuo e alimentam a sensibilidade necessária às relações que aí se produzem. Tendo a multiprofissionalidade como horizonte de formação acadêmica e os princípios do SUS como referência, segue-se os movimentos desta complexa rede de relações institucionais e afetivas. Também é energia que nos movimenta, as críticas ao pensamento colonial que sustenta o conhecimento acadêmico e invisibiliza as experiências, os saberes e as lutas dos povos originários, sobretudo negro e indígena, bem como as fissuras provocadas pelo patriarcado na invisibilidade das mulheres e do trabalho de cuidado, cuja presença é tão intensa no trabalho em saúde. Por fim, cabe atentar aos movimentos que a lógica neoliberal vem produzindo nos modos como o trabalho, o Estado e as políticas públicas são definidas e estão configuradas em nosso país, por vezes tensionando e provocando os princípios do SUS em diferentes aspectos.

Frente a todos estes desafios, queremos pensar com Ailton Krenak (2022) o que podemos chamar de futuro.

Olhar sempre para o futuro, e não para o que está ao nosso redor, está diretamente associado ao sofrimento mental que tem assolado tanta gente, inclusive os jovens. É uma experiência que penetra por todos os poros e remete ao nosso estado emocional. O vasto ecossistema do planeta Terra também está sofrendo o estresse dessa aceleração (Krenak, 2022, p. 36).

O autor pensa nas palavras ‘formar’ e ‘moldar’, indicando que, ao moldarmos as pessoas ainda muito novas, podemos sua inventividade e sua

subjetividade. Talvez estas sejam boas pistas para pensarmos a formação: olhar para o que está ao nosso redor para dar potência à invenção de um futuro em que possamos apostar na diversidade dos saberes e nas alianças que abrem caminho para relações que produzem saúde e vida.

Referências

Bainbridge, L.; Wood, V. I. The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 27, n. 2, p. 131-136, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.725231>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Benjamin, W. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p. 37-41. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p. 71-76. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Centre for the advancement of interprofessional education. **Defining IPE** [Internet]. Fareham, 2024. Disponível em: <http://www.caipe.org/2024>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Campos, G. W. **Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde**: documento preliminar. [S. l.]: Associação Brasileira de Educação Médica, abr. 2005. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/148/o/ASSOCIACAO_BRASILEIRA_DE_EDUCACAO_MEDICA_ABEM.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

D'Amour, D. *et al.* Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, p. 116-131, 2005. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Dardot, P.; Laval, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

Feuerwerker, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

Frenk, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 7 fev. 2024.

Hooks, bell. **Ensinando a transgredir**. São Paulo : Martins Fontes, 2013.

Krenak, A. **Futuro ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

Peduzzi, M.; Agreli, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Reeves, S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 24, n. 4, p. 333-335, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.492748>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Santos, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal** 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

Toassi, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 7 fev. 2024.

A PROPOSTA PEDAGÓGICA: UM CAMINHO (RE)CONSTRUÍDO PELA INTER(AÇÃO) E COLABORAÇÃO

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Alzira Maria Baptista Lewgoy
Márcio Hoff

Introdução

Alice perguntou:
Pode me dizer qual o caminho que eu devo tomar?
Isso depende muito do lugar para onde você quer ir – disse o Gato.
Eu não sei para onde ir! – disse Alice.
Se você não sabe para onde ir, qualquer caminho serve.
(Lewis Carroll, 2009)

O diálogo apresentado na epígrafe nos convida à reflexão. Se não sabemos para onde queremos ir, se ignoramos qual o caminho queremos direcionar, ou seja, se desconhecemos a intencionalidade e o compromisso teórico-metodológico-técnico-político que ancoram as propostas pedagógicas, estamos fadados a um processo formativo fragmentado, vazio de sentidos, arbitrário à formação de sujeitos críticos e conscientes da importância de seu papel social e aptos ao exercício da cidadania. Esta é uma preocupação presente na formação acadêmico-profissional, nomeadamente em contextos formais de ensino e, particularmente, na atividade de ensino integradora de cursos da saúde – Práticas Integradas em Saúde I (PIS I). A PIS I é constituída por estudantes e docentes de distintos núcleos profissionais, em parceria com os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)/Atenção Básica à Saúde (ABS), atuando no delineamento coletivo pedagógico de atividades teórico-práticas que compõem o processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem acontece a partir da compreensão da pessoa como um ser que se constrói no contato com a sociedade em que está inserido, na relação dialética entre o indivíduo-sociedade, de modo que a pessoa modifica o ambiente e o ambiente a modifica (Vygotsky, 1999). É uma aprendizagem que se dá a partir da interação que cada pessoa estabelece com determinado ambiente. Busca superar a dimensão exclusivamente técnica, pautando-se no planejamento colaborativo, o qual resulta de um processo integrado entre ensino-serviço-comunidade e o contexto social, com vistas à problematização das necessidades comuns, primando pela articulação entre teoria e prática.

Caracterização da proposta: entre o pedagógico-organizativo e a intenção de aprendizagem

A PIS I – reconhecida na Universidade e nos serviços como a ‘Disciplina Integradora’ ou a ‘Integradora’ – caracteriza-se como uma atividade de integração ensino-serviço-comunidade, idealizada e desenvolvida por meio da parceria entre a Coordenadoria de Saúde¹ (CoorSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e as Comissões de Graduação dos cursos da saúde com a Coordenadoria de Saúde Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Após dois anos de planejamento e organização institucional, a PIS I teve a primeira turma oferecida em 2012.

A proposta pedagógica iniciou com a intencionalidade de promover uma experiência de integração intercurricular entre estudantes e docentes nos cursos da saúde e com profissionais e usuários do SUS. Tem como súmula do plano de ensino, “estudos e vivências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários de práticas no SUS; conhecimento e análise do território e dos serviços de saúde; proposição de ações compartilhadas em saúde a partir das necessidades identificadas na e pela comunidade” (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024, p. 1). Com o avanço das vivências das diferentes turmas de

¹ A Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) da UFRGS é uma instância vinculada à Pró-Reitoria de Graduação (ProGrad), “cuja missão é integrar os cursos da saúde e articular as relações da Universidade com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações buscam a facilitação do desenvolvimento de um Projeto Pedagógico Institucional que atenda às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde e a qualificação do SUS” (Coordenadoria da Saúde, 2024, não paginado).

estudantes e das políticas públicas de saúde e educação, consolida-se como uma proposta de educação interprofissional (EIP), que pretende o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe. A intencionalidade é estimular a construção de identidades profissionais marcadas pela colaboração, que reconheçam valores comuns e da interdependência de diferentes profissões para o cuidado efetivo das pessoas-famílias-comunidades.

É considerada uma inovação pedagógica, por sua capacidade de promover o encontro e a possibilidade da integração entre estudantes, professores e profissionais da saúde de diferentes núcleos em cenários de prática do SUS, sendo entendida com o um “movimento contra-hegemônico ao modelo de formação uniprofissional” (Ely, 2017, p. 5).

Proposta pedagógica:

Aprender juntos, para trabalhar juntos, para melhorar os resultados em saúde!

Durante o processo de ensinagem, três perguntas norteiam a construção do conhecimento na disciplina, as quais são mobilizadas ao longo da vivência:

- Qual é o saber/papel do meu núcleo profissional?
- Quais os saberes/papel das diferentes profissões da saúde?
- Como nossos saberes, juntos, podem potencializar a formação e o cuidado em saúde?

Trata-se de uma atividade de ensino, no formato disciplinar, de natureza eletiva ou adicional nos currículos, de acordo com a definição de cada curso. Tem carga horária total de 60 horas, com quatro horas semanais, acontecendo na sexta-feira à tarde, período de maior flexibilidade de horários tanto para docentes quanto para estudantes. Está compartilhada no projeto pedagógico dos cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Políticas Públicas, Saúde Coletiva e Serviço Social (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização da PIS I por cursos de graduação que a compartilham, pré-requisitos e natureza.

CURSOS DE GRADUAÇÃO	PRÉ-REQUISITOS	NATUREZA
Biomedicina	50 créditos obrigatórios	Eletiva
Ciências Biológicas (Bacharelado e Licenciatura)	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Educação Física (Bacharelado)	Educação Física, território e rede intersetorial em saúde	Eletiva
Educação Física (Licenciatura)	Nenhum pré-requisito	
Enfermagem	Nenhum pré-requisito	Adicional
Farmácia - FDC (Formação Diversificada Complementar para Assistência Farmacêutica)	Saúde Coletiva e Bioética	Alternativa obrigatória
Farmácia - FDC (Formação Diversificada Complementar para as demais áreas)	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Fisioterapia (Bacharelado)	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Fonoaudiologia	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Medicina	Nenhum pré-requisito	Adicional
Medicina Veterinária	Veterinária em Saúde Pública ou Saúde Pública Veterinária	Eletiva
Nutrição	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Odontologia	60 créditos obrigatórios	Eletiva
Odontologia - Noturno	58 créditos obrigatórios	Eletiva
Políticas Públicas (Bacharelado)	20 créditos obrigatórios	Eletiva
Psicologia - Habilitação Psicólogo/ Complementação Pedagógica para Formação de Professores de Psicologia/ Habilitação Psicólogo Noturno	Nenhum pré-requisito	Eletiva
Saúde Coletiva (Bacharelado)	Unidade de Pesquisa em Saúde e Bioestatística I e Unidade de Promoção e Educação da Saúde I e Unidade de Saúde, Sociedade e Humanidades I e Unidade de Tutoria I e Unidade Tópicos Integradores em Saúde Coletiva I e Unidade de Políticas Públicas e Sistemas de Saúde I	Adicional
Serviço Social – Noturno (Bacharelado)	Nenhum pré-requisito	Eletiva

Fonte: Adaptado do Plano de Ensino da Práticas Integradas em Saúde I, 2024 (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024).

Cada curso oferece cinco vagas semestrais para seus estudantes e o professor do curso deve integrar o corpo docente da atividade para que as vagas sejam oferecidas (Toassi; Lewgoy, 2016; Ely; Toassi, 2018; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023). Esta opção de composição foi definida pelo corpo docente da PIS I, buscando não só a integração entre os estudantes, mas também entre professores de diferentes Unidades Acadêmicas da Universidade. Nesse movimento de deslocamento de seu prédio/curso/disciplinas, o docente tem a oportunidade de compartilhar conhecimentos de seu núcleo profissional e de prática pedagógica e aprende com os demais professores, com os estudantes e profissionais da saúde, tornando-se um dispositivo de educação permanente para cada um dos docentes que atuam na proposta.

Eixos temáticos de estudo e referencial teórico que apoiam a proposta educativa

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a política pública de referência da PIS I, a qual é continuamente articulada aos três eixos temáticos estudados na disciplina – território e territorialidade do cuidado, processo de trabalho em equipe e interprofissionalidade, cuidado em saúde das famílias e comunidades. Os eixos principais mobilizam subtemas que incluem a ABS/rede de atenção à saúde no SUS (Dias *et al.*, 2020), a EIP e o trabalho colaborativo em equipe (Reeves, 2006; Barr; Low, 2013; Toassi, 2017), competências colaborativas para o trabalho em equipe (*Canadian Interprofessional Health Collaborative*, 2010), telessaúde (Schmitz *et al.*, 2021; Schmitz *et al.*, 2021), cuidado em saúde em territórios (Monken; Barcellos, 2005; Miranda *et al.*, 2008; Santos; Rigotto, 2011), cuidado centrado em pessoas-famílias-comunidade (Mito, 2020). O Quadro 2 apresenta os conceitos-chave constitutivos da PIS I.

Quadro 2. Conceitos-chave constitutivos da PIS I.

CONCEITOS-CHAVE	DIMENSÃO CONSTITUTIVA
Território	Espaço de interação entre pessoas (população específica) e serviços de saúde no nível local do SUS. Contempla a delimitação espacial, mas agrega o perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, estabelecendo-se como um espaço em permanente construção (Miranda <i>et al.</i> , 2008; Santos; Rigotto, 2011). Segundo a PNAB, território é “a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde” (Brasil, 2017, não paginado)
Territorialização	Representa um instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de cuidado na ABS, considerando que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (Monken; Barcellos, 2005)
Educação interprofissional	Oportunidade educacional em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade da atenção aos usuários, famílias e comunidades (Reeves <i>et al.</i> , 2016). Conceitualmente “ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado” (Barr; Low, 2023, p. 6)
Competências colaborativas	Competências que melhoram as relações entre as diferentes profissões na dinâmica do trabalho em saúde (Barr, 1998). Segundo o marco de referência canadense (<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i> , 2010), as competências colaborativas estão reunidas em seis domínios: 1. Comunicação interprofissional 2. Cuidado centrado no paciente/usuário, famílias e comunidade 3. Conhecimento de papéis profissionais 4. Dinâmica de funcionamento da equipe 5. Resolução de conflitos interprofissionais 6. Liderança colaborativa
Famílias	Unidade dinâmica que tem passado, no percurso da história, por constantes transformações. Apresenta uma diversidade atual de arranjos familiares na sociedade brasileira, o que impossibilita concebê-la sob um único viés, o que se torna apropriado referir-se ao termo no plural – ‘famílias’. Devem ser reconhecidas como um espaço altamente complexo, que se constrói e reconstrói, histórica e cotidianamente, por meio das relações e negociações que se estabelecem entre seus membros e entre seus membros e outras esferas da sociedade (Estado, trabalho e mercado). A família também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos, com papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos e, portanto, não apenas uma construção privada, mas também pública (Miyoto, 2010)

Fonte: Os autores, 2024.

Na intenção de que estes conceitos possam ser mobilizados, de forma contínua ao longo da vivência na PIS I, as leituras indicadas são guiadas por roteiro norteador utilizando a estratégia da leitura dirigida (Anastasiou; Alves, 2005). O roteiro é construído pelos docentes, buscando estudar por meio de orientação de temáticas, problemas e focos específicos, facilitando, assim, o aprendizado.

Organização das atividades da PIS I

Momentos de concentração e de tutoria constituem a atividade de ensino.

As concentrações contemplam espaços do coletivo, com a presença de todos os estudantes e professores. Abordam as temáticas do território/territorialização, telessaúde, trabalho em equipe interprofissional/educação interprofissional e cuidado à saúde de famílias.

Entre as atividades de concentração, destaca-se a de Familiarização, como um espaço para apresentação dos cenários de prática da Coordenadoria de Saúde Oeste e dos projetos em saúde da UFRGS realizados neste território.

A atividade de Familiarização foi idealizada no contexto das reuniões mensais da Comissão Gestora de Acompanhamento Local (CGAL), instância tripartite formada pela CoorSaúde/UFRGS, Coordenadoria de Saúde Oeste e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. É realizada desde 2012, semestralmente, no auditório da Coordenadoria de Saúde Oeste, como uma ação de acolhimento aos estudantes, docentes e novos trabalhadores de saúde desta Coordenadoria, semelhante à proposta do VER-SUS², no formato reduzido de um turno. A proposta é a apresentação dos serviços da rede SUS aos estudantes dos cursos da saúde da UFRGS. Neste encontro, há uma aproximação entre estudantes, docentes, trabalhadores da saúde, gestores (Comitê Gestor, 2012). Vale destacar que no período do ensino remoto emergencial (ERE), adotado pela UFRGS durante a situação de emergência sanitária causada pela COVID-19, entre os anos de 2020 e 2022, as atividades de Familiarização ocorreram no formato on-line, por meio da

2 O projeto VER-SUS foi pensado com o intuito de aproximar o estudante da realidade do SUS, de ampliar seu olhar em relação à organização do sistema de saúde, seus problemas, desafios e potencialidades. A proposta baseia-se na realização de estágios de vivências e seminários a partir desta realidade e trata-se de uma iniciativa da Associação da Rede Unida (Rede Unida, 2024).

plataforma de videoconferências do *Google Meet*, sendo gravadas. Desde seu início, em 2012, a atividade passou por avaliações e reconfigurações na sua dinâmica de apresentação, mas manteve sua essência e intencionalidade, sendo considerada por parte das instâncias que a organizam, como um potente instrumento pedagógico para o (re)conhecimento dos cenários de práticas, dos equipamentos e serviços de saúde. A Figura 1 mostra o material de divulgação da atividade.

Figura 1. Material de divulgação da atividade de Familiarização.

Você conhece o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal?

Você sabia que o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal é um cenário preferencial de práticas e integração ensino-serviço para a UFRGS em Porto Alegre? E o que você sabe sobre esse Distrito?

Participe da atividade de familiarização com o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e conheça mais sobre a Gerência Distrital, o Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), o Conselho Municipal de Saúde e a UFRGS! Serão bem-vindos acadêmicos, docentes, profissionais, usuários e demais interessados!

Quando: Escolha um dos turnos abaixo para participar:

Dia 13/03 das 8:30 às 12:00
ou
Dia 14/03 das 14:00 às 17:30

Onde: Auditório da Gerência Distrital GCC (Av. Moab Caldas, 400)

Haverá transporte do Campus Saúde da UFRGS até o evento! Entre em contato com coordsaude@ufrgs.br

Promoção: UFRGS, Projeto UFRGS, Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Material elaborado pela CoorSaúde, UFRGS.

As tutorias representam as atividades práticas da atividade de ensino, as quais acontecem em cenários de aprendizagem do SUS – Unidades de Saúde/ABS. Contemplam a maior parte da carga horária da atividade e são constituídas por dois docentes tutores-facilitadores e até dez estudantes de diferentes profissões/cursos, que atuam em Unidades de Saúde da Coordenadoria de Saúde Oeste de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Neste contexto, o professor, como facilitador, deve oportunizar aos estudantes o aprender a partir de sua própria experiência e da experiência do outro, em um exercício de escuta, respeito e participação ativa na construção do conhecimento (Barr; Low, 2013; Toassi; Lewgoy, 2016).

O aprendizado está baseado na observação, compartilhamento e problematização sobre o vivenciado. Tais vivências incluem o (re)conhecimento/análise do território e seus equipamentos sociais; a produção de mapas vivos ou mapas geográficos dos territórios; o acompanhamento do trabalho da/em equipe na ABS; o apoio aos Agentes Comunitários de Saúde na realização de pesagens para o Bolsa Família; a participação do cadastramento das famílias e de campanhas de vacinação; as visitas domiciliares com a equipe; o (re) conhecimento de espaços de produção de cuidado da rede SUS; a participação em atividades de promoção à saúde (grupos de caminhada, de gestantes, de saúde mental, de mulheres; Programa Saúde na Escola; educação em saúde com crianças/adolescentes de Quilombo situado no território da Unidade de Saúde) e nas rodas de conversa para discussão de casos, troca de experiências, percepções e conhecimentos de núcleo profissional (Toassi; Lewgoy, 2016; Ely; Toassi, 2018; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024).

A atividade de ensino visa promover a interação entre teoria e prática, utilizando, para tanto, a metodologia de problematização, tendo em vista que a vivência/experiência³ sem um olhar teórico sobre ela tende a fortalecer ações repetitivas, acríticas, burocratizadas, sendo necessário promover outro tipo de experiência, em que seja possível se alcançar a necessária compreensão dialética de práxis social (Lewgoy, 2010).

A partir de mudanças que ocorrem no interior do ser social, origina-se a experiência transformadora, afetando a consciência social existente, propondo novas questões e oferecendo exercícios intelectuais mais elaborados (Thompson, 1981).

Na perspectiva da metodologia da problematização utilizada na PIS I, Bordenave e Pereira (1986) apresentam o Método do Arco de Charles Maguerez como uma primeira referência importante, no qual constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da

³ Erfahrung (Experiência) é o conhecimento que é obtido por meio da experiência que se acumula a partir das interações do sujeito integrado em uma comunidade. De maneira oposta, *erlebnis* (vivência) é a vivência superficial do indivíduo privado (Benjamim, 1933 *apud* Konder, 1999, p. 83). Em outras palavras, vivência é a composição dos nossos atos cotidianos. Experiência é a narrativa sobre os significados do que de extraordinário resultou da vivência.

realidade: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade/prática. Berbel (1998), a partir das referências de Bordenave e Pereira (1986), expõe as etapas de forma mais aprofundada, metodologicamente, para utilização na área da saúde.

A Etapa 1 trata de observação da realidade social. A partir de uma temática ou unidade de estudo, os estudantes são orientados a olhar atentamente e registrar sistematizadamente o que perceberem sobre a realidade em que aquela temática está sendo vivida. Questões gerais que ajudem a focalizar e não fugir do tema, com o objetivo de identificar dificuldades, carências, discrepâncias de várias ordens, que serão problematizadas, podem ser propostas. Na Etapa 2 há a definição de pontos-chave, a qual se constitui na reflexão sobre as possíveis causas da existência da situação em estudo: por que será que essa situação existe? Neste momento é necessário obter maiores informações que dispõem de âmbito social, educacional, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais etc. A partir dessa análise reflexiva, os estudantes são estimulados a uma nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre a situação, para compreendê-la mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade, e desencadear passos nessa direção. Podem ser listados tópicos a estudar, perguntas a responder ou outras formas. São esses pontos-chave que serão desenvolvidos na próxima etapa. A Etapa 3 é a da teorização, ou seja, etapa do estudo, da investigação propriamente dita (uso de livros, revistas especializadas, pesquisas já realizadas, jornais, consulta a especialistas sobre o assunto; palestras e aulas, atas de congressos etc.) e registro de conclusões, o que permitirá o desenvolvimento da etapa seguinte. A Etapa 4 – Hipóteses de solução – é a etapa de elaboração de possíveis soluções. O que precisa acontecer para que a situação seja solucionada? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? E na Etapa 5 – Aplicação à realidade – ultrapassa-se o exercício intelectual, considerando que as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Completa-se, assim, o Arco de Magueréz, com o sentido especial de levar os estudantes a exercitarem a cadeia dialética de ação – reflexão – ação, ou seja, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social.

Processo de avaliação das aprendizagens

A avaliação da construção do conhecimento e das aprendizagens é acompanhada pelos docentes tutores por meio da construção de portfólio individual (Ferla; Ceccim, 2013; Anastasiou; Alves, 2005), com entrega parcial e final. Considera-se o portfólio como um dispositivo educacional que permite o estabelecimento do diálogo entre docentes e estudantes.

Por meio de compilação da produção elaborada pelo estudante ao longo da disciplina, o relato teórico-prático é narrado no portfólio, problematizado e vinculado ao seu contexto, incluindo a descrição, análise e síntese do vivenciado (momentos de tutoria e concentração).

Também compõe o processo de avaliação dos estudantes ao longo da vivência na PIS I:

- atitudes ao longo da disciplina que identifiquem a progressão de conhecimentos;
- capacidade do estudante de buscar informações para conhecer as características, composição da equipe e as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde;
- postura investigativa, pela leitura do material teórico de apoio e busca por novos textos, considerando informações do tema saúde no cotidiano;
- interesse no compartilhamento com o grupo de tutoria de suas ideias/percepções;
- participação nas atividades de concentração e de tutoria, nos pequenos grupos, discutindo conteúdos, trazendo dados dos cenários de práticas, compartilhando percepções, preocupações/receios, desafios e potências;
- participação na apresentação dos grupos de tutoria (atividade de encerramento da disciplina).

A atividade de apresentação final dos grupos de tutoria sobre a vivência na PIS I acontece na Universidade com a presença de todos os estudantes,

docentes e representação dos profissionais das equipes de ABS. A apresentação tinha um formato aberto, com total autonomia dos estudantes para sua organização e exposição. Em 2024, após a avaliação do grupo de docentes da disciplina, o momento da apresentação dos grupos de tutoria passou a ser orientado por duas questões disparadoras elaboradas por este coletivo docente.

A primeira questão tem a intenção de trazer a percepção individual de cada estudante: 'Na sua percepção individual, considerando seu curso de graduação, relatar uma experiência significativa a partir de suas vivências na PIS I (momentos de concentração e de tutoria)'. Na segunda questão, estimula-se a percepção do grupo de tutoria: 'Na percepção do coletivo dos grupos de tutoria, considerando a interação de diferentes cursos de graduação, relatar uma experiência significativa a partir das vivências do grupo na Práticas Integradas em Saúde I (momentos de concentração e de tutoria)'.

O tempo estimado para cada grupo apresentar suas percepções é de 15 a 20 minutos. Recursos audiovisuais/fotográficos podem compor este momento, de acordo com a autonomia de cada grupo. Após a manifestação dos estudantes, docentes tutores do grupo e profissionais da ABS complementam a apresentação. Trata-se de um espaço de integração/compartilhamento entre estudantes-docentes-profissionais que se mostra potente para a avaliação e (re)planejamento da disciplina, dando ênfase às aprendizagens, contribuições para a formação e desafios a serem superados.

Apoio pedagógico e Ambiente Virtual de Aprendizagem

A cada semestre, a atividade de ensino conta com o apoio pedagógico de um monitor acadêmico, estudante vinculado a um dos cursos de graduação que a compartilha em seu currículo e que já a vivenciou como aluno. Cabe ao monitor apoiar a organização do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle* acadêmico, acompanhar/participar das atividades propostas, informar/responder dúvidas dos estudantes, orientando-os a partir do diálogo permanente com os docentes, em uma perspectiva de trabalho interativo-colaborativo.

O Moodle é a ferramenta de apoio virtual das atividades da disciplina, sendo constituído por material de apoio ao conteúdo, fóruns de discussão, espaço para postagens do portfólio (parcial e final), divulgação de conceitos e mensagens para comunicação com estudantes-docentes-monitor. Está organizado por semanas em atividades de concentração, atividades de Educação a Distância (EaD) e de tutoria. Disponibiliza o conteúdo e as ferramentas no formato grade – Grid (Figura 2).

Figura 2. Representação do AVA Moodle da PIS I.



Fonte: Moodle acadêmico da PIS I, 2023-2024.

Considerações finais

A PIS I apresenta uma proposta pedagógica baseada nos princípios da EIP no trabalho que é, em sua essência, focada na integração de pessoas (estudantes, docentes, profissionais da saúde, usuários), currículos (cursos da saúde) e instituições (Universidade e Secretaria Municipal de Saúde). Intencionalmente, acontece em cenários de práticas no SUS/Unidades de Saúde, o que possibilita a mobilização de diferentes temáticas/situações que emergem do campo de vivências compartilhadas entre seus participantes. Os docentes e profissionais das equipes de saúde atuam em parceria como facilitadores/mediadores das aprendizagens e também aprendem no processo, o que torna a PIS I uma atividade de ensino potente para a educação na saúde, incluindo a graduação, a formação docente e a educação permanente dos profissionais.

A melhor definição para caracterizar a proposta da PIS I é a de como os estudantes a percebem. A Figura 3 traz uma representação dos estudantes sobre a PIS I, produzida durante atividade de concentração. Na imagem, uma ‘porta’ formada por temáticas trabalhadas na disciplina – SUS, confiança, integralidade, cuidado, rede, escuta, saúde, resolutividade, comunicação, empatia, multidisciplinariedade, trabalho em equipe, acesso, atenção primária, respeito, diálogo e coordenação. A PIS I se apresenta como a ‘chave’ que abre essa porta e permite os aprendizados que irão se refletir nas práticas de cuidado em saúde.

Figura 3. Representação da proposta pedagógica da PIS I, na percepção de estudantes.



Fonte: Material produzido por estudantes da PIS I em atividade de concentração.

Referências

Anastasiou, L. G. C.; Alves, L. P. (org.). **Processos de ensinagem na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

Barr, H.; Low, W. **Introdução à educação interprofissional**. Reino Unido: CAIPE, jul. 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Barr, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/competent_to_collaborate.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Berbel, N. A. N. Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 5 fev. 2024.

Bordenave, J.; Pereira, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 fev. 2024.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

Carroll, L. **Alice no país das maravilhas**. Tradução Nicolau Sevcenko. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

Comissão Gestora de Acompanhamento Local. **Ata da reunião nº 2**. Porto Alegre: CoorSaúde/UFRGS, 23 mar. 2012.

Coordenadoria da Saúde. **Sobre a CoorSaúde**. Porto Alegre: CoorSaúde. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coorsaude>. Acesso em: 23 mar. 2024.

Dias, M. T. G. *et al.* (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-Coordenadoria-de-Saude.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Ely, L. I.; Toassi, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 22, p. 1563-1575, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>. Acesso em: 30 out. 2023.

Ferla, A. A.; Ceccim, R. Portfólio como dispositivo da avaliação: aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. *In*: Ferla, A. A.; Rocha, C. M. F. (org.). **Cadernos da Saúde Coletiva: inovações na formação de sanitaristas**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. p. 51-58. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Inovacao-na-Formacao-de-Sanitaristas.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

Konder, L. **Walter Benjamin: o marxismo da melancolia**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

Lewgoy, A. M. B. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Mioto, C. R. T. Família e assistência social: subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. *In*: Duarte, M. J. O.; Alencar, M. M. T. (org.). **Famílias e famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010. p. 3-14.

Mioto, R. C. T. Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro. *In*: Fávero, E. T. (org.). **Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, (des)igualdades e judicialização**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 23-43. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-familias-na-cena>. Acesso em: 30 out. 2023.

Miranda, A. C. de *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Monken, M.; Barcellos, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2023.

Rede Unida. **VER-SUS: proposta e objetivos**. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/pt-br/versus/menu/objetivos/>. Acesso em: 29 fev. 2024.

Reeves, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, p. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 30 out. 2023.

Reeves, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Santos, A. L.; Rigotto, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev.2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003. Acesso em: 30 out. 2023.

Schmitz, C. A. A. *et al.* Dezoito anos em dois dias. **SciELO Preprints**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3126>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3126>. Acesso em: 29 out. 2023.

Schmitz, C. A. A. *et al.* Ética, estética e etiqueta. In: SCHMITZ, C. A. A. *et al.* (org.). **Consulta remota: fundamentos e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2021. Cap. 3. p. 15-40.

Toassi, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 30 out. 2023.

Toassi, R. F. C.; Lewgoy, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>. Acesso em: 30 out. 2023.

Thompson, E. P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Comissão de Graduação do Curso de Odontologia. **Plano de Ensino Práticas Integradas em Saúde I**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fev. 2024.

Vygotsky, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

O TERRITÓRIO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO EM SAÚDE

Saionara Araújo Wagner
Carolina dos Reis
Mara Rejane Ritter

Introdução

A configuração territorial é dada pelo conjunto formado pelos sistemas naturais existentes em um dado país ou numa dada área e pelos acréscimos que os homens super impuseram a esses sistemas naturais. A configuração territorial não é o espaço, já que sua realidade vem de sua materialidade, enquanto o espaço reúne a materialidade e a vida que a anima.

(Santos, 2006a, p. 38)

Para Milton Santos, o território se consolida pela dinâmica dos lugares, e nesse espaço é que acontecem as relações de solidariedade, que por sua vez, definem usos e geram valores de múltiplas naturezas, quer sejam de ordem cultural, antropológica, econômica, social, financeira, entre outras. Mas as solidariedades pressupõem coexistências, logo pressupõem o espaço geográfico e todas as formas de vida!!!

Para além da dimensão organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), que se constitui para atender uma população específica que vive em um espaço determinado e que na maioria das vezes tem problemas específicos e definidos, esse lugar é um espaço de existência e de interação entre as pessoas e os serviços de saúde.

Partindo desses pressupostos, o presente capítulo irá abordar a origem dos sistemas organizacionais da sociedade e criação do SUS, perpassando pelos conceitos de território e territorialização e como, nos tempos atuais, os desastres

naturais interferem nos processos de saúde-doença e nos determinantes sociais das doenças. Posteriormente, irá discutir como o território interfere e organiza a Atenção Básica à Saúde (ABS), com ênfase no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e, por fim, como a disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aprende neste território, a partir das múltiplas facetas e dos olhares dos estudantes de diferentes cursos da saúde, diante da complexidade das relações que se estabelecem nos territórios. Serão abordadas, também, estratégias e metodologias utilizadas na PIS I para a compreensão do território, territorialização, as relações de trabalho, ambiente e saúde na ABS. Por fim, analisamos a importância dessa experiência para a formação dos estudantes dos cursos das áreas da saúde da UFRGS.

Aproximações entre saúde e território

Nos anos 500 a 1500 d.C, o território já era utilizado em função da organização dos povos e das atividades ali praticadas e já tinha o objetivo de imprimir os primeiros códigos sanitários, normatizando as ações de vigilância em saúde. Nessa organização estavam destinados os espaços para criação e abate dos animais (matadouros); os espaços para destinação dos excrementos humanos; os locais para depósito do lixo; os primeiros sistemas de canalização de esgoto e água, bem rudimentares; os banheiros públicos; os mercados públicos; o cemitério; e também as salas onde se fazia o estudo anatômico dos cadáveres e até os primeiros hospitais e espaços de isolamento. Com o surgimento das cidades, fortalece-se a necessidade do Estado em regular e intervir nesses espaços com políticas de vigilância sanitária, salientando nesse momento as ações obrigatórias de vacinação das pessoas, remoção dos aglomerados, chamados cortiços e início da regulação sanitária. Com isso, os serviços de saúde foram se organizando em função dessa estrutura espacial, muito mais como um modelo de controle político, do que de espaço de relações do cotidiano e de identidade social e cultural (Rosen, 1994).

O processo de implantação do SUS, a partir de 1990, consolida os princípios constitucionais de 1988, afirmando que “a saúde é um direito de

todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário a todos os cidadãos para a promoção da saúde, proteção e recuperação de agravos” (Brasil, 1988, não paginado). Na metade da década de 1990, como uma proposta metodológica da atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracteriza-se como um modelo assistencial das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde as equipes se organizam de modo a acompanhar e desenvolver ações de promoção de saúde para a ‘população adscrita’. Essa reorientação, busca uma nova prática de reconhecimento dos territórios não apenas como espaço político-administrativo, mas também de relações e de reprodução da vida social (Andrade; Bezerra; Barreto, 2005).

Frente a isso, é importante entender que o que nomeamos como território pode assumir distintas compreensões a partir de campos teóricos e disciplinares igualmente distintos. Portanto, é fundamental nos aproximarmos do conceito de território pela diversidade de autores, filiados às mais diferentes correntes de pensamento: da geografia, da arquitetura, da história e da sociologia. O geógrafo Haesbaert (2004) afirma que apesar de este ser um conceito importante para a geografia, possui tradição igualmente em outras áreas. Segundo o autor:

Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deveria incluir a interação sociedade-natureza), a ciência política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de Estado); a economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto ‘força produtiva’); a antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais; a sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo; e a psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo (Haesbaert, 2004, p. 37).

Essas múltiplas visões sobre o território foram relatadas também por Barcellos e Pereira (2006), trazendo diferentes significados sobre este conceito de acordo com a Biologia, Ciências Políticas e Antropologia, por exemplo.

Nessa esteira, Saquet (2007) traz distintas perspectivas de abordagem do território – uma econômica, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; uma baseada na dimensão geopolítica do território; uma baseada na política e cultura, tratando de representações sociais; e uma voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, a qual ganha força a partir dos anos de 1990.

Segundo Saquet e Silva (2008), o conceito de território vai além de uma área delimitada, ele é complexo e leva em consideração muitos atores e muitas relações sociais. Para Faria e Bortolozzi (2009), estas abordagens do território permitem estabelecer, ainda, relações entre os territórios em diferentes escalas, como as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.), estabelecendo aproximações entre saúde, educação, emprego e renda, etc.

Ao analisar a etimologia da palavra território Haesbaert (2004) afirma que o território poderia ser entendido como ‘terra pertencente a’, de origem latina ou como ‘terreo-terror’ (aterrorizar - aquele que aterroriza), de origem grega. Essa perspectiva corrobora com a visão de Rafestin (1993), que destaca que a definição de território muitas vezes foi realizada pela apropriação ou dominação de uma área por um determinado grupo social, revelando as relações de poder entre os grupos sociais e destes com a natureza. Santos (2006b), por sua vez, ressalta a importância de se considerar o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence, nas análises territoriais urbanas.

No Brasil, diferentes autores destacam a influência de Milton Santos, um dos principais pesquisadores a estudar e discutir território, que, pautado em processos sociais, reconhece a natureza como um elemento do território. Para Santos (2004), o território seria um dado fixo, delimitado, uma área imutável em seus limites, enquanto o espaço geográfico seria um complexo sistema de objetos e ações, isto é, a expressão concreta da instância social e histórica. “A utilização do território pelo povo cria o espaço. As relações entre o povo e seu espaço e as relações entre os diversos territórios nacionais são reguladas pela função da soberania” (Santos, 2004, p. 232-233).

Assumindo que no território acontece o processo de territorialização, e que esse conceito baseia-se em pelo menos três pressupostos, ou seja, (1) uma espaço demarcado geograficamente, com área delimitada, (2) onde as dinâmicas sociais acontecem e (3) em um ambiente que se transforma ao longo do tempo, quando se pensa em determinantes sociais da saúde, onde as condições de vida e de trabalho das pessoas ou de grupos sociais influenciam na ocorrência de problemas de saúde da população, os processos de urbanização e de industrialização, ocorridos em meados do século XIX, são elementos fundamentais para a compreensão das condições de vida da população e do avanço dos sistemas de saúde, uma vez que, essas transformações impuseram importantes mudanças sociais tanto nas relações familiares, de trabalho, bem como na ocupação dos espaços (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

As características naturais ou modificadas pelo homem interferem no processo de saúde-doença da população. Os riscos de doenças que podem afetar uma determinada população, decorrente de desequilíbrios da relação homem, meio ambiente e animal, como surtos, pandemias, endemias explica a abordagem da Saúde Única como um conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), reconhecendo que existe um vínculo muito estreito entre o ambiente, as doenças animais e a saúde pública.

Considerando a forte relação que as pessoas têm com o ambiente, também na utilização de plantas para tratamentos de saúde, muitas são utilizadas pelo fácil acesso. Em muitos casos, trata-se do primeiro tratamento utilizado para algum sintoma desagradável, destacando-se os problemas digestivos e respiratórios e a utilização de chás para estes incômodos. Também ocorre uma troca de conhecimento entre a população e a difusão deste conhecimento sobre plantas medicinais. Nos territórios pelos quais os estudantes da PIS I circulam, as plantas representam um papel importante no cotidiano dos moradores sob ponto de vista ambiental e/ou cultural.

Em função dos eventos climáticos adversos, as questões ambientais vêm assumindo um importante eixo de discussão e de análise quando se

fala de ABS, uma vez que são consolidadas, não apenas as relações entre degradação ambiental e saúde humana, mas mais recentemente os eventos climáticos extremos que estão mais frequentes e intensos. Esses desastres naturais afetam as populações de modo desigual e de maneiras diferentes não somente a curto prazo, como também a longo prazo no âmbito da saúde Coletiva (Freitas *et al.*, 2014).

Esses desastres naturais interferem na atividade das comunidades e sociedade como um todo, e por conseguinte na saúde pública e nos serviços de saúde. Estudos recentes remetem a necessidade de integração não só do sistema de saúde, como também de outros setores e profissionais. Ações para preparação de desastres são identificadas para a dimensão interprofissional das equipes da ABS, reconhecendo a singularidade do território, a utilização dos dados sociodemográficos para identificar e priorizar ações, perfil populacional, diagnóstico de vulnerabilidades, entre outros (Manfrini *et al.*, 2020).

Reconhecendo a indissociabilidade do território e da territorialização dos processos de saúde e doença da população, bem como considerando as situações de desastres naturais e as doenças emergentes e reemergentes, decorrentes do crescimento populacional, da urbanização não planejada, do desmatamento, das ocupações, da eliminação das fronteiras internacionais e da globalização é que o Eixo 1 da PIS I, tem como foco 'A Territorialidade do Cuidado em Saúde'. A seguir iremos aprofundar as discussões que perpassam esse primeiro eixo.

Território como organizador da Atenção Básica à Saúde

O SUS é um sistema integrado regionalmente por meio de redes de atenção hierarquizadas e descentralizadas. A ABS constitui-se como porta de entrada e de encaminhamento aos demais níveis de atenção (média e alta complexidade) do sistema e deve estar, desta forma, distribuída em toda extensão do território brasileiro. Uma das estratégias para essa organização territorial dos serviços de saúde, foi a criação dos Distritos Sanitários, dividindo os municípios em macro e microrregiões que compartilham características importantes no que se refere às condicionalidades de saúde.

De acordo com Borges e Taveira (2019, p. 300), no processo de territorialização há conceitos que foram sistematizados a fim de melhorar a organização territorial no âmbito da saúde:

1. Unidades Territoriais: menor unidade de planejamento regionalizado, podendo corresponder a uma microrregião ou a uma região de saúde.
2. Território-distrito: referem-se aos distritos sanitários e devem funcionar como unidades operacionais básicas mínimas; cada distrito sanitário deve ter uma base territorial, delimitada geograficamente, de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico da população.
3. Território-área: área de abrangência de uma unidade básica de saúde que é formada por micro áreas referenciadas a diferentes equipes de saúde da família, contendo, idealmente, algo em torno de 2400 a 4000 pessoas.
4. Território-microárea: é a subdivisão do Território-área, cuja característica é concentrar condições socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas etc. mais homogêneas, para facilitar a implantação de programas e desenvolver a vigilância em saúde.
5. Território-moradia: espaço de existência de uma unidade familiar.

A constituição dos Distritos Sanitários, bem como dos demais limites territoriais buscou não só produzir a delimitação dos espaços geográficos que estariam sob a responsabilidade de cada serviço, como buscou construir uma relação de pertencimento entre serviço, território e população (Faria, 2020). A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o seu remodelamento em 1994, passando a se chamar Estratégia da Saúde da Família, foram fundamentais para a operacionalização desse nível de cuidado levando os serviços e os profissionais para dentro dos bairros até as casas das pessoas.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) é responsabilidade de todos os profissionais de saúde participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes. No entanto, o

ACS tem um papel central nesse processo, pois além de fazer parte da equipe é o profissional que reside na área de abrangência e que auxilia as equipes no processo de (re)conhecimento do bairro. O ACS é o profissional que, de maneira geral, detém a confiança e o vínculo com os moradores, o que permite uma maior abertura das famílias às orientações e práticas de cuidados das equipes, bem como, contribui para a compreensão da cultura e dos modos de vida da população, produzindo intervenções mais condizentes e respeitadas as características de cada território. Além disso, em muitas regiões é o vínculo dos ACS que permite a entrada da equipe de saúde em áreas inacessíveis a pessoas de fora do território, reguladas não pelo Estado, mas por agentes do tráfico de drogas.

As profissões, tanto dos ACS, quanto dos Agentes de Combate às Endemias, foram reconhecidas como parte das profissões da saúde em 2006 pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro, que define no Art. 3º que os ACS têm como atribuição:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (Brasil, 2006, não paginado).

No entanto, ainda que seja uma profissão estruturante das práticas na ABS, acompanhamos ao longo dos últimos anos, junto às Unidades de Saúde de Porto Alegre, um encolhimento massivo no número de Agentes Comunitários de Saúde, de forma que, a referência de 750 pessoas ou 150 famílias por ACS, conforme previsto na Lei nº 11.350, já foi em muito ultrapassada, ficando em alguns casos em uma proporção de mais de cinco mil pessoas por ACS dependendo da densidade populacional de cada área. Além disso, a grande maioria das equipes hoje são contratadas por meio de parcerias público-privadas que trabalham com métricas de produtividade que não necessariamente dialogam com o processo de trabalho necessários à implementação

de um cuidado efetivamente territorializado. Esse modelo de gestão aponta para um movimento que vai na contramão da presença das equipes nos territórios desenvolvendo ações de prevenção e promoção de saúde e encerra as equipes dentro dos consultórios oferecendo atenção em saúde para situações de baixa complexidade. Esse movimento não ocorre sem ações de resistência por parte das equipes, mas quando produzidos de forma programática e contínua podem ter como efeito a completa descaracterização da lógica de cuidado territorial, ficando esta restrita a identificação dos limites geográficos de cobertura de cada Unidade de Saúde.

Gondim e Monken (2017) identificam que a territorialização do cuidado em saúde no SUS contribui para

reconhecer singularidades espaciais e dinâmicas sociais, econômicas e políticas; decodificar múltiplos saberes (populares, técnicos, tecnológicos) que aferem sentidos e significados aos lugares e às práticas sociais; entender o processo saúde-doença; compreender os determinantes sociais da saúde; identificar formas de uso que potencializam a capacidade operacional do sistema de saúde local; organizar serviços para o enfrentamento de problemas e das necessidades da população e definir ações de cuidado à saúde (p. 32).

Assim, a territorialização do cuidado no âmbito do SUS não representa somente o alcance territorial de uma equipe ou serviço, mas está diretamente relacionado à compreensão do conceito de saúde para além da ausência de doenças, vinculado às condições de vida da população. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde no âmbito da Atenção Básica não podem ser desenvolvidas se não partirem da compreensão sobre os modos de vida que se constituem em cada território em que se localizam e as singularidades deste em termos históricos, culturais, políticos, econômicos, especialmente considerando as dimensões continentais de um país como o Brasil. Desta forma, a ABS vai se aproximar da compreensão do conceito de território a partir de suas múltiplas facetas e dos olhares das diferentes disciplinas como forma de se aproximar da complexidade dos contextos que incidem sobre as condicionalidades de saúde da população.

Território como disparador de aprendizagem

A partir das múltiplas facetas e dos olhares das diferentes disciplinas diante da complexidade das relações que se estabelecem nos territórios, a disciplina PIS I inicia sua aproximação na ABS por meio do reconhecimento desse território.

A concepção metodológica que norteia essa atividade de reconhecimento do território adscrito e da identificação de equipamentos sociais/recursos, é a tutoria organizada em grupo, com a presença de dois professores e um grupo de cerca de dez estudantes dos cursos da saúde da UFRGS.

A tutoria, enquanto concepção pedagógica relacional, é fundamental no processo de aprendizagem significativa dos estudantes na ABS. Nesse cenário de prática, os estudantes são agentes de sua própria aprendizagem, diante de diferentes realidades complexas, onde a observação e a interação são instrumentos fundamentais para o processo educativo⁴ (Gabry; Brasil; Oliveira, 2021).

Aprendendo com esse território e entendendo a necessidade de novos cenários de ensino, a comunidade e o território são espaços privilegiados de formação de profissionais de saúde e emergem a partir da metade do século passado, oriundo do processo histórico que resultou em mudanças tanto na organização do sistema de saúde quanto no ensino e na formação profissional para atuar na atenção básica (Pinto; Rodrigues; Fiorati, 2014).

A organização dos serviços e a estratégia de atuação das equipes da atenção básica se arranjam a partir da área de abrangência (território) e dos níveis de complexidade das ações de saúde. Nesse sentido, a disciplina se propõe a instrumentalizar os estudantes a fim de que possam perceber que as práticas de saúde devem convergir para uma ação integrada de promoção e prevenção da saúde levando em consideração o território adscrito e as condições de vida da população numa perspectiva multiprofissional.

Entender a organização espacial dos serviços de saúde, definido numa base territorial, organizada em microáreas, com atuação de ACS e Equipes da Saúde da Família que convergem para as UBS, incluindo nessa espacialidade os

⁴ O processo de ensino-aprendizagem-avaliação da PIS I é apresentado de forma detalhada ao longo de todo o livro, mas em especial seus pressupostos metodológicos estão descritos no Capítulo 3.

equipamentos sociais existentes, o controle social e as relações que convergem desse arranjo é cenário de prática da disciplina.

Nesse sentido, a disciplina organizada no formato de tutoria, e sob o olhar e a ação dos Agentes Comunitários de Saúde, percorre o território e observa sua delimitação, as condições de saneamento e urbanização, as atividades econômicas desenvolvidas, os tipos de moradias, o abastecimento de água, a iluminação pública e dos domicílios, o conforto acústico, os possíveis riscos físicos, a pavimentação das ruas e acessos, os meios de transportes existentes (Figura 1).

Figura 1. Detalhe do acesso a moradias no território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023.

Para além dessa descrição física do território, o grupo, observa também os equipamentos de lazer existentes (Figura 2), os equipamentos de segurança, os equipamentos religiosos, os equipamentos de alimentação, as escolas, a organização dos movimentos populares, associações de bairro e demais equipamentos existentes a fim de identificar os recursos existentes nas microáreas e como estão envolvidos na promoção e prevenção da saúde e sua interação com a Unidade de Saúde e a equipe de ABS (Santos; Rigotto, 2010).

Figura 2. Vista geral de equipamentos de lazer no território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023.

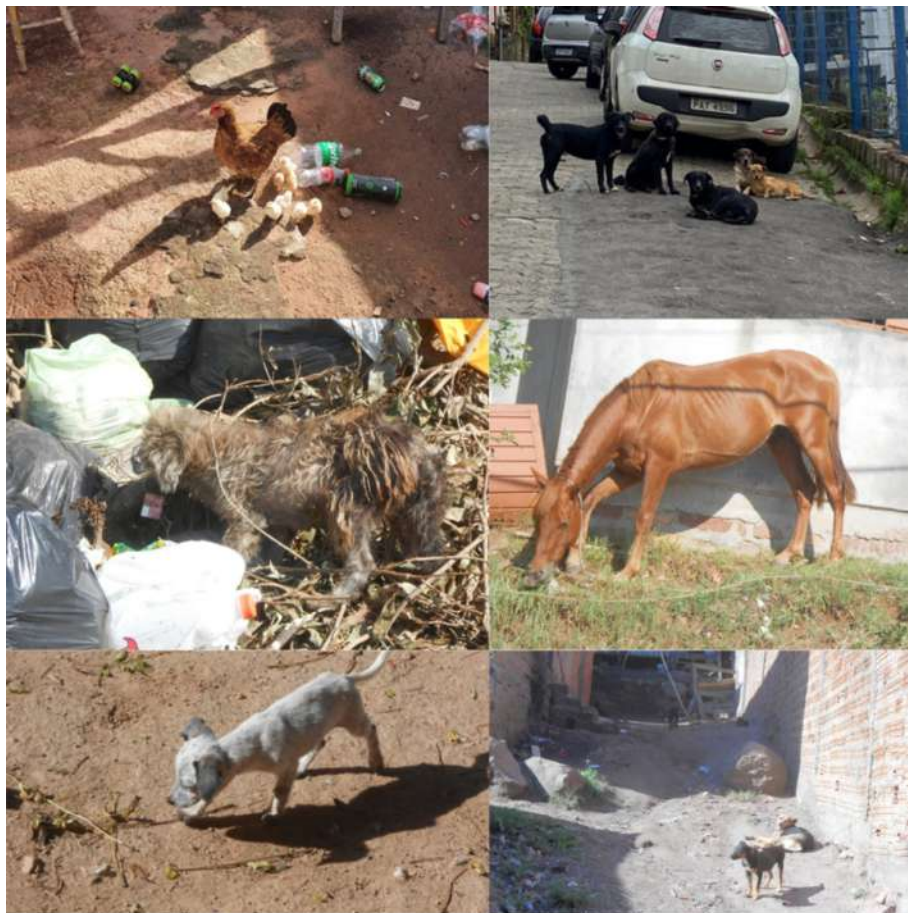
Retomando o conceito de Saúde Única e das inter-relações entre saúde humana, animal e ambiental, no processo de saúde-doença, os esforços de contemplar essas dimensões e de entender como o cotidiano das pessoas, das famílias, comunidade e grupos sociais com o ambiente vivo, influenciam de forma efetiva a qualidade de vida das pessoas daquele território estão na proposta metodológica da disciplina.

A partir dessa experiência vivenciada pelos estudantes de reconhecimento do território, agregando o acompanhamento do trabalho em equipe na unidade de saúde, à luz da influência das dinâmicas do território, se faz a reflexão de como esse território vivo pode determinar as diferentes demandas que chegam na Unidade Básica de Saúde, definindo as estratégias de promoção e prevenção de doenças e agravos.

Os cenários de ensino-aprendizagem, principalmente onde as práticas do cotidiano acontecem, como os ambulatórios das UBS, o espaço na comunidade e os domicílios do território, são experiências metodológicas que desafiam os estudantes e os professores a pensar e ressignificar o papel do profissional da saúde como co-protagonista na construção da saúde (Colliselli *et al.*, 2009). Esses processos educativos, que se dão nos espaços coletivos de educação permanente, proporcionam ao estudante uma ação-reflexão-ação, onde todo o saber implica uma reflexão, e toda a reflexão implica um fazer (Freire, 2005).

Na prática, os estudantes, juntamente com os professores e os ACS, saem para fazer o reconhecimento do território e enquanto caminham pelas ruas, os ACS vão mostrando e conversando sobre as características do espaço, dos moradores, indicam as subdivisões geográficas, chamadas de microáreas. Enquanto caminham, percebem as diferenças entre as microáreas, o perfil dos moradores, o tipo de moradia, os equipamentos sociais existentes, os problemas de acessibilidade, perfil demográfico, animais errantes, domiciliados ou peri domiciliados (Figura 3), espaços culturais, comerciais e que normalmente estão em permanente transformação.

Figura 3. Presença de animais domésticos no território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023.

Essas situações vivenciadas e observadas pelos estudantes são discutidas posteriormente com a equipe e, de posse de dados epidemiológicos no acompanhamento dos atendimentos na UBS, se discute o quanto as características desse território interferem na saúde da população e o quanto podem propiciar a transmissão de doenças como Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Chikungunya e Zica Vírus (Figura 4). Da mesma forma, discute-se sobre as potencialidades do território em termos de desenvolvimento de ações específicas de proteção e cuidado.

Figura 4. Situações de resíduos no território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023.

Além da observação do território, acompanha-se as visitas domiciliares (VD), que muitas vezes estão relacionadas com a busca ativa de usuários que estão em tratamentos longos, ou acamados, ou que por características do território, como a falta de acessibilidade, não conseguem acessar a Unidade Básica de Saúde (Figura 5). Essa situação também é discutida à luz da perspectiva da equidade em saúde da comunidade.

Figura 5. Limitações à acessibilidade de moradores do território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023.

A ideia dos ‘perfis territoriais’, é apresentada por Faria (2008) como um modo de entender a dinâmica do território e a produção da doença, tomando como base que a maneira como se utiliza o território determina a produção e distribuição das enfermidades. Desse modo, segundo Faria (2013), o território é tomado como um ‘laboratório diagnóstico’, permitindo compreender as variações espaciais das condições sociais da saúde, e com esse recorte planejar as ações de cuidado.

Os modelos pedagógicos que dão suporte à formação dos estudantes das áreas da saúde, já há algum tempo, vem atentando para a necessidade

de desenvolver habilidades e competências que levem em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a interação entre o ensino e o serviço como forma de potencializar o processo de aprendizagem a partir das vivências no cenário de práticas (Gauer *et al.*, 2008).

Para determinados cursos, a PIS I é a primeira atividade de ensino que possibilita a inserção do estudante nos cenários de práticas do SUS. Além de observar e reconhecer o território como o espaço onde se estabelecem as relações de poder e do cotidiano das pessoas que ali residem, a disciplina se propõe a apresentar o território e o processo de territorialização como uma ferramenta de aprendizagem.

Vivenciar a dinâmica da comunidade e entender como ela influencia no processo de saúde-doença, demonstra na prática a importância do estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde e a população adstrita. Essa experiência é relatada pelos estudantes como o grande diferencial dessa disciplina, pois além das trocas com a comunidade e equipe, existe a troca entre os colegas do grupo de tutoria que são de cursos distintos, enriquecendo a experiência vivenciada.

O contato do estudante com os profissionais da atenção básica e principalmente com as agentes comunitárias de saúde e os colegas do grupo, possibilita que esse estudante contraponha a teoria e a prática e entenda a indissociação entre ambas, enriquecendo sua formação que deverá ser mais atenta às interações que acontecem no território e com a equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e competências adquiridas fora do ambiente acadêmico. Essa formação a partir da integração ensino-serviço e do território proporciona uma formação humanística, crítica e reflexiva que permite a esse estudante traduzir as necessidades dos indivíduos, grupos sociais e comunidades, no âmbito de seus campos específicos de atuação, levando em consideração a interprofissionalidade.

Por fim, entre as estratégias adotadas pela disciplina, estão os encontros coletivos, onde, a partir do referencial teórico e da experiência vivenciada no território com a equipe de saúde, se faz uma dinâmica de socialização dos

conhecimentos adquiridos e compartilhados. Tais dinâmicas de grupo são utilizadas para que os estudantes possam discutir, se posicionar e produzir movimentos e reflexões primeiro em pequenos grupos e depois com toda a turma.

Uma das ferramentas utilizadas é a construção/representação da comunidade por meio de mapas e maquetes, que servem para planejar, discutir e analisar a informação visualizada (Figura 6). Pode ser elaborada sobre papel ou qualquer outro tipo de material, podem ser mapas de recursos naturais, mapa sociais, mapa da comunidade, mapa vivo. Como a dinâmica ocorre na sala de aula com todo o grupo a proposta é a construção de um mapa da comunidade, onde é demonstrado a situação atual da comunidade em relação a suas potencialidades, suas limitações, condições de vida, estrutura social, tipo de ocupações, recursos naturais, uso do espaço, serviços, etc. (Verdejo, 2006).

Figura 6. Representação do território.



Fonte: Verdejo (2006, p. 26).

Ao elaborar o mapa da comunidade, a partir da observação do território, que se dá pela caminhada dirigida com as ACS, os estudantes podem refletir sobre os fenômenos socioeconômicos, ambientais, e principalmente sobre os determinantes sociais da saúde e o quanto essa organização do território e a territorialização interfere na saúde dos seus moradores.

A ideia da construção de mapas, como metodologia da disciplina, tem por objetivo instrumentalizar e sensibilizar os estudantes para o uso de ferramentas participativas de diagnósticos. Ao se apropriarem dessas ferramentas, entendem o quanto elas podem mobilizar a comunidade e potencializar as ações, por meio da mobilização das pessoas, do fortalecimento de vínculos e de pertencimento, da reflexão e ação coletiva, do planejamento e resolução de problemas (Figura 7). Além disso, o uso de ferramentas participativas pressupõe a busca da legitimidade e precisão das informações e o fortalecimento da mobilização dos grupos (Silva; Verbicaro, 2016).

Figura 7. Representação dos territórios adscritos das Unidades de Saúde em momento de concentração com estudantes sobre o tema território e territorialização.



Fonte: Material produzido em sala de aula por estudantes da PIS I, 2018-2023.

Em síntese, as configurações dos territórios se dão pelo conjunto dos sistemas naturais perpassados pela sociedade, entremeados de sistemas de engenharias, técnicos, culturais que historicamente se estabelecem. Desse modo, podemos dizer que a significação real de um território advém das ações realizadas sobre ele, e é desse modo que o espaço é sempre histórico, e é nesse território em movimento que a PIS I se desenvolve.

Referências

Andrade, L. O. M. de; Bezerra, R. C. R.; Barreto, I. C. de H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-350, 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6572>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Barcellos, C.; Pereira, M. P. B. O território no Programa Saúde da Família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/651/BARCELLOS_Programa%20de%20Saude%20da%20Familia_2006.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 18 fev. 2024.

Borges, C.; Taveira, V. R. Territorialização. In: Gusso, G.; Lopes, J. M. C.; Dias, L. C. (org.). **Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 300-304.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 fev. 2024.

Brasil. Presidência da República. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 23 fev. 2024.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 05 out. 1988.

Buss, P. M.; Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Colliselli, L. *et al.* Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-937, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600023>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Faria, R. M. **Território urbano e o processo saúde-doença**: perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre - MG. 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto de

Geociências. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2008.430788>. Acesso em: 9 nov. 2023.

Faria, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>. Acesso em: 3 dez. 2023.

Faria, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 9 nov. 2023.

Faria, R. M.; Bortolozzi, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA 'E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf. Acesso em: 3 dez. 2023.

Freitas, C. M. *et al.* Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3645-3656, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

Gabry, M. C. F.; Brasil, M. S.; Oliveira, J. F. O. Perspectivas da ação tutorial no espaço educativo na era contemporânea. **Revista Ibero Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 7, n. 7, p. 302-313, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i7.1688>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Gauer, A. P. M. *et al.* Reorientation of professional education in Physiotherapy: a focus on practice settings. **Interface (Botucatu. Online)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 565-576, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0852>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Gondim, G. M. de M.; Monken, M. Território e territorialização. *In*: Gondim, G. M. de M.; Christófar, M. A. C.; Miyashiro, G. M. (org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

Haesbaert, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2004.

Manfrini, G. S. *et al.* Ações da Atenção Primária à Saúde em desastres naturais. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180256, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0256>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Pinto, M. P. P.; Rodrigues, M. L. V.; Fiorati, R. C. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais de saúde.

Medicina (Ribeirao Preto. Online), Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 257-264, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p257-264>. Acesso em: 4 jan. 2024.

Rosen, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.

Santos, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 2004.

Santos, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, Coleção Milton Santos, 2006a.

Santos, M. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

Santos, A. L.; Rigotto, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Acesso em: 18 fev. 2024.

Saquet, M. A. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

Saquet, M. A.; Silva, S. S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, [s. l.], v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: www.geouerj.uerj.br/ojs2008. Acesso em 4 dez. 2024.

Silva, C. N.; Verbicaro, C. C. O mapeamento participativo como metodologia de análise do território. **Scienta Plena**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://scientiaplena.emnuvens.com.br/sp/article/view/3140/1486>. Acesso em: 10 dez. 2023.

Verdejo, M. E. **Diagnóstico rural participativo**: um guia prático. Secretaria da Agricultura Familiar: Brasília, 2006.

O ENSINAR E O APRENDER ‘SOBRE’ E ‘COMO’ TRABALHAR EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Diego Gnatta
Ana Paula Rigatti Scherer

Introdução

Vivemos em uma sociedade que evolui permanentemente, em que as competências de hoje são provisórias e mutantes, e em que os profissionais competentes não apenas devem poder resistir às mudanças, como ainda devem ser capazes de participar das mesmas de forma ativa [...].

(Rodríguez, 2011, p. 122)

Tomando a inspiração de Rodríguez, no livro “Educar por competências: o que há de novo” (Sacristán *et al.*, 2011), que nos apresenta o entendimento de competências⁵ ‘provisórias e mutantes’ e a necessidade dos profissionais assumirem o protagonismo nos processos de mudança, é que a escrita deste capítulo se constituiu. Tem a autoria de três docentes da disciplina integradora de cursos da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) –, mas expressa as intencionalidades pedagógicas de um grupo de educadores que, em parceria com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), resistem e (re)constróem, a cada novo tempo, o ensinar e o aprender ‘sobre’ e ‘como’ trabalhar em equipe na perspectiva de educação e do trabalho interprofissional na Atenção Básica à Saúde (ABS).

⁵ A formação por competências na saúde refere-se à preparação do profissional para um saber aplicável, saber em ação (Le Boterf, 2003). É a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas com o discernimento para mobilizá-los para superar obstáculos e adversidades, resolvendo problemas surgidos na prática profissional (Perrenoud, 1999).

Vive-se em um contexto onde as transformações dos perfis demográficos, com aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, e epidemiológicos, com crescimento das doenças e condições crônicas, impactam em crescentes necessidades de saúde, cada vez mais dinâmicas e complexas (World Health Organization, 2013; Frenk *et al.*, 2010).

O trabalho colaborativo em equipe estabelece-se, assim, como um dos componentes estratégicos de enfrentamento desta complexidade, devendo ser fortalecido e aperfeiçoado para melhorar a qualidade da atenção à saúde das populações (Crisp; Chen, 2014).

A proposta de trabalho em equipe vem sendo discutida e implementada no Brasil desde os anos de 1950 (Peduzzi, 2009). O conceito ampliado de saúde junto ao princípio ordenador da integralidade da atenção à saúde estão na dimensão constitutiva do SUS e trouxeram às práticas de saúde a exigência da atuação em equipes multiprofissionais⁶ que atuem de modo interprofissional e colaborativo (Peduzzi, 2017). A partir dos anos 2000, o tema recebeu novo destaque por parte da Organização Mundial da Saúde e outros organismos nacionais e globais, culminando com a publicação do marco de referência para prática e educação interprofissional, em 2010 (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Cabe destacar que a pluralidade de conceitos e de termos utilizados para caracterizar o trabalho em equipe – multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional, interprofissional, transprofissional – expõe o desafio da compreensão sobre as práticas de educação e de trabalho entre profissões que busca-se na saúde. De maneira geral, os prefixos multi, inter e trans denotam um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões, que fazem referência, respectivamente, ao âmbito das áreas de conhecimento disciplinar e de núcleos profissionais (Furtado, 2007; Peduzzi *et al.*, 2013). Na ABS, o trabalho em equipe realizado entre diferentes profissões para o cuidado resolutivo e integral em saúde articula-se aos pressupostos teóricos do conceito de interprofissionalidade.

6 O 'multiprofissional' refere-se à constituição da equipe, formada por diferentes profissionais que atuam lado a lado, em um mesmo espaço de saúde (Barr; Low, 2013).

O trabalho em equipe interprofissional é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos. Requer a articulação de práticas colaborativas de duas ou mais profissões, a partir do reconhecimento da sua interdependência e da complementaridade entre o agir instrumental – conhecimentos técnico-científico, e o agir comunicativo – entendimento entre profissionais da equipe e destes com os usuários-famílias na tomada de decisão e na construção de objetivos comuns para o cuidado (Peduzzi, 2020; Barr; Low, 2013; Peduzzi, 2001).

Evidências científicas mostram que a prática colaborativa interprofissional contribui para ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (Zwarenstein; Goldman; Reeves, 2009), tendo potência para melhorar a experiência de pacientes e famílias e o custo-efetividade das práticas de saúde (Brandt *et al.*, 2014), bem como a experiência no trabalho em equipe no cotidiano dos profissionais da saúde (Song *et al.*, 2017).

Tem-se, por um lado, um cenário favorável à orientação do trabalho colaborativo em equipe, com reconhecidos avanços na formação de profissionais da saúde, muitos dos quais estimulados pela pandemia de covid-19, na educação baseada em competências, na educação interprofissional (EIP) e na aplicação em larga escala da tecnologia da informação (Frenk *et al.*, 2022). Por outro, percebe-se o modelo tradicional e hegemônico de educação – pautado na compartimentalização dos saberes e na centralização das práticas de atenção à saúde nos procedimentos de diagnóstico e tratamento, a partir da divisão do trabalho entre os diferentes profissionais – ainda está presente nos currículos da saúde (Costa, 2017).

Buscando fortalecer os processos de mudança na formação por meio da oportunidade de vivenciar, na graduação, experiências de aprendizagem compartilhada entre as profissões da saúde, é que a PIS 1 traz, em sua essência pedagógica, a possibilidade do encontro facilitado por dinâmicas de interação entre estudantes-docentes-profissionais da ABS com as pessoas-famílias dos territórios em que atuam.

Desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe por meio de metodologias que estimulam a interação, a colaboração e a aprendizagem compartilhada

O trabalho em equipe destaca-se como um dos eixos temáticos de estudo da atividade de ensino PIS I, o qual é trabalhado em duas perspectivas que se complementam – a da educação e a do trabalho interprofissional.

Na educação, a organização constitutiva da PIS I, onde estudantes e professores de diferentes cursos-formações compartilham o mesmo cenário de aprendizagem nas atividades de tutoria na APS, é um facilitador para o aprender “com, a partir e sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado” (Barr; Low, 2023, p. 6). É preciso, entretanto, ir além, quando se pretende uma formação voltada à EIP, que tem sido valorizada no Brasil e em todo o mundo pela necessidade da formação de profissionais da saúde mais aptos à colaboração para o trabalho em equipe (Freire Filho *et al.*, 2019). Este encontro precisa ser apoiado por metodologias que permitam a interação, o que inclui o espaço para compartilhamentos/trocas, a capacidade de escuta ao outro (postura de respeito) e a garantia de fala (ser respeitado). O grupo também precisa construir um objetivo comum que os aproxime e ter uma disponibilidade mínima para aprender com o outro. Uma das variáveis importantes para o aprendizado interprofissional é a disponibilidade dos estudantes em aprender e compartilhar aprendizados com outros estudantes da área de saúde (Peduzzi *et al.*, 2015; Schmitz; Brandt, 2015).

A inclusão de experiências de EIP nos currículos da saúde se justifica por ser uma estratégia educacional que aumenta a disponibilidade para o aprender ‘com’ e ‘sobre’ diferentes profissões/estimula comportamentos colaborativos (atitudes positivas); aumenta o conhecimento sobre o papel de cada profissão da saúde e o reconhecimento de que se fizermos juntos teremos melhores resultados; estimula a redução de barreiras/preconceitos/estereótipos existentes entre profissões da saúde e por estar associada a melhorias na prática profissional/trabalho em equipe/segurança paciente. Com isso, reconhece-se a EIP como estratégia educacional que tem potencial para melhorar e fortalecer

os sistemas de saúde e as equipes e, portanto, os resultados de saúde (Barr; Ross, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2010; Reeves *et al.*, 2012; Reeves *et al.*, 2016; Gurayaa; Barr, 2018; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021; Olsson *et al.*, 2022).

A opção da PIS 1 pela prática na ABS para a implementação da atividade de EIP deu-se pela possibilidade dos estudantes e docentes vivenciarem, juntos e em parceria com a equipe, a territorialização e o (re)conhecimento de equipamentos sociais do território, as visitas domiciliares, a discussão de casos com a equipe da ABS, a possibilidade de acompanhar a rotina de trabalho da equipe na Unidade de Saúde e o (re)conhecimento de espaços de produção de cuidado da rede de serviços do SUS. Aprende-se sobre o trabalho na APS e na rede SUS, mas, sobretudo sobre o observar, o escutar e o cuidar de pessoas-famílias, de modo ampliado pelo olhar de uma equipe de saúde que precisa atuar de modo colaborativo.

O estudo de caso na perspectiva da educação e de cuidado interprofissional

Estudo de caso constituído a partir de visita domiciliar realizada pelos estudantes e docentes da disciplina, junto com a equipe, exemplifica como uma atividade coletiva na ABS pode se constituir em dispositivo de educação, mas essencialmente de cuidado interprofissional, com intervenções técnicas e colaborativas de diferentes núcleos profissionais. Agentes Comunitários de Saúde (ACS), docentes dos núcleos da Farmácia e Fisioterapia e estudantes de diferentes cursos participaram da atividade.

Descrição do caso:

Paciente de 68 anos, mulher, divorciada, do lar. Informa que em 2021 apresentou quadro de 'derrame', do qual se recuperou com pequena seqüela motora. Realizou tratamento anti-hipertensivo por algum tempo, mas depois parou com a maior parte dos medicamentos, pois se sentia bem. Nas consultas clínicas de rotina na Unidade de Saúde, a equipe reforçava a importância de tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica

(HAS) com os medicamentos prescritos pelo médico e dispensados na farmácia (hidroclorotiazida 25 mg/dia, captopril 150 mg/dia, atenolol 100 mg/dia e AAS 200 mg/dia). Mesmo assim, apresenta controle precário dos níveis pressóricos. A filha informa que a paciente toma os medicamentos para a HAS, mas não para o 'colesterol'. Não faz restrição de sal e nem reduziu o consumo alimentar.

Antecedentes pessoais: HAS há 15 anos, dislipidemia, obesidade, sedentarismo. Nega diabetes, doença coronária, nefropatia, tabagismo e etilismo.

Antecedentes familiares: Desconhece.

A partir do estudo de caso, cada estudante pôde expor quais intervenções poderiam ser feitas (técnicas e/ou colaborativas) e, fundamentalmente, reconhecer suas limitações e assumir a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde. Foi possível a escuta ao outro, conhecendo e aprendendo sobre o papel de cada núcleo profissional. É importante destacar que os docentes estimulam a discussão pautada na equiparação de poder e não hierarquização das profissões. Equalizar poderes é um importante caminho para que haja o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de decisão, na efetiva comunicação e na aprendizagem colaborativa (Baker *et al.*, 2011; Paradis; Whitehead, 2015).

O Programa Saúde na Escola como dispositivo para a aprendizagem e o fazer interprofissional

A participação de estudantes e docentes da PIS I em ações realizadas pela equipe de ABS no Programa Saúde na Escola (PSE), permitem a vivência do grupo de tutoria em atividades coletivas de promoção da saúde.

O PSE é um programa do governo federal no qual atuam Ministério da Saúde e Ministério da Educação, visando a melhoria da qualidade de vida da população com foco no público escolar. Nesse programa são planejadas e desenvolvidas ações de saúde dentro do ambiente da escola. O PSE tem como objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de

educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (Brasil, 2007, p. 1).

O Programa congrega saúde e educação por entender que, sendo a escola um grande equipamento social no território, tornando-se um espaço de atenção à saúde escolar em sintonia com o conceito de promoção da saúde (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010).

O reconhecimento da potencialidade da escola e do território do qual faz parte como espaços em que a vida acontece e, também, nos quais o processo saúde-doença se realiza consiste em um desafio permanente que dialoga com as diferentes culturas organizacionais, as reais condições de implementação do PSE no território e com a percepção dos atores sobre como podem relacionar a promoção da saúde e a educação em prol da melhoria das condições de saúde, da qualidade da educação e do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes (Bueno; Köptcke, 2022, p. 30).

O PSE é uma oportunidade de desenvolvimento de competências para a prática colaborativa em saúde fortalecendo o direito de crianças e adolescentes de participar das decisões que afetam suas vidas e sua saúde (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

Segundo o Decreto que institui o Programa, o PSE deve ser implementado onde houver adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios com concordância aos objetivos e diretrizes do programa, sendo formalizada por meio de termo de compromisso. As ações desenvolvidas nas escolas, visando atenção, promoção, prevenção e assistência deverão estar articuladas com a rede de educação da ABS de acordo com as diretrizes do SUS. Elas poderão contemplar temáticas como promoção da alimentação saudável, avaliação da saúde e higiene bucal, promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva entre outras.

Na PIS I, o PSE torna-se campo de atuação dos grupos de tutoria, pois ao longo da vivência na disciplina, quando se conhece o território vinculado à Unidade de Saúde, muitas vezes a escola é um dos equipamentos sociais mais potentes. Dessa

forma, a equipe de saúde tendo pactuado as ações do PSE com a escola, apresenta as possibilidades de serem desenvolvidas pelo grupo de tutoria naquele período. O grupo de tutoria organiza-se e elabora um plano de trabalho junto à equipe de saúde, que pode envolver além da gerência da Unidade, ACS e residentes.

Das ações já desenvolvidas pela PIS I no PSE, destacam-se:

Visita do ‘Gabrielito’. Ação desenvolvida em uma escola municipal do território que envolveu estudantes de Odontologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Psicologia, Medicina Veterinária e Medicina. As turmas de estudantes na escola compreenderam 1º e 2º anos. Foi confeccionado um boneco chamado de ‘Gabrielito’, pela associação como o nome da escola. O boneco representava um aluno que cuidava de vários aspectos de sua saúde: lavar as mãos frequentemente, cuidar da higiene bucal e física, cuidar da audição e zelar pelo seu ‘pet’ (Figura 1). Durante a dinâmica, os estudantes da PIS I conversavam entre si e questionavam as crianças sobre suas vivências em saúde. Em um segundo momento, trocavam percepções sobre a atividade.

Figura 1. Boneco ‘Gabrielito’ confeccionado por estudantes e professores da PIS I para atividade no PSE.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2018/1.

- De onde vêm as frutas? Ação desenvolvida em uma creche municipal do território e envolveu estudantes e professores dos cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Saúde Coletiva e Odontologia. Foi constituída por dois eixos: aprendizagem sobre a germinação e meio ambiente, e sobre a origem das frutas. As crianças realizaram plantio de grão de feijão e após realizaram degustação de frutas da época, observando cor, aspecto, gosto e origem. A atividade culminou na conversa sobre alimentação saudável.
- Prevenção do piolho e cuidados com a saúde. Ação desenvolvida em uma creche municipal do território e envolveu estudantes e professores de diferentes áreas da saúde. Foi confeccionado um boneco em cartaz, no tamanho real das crianças. O boneco tinha cabelo de lã e pequenos flocos de isopor (imitando as lêndeas); dentes manchados de preto, mãos, pés e roupas sujas. As crianças eram convidadas a pentear o boneco e retirar as lêndeas, escovar os dentes, limpar as mãos, os pés e trocar a roupa do boneco. Enquanto a atividade era desenvolvida um grupo de crianças, as outras participavam da conversa e dos questionamentos sobre sua saúde e cuidados.
- Profissões da saúde: atuação e formação. Ação desenvolvida em uma escola municipal do território com estudantes do 7º ano do Ensino Fundamental com participação de estudantes e professores envolvidos nos cursos de Ciências Biológicas, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária e Serviço Social, bem como os residentes de Saúde Coletiva. Foi realizada uma gincana sobre saúde em geral e sobre as profissões da saúde. Logo após, houve um bate-papo sobre como ocorre o ingresso para ensino superior na UFRGS.

A participação dos estudantes da PIS I nas ações do PSE sempre é avaliada como positiva pelos estudantes dos diferentes cursos da saúde, que as organizam em parceria com a equipe da ABS, pois são práticas que permitem a colaboração sua organização e desenvolvimento, além da interação de conhecimentos de cada núcleo profissional envolvido.

A educação e o trabalho interprofissional no espaço da concentração: a necessidade do encontro para o compartilhar e aprender juntos

Para além do momento de tutoria nas Unidade de Saúde, o momento da atividade de concentração da PIS 1 sobre o tema 'educação e trabalho interprofissional', onde todos os grupos de tutoria se reúnem para compartilhar vivências e debater/problematicar temas de interesse comum, torna-se mais uma das estratégias de estímulo à interação. Os ACS também são convidados a participar desta atividade na Universidade.

A atividade é planejada pelos docentes da disciplina, sendo conduzida por dois professores responsáveis. O recurso do *WhatsApp* tem sido uma ferramenta para este planejamento compartilhado entre os docentes, facilitando a comunicação e o consenso do grupo. O material teórico de apoio é disponibilizado pelo *Moodle*, sendo sua identificação e recomendação de leitura reforçada em mensagem encaminhada pela monitora da disciplina pelo *Moodle*.

Para o desenvolvimento da atividade, os docentes preparam previamente os materiais – texto e questões norteadoras impressas, papel pardo, canetas hidrográficas, esferas de isopor, cola, barbante, fita adesiva, notas autoadesivas) – a serem utilizados na atividade e organizam um espaço para café e lanche coletivo.

A dinâmica da atividade inicia com a consulta ao material teórico de apoio sobre o tema, sendo uma recomendada para a aula (Reeves, 2016) e a outra complementar (Peduzzi, 2017). A seguir, as questões norteadoras da discussão são apresentadas aos estudantes (Quadro 1).

Quadro 1. Temas de estudo e questões norteadoras da atividade de concentração sobre educação e trabalho em equipe interprofissional

TEMAS DE ESTUDO	QUESTÃO NORTEADORA
Conceito de EIP	Comente o conceito de EIP apresentado no material teórico: A EIP é definida como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência” (...) esta definição engloba alunos de graduação e pós-graduação (Tempo: 10 minutos)
EIP na graduação	Como é a sua experiência em atividades interprofissionais, enquanto estudante de curso da saúde? A passagem no texto, transcrita abaixo, reflete (sim/não/talvez) as suas percepções em relação aos cursos de graduação na área da saúde? “Pesquisas indicando que estudantes do primeiro ano de um programa de graduação já possuem uma série de estereótipos estabelecidos e consistentes em relação a outros grupos profissionais de saúde e serviço social (...)” Quais métodos de aprendizado que permitem interatividade, discutidos no material lido, você já se deparou na sua formação? (Tempo: 15 minutos)
Trabalho em equipe	Que efeitos percebe na saúde dos usuários quando há falhas na comunicação e colaboração na (entre a) equipe? Que competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) devem ter os profissionais da saúde para o trabalho Interprofissional? Como o grupo percebe o trabalho interprofissional na Unidade de Saúde da tutoria? Refletir sobre fortalezas e fragilidades (Tempo: 15 minutos)
Produto da atividade de concentração	Materializar e representar, com o material recebido, o trabalho em equipe na Unidade de Saúde, a partir do conhecimento adquirido sobre a interprofissional e educação e no trabalho em equipe na Atenção Básica (Tempo: 40 minutos) Apresentar o material produzido e associar o conteúdo que mais lhe chamou atenção do texto, enfatizar as fortalezas e possíveis fragilidades do trabalho em equipe, sob o olhar do grupo de estudantes que estão vivenciando a PIS I. (Tempo: 15 minutos por grupo)
Síntese e avaliação da atividade	Síntese das ideias apresentadas. Avaliação: ‘O que temos que ter em mente após a aula de hoje?’ (Tempo: 10 minutos)

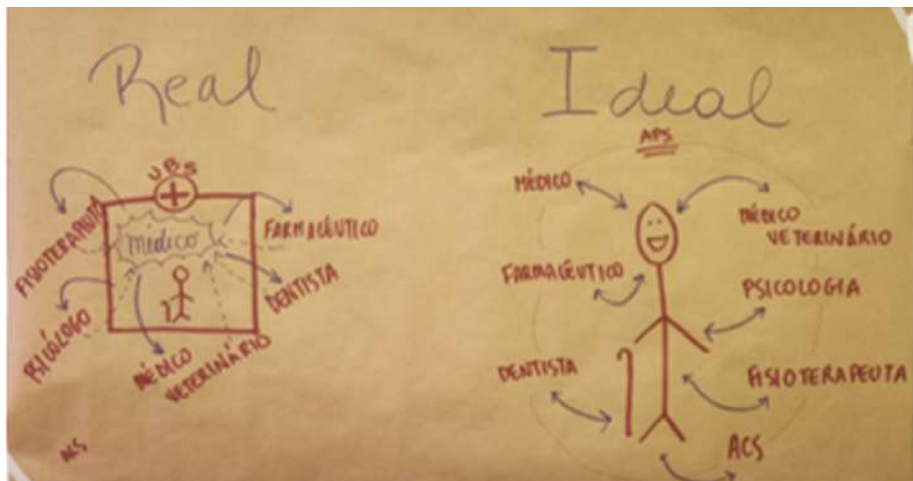
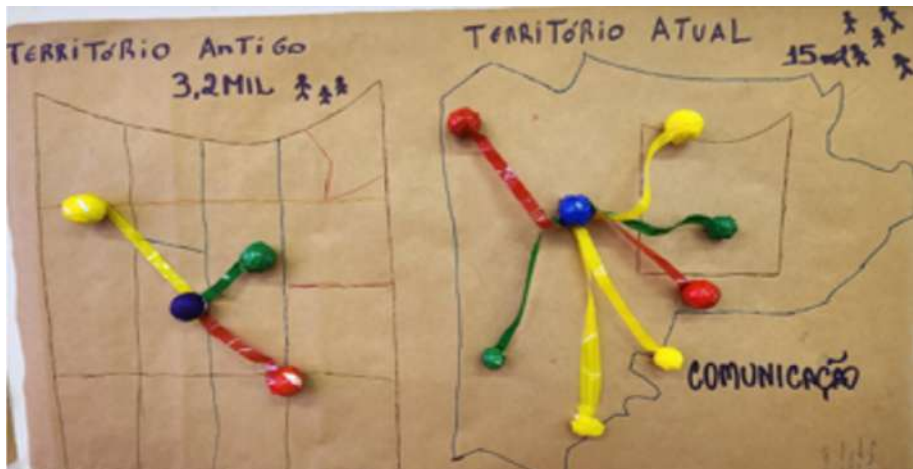
Fonte: Os autores, 2024.

Os estudantes trabalham em pequenos grupos, de modo que cada estudante tem a oportunidade de ouvir e compartilhar suas vivências com colegas de diferentes cursos. As leituras são retomadas e os estudantes vão explorando as questões disparadoras e compartilhando suas percepções. Ao final da atividade, cada grupo elabora e apresenta um produto que represente o trabalho em equipe na Unidade de Saúde em que vivencia a PIS I. É no momento da apresentação que os docentes fazem suas intervenções e estimulam a reflexão teórico-prática. Os docentes responsáveis encerram a atividade trazendo a síntese das ideias apresentadas e conduzem a avaliação dos estudantes e docentes.

Em 2023/1, a dinâmica foi realizada entre estudantes do mesmo grupo de tutoria (Figura 2). As representações expressaram características do trabalho 'da' e 'em' equipe, relacionando-o com o território e com as pessoas-famílias que ali vivem. Os ACS foram os profissionais da equipe mais citados pelos estudantes em cada uma das Unidades de Saúde.

Figura 2. Representação do trabalho em equipe nas Unidades de Saúde, cenários de prática da PIS I, por estudantes de um mesmo grupo de tutoria.



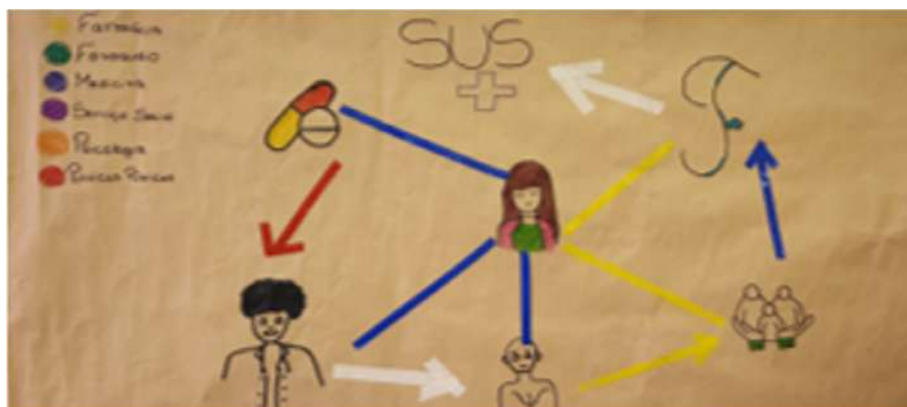


Fonte: Material produzido pelos grupos de tutoria do PIS I em atividade de concentração, 2023/1.

Já na turma de 2023/2, houve uma mudança na dinâmica. Na intenção de promover um espaço ampliado de integração entre os estudantes, os grupos de trabalho foram organizados por estudantes que estavam vivenciando a PIS I em diferentes Unidades de Saúde (Figura 3). O cuidado às pessoas e famílias organizado em redes de profissões, saberes e serviços marcaram as produções dos grupos. Novamente os estudantes mostraram o protagonismo dos ACS no trabalho em equipe orientado às necessidades das pessoas-famílias-comunidade.

Figura 3. Representação do trabalho em equipe nas Unidades de Saúde, cenários de prática da PIS I, por estudantes de diferentes grupos de tutoria.





Fonte: Material produzido pelos grupos de tutoria do PIS I em atividade de concentração, 2023/2.

Por ser uma proposta de interação em que os docentes estão presentes nas atividades de tutoria nas Unidades de Saúde e de concentração, é essencial a qualificação destes docentes para atuarem como facilitadores das metodologias interativas e lidarem com os conflitos que podem emergir pelo estranhamento desta convivência entre cursos-profissões, a qual não integra as atividades obrigatórias da trajetória curricular dos estudantes da saúde. Não se trata de um fazer docente uniprofissional, mas sim, de romper com a tradição solitária de exercer a docência na Educação Superior e promover práticas colaborativas com potencial para constituir um modelo de formação pedagógica na Universidade (Mouraz; Pêgo, 2017). Nesse movimento de ‘aprender a aprender’, o grupo de docentes torna-se um dispositivo de suporte ao colega docente, promovendo espaços de formação para os professores que participam da PIS I.

Outra necessidade desta proposta de preparar os estudantes para trabalharem em equipe é o desenvolvimento de competências colaborativas, aliadas às competências gerais e específicas, descritas no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da graduação em saúde. As competências colaborativas consistem no aprendizado de saberes, habilidades e atitudes que permitem trabalhar em uma perspectiva colaborativa interprofissional (Barr, 1998).

A PIS I utiliza o marco de referência sobre competências colaborativas do *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010), reunidas em seis

domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, conhecimento de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

Na perspectiva do trabalho, a PIS I tem suas atividades práticas desenvolvidas junto a equipes da ABS, compostas por enfermeiros, técnicos de Enfermagem, médicos, ACS e gerentes de Atenção Básica, podendo ter ou não equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal). Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), o gerente não deve ser um profissional integrante das equipes vinculadas à Unidade de Saúde e possuir experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior. Os gerentes das Unidades que recebem(eram) a PIS I são/ foram todos profissionais da saúde com educação superior – enfermeiros, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas e sanitaristas. Dependendo da Unidade de Saúde e do período em que os estudantes cursam a PIS I, ainda podem interagir com residentes de Saúde Coletiva, agentes de combate a endemias e estagiários do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). As pessoas-famílias que moram nos territórios adscritos às Unidades de Saúde também convivem com os estudantes e docentes, aproximando-os das necessidades e da produção de saúde e doença desta população.

Gerentes e ACS são os profissionais que participam do planejamento das atividades a serem desenvolvidas pela PIS I nas tutorias. Os ACS apresentam o serviço de saúde e o território, conduzindo estudantes e docentes nas atividades realizadas. Percebem seu protagonismo nas atividades e a valorização de sua profissão pelos estudantes com os quais convivem e criam vínculos (Souza; Ely; Toassi, 2022).

Considerações finais

A interação com os profissionais das equipes e com as pessoas-famílias do território despertam os estudantes para a complexidade que envolve o processo de trabalho em equipe na ABS e as necessidades em saúde, evidenciando as competências colaborativas da comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente e dinâmica de funcionamento da equipe. Assim,

os estudantes vão observando, convivendo, interagindo, problematizando e se (re)conhecendo como parte de uma equipe que, após formados, podem atuar na ABS e em outros espaços de atenção à saúde, de forma colaborativa, com a intenção de qualificar o cuidado.

Apesar do Brasil ser um país sem um histórico de EIP na formação (Costa *et al.*, 2014), o trabalho em equipe e a prática interprofissional avançaram na organização dos serviços do SUS e no cotidiano de trabalho dos profissionais (Peduzzi, 2016). Experiências brasileiras começam a tornar a EIP uma realidade tanto na graduação quanto na pós-graduação (Freire Filho *et al.*, 2017).

A PIS I é uma destas iniciativas de EIP na graduação que desafia estudantes, docentes e profissionais, gera situações de conflitos e estranhamentos, mas promove aprendizados e mudanças que fortalecem a formação do futuro profissional para a atuação em equipe no SUS.

Por meio de suas práticas de interação e colaboração, a PIS I representa o esforço da Universidade e dos serviços de saúde para a implementação da EIP nos currículos da saúde, com a intenção da formação de profissionais mais preparados e disponíveis para práticas interprofissionais colaborativas.

Apesar de sua relevância, cabe considerar que a proposta de EIP pela PIS I envolve estudantes em diferentes momentos curriculares de seus cursos e contribui para estimular a disponibilidade destes estudantes para a aprendizagem compartilhada e para melhor o conhecimento do papel de seu núcleo profissional e dos demais que compõem a vivência no processo de cuidado em saúde. Por se desenvolver em cenários de prática do SUS, também permite o entendimento da dinâmica de funcionamento do trabalho em equipe na ABS e das necessidades das pessoas-famílias-comunidade. Atividades de ensino integradoras que ocorram com estudantes no período final de sua formação, envolvendo práticas clínicas de atendimento a pacientes, são recomendadas.

Referências

Baker, L. *et al.* Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of interprofessional Care**, Abingdon, v. 25, n. 2, p. 98-104, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.505350>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Barr, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/competent_to_collaborate.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Barr, H.; Low, W. **Introdução à educação interprofissional**. Reino Unido: CAIPE, jul. 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Barr, H; Ross, F. Mainstreaming interprofessional education in the United Kingdom: a position paper. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 20, n. 2, p. 96-104, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820600649771>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Brandt, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of triple aim. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 28 , n. 5 , p. 393-399, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 5 dez. 2007. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2023.

Bueno, D. R.; Köptcke, L. S. A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal. **Saúde em debate**, Londrina, v. 46, n. esp. 3, p. 29-44, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E302>. Acesso em: 6 fev. 2024.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Costa, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. p. 14-27. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Crisp, N.; Chen, L. Global supply of health professionals. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1111610?articleTools=true>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Figueiredo, T. A. M.; Machado, V. L. T.; Abreu, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2023.

Freire Filho, J. R. *et al.* Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em debate**, Londrina, v. 43, n. especial, p. 86-96, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Freire Filho, J. R. *et al.* New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 31, n. 6, p. 754-760, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Frenk, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 7 fev. 2024.

Frenk, J. *et al.* Challenges and opportunities for educating health professionals after the covid-19 pandemic. **Lancet**, London, v. 400, n. 10362, p. 1539-1556, Oct. 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2902092-X>. Acesso em: 9 fev. 2024.

Furtado, J. P. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Acesso em: 6 fev. 2024.

Gurayaa S. Y.; Barr, H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: a systematic review and meta-analysis. **Kaohsiung j. med. sci. (Online)**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 160-165, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.kjms.2017.12.009>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Le Boterf, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Lopes, I. E.; Nogueira, J. A. D.; Rocha, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e promoção da saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, Londrina, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>. Acesso em: 6 fev. 2024.

Mouraz, A.; Pêgo, J. P. (org.). **De par em par na U. Porto**. 1. ed. Porto: Universidade do Porto, set. 2017.

Olsson, T. O. *et al.* Interprofessional education in the Dentistry curriculum: analysis of a teaching-service-community integration experience. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v. 26, n. 1, p. 174-181, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eje.12686>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Paradis, E.; Whitehead, C. R. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. **Medical Education**, Oxford, v. 49, n. 4, p. 399-407, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405053/pdf/medu0049-0399.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Peduzzi, M. Trabalho em equipe. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 419-426. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Peduzzi, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Acesso em: 6 fev. 2024.

Peduzzi, M. *et al.* Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 7-14, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Peduzzi, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 20, p. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Peduzzi, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. p. 40-48. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Peduzzi, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-20, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 4 fev. 2024.

Perrenoud, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Reeves, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). **Cochrane Libr.**, [s. l.], n. 6, p. 1-48, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481564/pdf/CD000072.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Reeves, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Reeves, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 20, p. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Rodríguez, J. B. M. A cidadania se torna competência: avanços e retrocessos. In: SACRISTÁN, J. *et al.* **Educar por competências: o que há de novo**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 115-160.

Schmitz, C. C.; Brandt, B. F. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: to RIPLS or not to RIPLS? That is only part of the question. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 29, n. 6, p. 525-526, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1108719>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Song, H. *et al.* Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. **Health Care Management Review**, Charlotte, v. 42, n. 1, p. 28-41, 2017.

Souza, R. S. de; Ely, L. I.; Toassi, R. F. C. Educação interprofissional em saúde: aprendizados de uma experiência inovadora de integração entre pessoas, currículos e profissões. **Pró-Posições**, Campinas, v. 33, e20200011, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0011>. Acesso em: 12 nov. 2023.

Toassi, R. F. C.; Meireles, E.; Peduzzi, M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 35, n. 3, p. 391-399, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>. Acesso em: 12 nov. 2023.

World Health Organization. **Transforming and scaling up health professionals' education and training**: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 14 fev. 2024.

Zwarenstein, M.; Goldman, J.; Reeves, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Systematic Reviews**, [s. l.], n. 3, CD000072, July 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>. Acesso em: 14 fev. 2024.

FAMÍLIAS E INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

Alzira Maria Baptista Lewgoy
Carolina dos Reis

Introdução

Este retrato de família está um tanto empoeirado.
Já não se vê no rosto do pai quanto dinheiro ele ganhou.
(Carlos Drummond de Andrade)

A epígrafe do poeta nos convoca a pensar no retrato contemporâneo da família, tendo em vista as mudanças que a caracterizam, consideradas dentro de uma tendência não só dos padrões demográficos, mas também de modos de vida. Inspira-nos, também, ao debate sobre o tema, avaliando o compromisso e as experiências vivenciadas por ambas as autoras como docentes na disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O presente capítulo tem por objetivo contribuir para o aprofundamento da discussão sobre o cuidado à saúde na articulação entre família, território e intersectorialidade, a fim de aprimorar sua efetividade na formação acadêmica-profissional na Atenção Básica à Saúde (ABS). Buscamos, ainda, adensar as reflexões acerca da articulação das dimensões da competência teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa e investigativa que envolve a formação dos acadêmicos, futuros profissionais da área da saúde, em meio a revitalização do conservadorismo e seu rebatimento nas respostas dadas às demandas da comunidade, das famílias e da classe trabalhadora.

Acreditamos que para rebater os traços conservadores é preciso recusar uma formação simplesmente técnica e acrítica. É imperativo considerar a

diversidade que circunscreve o conceito de família, o que permite ampliar a visão sobre o núcleo familiar para além dos laços de consanguinidade, reconhecendo não somente a existência de múltiplos arranjos familiares, mas igualmente as diferentes formas de vivenciar as relações familiares, a partir das especificidades culturais.

Frente a isso, a concepção de família, do qual nos filiamos é construída no marco da teoria social crítica, e assenta-se no entendimento que a família é “parte intrínseca do conjunto das relações sociais e é transpassada pelas contradições que caracterizam tais relações e, portanto, locus privilegiado das expressões da questão social” (Mioto, 2020, p. 27). Entende-se, também, que suas relações são movidas pelo conflito, advindos também da diversidade de interesses, necessidades e antagonismos seja entre seus membros, grupo que cumpre a função protetiva, seja aquelas pessoas que, por diferentes motivos, se reconhecem enquanto tal (Mioto, 2020). Da mesma forma, é necessário conceber o território como espaço para além do espaço geográfico, “para aproximar o serviço do usuário e atendê-lo em suas demandas de proteção integral – essa é a mudança cultural que as novas normas requerem dos serviços locais” (Guará, 2019, p. 53). Por fim, é preciso fortalecer as relações interprofissionais e intersetoriais para acumular forças na reafirmação de uma formação e de um trabalho coletivo que enfatiza os valores democráticos e emancipatórios.

Assim, neste capítulo, apresentamos o terceiro eixo temático da disciplina PIS I, que trata sobre a temática das relações familiares e os conteúdos que atravessam os processos de ensino e de aprendizagem: a concepção de família em suas diferentes configurações, a relação com as políticas sociais, as potências e as vulnerabilidades de trabalhar com as famílias a partir de uma perspectiva situada no território; a concepção de integralidade articulada às complexidades destes contextos, tendo em vista que precisamos sair de dentro da Unidade de Saúde e conhecer o espaço habitado e os outros equipamentos comunitários e socioassistenciais para pensar o cuidado das famílias no território.

A seguir, dada a complexidade do contexto econômico, político e social e da pluralidade das configurações familiares (raça/gênero/etnia/classe), busca-

se contribuir para intervenções mais consequentes junto às famílias, trazendo a importância da intersetorialidade e o entendimento desta articulação com as políticas públicas e com os equipamentos sociais dos territórios; resgatar a discussão sobre as dificuldades e as potencialidades de produzir cuidado na perspectiva da intersetorialidade, questão essa debatida e vivenciada no território no exercício da docência junto aos estudantes e aos serviços, apontando as dificuldades, e, apresentando as experiências exitosas que retratam esta diversidade cultural nas Unidades de Saúde da Coordenadoria Oeste de Porto Alegre – Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal – Divisa, Graciliano Ramos, Vila Cruzeiro, São Gabriel, Estrada dos Alpes, Santa Teresa, Santa Anita, Nossa Senhora das Graças, Nossa Senhora de Belém, Cruzeiro do Sul; e, de responder porque uma formação em serviço precisa sair da unidade de saúde para o território.

Ao final, tecemos considerações, com o propósito de dialogar com os leitores sobre a necessidade de afirmação de uma formação crítica, bem como difusão de uma cultura de direitos, para que os estudantes, as famílias, a comunidade e os serviços conheçam e valorizem os direitos sociais, e superem os padrões culturais arraigados, característicos de uma sociedade patriarcal, marcada pelo autoritarismo.

Por que precisamos sair de dentro da Unidade de Saúde e conhecer outros equipamentos comunitários para pensar o cuidado das famílias no território?

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra no meio do caminho,
tinha uma pedra.
(Carlos Drummond de Andrade)

A frase em epígrafe é um dos poemas célebre de Drummond, e pelo seu caráter singular e temático, expressa a aproximação da poesia do cotidiano. É nessa perspectiva que referenciamos a aproximação do trabalho em saúde do cotidiano, por entender que o território, além de geográfico, é

vivo! Quem assimila o cotidiano de sua época, assimila também “o passado da humanidade” (Heller, 2020, p. 20). Tal contribuição se faz cada vez mais necessária e ao mesmo tempo desafiante no contexto brasileiro recente, que está em vigília permanente pela ameaça dos valores democráticos, o avanço do conservadorismo ultrarreacionário e o aprofundamento de medidas neoliberais que atingem visceralmente as condições existenciais de vida e de trabalho da população (Oliveira; Ghiraldelli, 2019). Conservadorismo, que muitas vezes vem propagado em nossas posturas, expressões e concepções sobre as famílias, e que necessita ser desvelado.

É frequente ouvirmos de profissionais que trabalham com famílias em serviços que integram as Políticas de Saúde, Educação e Assistência Social, que algumas delas não têm condição de cuidar de seus filhos, porque são ‘famílias desestruturadas’ (sic). O que isso quer dizer? (Maricondi; Soares, 2010). Expressão que nos provoca refletir, sobre qual perspectiva teórica está ancorada nossas intervenções profissionais, bem como revela que ao se discutir o tema família, não se deve pensar apenas no modelo nuclear tradicional, mas numa variedade de novos modelos e relações engendradas a partir de transformações vivenciadas pela sociedade.

As mudanças que caracterizam as famílias contemporâneas vêm sendo consideradas dentro de uma tendência não só dos padrões demográficos, mas também de modos de vida. Nessa perspectiva, o uso do termo ‘famílias desestruturadas’, não está apropriado ao tempo presente, por ser entendido como um rótulo, que serve para designar aquelas famílias que falham nas suas funções institucionais (Mioto, 2000). Ou seja, implica um processo de julgamento que geralmente é realizado a partir de um “[...] modelo de família (mais ou menos flexível, dependendo do avaliador) e que pode estar relacionado a determinados aspectos da vida familiar ou a um conjunto deles” (Mioto, 2000, p. 223). Assim, com o aumento do consenso em relação à diversidade de arranjos familiares, o rótulo geralmente é atribuído “[...] àquelas famílias que contrariam as expectativas sociais quanto aos papéis e funções familiares” (Mioto, 2000, p. 223).

Em síntese, este é um conceito baseado em que a família tem uma só estrutura, (pai, mãe, filhos, irmãos, avós, com laços de consanguinidade, ou ocasionalmente por adoção). Ou seja, está baseado na concepção de família estruturada que é o modelo de família patriarcal que tem uma estrutura pré-determinada. Nós profissionais da saúde, não podemos expressar que as famílias são desestruturadas. Por que não? Porque as famílias podem ter diferentes estruturas, e se as famílias não conseguem dar conta das necessidades dos seus membros, precisam ser consideradas como famílias em situação de vulnerabilidade social. Tais vulnerabilidades podem se caracterizar como de curto, ou médio, ou de longo prazo.

A família, como unidade dinâmica, tem passado, no percurso da história, por constantes transformações, o que impossibilita olhá-la sob um único viés. Nessa direção, torna-se apropriado referir-se ao termo no plural – famílias –, considerando a diversidade de modelos que a instituição tem adotado na contemporaneidade, a partir da influência de fatores internos: relações próprias entre seus membros como divórcios, recasamentos, uniões estáveis e fatores externos tais como: econômicos, sociopolíticos e culturais (Meirelles; Teixeira, 2014).



Portanto, ao falarmos de ‘famílias’, conforme lembra Mioto (1997), devemos ater-nos à sua especificidade, posto que diferem significativamente entre si nos diversos momentos da história humana, possuindo uma dinâmica própria, construída na relação entre os membros. A reflexão sobre a temática família tem um pressuposto básico que é a sua inserção no processo de reprodução do cotidiano da vida social. Longe de ser um bloco monolítico ou uma estrutura dada,





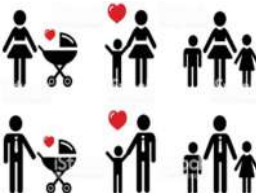
[...] a família sofre determinações econômicas, políticas, sociais e culturais da conjuntura e da história presente. Em face disso, contrariando a noção de família como abstração estática, ordem natural ou divina, concebe-se a família como construção social – instituição histórica, dinâmica e viva – que se transforma ao se transformarem as relações presentes na sociedade (Alves, 2014, p. 12).








Desde a Constituição Federal de 1988, as estruturas familiares adquiriram novos contornos. Nas codificações anteriores, somente o casamento merecia reconhecimento e proteção. Os demais vínculos familiares eram condenados à invisibilidade. A partir do momento em que as uniões matrimonializadas deixaram de ser reconhecidas como a única base da sociedade, aumentou o espectro da família. O princípio do pluralismo das entidades familiares é encarado como o reconhecimento pelo Estado da existência de diferentes possibilidades de ‘arranjos familiares’ (Dias, 2015). Essa assertiva é fundamental para se analisar a família no contexto da sociedade brasileira considerando as desigualdades estruturais de classe, gênero e raça/etnia que conformam essas relações no Brasil. Além disso, não pode ser esquecido o caráter contraditório e as relações desiguais que persistem no interior dos grupos familiares. Esse conjunto de relações intrinsecamente interdependentes os tornam tanto um lugar de relações amorosas e solidárias como de violências e violações.



Nesse arco de novas composições, a literatura apresenta diferentes arranjos familiares, os quais estão destacados no Quadro 1.

Quadro 1. Arranjos familiares e definição constitutiva.

ARRANJO FAMILIAR	DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA
<p>Anaparental</p> 	<p>Família sem a presença de pais. Se baseia no afeto familiar e na convivência mútua entre parentes ou entre pessoas, ainda que não apresentem grau de parentesco, dentro de uma estruturação com identidade de propósito (grupos de irmãos (após falecimento ou abandono dos pais), avós e netos, tios e sobrinhos, dentre outros (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>
<p>Extensa ou Ampliada</p> 	<p>A juridicização do conceito de família extensa, prevista pela Lei 12.010 (Brasil, 2009) – também conhecida como nova lei de adoção – acresceu um parágrafo único ao art. 25 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos seguintes termos: § único. “Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade” (Brasil, 1990, não paginado). “A família extensa é, então, a família natural vista sob perspectiva mais ampla, para além da perspectiva nuclear” (Teixeira; Rettore, 2017, p. 7)</p>

<p>E-family ou i-family</p> 	<p>Designam as relações de afeto cada vez mais mediadas por ambientes virtuais, tendo em vista que a distância física e a proximidade digital transformam os relacionamentos conjugais e parentais da atualidade. Aquele membro da família, que permanecia distante devido às suas ocupações, agora, consegue demonstrar o seu afeto e preocupação com o bem-estar dos seus familiares, seja por meio de uma mensagem de texto pelo aplicativo ou por uma chamada de vídeo (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>
<p>Homoafetivas</p> 	<p>Hoje não mais se diferencia a família pela ocorrência do casamento. Também a existência de prole não é essencial para que a convivência mereça reconhecimento e proteção constitucional, pois a falta de filhos não enseja sua desconstituição. Se prole ou capacidade procriativa não são essenciais para que a convivência de duas pessoas mereça a proteção legal, não se justifica deixar de abrigar, sob o conceito de família, as relações homoafetivas (Dias, 2023)</p>
<p>Homoparental</p> 	<p>As famílias homoparentais, ou seja, as famílias homoafetivas com filhos, essas podem ser formadas por diversas maneiras: adoção; reprodução assistida heteróloga para casais homoafetivos masculinos com o auxílio de um útero de substituição; reprodução assistida heteróloga para casais homoafetivos femininos com possibilidade de gestação compartilhada; reprodução natural com parceiro coparental; ou indivíduo ou casal homoafetivo que tenha filhos de um relacionamento heteroafetivo do passado. (Rodrigues; Alvarenga, 2021).</p>
<p>Matrimonial</p> 	<p>Formada pelo casal normalmente heteronormativo, sem a necessidade de filhos, baseado no matrimônio. Até a Constituição da República de 1988, esse era o único tipo de família reconhecido efetivamente pela lei. Após a publicação da Constituição de 1988, o conceito de família foi sendo alterado e passando a abranger outras formas de organização familiar (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>
<p>Monoparental</p> 	<p>Representa uma forma de família presente na atualidade e configura-se, [...] de forma desvinculada da ideia de um casal e seus filhos, pois é formada pela presença e inter-relação da prole com apenas um dos seus genitores por diversas razões: viuvez, divórcio, separação judicial, adoção unilateral, não reconhecimento da prole pelo outro genitor, inseminação artificial (homóloga – após a morte do marido, ou de mulher solteira; heteróloga), produção independente (Maluf, 2010)</p>

<p>Multiparental, Composta, Reconstituída, Pluriparental ou Mosaico</p> 	<p>Surtem com a ruptura de laços familiares anteriores e a subsequente construção de novos vínculos afetivos, que incluem os filhos originários dos relacionamentos precedentes e, também, aqueles que o casal tem em comum. Podem ser representadas pela clássica expressão ‘os meus, os seus e os nossos’. O reconhecimento da multiparentalidade e da filiação socioafetiva, pelo Supremo Tribunal Federal (em 2016, no Recurso Extraordinário nº 898.060/SP), em condições de igualdade com a filiação biológica – sem hierarquia entre elas –, foi uma grande conquista (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>
<p>Multiespécie</p> 	<p>Aquela formada pelo núcleo familiar humano em convivência compartilhada com seus animais. O Projeto de Lei 179/23 prevê uma série de direitos para os animais de estimação e regulamenta o conceito de família multiespécie (Brasil, 2023)</p>
<p>Nuclear</p> 	<p>Composta por mãe, pai e filhos, que coabitam na mesma casa, não necessariamente tendo laços de matrimônio</p>
<p>Natural</p> 	<p>Também chamada de nuclear, contudo, com respaldo no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no art. 25: “Entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes” (Brasil, 1990, não paginado)</p>
<p>Poliafetivas ou Poliamorosa</p> 	<p>Basilarmente, dispõe acerca de relacionamentos afetivos múltiplos, em que há sentimento de amor recíproco entre todas as partes envolvidas. Diferencia-se das famílias paralelas, pois, ao invés de dois núcleos familiares com um membro em comum, a família poliafetiva compõe um único núcleo familiar com três pessoas ou mais (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>
<p>Substituta ou Adotiva</p> 	<p>Composta por um homem e mulher cujo filho não apresenta laços de consanguinidade. A colocação em família substituta acontece mediante guarda, tutela ou adoção</p>
<p>Simultâneas ou Paralelas</p> 	<p>Constituídas por dois núcleos familiares concomitantes com um integrante em comum, normalmente o homem. São compostas pelo casamento e uma união estável ou por duas uniões estáveis (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>

<p>Tradicional</p> 	<p>Normalmente formada pelo pai e mãe, unidos por matrimônio, e por um ou mais filhos</p>
<p>Unipessoal</p> 	<p>Quando composta por apenas uma pessoa. Ou seja, se a pessoa mora sozinha, ela faz parte de uma família unipessoal (Rodrigues; Alvarenga, 2021)</p>

Fonte: As autoras, 2024.

Frente a essa complexidade de configurações e de relações familiares, nos indagamos: como é possível na ABS desenvolvermos práticas de cuidado que possam dar conta de um olhar integral, considerando, sobretudo, as limitações dos serviços, bem como dos próprios profissionais de saúde?

A integralidade do cuidado é possível?

Como vimos anteriormente, cada um de nós é atravessado por uma diversidade de pré-concepções acerca do que se constitui como família, e nos indagamos: como devem se estabelecer as relações de proteção e cuidado nessa multiplicidade de configurações? Talvez a primeira resposta que decorre dessa pergunta é a de que, embora a integralidade seja uma diretriz de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), dificilmente conseguiremos produzir um cuidado integral, no sentido de efetivamente dar conta da totalidade das questões de saúde dos sujeitos. Entender essa limitação é poder olhar para o que não sabemos. É um passo importante que nos coloca em movimento em direção a busca de estratégias de aproximação, encontros, reconhecimento entre profissionais, serviços e usuários. O desenvolvimento de ações intersetoriais é parte desse movimento importante na busca pela integralidade do cuidado. No entanto, o encontro das diferentes políticas públicas e sociais entre si e com as famílias e comunidades apresenta ainda diversos desafios.

Na história da construção das políticas públicas brasileiras, a família constituiu-se como elemento central não somente para a Estratégia de Saúde da Família, mecanismo operacionalizador da ABS e modelo ordenador da rede de saúde (Brasil, 2017), mas igualmente nas principais políticas sociais, em especial no que se refere à Assistência Social, Educação e Moradia. Essa história, no entanto, é marcada por ações que tinham em sua origem um caráter de controle dos padrões e comportamentos familiares. As Políticas de Saúde corroboraram para o governo das famílias por meio de práticas higienistas, individualistas e culpabilizantes. A Política de Educação, por sua vez, se alinhava às práticas do campo da saúde, por meio de uma lógica disciplinadora e moralizante, voltada para a formação de sujeitos para o modelo econômico vigente. Já as Políticas de Assistência Social, focadas nas famílias em situação de vulnerabilidade social, com um olhar sobre a condição de pobreza, operavam esse controle por meio do discurso da negligência e da falência familiar em oferecer proteção social aos seus membros (Orozimbo; Afonso, 2020). Por fim, as Políticas de Moradia atuavam com enfoque na construção de moradias unifamiliares, centradas no formato de família nuclear, diminuindo os espaços coletivos de encontro e de organização popular (Escosteguy; Guareschi; Reis, 2023).

A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 em 1990, do Sistema Único de Assistência Social em 2005 e, em especial, a mais recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 2023, evidenciam importantes deslocamentos na compreensão dos modelos de garantia de direitos dentro dessas políticas, ampliando as responsabilidades do Estado na proteção social e inserindo as famílias em uma complexa trama associada aos contextos políticos, econômicos e culturais que as circunscrevem. A exemplo disso, no âmbito da saúde, a emergência da saúde coletiva nos levou a busca pela superação das lógicas biologicistas, médico-centradas e medicalizadoras, em direção à uma perspectiva que incluía a dimensão sociopolítica do cuidado. A saúde deixa de ser vista como uma responsabilidade individual e passa a ser reconhecida como vinculada às condições sociais, como acesso a alimentação, habitação, renda, trabalho e lazer (Cela; Oliveira, 2015).

Essa compreensão levou a formulação de um modelo de atenção que colocou as equipes de saúde junto à população, dentro dos territórios e direcionada a promoção de um cuidado longitudinal e intergeracional das famílias. Essa aproximação contribuiu para a desmistificação de noções normalizadoras de família ao encontrar com as múltiplas composições e com a diversidade dos vínculos familiares. No entanto, é fundamental para a formação de profissionais da saúde que estejamos atentos às marcas dessa herança histórica que coloca os agentes do Estado não a serviço da promoção do cuidado às famílias e comunidades, mas como vigias de valores que sustentam lógicas classistas, colonialistas, machistas, sexistas, homofóbicas que perpetuam práticas excludentes e violentas.

Não é incomum ouvirmos dos estudantes em sala de aula, ou mesmo quando estamos com eles em nossas incursões nas Unidades de Saúde e os interrogamos sobre suas percepções após o reconhecimento do território ou visitas domiciliares, narrativas em tom condescendente associadas às expressões como ‘famílias desestruturadas’ ou reações de assombro frente ao encontro com famílias protetivas e amorosas em meio a condições estruturais precárias. Esses são elementos que evidenciam o quanto a universidade segue sendo um espaço bastante elitista, composto por estudantes que estão distantes dos territórios mais periféricos da cidade, bem como o quanto ainda formamos profissionais da saúde alheios à compreensão sobre as condições de vida da maior parte da população brasileira e as implicações destas nos processos de saúde e doença. Evidenciam, ainda, a importância do desenvolvimento de ações de ensino para além dos muros da Universidade ou mesmo das paredes dos serviços de saúde, pois, é pelo contato direto com a complexidade e diversidade dos territórios onde a vida acontece que tem sido possível ‘romper as bolhas’, como os estudantes mesmos costumam dizer ao final da disciplina. Isto é, fazer ruir preconceitos e ampliar visões reducionistas acerca do SUS, das famílias e comunidades.

Nesse sentido é que o terceiro eixo temático da disciplina PIS I busca não só problematizar concepções naturalizadas de famílias e comunidades, mas igualmente mostrar a dificuldade de desenvolver um cuidado em saúde integral

às famílias e comunidades por meio do trabalho interprofissional e intersetorial, sobretudo em parceria com as políticas já mencionadas aqui: saúde, assistência social, educação e moradia. A intersetorialidade do cuidado é reconhecida pela Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Brasil, 2014) como eixo operacional para produzir saúde no âmbito individual e coletivo. A referida Política compreende o princípio da intersetorialidade como uma articulação e cooperação intra e intersetorial, institucionalizada pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulada às demais redes de proteção social, com ampla participação social. Refere-se, ainda, à interconexão de saberes e práticas de sujeitos, grupos e setores, mobilizados na formulação de políticas públicas e intervenções compartilhadas, assumindo corresponsabilização e cogestão para atingir objetivos comuns. Trata-se de um exercício constante de superação das fragmentações das ações entre os serviços, buscando práticas mais resolutivas que atuem sobre os determinantes e condicionantes de saúde. Por fim, a PNPS afirma que essas ações precisam ser territorializadas e ter como base o reconhecimento dos contextos locais e o respeito às diversidades.

É dentro do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, na Coordenadoria Oeste de Porto Alegre, onde as atividades da PIS I acontecem. Neste contexto, é explícita a importância de compreendermos o cuidado em saúde de forma indissociada do território, e dos equipamentos sociais presentes nesses, sejam eles equipamento da rede pública, sejam de espaços comunitários, religiosos, esportivos, que integram de forma orgânica o cotidiano e funcionamento da vida nos bairros. Essa é uma região extremamente marcada pela desigualdade social: temos grandes condomínios, edifícios e mansões de luxo, ao lado de moradias e ruas autoconstruídas, sem saneamento, água encanada, sem coleta de lixo, espaços de lazer, acessibilidade, sem transporte, entre outros serviços básicos.

Segundo dados do Plano Municipal de Saúde – 2022 a 2025 (Porto Alegre, 2022), a região Glória-Cruzeiro-Cristal tem cerca de 150 mil habitantes. Destas, a região Glória é composta pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória, os quais juntos têm 55.496 habitantes, representando mais de 3,2% da população do município. Destes, 29.183 (52,5%) são mulheres e 26.313 (47,4%)

são homens. A taxa de analfabetismo é de 3,2% e está acima da média do município. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,8 salários mínimos. O distrito Glória possui cobertura de aproximadamente 88% de sistema de esgotamento sanitário e 99% de abastecimento público de água. No quesito raça/cor, a região apresenta 72,5% de pessoas autodeclaradas brancas, 27,1% negros. A região Cruzeiro é composta pelos bairros Medianeira e Santa Tereza, além de um conglomerado de favelas chamadas de Grande Cruzeiro que compreendem 60.874 habitantes, representando cerca de 5% da população do município, sendo 28.214 (46,3%) homens e 32.660 (53,7%) mulheres. No quesito raça/cor, aproximadamente 67% da população é autodeclarada branca e 31% negra. A taxa de analfabetismo é de 4,13% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,8 salários mínimos. Apresenta cobertura de aproximadamente 97% de rede de esgoto e 99% de abastecimento público de água. Por fim, a região Cristal é composta pelo bairro Cristal e tem 32.037 habitantes, representando mais de 2% da população do município, sendo 14.847 homens (46,3%) e 17.190 mulheres (53,7%). No quesito raça/cor, 80% das pessoas se autodeclararam brancas, 18% negras. A taxa de analfabetismo é de 2,3% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,3 salários mínimos. O distrito Cristal possui cobertura de aproximadamente 90% de rede de esgoto e de 99% de abastecimento público de água. É uma região que conta com a presença de populações indígenas e quilombolas e que é caracterizada pela existência de pessoas bastante atuantes na vida política do bairro e da cidade, seja por meio do Orçamento Participativo, Conselhos Tutelares, Conselhos Locais de Saúde, bem como de formas menos instituídas, mas não menos ativas, de participação popular. Existe uma gama importante de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, bem como a presença de serviços de educação e assistência social, em sua grande maioria, decorrentes da atuação política dos habitantes da região frente ao poder público.

Apresentamos esses dados, justamente porque compreendemos que conhecer as características do território, bem como das famílias e comunidades que o habitam é fundamental para o desenvolvimento de

práticas de cuidado e para o exercício de articulação intersetorial. Entender as fragilidades e potencialidades de cada região contribui para a identificação mais precisa de processos de saúde e doença, bem como, da construção, junto aos usuários, de estratégias mais assertivas de cuidado. Circular pelo bairro, realizar visitas domiciliares juntos com Agentes Comunitários de Saúde, permite aos estudantes entender que muito do que se lê como negligência ou desestruturação familiar, por exemplo, podem ser efeito de questões que não decorrem de um descuido dos sujeitos, mas de elementos políticos e econômicos que se inscrevem sobre essas famílias e as colocam em situação de vulnerabilidade, ou, ainda, que essa leitura pode dizer respeito a falta de compreensão dos estudantes e profissionais acerca dos modos de relação específicos de diferentes grupos familiares.

Estar próximo dos territórios e dos espaços habitados permite aos estudantes deslocar determinadas certezas, compreender o tanto que desconhecem sobre os contextos de vida dos usuários do serviço, abre a possibilidade de rachar visões preconcebidas, constituídas em uma cultura moderno-colonial-capitalística, que têm por efeito a proliferação de violências em meio a práticas que deveriam ser de cuidado. Por proliferação de violência nos referimos, por exemplo, a patologização e/ou individualização de problemáticas que podem ser decorrentes dessas condições estruturais ou que envolvem questões familiares e coletivas muito mais complexas do que o espaço dos consultórios, salas de atendimento ou salas de aula permitiram identificar isoladamente.

Ozozimbo (2017) afirma que uma das principais dificuldades para integrar ações intersetoriais são as concepções culturalmente arraigadas sobre a relação entre família e proteção social. Além disso, aponta para a necessidade de criação de mecanismos de gestão e proposição de instrumentos para a efetivação da intersetorialidade, aliada à participação social e a um novo olhar sobre a família, no sentido de reconhecer os seus direitos, suas necessidades de apoio e a importância da participação social. Por fim, aponta que a precariedade no provimento de políticas públicas mais equânimes, em qualidade e quantidade

suficiente, causa desproteção social pela ausência ou insuficiência das ações do Estado e a transferência da responsabilidade de proteção para as famílias.

É nesse cenário, no distrito de saúde Glória-Cruzeiro-Cristal da Coordenadoria Oeste, que acompanhamos o encolhimento da rede de atenção à saúde nos territórios, a ampliação das parcerias público-privadas na composição das equipes e serviços de saúde e assistência social e o avanço de uma lógica de gestão empresarial sobre processos de trabalho no âmbito da saúde. Essas práticas tiveram como efeito o investimento em procedimentos e consultas individualizadas em detrimento de práticas de promoção de saúde desenvolvidas no território que requerem uma série de ações por vezes não contabilizáveis nas lógicas de avaliação da produtividade das equipes. O exemplo disso foi o massivo encolhimento no número de Unidades de Saúde e de Agentes Comunitários de Saúde, tendo como efeito a redução da presença das equipes de saúde nos territórios. Além disso, muitas ações intersetoriais, espaços de reuniões de rede, interconsultas, entre outros, se tornaram menos frequentes.

Sabemos que o trabalho intersetorial demanda um exercício constante de construção por parte de gestores e trabalhadores. Possibilitar esse exercício, a partir da disciplina de PIS I, é o modo como encontramos de contribuir para a formação de profissionais da saúde mais sensíveis e críticos a esse exercício.

A experiência da PIS I na formação acadêmica na ABS

A PIS I⁷ é composta por estudantes e professores dos cursos da área da saúde da UFRGS, cuja metodologia de trabalho ancora-se em um modelo de tutoria e formação em serviço, repartidos em grupo de dois professores e oito estudantes (quantidade que pode variar a cada semestre). A disciplina organiza-se a partir de três eixos temáticos. O primeiro trata do território e territorialidade do cuidado, o segundo, do processo de trabalho em equipe e interprofissionalidade, e o terceiro, do cuidado em saúde das famílias e comunidades. Esse terceiro eixo, sobre o qual tratamos neste capítulo, envolve os encontros de tutoria junto aos serviços e um encontro em sala de aula que denominamos de concentração,

⁷ A atividade de ensino/disciplina PIS I está apresentada, de forma detalhada, no Capítulo 3 deste livro.

que é quando reunimos o conjunto de estudantes e professores para aprofundar as discussões sobre as ações vivenciadas nas Unidades de Saúde, sendo neste encontro, o foco no estudo sobre o tema famílias e os processos de trabalho junto às mesmas pelas unidades.

Posto que se trate de uma disciplina que prioriza a aprendizagem dentro de uma lógica experiencial e relacional – partindo das percepções, sentimentos, análises críticas dos estudantes em direção ao encontro com as teorias e com o marco lógico e legal –, as atividades de concentração são realizadas, preferencialmente, após os encontros destinados a esse eixo junto à Unidade de Saúde. A cada semestre buscamos formular novas metodologias pedagógicas proporcionando um espaço de aprendizagem para estudantes e docentes.

Um exemplo disso, no último semestre letivo de 2023/1, na atividade de concentração, realizou-se uma oficina (Afonso *et al.*, 2003, p. 8), com toda a turma de estudantes e os respectivos docentes, considerando que esta metodologia de intervenção engloba “[...] as formas de pensar, sentir e agir, uma vez que os problemas de saúde têm relação com valores, emoções e práticas cotidianas”. Dividimos a turma em quatro grupos, organizados de forma aleatória, buscando misturar estudantes que haviam tido a oportunidade de vivenciar distintas experiências em diferentes Unidades de Saúde, na medida em que a oficina “trabalha com a associação da informação com a experiência de cada participante” (Afonso *et al.*, 2003, p. 8). Havia quatro estações de trabalho, cada uma com uma pergunta. Os grupos deveriam realizar um rodízio nas estações de trabalho de forma que todos os participantes de cada grupo complementassem ou intervissem nas respostas construídas pelos grupos que lhes antecederam. Os grupos tinham 25 minutos para discutir e responder à questão que estivesse em sua primeira estação de trabalho, 20 minutos para a segunda, 15 minutos para a terceira e 10 minutos para a quarta. Os professores atuavam no apoio a discussão realizada nos grupos e na condução da dinâmica. Ao final, apresentamos e discutimos coletivamente as respostas trazidas, e, a partir destas, fomos aprofundando as questões teóricas e conceituais.

As questões trabalhadas em cada estação foram as seguintes:

1. O que você entende por família?
2. Considerando o que vocês já ouviram sobre ‘famílias desestruturadas’, como você definiria essa expressão?
3. Por que você acredita que a família é tomada como elemento central para a produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família?
4. Como você acha que esse modelo de cuidado em saúde da família se articula com a interprofissionalidade e a territorialidade do cuidado?

Embora as questões estivessem numeradas para facilitar o detalhamento, as perguntas não tinham uma ordem, pois diferentes grupos iniciavam por diferentes questões. A primeira pergunta descrita tinha por objetivo avaliar as noções de família que os estudantes carregam consigo e, a partir delas, discutir a multiplicidade das concepções de família, nos afastando da ideia de família como um modelo natural e afirmando-a como um arranjo construído cultural, política e historicamente.

Já a segunda pergunta buscava problematizar os discursos acerca da noção de família desestruturada, evidenciando que a estrutura familiar é uma noção disciplinar, normatizadora, preconceituosa e excludente da diversidade de expressões dos modos de ser família, bem como reducionista e culpabilizadora das famílias acerca das condições de vulnerabilidade social em que se encontram.

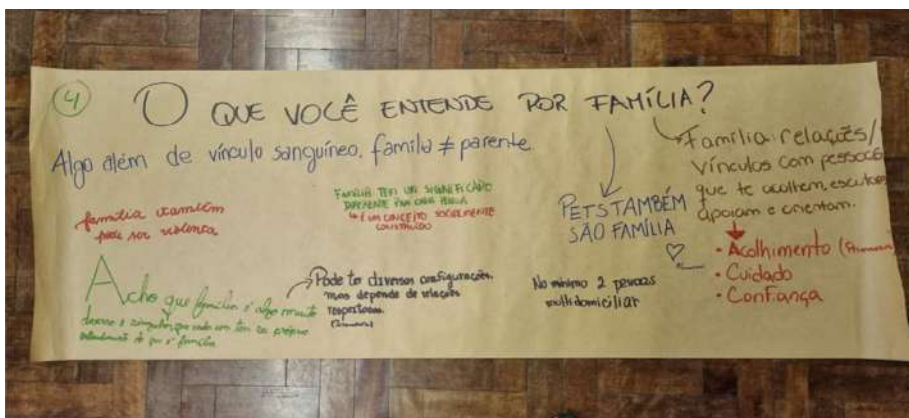
Na terceira pergunta a intenção foi articular a discussão sobre família ao tema do cuidado em saúde na ABS e colocar em análise os elementos presentes na bibliografia básica da aula, que afirmam que a família embora seja uma ferramenta de governo central e fundamental às políticas públicas, ela serve a jogos de interesse econômicos, políticos e culturais, de forma que se esse modelo não for colocado em análise, pode conter armadilhas que transformam a proteção social em controle. Ao mesmo tempo, a pergunta auxilia a compreender que, no âmbito das Políticas de Saúde, a família se

constituirá como parte dos processos de saúde e doença de seus membros. Assim, entender essas dinâmicas é fundamental para a construção de estratégias de cuidado pelas equipes.

Por fim, a última pergunta retoma os conteúdos dos módulos anteriores da disciplina e tem por objetivo levar os estudantes a refletirem sobre o fato de que para que possamos nos aproximar da compreensão da complexidade e singularidade de cada família é necessário o olhar para as questões culturais que caracterizam o território e a população adscrita a cada serviço, bem como a reconhecer a interprofissionalidade como elemento central a oferta de um cuidado integral às famílias e comunidades.

A atividade foi desenvolvida em uma sala de aula ampla com cadeiras organizadas em círculos. O material necessário para o desenvolvimento da atividade foi: folhas de papel pardo e canetas coloridas. Como material de apoio didático utilizamos o computador e projetor, com o objetivo de retomar e aprofundar as discussões sobre as referências teóricas apresentadas sobre as diferentes configurações familiares, reconhecidas na contemporaneidade. O tempo de duração da atividade foi de três horas, tendo como produto as sínteses realizadas pelos grupos de estudantes, conforme demonstra as Figuras 1, 2, 3 e 4 a seguir.

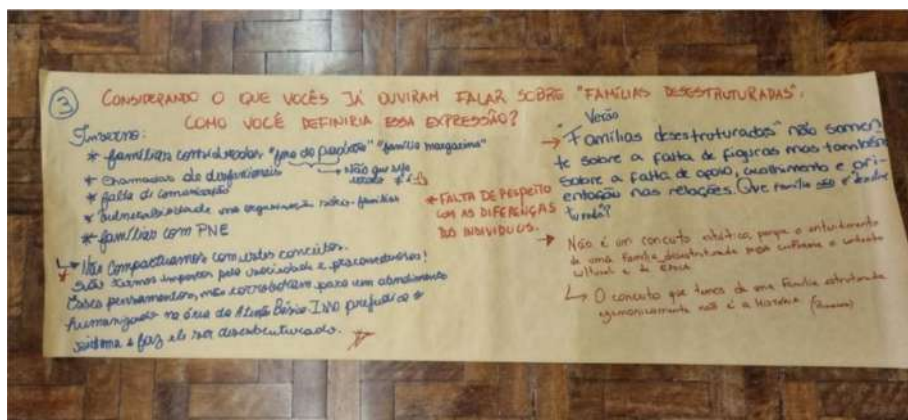
Figura 1. Pergunta 1 da atividade de concentração do terceiro eixo temático da PIS I sobre famílias.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023/2.

Interessante analisar que em relação ao entendimento sobre família, os estudantes, de maneira geral, iniciam afirmando que família é algo que vai além de um vínculo consanguíneo, que pode ser experienciado de formas diferentes para cada pessoa, que é um conceito socialmente construído, que se diferencia da noção de parente. No entanto, ao serem provocados acerca do que então seria uma família e sobre quais elementos eles entendiam que seriam a base do que em geral as pessoas definem como suas famílias, as respostas direcionaram-se para relações de acolhimento, cuidado, confiança, orientação e respeito. Frente às respostas interrogamos: seriam todas as famílias assim cuidadosas com seus membros? A família é sempre um elemento de saúde e proteção? Ao que os grupos reagiam indicando que a família também pode ser violenta, também pode ser fonte de adoecimentos. Outro ponto interessante é a ideia de que seria preciso no mínimo duas pessoas para que se possa compor uma família, desconsiderando a existência de famílias constituídas por um único indivíduo.

Figura 2. Pergunta 2 da atividade de concentração do terceiro eixo temático da PIS I sobre famílias.



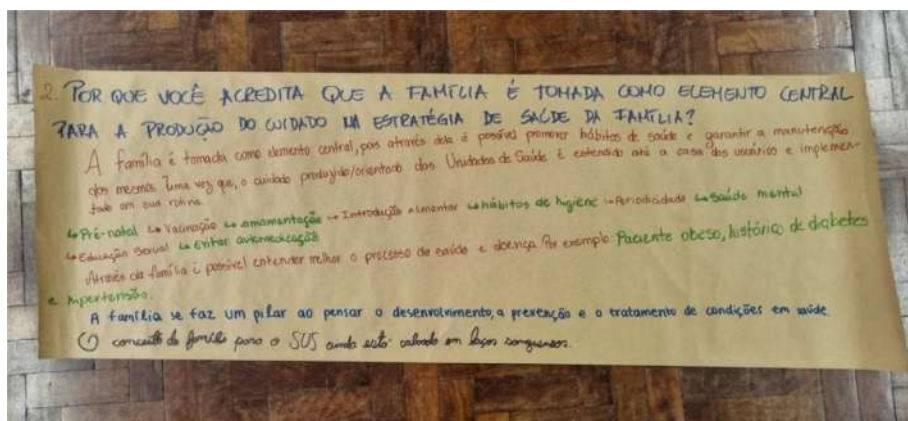
Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023/2.

Acerca da compreensão sobre as 'famílias desestruturadas' trouxeram a descrição do que usualmente se define, quais sejam, aquelas 'fora do padrão família margarina', chamadas de disfuncionais, que possuem dificuldade de comunicação entre seus membros, que são integradas por pessoas com

necessidades especiais, que estão em condição de vulnerabilidade, que se tratam de famílias que não tem figuras parentais protetoras ou que não recebem apoio, acolhimento e orientação.

No entanto, todos os grupos no momento de realizar o exercício destacaram que não concordam com essas definições e que elas estão sustentadas em visões preconceituosas, que desrespeitam as diferenças. Afirmaram que a percepção sobre a 'estrutura' familiar está vinculada a contextos históricos, políticos e econômicos. É interessante que essa reflexão tenha sido possível de ser construída de forma coletiva pelos grupos durante o exercício, uma vez que, não é incomum ouvirmos em sala de aula comentários que corroboram com as descrições apresentadas como presentes no senso comum, criticadas pelos grupos durante o exercício, evidenciando a importância dessa discussão e dos espaços de troca entre os estudantes.

Figura 3. Pergunta 3 da atividade de concentração do terceiro eixo temático da PIS I sobre famílias.



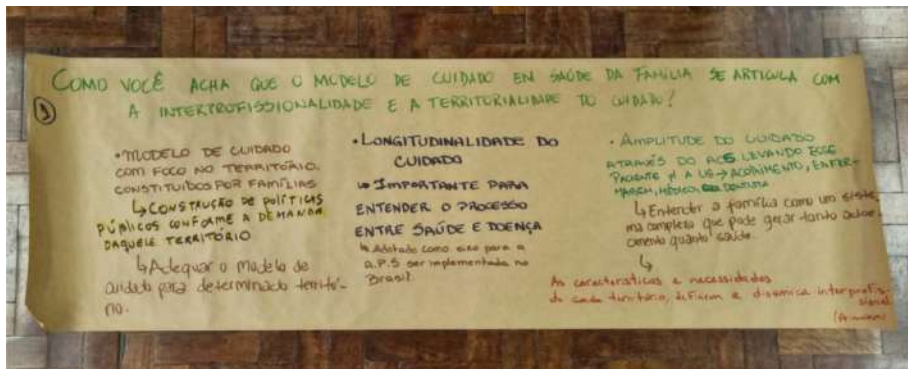
Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023/2.

No que se refere à produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, a primeira resposta elaborada pelos grupos traz a família como elemento chave de intervenção das ações em saúde, pensando especialmente na introdução, no ensinamento e na vigilância de hábitos de cuidado e de higiene compartilhados entre os membros da família. Além disso, a família

aparece ligada às questões biológicas compartilhadas por pessoas com relações consanguíneas que podem ter predisposições genéticas para determinadas doenças como diabetes, hipertensão ou obesidade.

Essa afirmação é acompanhada de uma reflexão crítica acerca do fato de que a partir das observações realizadas junto às Unidades de Saúde e do conjunto de experiências vivenciadas ao longo da formação nos diferentes cursos da área da saúde, o conceito de família que habita o imaginário dos profissionais de saúde ainda é o da família como sujeitos que compartilham laços consanguíneos, negligenciando outras configurações familiares, que ao serem reconhecidas e consideradas poderiam compor uma importante rede de cuidado em saúde.

Figura 4. Pergunta 4 da atividade de concentração do terceiro eixo temático da PIS I sobre famílias.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I, 2023/2.

Por fim, a articulação desse modelo de cuidado com a interprofissionalidade e a territorialidade representou para os grupos um questionamento de maior complexidade, considerando que se tratava de uma pergunta que abrangia a totalidade dos conteúdos trabalhados ao longo do semestre, evidenciando a necessidade de reforçar a integração entre os diferentes eixos temáticos. Em geral, foi possível aos grupos reconhecer que o cuidado às famílias está vinculado às singularidades de cada território e que a composição de diferentes saberes promove uma ação mais ampla frente a esse sistema complexo que são as famílias e comunidades.

Esse exercício, bem como as experiências prévias na PIS I tem reforçado nossa compreensão sobre a necessidade de promover atividades pedagógicas que permitam produzir estranhamentos às noções tão familiares como o próprio conceito de família, casal, maternidade, paternidade, comunidade, evidenciando que não há nada de evidente ou de natural nessas compreensões, que se tratam de construções situadas em um local e tempo históricos. Essa problematização é um passo importante para que possamos refletir sobre a forma como esses conceitos organizam nossas ações de cuidado em saúde e para que possamos produzir intervenções sustentadas no compromisso ético-político de enfrentamento às lógicas reducionistas, preconceituosas, machistas, que limitam práticas mais competentes e consequentes.

Considerações Finais

Esperamos que a experiência narrada sobre a PIS I, em particular, o eixo temático que trata sobre ‘o cuidado em saúde das famílias e comunidades’, contribua para o debate e a ampliação do entendimento sobre a concepção de família, comunidade e território, que pela sua natureza são interdependentes, mas complementares, porque são indissociáveis na perspectiva da integralidade no SUS.

Há necessidade de se ter uma concepção crítica sobre ‘famílias’, sobre educação e trabalho interprofissional e intersetorial na formação e no trabalho em saúde, em particular, na formação dos estudantes de graduação numa perspectiva interprofissional em saúde. Permanece, contudo, ainda uma série de desafios. O primeiro deles – o qual torna-se uma necessidade pontual –, é a qualificação permanente dos trabalhadores da saúde para a atualização e o fortalecimento do referencial teórico-metodológico e instrumentalização da análise e da intervenção na realidade social. São essas questões que indicam o processo educativo como um investimento na formação para o trabalho, onde tal processo possa definir as demandas educacionais, e não a demanda do mercado capitalista.

O segundo é a capacidade de compreensão dos acontecimentos junto às famílias e a comunidade, que muitas vezes são vistos de forma desrespeitosa,

preconceituosa, isolada e fragmentada, afastando o conhecimento real para fixar-se na aparência dos fenômenos, sob a ótica ilusiva que esta constitui à sua essência. O terceiro é o cuidado com as ações voltadas para a família. Estas devem partir do princípio não somente de que esta instituição é o espaço do cuidado, mas sim, que ela também é um espaço a ser cuidado. Uma família não pode exercer a proteção para com os seus componentes se ela não é protegida.

Nos atendimentos às famílias, portanto, é de suma importância que esta análise não seja somente a partir de sua estrutura relacional. É preciso incorporar como são constituídas as relações com outras esferas da sociedade, como são estabelecidas a relação com o Estado, por meio de sua legislação, de suas políticas econômicas e sociais, e como essas interferem na história das famílias, na construção dos processos familiares expressos pelas dinâmicas familiares. O horizonte para uma abordagem com qualidade, junto às famílias e comunidade nos territórios, é a efetiva concretização dos princípios do SUS e do acesso universal à saúde.

Referências

Afonso, L. *et al.* Apresentação: longe dos olhos, perto do coração: uma experiência de educação na formação do profissional em saúde. *In: AFONSO, L. et al. (org.). Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde.* Belo Horizonte: Edições do campo Social, 2003. p. 7-16.

Alves, L. A concepção de família que orienta a intervenção profissional do assistente social. **Libertas (Juiz de Fora. Online)**, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 1-16, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18297/9525>. Acesso em: 2 abr. 2024.

Brasil. Câmara de Deputados. **Projeto de Lei 179/23.** Projeto regulamenta a família multiespécie, formada por animais domésticos e seus tutores. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/939334-projeto-regulamenta-a-familia-multiespecie-formada-por-animais-domesticos-e-seus-tutores/>. Acesso em: 5 abr. 2024.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 6 abr. 2024.

Brasil. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm. Acesso em: 6 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para

a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**: redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 5 nov. 2023.

Cela, M.; Oliveira, I. F. de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia (Natal. Online)**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>. Acesso em: 5 fev. 2024.

Dias, M. B. A família homoafetiva. In: DIAS, M. B. **Manual de Direito das Famílias**. 16. ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2023.

Escosteguy, C. L.; Guareschi, N. M. de F.; Reis, C. dos. **Revista Mosaico**, [s. l.], v. 16 (dossiê), p. 133-143, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/mos.v16i3.12628>. Acesso em: 5 nov. 2023.

Guará, I. M. F. R. Família e território, eixos centrais do trabalho social. In: Guará, I. M. F. R. (org.). **Abrigos em Movimento IV - Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2019. p. 52-64. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2024.

Heller, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2000.

Maluf, A. C. do R. F. D. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

Meireles, F. da S.; Teixeira, S. M. As diversas faces da família contemporânea: conceitos e novas configurações. **Informe Econômico**, Teresina, ano 16, n. 31, p. 38-44, jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/ie/article/view/1764/1593>. Acesso em: 5 fev. 2024.

Mioto, R. C. T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 114-130, 1997.

Oliveira, A. de; Ghiraldelli, R. O Serviço Social na atenção primária à saúde. **Revista em Pauta**, [s. l.], v. 44, n. 17, p. 255-273, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45243/30956>. Acesso em: 5 fev. 2024.

Orozimbo, E. M. B. **Família e Proteção social**: sentidos construídos no campo discursivo das políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988. Dissertação (Mestrado) — Curso de Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário Una, Belo Horizonte, 2017.

Orozimbo, E.; Afonso, M. L. Sentidos de família e o desafio para a intersetorialidade na proteção social. **Serviço Social e Sociedade**, [s. l.], v. 137, 95-112, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.203>. Acesso em: 5 nov. 2023.

Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2022 a 2025)**. Porto Alegre, 2022.

Rodrigues, E. E.; Alvarenga, M. A. de F. P. Novos tempos, novas famílias: da legitimidade para a afetividade. **Civilistica.com**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/773>. Acesso em: 2 abr. 2024.

Teixeira, A. C. B.; Rettore, A. C. C. Os reflexos do conceito de família extensa no direito de convivência e no direito de visitas. **Civilistica.com**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, p. 1-20, 2017. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/640/483>. Acesso em: 7 abr. 2024.

O PORTFÓLIO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO

Saionara Araújo Wagner
Mara Rejane Ritter

Introdução

O ato de avaliar não se destina a um julgamento definitivo, pois não é um ato seletivo. Ele se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão; destina-se à melhoria do ciclo de vida. Por isso, é um ato amoroso.

(Luckesi, 2002, p. 180)

Frequentes são os estudos e as discussões a respeito da avaliação do aprendizado, todos com o intuito de contribuir para a redução de equívocos conceituais ou operacionais. Tradicionalmente, a modalidade da prova teórica ou prática é utilizada como avaliação quantitativa, deixando de lado outros recursos e procedimentos para avaliar o percurso de aprendizado dos estudantes.

A produção escrita do diário de aula e dos trabalhos coletivos, que pode se dar pelo uso do portfólio, é um instrumento que possibilita ao estudante selecionar os conteúdos mais significativos, construir uma trajetória de significados, e elaborar de forma individual ou coletiva, reflexões e significados sobre o referencial teórico e a prática de campo, construindo a tomada de consciência e a promoção da práxis (Lima; Grillo; Harres, 2010).

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, as universidades públicas realizaram importantes mudanças curriculares, o que se refletiu nos processos de ensino-aprendizagem-avaliação. A atividade de ensino integradora de cursos da saúde

da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) –, tem como princípio o uso de metodologias ativas no seu percurso formativo e utiliza-se do portfólio como o principal instrumento de avaliação/reflexão nessa trajetória.

O portfólio possibilita que o estudante faça a externalização de suas percepções, dúvidas, concordâncias, discordâncias e também permite a expressão de sentimentos e situações vivenciadas ao longo da disciplina, pois o portfólio apresenta uma possibilidade de construção do seu próprio conhecimento por meio da ação/reflexão do estudante e do grupo ao qual ele está vinculado.

Nesse contexto, o uso do portfólio, possibilita o desenvolvimento de competências de avaliação formativa, que tem na troca entre docentes e estudantes, no cotidiano das atividades o seu ponto forte. A prática de avaliação por competências cognitivas, que pode ser desenvolvida com o uso do portfólio, deve exercitar as premissas do aprender a aprender, aceitando novos desafios; do aprender a ser, desenvolvendo a autonomia, o juízo e responsabilidade; do aprender a conhecer, fazendo a conjugação dos conhecimentos científicos com a cultura local; do aprender a fazer, adquirindo habilidades; e do aprender a conviver, por meio do trabalho em equipe (Cotta; Costa, 2016).

Para os docentes, a tarefa pedagógica relacionada à construção do portfólio é a de sensibilização do conhecimento (como o aguçamento da curiosidade, a relação do conhecimento com as expectativas da disciplina/experiências pessoais/formativas e a formulação de perguntas instigadoras). Esta é uma condição para o aprendizado, indo além de uma atividade ‘mecânica’, desprovida de sentidos, tanto para estudantes como para docentes.

Nesse instrumento deverão constar reflexões (analítica de situações, textos, aulas), sentimentos, relatos de ação e registro de escutas/observações, além de considerações e ponderações relativas a dificuldades, limitações, potencialidades e destaques. Os portfólios não serão iguais entre si, pois expressarão a forma com que cada estudante interagiu com o conhecimento e como o sistematizou. O portfólio é o registro/documento da implicação (Ferla; Ceccim, 2013, p. 63).

Em se tratando de uma disciplina que tem por nome ‘Práticas Integradas em Saúde’, não é possível pensar em avaliação sem levar em conta as práticas vivenciadas, experienciadas e reflexivas, ou seja, as práxis do cotidiano. Sendo assim, para essa disciplina, o portfólio é o instrumento mais indicado para o registro do aprendizado ao longo do semestre. Esse instrumento oportuniza ao estudante contar a história de seu trabalho, de sua caminhada, de forma a refletir sobre suas práticas (Alvarenga; Araújo, 2006).

Esse capítulo pretende apresentar o portfólio como instrumento de avaliação da PIS I, como é organizado, suas potencialidades e desafios, bem como um roteiro de observação do território, posto que é nesse território que se dão as relações da equipe de saúde, comunidade, estudantes e docentes da PIS I. Ao longo do texto, as informações teórico-metodológicas vão se entrelaçando a fragmentos de portfólios dos estudantes de diferentes cursos de graduação que vivenciaram a PIS.

Portfólio como instrumento de avaliação

O portfólio tem sido descrito como uma forma de avaliação que se dá pela coletânea das evidências e vivências dos indivíduos em atividades educativas, expressando aprendizados e competências desenvolvidas pelo processo da autorreflexão do estudante, e sedimentação da aprendizagem pela ação-reflexão.

Para Neves e colaboradores (2016), o portfólio, além de ser uma coleção selecionada de documentos onde a reflexão é o coração da técnica juntamente com a capacidade de síntese, onde o aprendizado, ou não aprendizado indicam as habilidades adquiridas e a condição de seguir adiante em seus estudos, é uma estratégia que facilita a aprendizagem tanto do estudante quanto do docente, pois constrói significados a partir de sua experiência acumulada, tornando-se um resumo da trajetória de aprendizagens, mas também de desafios. O relato abaixo, de estudante da PIS I⁸, expressa a percepção sobre a utilização do portfólio como instrumento de avaliação.

⁸ Os relatos dos portfólios dos estudantes apresentados neste Capítulo são textos não identificados, respeitando a privacidade e a confidencialidade dos dados de identificação destes estudantes.

Escrever o portfólio foi bem desafiador para mim, pois recebemos tantas informações e vivemos tantas experiências durante o semestre na disciplina que é difícil conseguir passar tudo para uma escrita de portfólio, porém foi bom para que durante a escrita pudéssemos lembrar e de uma forma reviver os momentos além de refletir sobre a importância da saúde primária e como a equipe da saúde da família contribui para a vida dos usuários proporcionando e promovendo saúde. Na minha opinião a forma avaliativa de escrita individual do portfólio é uma ótima forma de avaliação e nos próximos semestres deveria continuar neste formato.

O desafio da escrita do portfólio justifica-se pela relevância de se refletir sobre as vivências, que ao serem ressignificadas, passam a ser experiências que traduzem a importância nos processos de trabalho da equipe junto aos usuários-famílias, na defesa de uma educação fundamentada na ética, no respeito à dignidade e na autonomia e diversidade dos estudantes na ótica do movimento de agir sobre a realidade (Freire, 2002).

Outro desafio sobre a construção do portfólio, se refere, principalmente, quando é a primeira vez que o estudante utiliza este instrumento, conforme a narrativa de portfólio que se segue.

Sobre o portfólio parcial, inicialmente foi difícil pois nunca tinha feito nada parecido, e no meu curso nunca usamos a primeira pessoa, então fiquei confusa em como dosar o relato da experiência e a parte literária baseada em textos acadêmicos. Mas os comentários de avaliação foram bem pertinentes, claros, diretos e com exemplos, assim que ficou mais fácil. No relatório final pude revisitar vários acontecimentos e refletir novamente sobre eles, foi até prazeroso de fazer! Unir a experiência prática com a teórica foi muito legal! Sinceramente achei uma ótima forma de avaliação!

É essa, portanto, a perspectiva de utilização do portfólio, de pensar em um instrumento de avaliação que permita a documentação das atividades e ações, das tarefas e da própria aprendizagem com uma narrativa elaborada de forma crítica e reflexiva. É fundamental que o estudante possa, por meio desse instrumento, compreender a si próprio e ao outro, permitindo inclusive ir

teorizando e refletindo sua própria experiência (Marin *et al.*, 2010), conforme observamos no portfólio do estudante da PIS I:

O método de escrita do portfólio é uma maneira de expormos cada vivência e experiência adquirida ao longo do semestre com a disciplina, tive algumas dificuldades pois fica um pouco difícil relatar tudo e saber expor muitas vezes através de uma escrita. Mas de forma geral é como estar escrevendo um diário onde podemos mostrar o quanto nos marcou a cada momento e experiência que esta disciplina e esses dias nos proporcionaram.

Segundo Ferla e Ceccin (2013), há princípios para o uso do portfólio como instrumento de avaliação que devem ser levados em consideração: a) compatibilidade do uso do instrumento com a proposta metodológica da disciplina; b) princípio da pessoalidade que se expressa pela relação direta de troca entre o docente tutor e o estudante; c) a auto-implicação que demonstra o envolvimento e o comprometimento do estudante consigo mesmo e com os outros enriquecendo as visões e reflexões estabelecidas; d) revitalização dos conhecimentos que são fortalecidos pela diversidade das experiências e das relações interprofissionais; e) da construção contínua do conhecimento, pelo preceito que o aprendizado não se esgota e é um processo permanente.

A avaliação por portfólio permite a reflexão dos estudantes, pois ao construí-lo há a tomada de consciência das aprendizagens. É uma prática reflexiva, tomada de consciência, ou seja, a promoção da práxis, na medida em que,

[...] é a conscientização que possibilita inserir-se no processo histórico como sujeito, a inserção se refere a duas esferas de ação, inseparáveis: a interna e a externa, ou, em outras palavras, a teoria e a prática. Ambas precisam formar uma articulação que permita avançar para além do estágio de discurso interior, instaurando atos externos concretos, expressão típica do sujeito que se constitui. A articulação entre a consciência de si e do mundo, reflexão e ação é a práxis (Freire, 2002, p. 24).

Como é organizado o portfólio

Baseados na premissa de que o portfólio é um instrumento de avaliação que possibilita a reflexão das vivências e das experiências, a PIS I orienta a construção do portfólio em informações iniciais, registros e desenvolvimento.

Informações iniciais:

Identificação do estudante: com a premissa da personalidade, sua trajetória pessoal e profissional, como escolheu o curso, qual etapa se encontra, o que espera da disciplina, como foi o acolhimento e como pretende demonstrar as experiências vivenciadas. Abaixo, são apresentados dois relatos presentes nos portfólios de estudantes se apresentando e descrevendo suas expectativas em relação à PIS I.

No dia quatro de março tivemos a apresentação da disciplina e foi bem diferente do que eu imaginaria que seria. Geralmente, no primeiro dia de aula de alguma disciplina, são apresentados os conteúdos que serão trabalhados e forma de avaliação, de maneira direta e sucinta. Não foi assim que ocorreu em Práticas Integradas em Saúde I. Cheguei na sala da Faculdade de Odontologia da UFRGS e lá já se encontravam muitas pessoas, talvez em torno de 60 (não sou capaz de mensurar com melhor exatidão). Encontrei alguns colegas de curso e esperamos a aula começar. Fiquei surpresa com o modo em que a apresentação da disciplina se deu, contando inclusive com a presença do Vice-Reitor da UFRGS. Fiquei muito feliz também em ver como a disciplina é carinhosamente construída e cuidada a cada semestre com o interesse de todos os professores, da Universidade e da Coordenadoria da Saúde - CoorSaúde. Após a apresentação da disciplina e da explicação do modo de trabalho, fomos divididos nos grupos de tutoria. [...] No meu grupo de tutoria eu ainda não conhecia ninguém.

Posso sim dizer que minha relação de implicação com o SUS surgiu na graduação, não só no âmbito da Psicologia, mas em um percurso de formação marcado pelo envolvimento e pela afirmação de um fazer e de uma ética que compõe com políticas públicas, direitos humanos e construção de redes de cuidado à saúde [...]. Nesse

percurso, a disciplina de Práticas Integradas em Saúde sempre se colocava como uma oportunidade de seguir me aprofundando [...]. No entanto, o fato de estar participando de Práticas Integradas em Saúde no final da graduação me parece muito simbólico, pois é o momento de ressignificar essa caminhada na qual já me encaminho para exercer a minha prática profissional e, também, de reafirmar o meu compromisso e minha implicação com o SUS, com as políticas públicas, com uma escuta e um cuidado integral e qualificado.

Nas informações iniciais também é solicitado aos estudantes e como primeiras narrativas, a descrição de conhecimentos, habilidades e atitudes trazidas dos seus cursos, bem como aqueles que esperam adquirir no decorrer da disciplina, o aprendizado de novos conceitos que não haviam sido trabalhados em seus cursos. Os registros iniciais evidenciam, com recorrências, as expectativas dos estudantes, os conceitos novos aprendidos, bem como as habilidades que precisam ser adquiridas para o trabalho em saúde, apresentados nos três relatos a seguir.

A partir desta disciplina espero conseguir compreender a realidade desta comunidade, suas formas de funcionamento, organização dos profissionais que ali atuam, bem como as necessidades de um território. Com isso, pretendo saber mais sobre a atuação dos profissionais de Educação Física dentro desses territórios.

Hoje, foram apresentados diversos conceitos a mim desconhecidos, desde mais básicos como nomenclaturas (PNAB, UBS, ...) até o próprio nível de organização da saúde pública, subdividida em coordenadorias e em unidades com territórios definidos. Não obstante, alguns conceitos familiares, aprendidos no ensino básico, foram lembrados, como o conceito de território e demais conceitos da geografia social.

Referente à atuação do sanitarista na Unidade de Saúde pude constatar que podemos agir de diversas formas, como: na gestão, na promoção e educação, na pesquisa em saúde. É de extrema importância que tenhamos sanitaristas no SUS, pois desde o início da formação aprendemos a trabalhar de forma interprofissional, o que é de extrema importância para a saúde, não se pode pensar somente

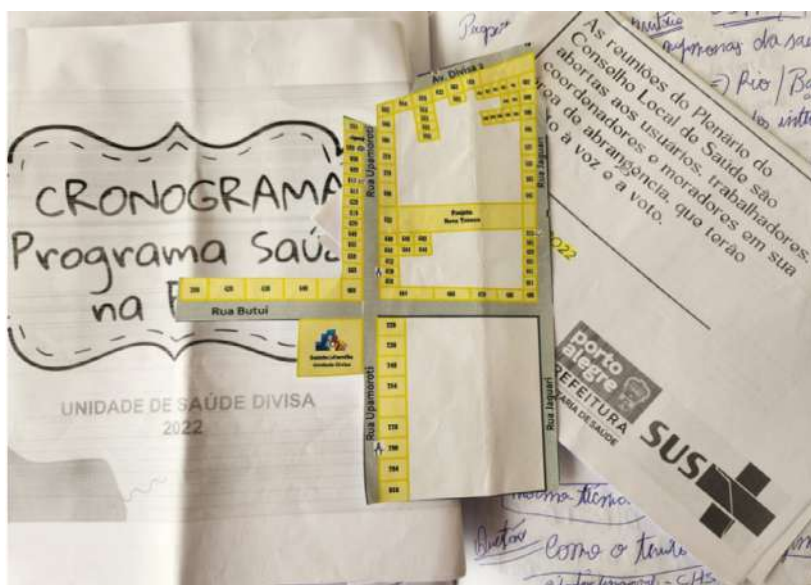
dentro do seu eixo, é preciso que se analise de forma ampliada e o sanitarista é preparado para ter práticas que integrem os saberes.

Registros e construção da escrita:

Os registros do processo de escrita no portfólio são construídos a partir das anotações de aulas, leitura de textos, registro das atividades vivenciadas na tutoria e anexos, os quais estão serão abaixo descritos.

Anotações de aulas: ao término de cada aula – que pode ser concentração de toda a turma ou tutoria na Unidade de Saúde em pequenos grupos –, fazer um relato descritivo-analítico-reflexivo da mesma, expondo os conceitos trabalhados, as referências utilizadas, relatando as principais ideias trazidas e discutidas e o que aprendeu pela reflexão crítica. Abaixo estão demonstradas duas maneiras diferentes dos estudantes fazerem anotações de aula, sendo um compilado de anotações na Figura 1, e um relato escrito de um dia de aula.

Figura 1. Anotações do portfólio de estudante da PIS I.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I.

Apresento aqui as minhas anotações, dúvidas, aprendizagens até o momento. 04 de março – aula inaugural: A primeira aula da disciplina foi no prédio da Odontologia da UFRGS...Cada grupo de mais ou menos oito pessoas é tutorado por dois ou três professores... Após toda a apresentação da disciplina, dos professores e dos alunos, ficamos sabendo para que Unidade de Saúde iríamos e quem seriam nossos colegas e tutores. Uma roda de conversa nos grupos se iniciou e ali tivemos o primeiro contato com nossa equipe, falando sobre suas expectativas e dúvidas para a ida às Unidades.

Leituras de textos: a partir das leituras, os estudantes devem fazer uma análise crítica do tema, identificando as principais ideias e associando ao cotidiano na prática. Na sequência são demonstrados dois relatos de estudantes que ao narrar a vivência nos cenários de prática, fazendo a interlocução com o referencial teórico da disciplina.

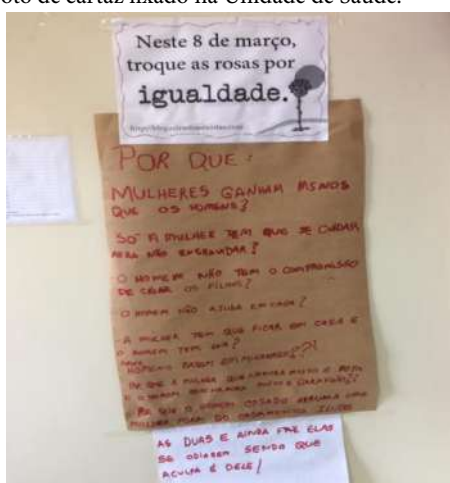
A agente comunitária comentou sobre como eles atendem na UBS somente pessoas que residiam naquela determinada região abrindo exceções para pessoas com situação de urgência ou pessoas mais idosas que tivessem parentes que possuíssem residência na região e ressaltou que após esses atendimentos eles encaminham essas pessoas para a UBS mais próxima de suas casas. Esse exemplo relatado pela agente demonstra que “As diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território enquanto delimitação de uma área específica para cenário das ações de saúde dirigidas a uma população específica, porém com composição distinta, quantitativa e qualitativamente (Mendes, 2002).

Enquanto caminhávamos pelo território, era evidente a coexistência de uma bela vista e a falta de espaços públicos de lazer para a comunidade. Ademais, notava-se a presença de rede de apoio construída por meio das relações entre os moradores, que sempre sabiam indicar onde encontrar a pessoa que a Agente Comunitária de Saúde queria falar, e logo, todo o grupo procurava. Essa rede formada pelos moradores pode ser compreendida conforme a perspectiva eu nos é apontada por Santos e Rigotto (2010).

Registro das atividades vivenciadas na tutoria: todas as atividades de tutoria nas Unidades de Saúde, precisam ser registradas, sendo importante a anotação das dificuldades, das perspectivas, dos aprendizados, das implicações, das reflexões, e das relações com o referencial teórico. A seguir apresentamos dois fragmentos de portfólios. O primeiro (texto e imagem) da vivência de um estudante que se inquietou com uma atividade que seria desenvolvida na Unidade de Saúde (sobre a temática – ‘tarde das mulheres’) e o segundo (texto) com foco no acompanhamento do atendimento clínico dos pacientes com atenção na humanização e cuidado centrado na necessidade das pessoas. Os estudantes, por meio da escrita no portfólio, descrevem e se questionam-analisam as situações vivenciadas.

Tarde das mulheres na Unidade de Saúde. No dia 11/03, na semana anterior, saí da unidade com uma inquietação sobre as atividades que seriam feitas no dia da mulher. Fiquei me perguntando se apenas as oficinas de beleza eram necessárias. Será que não poderíamos atuar de outra maneira, empoderando aquelas mulheres de outras formas, já que estão num ambiente vulnerável? Eis que, quando chego na Unidade e vou para a oficina de beleza, me deparo com o seguinte cartaz e percebi que já existe uma sementinha feminista plantada lá. [...] Acompanhei por uns 40 minutos a oficina e pude começar a conhecer um pouco das características das pessoas do território, só acompanhando as conversas das mulheres entre si e com as agentes comunitárias de saúde.

Figura 2. Foto de cartaz fixado na Unidade de Saúde.



Todos os pacientes atendidos trouxeram, durante a consulta, várias outras demandas, necessidades e problemas de saúde que não puderam ser devidamente tratados devido à escassez de tempo. Frente a isto, me pergunto: em uma realidade em que não é providenciado o espaço e o tempo necessários para um cuidado humanizado em saúde, há de fato um trabalho concreto de atenção primária em saúde ou apenas números (consultas, vacinas, pré-natais,) fundamentando estatísticas?

Anexos: podem ser anexadas fotos, figuras, imagens, ilustrações entre outros materiais que o estudante achar pertinente para complementar seus portfólios (Figura 3).

Figura 3. Imagens apresentadas em portfólios de estudantes da PIS I.



Fonte: Registro fotográfico de estudante da PIS I.

No que se refere aos aspectos a serem observados na construção do portfólio, os registros e as análises a partir das experiências vivenciadas na disciplina e da relação teórico-prática, consideramos importante que sejam cotejados:

a) O primeiro aspecto a ser descrito no portfólio é a apresentação do estudante e do seu grupo de tutoria

Tenho 32 anos e ingressei no curso em 2016. Reforcei minha admiração pela área de Assistência Farmacêutica após a conclusão da disciplina de Atenção Farmacêutica I [...]. Vi essa oportunidade

através das características da disciplina, onde podemos vivenciar na prática a assistência farmacêutica e o significado de interprofissionalidade com as outras áreas e cursos com o objetivo e foco na atenção primária. Até o presente momento, a disciplina de PIS I, me surpreendeu de uma forma inimaginável, me aproximando do contexto e do dia a dia real do SUS e da Atenção Básica, aumentando ainda mais o meu encanto pela Assistência Farmacêutica.

b) O segundo aspecto a ser apresentado é o território e a relação com o cenário de prática - Unidade de Saúde/ABS (como o território está inserido no processo de trabalho da equipe; como está organizado e quais os equipamentos sociais existentes e como esses interagem com a equipe de saúde; como a equipe de saúde se integra na comunidade, quais os projetos da Unidade de Saúde para além do acolhimento e atendimento clínico; microáreas, número de famílias – verificar a inclusão de conceitos teóricos estudados sobre território/SUS e a Política Nacional de Atenção Básica).

A título de ilustração, apresentamos três registros de portfólios de estudantes que explicam a relação que conseguiram fazer entre o território, a equipe de Atenção Básica à Saúde (ABS) e a comunidade.

[...] acredito que o território seja muito mais do que um espaço físico, mas sim uma comunidade onde vivemos. Onde crescemos, onde nos tornamos pessoas melhores, onde erramos e acertamos [...].

O território tem suas particularidades, geograficamente fica em uma zona extremamente arborizada, em meio a matas nativas e grande inclinação. Atualmente, a USF possui apenas dois Agentes Comunitários de Saúde que fazem o que podem para atender a demanda social da região. O território possui duas escolas, um quilombo, e um condomínio de classe média-alta que se “destoa” do restante do território. Fui impactada com o tamanho do território da nossa unidade e como é difícil, realmente, caminhar pelas ruas, em sua maioria íngremes, estreitas e úmidas. O território é meio a mata nativa, com paisagens naturais lindas e ao mesmo tempo com casas muito humildes e com muitas necessidades de melhorias.

Nesse dia, tivemos a nossa terceira tutoria e tínhamos como objetivo para esse dia a visita guiada pelos jovens. No entanto, quando chegamos na unidade, nos encontramos com a equipe – mas os jovens não estavam juntos, fomos conhecer o território caminhando, passamos pelo Quilombo e passamos também bem próximas das casas. Foi um momento incrível para mim e surpreendente, pois é muito importante entender e vivenciar o território em que estamos e/ou em que trabalhamos e sua história e dos moradores também. Além disso, tivemos a chance de contemplar uma vista linda, sensação indescritível.

A Figura 4 traz o registro do portfólio de estudante da PIS I sobre território com informações sobre.

Figura 4. Imagem apresentada em portfólio de estudante da disciplina PIS I sobre o território.



Fonte: Registro fotográfico de estudante da PIS I, curso de Ciências Biológicas, 2019-1.

c) O terceiro aspecto a ser apresentado é a descrição da constituição da equipe e de como acontece o processo de trabalho em equipe: estrutura da Unidade de Saúde, composição e atribuições da equipe de trabalho

multiprofissional e suas relações profissionais cotidianas seja de colaboração ou de fragmentação; quem é o Agente Comunitária de Saúde (ACS) que atende cada microárea; como esses profissionais organizam suas atividades cotidianas e a relação com a equipe; como esta equipe se relaciona com os usuários-famílias; Há a presença da equipe de saúde bucal? o que cada profissional faz e como organizam o processo de trabalho? quais são as atribuições comuns? como você relaciona sua profissão com o trabalho dessa equipe? (Figura 5).

Figura 5. Imagem apresentada em portfólio de estudante descrevendo a equipe da Unidade de Saúde onde fez a vivência da PIS I.



Fonte: Registro fotográfico de aluno da PIS I.

d) O quarto aspecto a ser apresentado é a descrição e percepção do grupo de estudantes sobre a disciplina (percepção dos estudantes, levando

em consideração as relações do seu núcleo profissional e da experiência multiprofissional/interprofissional); Descrição e percepção da vivência na PIS I para sua formação profissional), descrição do uso do portfólio enquanto instrumento de avaliação/reflexão.

Destacamos, a seguir, relato do portfólio de estudante da PIS, com reflexões sobre o seu curso de graduação e núcleo profissional.

Estou cursando atualmente o 7º semestre da graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul [...]. Em minha atuação na produção animal, deparei-me com o conceito de Saúde Única e a atuação do médico veterinário nesta, através, mas não restrito à vigilância sanitária. Desde então, vi a importância desta área de atuação do profissional veterinário e tive curiosidade em aprofundar meus conhecimentos sobre o assunto.

Além dos aspectos elencados anteriormente para a construção do portfólio, a disciplina disponibiliza um roteiro de observação do território, por entender que sua compreensão, sua riqueza e complexidade, bem como o processo de territorialização e as relações humanas que acontecem nesse território e que estão profundamente vinculadas com os problemas de saúde e por conseguinte, organizam e reorientam diariamente o trabalho das equipes de saúde, é o nosso cenário principal para o desenvolvimento da PIS I.

Roteiro de observação do território

Este roteiro de observação do território foi organizado pelos docentes, e serve de orientação nas tutorias, que acontecem nos cenários de práticas da disciplina. Três eixos compõem o quadro e ancoram os registros dos estudantes que serão apresentados – Território adscrito (Quadro 1), Unidade de Saúde de referência (Quadro 2) e População (Quadro 3).

Quadro 1. Roteiro de observação do território: mapeamento do território adscrito vivo.

DOMÍNIOS	ITENS GERAIS	SUGESTÕES DE OBSERVAÇÃO/REGISTRO
Território adscrito – vivo	Mapeamento: descrição da área adscrita/ observada	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitação do território/área observada - Condições de saneamento e urbanização - Atividades econômicas (observar a presença de estabelecimentos comerciais e de serviço (bares, mercearias venda, cabeleireiro, costureira) - Tipo de moradias (observar o material de que são feitas as casas, estado de conservação, presença de janelas distância entre as casas) - Abastecimento de água (observar: tipo de armazenamento (tambores, caixa d'água, com e sem cobertura) tipo de abastecimento hidrômetro, bica torneira coletiva etc.) - Destino do esgoto (observar: esgoto a céu aberto, despejado em córrego etc.) - Iluminação domiciliar e das vias públicas (observar a presença de gatos em postes (lâmpadas quebradas, ligação coletiva) - Conforto acústico (observar o ruído urbano) - Caracterizar riscos físicos (observar a presença de áreas de alagamentos, risco de desabamentos, risco de acidentes (rodovias) - Pavimentação de vias (observar: tipos de pavimentação e estado de conservação delas) - Meios de transporte disponíveis
	Mapeamento: Identificação de equipamentos sociais e recursos das microrregiões	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos de lazer (observar a presença e o estado de conservação de quadras, campos de futebol, parques, praças, lagoas, locais de dança) - Equipamentos de segurança (observar a presença de policiais nas ruas, viaturas, guaritas, etc.) - Equipamentos religiosos (observar a presença de igrejas, outras entidades religiosas) - Equipamentos alimentares - Equipamentos escolares - Equipamentos de saúde - Outros equipamentos (organizações de movimentos populares, associações de bairro (clubes de jovens, clubes de mães, etc.) - Aspectos que podem caracterizar risco social

Fonte: Material didático da PIS I construído pelos docentes da disciplina.

Assim, dando visibilidade ao registro do eixo ‘Território Adscrito vivo’ apresentamos dois fragmentos de portfólios de estudantes da PIS I, quando de sua aproximação ao processo de territorialização.

O território abrangido pela Unidade de Saúde é localizado em um morro, sua ocupação se deu de forma desordenada e por ser um espaço íngreme muitas casas se localizam em grandes vales para dentro da vegetação (para baixo do morro) ou amontoadas como se fossem “uma em cima da outra” (para cima do morro), sendo acessíveis somente através de ruelas, escadarias ou rampas muito íngremes e precárias. Logo ao lado da Unidade de Saúde existe uma longa escadaria para baixo onde vivem aproximadamente 15 famílias em casas diferentes, do topo da escadaria não é possível enxergar as casas ou imaginar que alguém more naquele espaço que parece apenas um matagal. E, além disso, ao descer a escadaria, observamos que depois da última casa se encontra um grande depósito de lixo mantido por aqueles moradores. Esse é apenas um exemplo de como se dá a ocupação desse território, mas muitas, e talvez a maioria, das famílias vivem em situações semelhantes ali, com muito difícil acesso e condições insalubres de vida. Juntamente com o problema do lixo, a área também tem problemas de saneamento, com alguns pontos de esgoto ao ar livre e muitos canos abertos visíveis das ruas e ruelas soltando água. A partir disso pode-se dizer seguramente que é um território de muita vulnerabilidade, apesar de existirem casas grandes e em ótimas condições também. Um exemplo de desigualdade presente na região é a presença de um antigo seminário cristão em um lote grande com campo de futebol e piscina, que hoje é um local de retiros no fim de semana para pessoas com maior poder aquisitivo, visto que é um espaço privado, a população residente do território não pode entrar ou desfrutar do ambiente

A micro área 4 possui alguns equipamentos sociais como, por exemplo, a casa de Umbanda. As relações culturais que se estabelecem contribuem para o estado de saúde das pessoas, as crenças podem ser aliadas para enfrentar momentos difíceis e também doenças. Além disso, havia um Salão de Beleza/Barbearia, também como equipamento social, onde também podemos relacioná-lo com a construção de vínculos, amizades, dentro da região e, também, como promoção da autoestima de quem utiliza. Conversamos com algumas moradoras da micro 4 e foi marcante ver os extremos entre as duas casas, tanto em questões de higiene quanto de estrutura física, extremos que se reproduzem por toda região, exprimindo necessidades muito distintas entre os usuários do sistema. A Agente Comunitária de Saúde também fica responsável pelo controle da

dengue, lá as pessoas possuem bastantes plantas, o que torna o trabalho da Agente ainda mais necessário. Foi possível observar outros equipamentos sociais como Costureira, Casas de Aluguel, Borracharia, Serralheria, Mecânica [...].

Quadro 2. Roteiro de observação do território: Unidade de Saúde de referência.

POPULAÇÃO	ITENS GERAIS	SUGESTÕES DE OBSERVAÇÃO/REGISTRO
Unidade de Saúde de referência	Funcionamento dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição sucinta das origens históricas do serviço - Serviços oferecidos (ações programáticas) - Horário de atendimento - Descrição de como ocorre o acesso ao serviço e quais suas ligações com as políticas de saúde municipal, estadual e nacional - Descrição da dinâmica de produção dos serviços de especialidade realizados (estrutura da rede de atenção à saúde) - Indicadores, avaliação e resolutividade das ações desenvolvidas - O modo como serviço contribui com a integralidade da atenção em saúde do município - Envolvimento e satisfação dos trabalhadores e dos usuários - Ações do controle social
	Estrutura física e material	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico, avaliando o projeto arquitetônico da Unidade de Saúde, bem como sua distribuição interna, tendo em vista a sua adequação física para prestação de cuidados de saúde - Posição geográfica da Unidade de Saúde, dentro do território, em relação ao acesso propiciado à população adstrita - Número de trabalhadores e profissionais de saúde que atuam e suas respectivas formações e atribuições - Descrição dos materiais e equipamentos disponíveis para uso na unidade

Fonte: Material didático da PIS I construído pelos docentes da disciplina.

No eixo da ‘Unidade de Saúde de referência’, espera-se o registro dos membros da equipe, bem como nominar seus cargos, nomes e atividades atribuídas. Apresentamos, a seguir, dois fragmentos de portfólios dos estudantes da PIS I, que tratam da descrição da equipe de saúde.

A equipe simples da Unidade de Saúde [...] é composta por uma médica, por duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e mais cinco agentes comunitárias em Saúde. Ainda, a equipe possui uma cirurgiã-dentista, [...] compondo, juntamente com a auxiliar de odontologia a equipe de saúde bucal. Então, dentre os serviços desempenhados dentro da Unidade estão as consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicamentos básicos.

Quadro 3. Roteiro de observação do território: população.

POPULAÇÃO	ITENS GERAIS	SUGESTÕES DE OBSERVAÇÃO/REGISTRO
População	Condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Condições de vida - Monitoramento em saúde, programas assistenciais - Benefícios, monitoramento e acompanhamento dos beneficiários - Monitoramento dos indicadores dos programas: bolsa família, Previne Brasil, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - Monitoramento da mortalidade infantil e fetal - Capacitações da equipe - Participação no Programa Saúde da Escola (PSE), Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde)
	Características e identificação de lideranças locais	<ul style="list-style-type: none"> - Características e identificação de lideranças locais - Identificação de Conselhos (como o Conselho Local, Distrital e Municipal de Saúde), Associações - Participações sociais em instâncias deliberativas como orçamento participativo (OP)

Fonte: Material didático da PIS I construído pelos docentes da disciplina.

O terceiro eixo ‘População’ apresenta sugestões de observação/registo no que se refere as condições de vida da população bem como a identificação das lideranças locais. O fragmento de portfólio de estudante expressa o que lhe chamou atenção nesta comunidade em relação à população.

Quando cheguei lá comecei a imaginar o quão importante era aquele local para a comunidade, mesmo sem saber de como começou... estava acontecendo uma entrevista com uma Senhora humilde que dedicou sua vida para cuidar de crianças e buscar o melhor para elas, me emocionei ao vê-la e presenciar todo aquele

trabalho que já admirava. Sua história de vida é emocionante, e me fez refletir muito sobre o pouco que ela tem e o quanto ela consegue compartilhar isso. Além da história linda dela e de todo processo de acolhimento, é incrível ver a preocupação que ela tem em dar educação para aquelas crianças, manter os jovens e adolescentes na escola para que terminem seus estudos, dar uma opção de lazer para as crianças, ajudar as famílias necessitadas da comunidade, além desse auxílio para mães que precisam trabalhar e não tem onde deixar seus filhos. E dentre tudo que ela proporciona para essas famílias, há uma grande preocupação com a saúde de todos, ela disponibiliza uma sala para atendimentos clínicos e, assim, ajuda as famílias que possuem dificuldades de acesso à Unidade de Saúde, além dos processos de educação em saúde que são feitos durante as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Unidade neste local.

Espera-se que o roteiro de observação, proposto na disciplina, ajude os estudantes na compreensão do processo de territorialização, levando em consideração que somente as ações da Atenção Básica à Saúde não são suficientes para entender a complexidade do território onde estão se desenvolvendo as práticas.

Considerações finais

O material aqui apresentado é essencial no processo de avaliação da PIS I, que é permanentemente avaliado pelos docentes da disciplina, posto que os mesmos estão constantemente revisitando os critérios de avaliação, buscando manter a coerência entre o referencial teórico e a práxis.

Portanto, o portfólio é uma das mais relevantes estratégias de avaliação utilizadas pela PIS I por permitir a identificação da trajetória de aprendizado do estudante. Neste contexto avaliativo, o registro dos estudantes sobre seu processo formativo da disciplina, nos inspira a compor nas considerações finais, a apresentação de três fragmentos de portfólios que expressam o aproveitamento dos estudantes na disciplina.

Termino esta PIS com a certeza que a luta pelo SUS é incansável e precisa. Que quanto menos esperamos podemos ser sucateados, mas não podemos perder a esperança. Através das vivências de nossas

sextas-feiras pude observar a pluralidade da saúde e a importância de termos uma multidisciplinaridade nos ambientes que lidam com saúde. Por mais que seja difícil a convivência com as demais disciplinas e acredito que desafiador para nossos Tutores, tenho certeza que esta experiência pode ampliar os horizontes de todos que participaram. Para diversos cursos, aulas práticas na atenção primária são uma realidade distante e através desta disciplina podemos ter um pouco de vivência e ver as diversas maneiras de trabalharmos de forma integrada entre os setores.

Ao final da disciplina sinto que saio com experiências enriquecedoras, podendo dividir, mesmo que por pouco tempo, o espaço com diferentes profissionais da saúde que com certeza fazem muita diferença na vida das pessoas, além de poder levar um pouquinho de conhecimento de saúde para outras pessoas. Percebo, hoje, após concluir as atividades, que o que eu sabia sobre o SUS e sobre a atenção básica era extremamente pouco, nunca tinha parado pra refletir a importância de uma equipe integrada, que realmente conhece seu território e o quanto isso pode influenciar numa rotina de gestão.

Que experiência maravilhosa! Poder ouvir, entender e conhecer os colegas de outros cursos, os professores e a equipe de saúde para a construção e desconstrução de tantos pensamentos e pré-conceitos com relação a uma Unidade localizada em um território diverso. Foi um semestre de conhecimento e vivência para a minha formação.

Reafirmamos que a avaliação é um processo permanente, onde a construção do conhecimento se dá dia após dia, considerando a realidade apresentada; e é essa realidade que por vezes assusta, inquieta, desafia, reconstrói, ressignifica e consolida saberes e fazeres.

Referências

Alvarenga, G. M.; Araújo, Z. R. Portfólio: conceitos básicos e indicações para utilização. **Estudos Em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 17, n. 33, p. 137-148. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.18222/ae173320062131>. Acesso em: 5 mar. 2024.

Cotta, R. M. M.; Costa, G. D. Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 171-183, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mr335VVhsVRhSRbjmN6pJZM/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 5 mar. 2024.

Ferla, A. A.; Ceccim, R. B. Portfólio como dispositivo da avaliação: Aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. *In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. (org.). Cadernos da saúde coletiva: inovações na formação de sanitaristas.* Porto Alegre: UFRGS, 2013. p. 51-58.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

Lima, V. M. do R. de; Grillo, M. C.; Harres, J. B. S. Diferentes formas de expressão da aprendizagem. *In: GRILLO, M. C. et al. (org.). Por que falar ainda em avaliação?* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 85-94.

Luckesi, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar.** São Paulo: Cortez, 2002.

Marin, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 13-20, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>. Acesso em: 5 mar. 2024.

Mendes, E. V. **Uma nova agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 2002.

Santos, A. L.; Rigotto, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Acesso em: 18 fev. 2024.

APRENDIZADO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA TUTORIA DOCENTE

Luiz Fernando Calage Alvarenga
Diego Gnatta

Introdução

A experiência como elemento dinamizador da formação implica colocar-se à disposição do exercício de apreender com e no mundo do trabalho enquanto um campo essencialmente micropolítico [...]

(Abrahão; Merhy, 2014, p. 317)

Neste texto vamos apresentar e analisar aspectos relacionados à tutoria docente que é desenvolvida na atividade de ensino disciplinar Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) e que situamos entre aprendizados, desafios e perspectivas. Queremos pensar como a disciplina denominada de ‘Integradora’ vem propondo e agregando aprendizagens interprofissionais no mundo do trabalho, a partir das experiências de tutores docentes, como descrito na epígrafe acima, por Abrahão e Merhy (2014). Ao mesmo tempo, temos a intenção de pensar no que ainda é possível aprender e apreender. Registramos que o lugar de fala dos autores deste texto é de tutores docentes da PIS I.

Assim, para iniciar estas reflexões sobre aprendizagens possíveis na PIS I, trazemos a tutoria como estratégia fundamental que sustenta, media, provoca e promove os processos de ensinar e aprender. Organizamos o texto em três momentos: a tutoria na PIS I; a tutoria e os cenários de prática de formação em serviço e a tutoria como estratégia pedagógica para a promoção da Educação Interprofissional (EIP) na saúde.

A tutoria na PIS I

A tutoria na PIS I pode ser entendida como “um exercício de trabalho em equipe multiprofissional entre estudantes, professores e profissionais da saúde, em que todos exercitam a escuta, o respeito e a participação ativa na construção desse trabalho, protagonismo e liderança” (Toassi; Lewgoy, 2016, p. 452). Está dimensionada, constituída e atravessada pela proposta pedagógica da problematização, inspirada e pautada em Freire (2021), a qual possibilita pensar a formação de profissionais da saúde preparados para atender os marcadores da sociedade contemporânea e cuja prática permita a adesão às políticas públicas de saúde. Nesta perspectiva pedagógica, problematizar é entendido como o ato de pensar a realidade concreta dos envolvidos, identificando o que precisa ser transformado e, com base num referencial científico, buscar os conhecimentos necessários para compreender e intervir nessa realidade.

Nas formulações pedagógicas das universidades, como a proposta pela PIS I, estão considerados aspectos importantes como a capacidade de análise dos cenários de práticas, a compreensão do processo de trabalho em saúde, o exercício da comunicação no cuidado e da atenção a problemas e necessidades de saúde, o senso crítico com relação às intervenções realizadas e, principalmente, o permanente questionamento sobre o significado de seu trabalho (Villardí; Cyrino; Berbel, 2015).

Esta proposta pedagógica tomou fôlego e é (re)construída a partir das transformações na educação na saúde, que podemos entender como um movimento impulsionado pela implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2018) para os cursos de graduação em saúde, os quais trouxeram a demanda de repensar as estratégias de ensino e de formação profissional, buscando programar ações que permitissem às instituições formarem profissionais com perfil humanista, crítico e reflexivo, pautados em princípios éticos, capazes de atuar no processo saúde-doença com responsabilidade social e comprometidos com estratégias que visem à promoção da saúde, em seus diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às necessidades da população (Dias *et al.*, 2016).

Nesta direção, é importante destacar que muitos dos professores que atuam(aram) como tutores na disciplina tiveram experiência prévias e concomitantes com propostas de reorganização da formação em saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Brasil, 2005) em conjunto com o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), em suas edições PET-Saúde (Brasil, 2008), PET-Saúde/GraduaSUS (Brasil, 2015) e, mais recentemente, PET-Saúde/Interprofissionalidade (Brasil, 2018) no nível da graduação. Este experenciar traz para a tutoria da PIS I marcas importantes como a relação dialógica com estudantes e trabalhadores, a problematização como referência para as diferentes dinâmicas e a formação em e para os serviços como espaço principal para as práticas pedagógicas em saúde. A centralidade do território nos processos de formação e de assistência, a educação e a atuação interprofissional na Atenção Básica à Saúde (ABS), em seus aspectos políticos e técnicos, também têm forte influência nas discussões que estas outras iniciativas desenvolveram e ainda desenvolvem, assim como na disciplina Integradora, objeto de estudo deste livro.

As dinâmicas de organização e constituição da tutoria, desde os primeiros tempos da PIS I, foram marcadas pela atuação integradora e acolhedora do(a) tutor(a) com os estudantes, com os trabalhadores e com a comunidade. A pactuação prévia é de que os tutores docentes permanecessem, sempre que possível, nas mesmas Unidades de Saúde para garantir o vínculo com a equipe de saúde. Os estudantes mudam a cada semestre, mas os demais atores permanecem os mesmos (com mudanças pontuais de docentes por interesses pessoais ou por assumirem outras atividades/funções na Universidade).

O processo de fortalecimento e consolidação do SUS exige um movimento permanente de reflexão das práticas em saúde e do modelo de formação de seus profissionais, sendo incoerente fazer esses dois debates separadamente. A formação dos profissionais de saúde precisa manter coerência com o projeto de fortalecimento do SUS. O processo de construção de uma nova lógica do fazer saúde deve ser acompanhado por um modelo de formação em saúde que sustente tais práticas. O Sistema Único de Saúde (SUS), como política

de saúde brasileira e que prevê a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, estimula discussões sobre reformas curriculares baseadas a partir de importantes desafios para a realidade brasileira como o fortalecimento da efetiva aproximação entre ensino, serviços de saúde e comunidade, a valorização da ABS como cenário de aprendizagem privilegiado para a mudança do modelo de atenção à saúde, em substituição à formação centrada no hospital, a adoção de metodologias ativas e inovadoras em detrimento às perspectivas mais tradicionais de ensino na saúde e a formação por competências para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde (Costa, 2017).

Não por acaso designamos os cenários do SUS de campos de aprendizagens, ao invés de campos de práticas, como é frequente. Nesta direção, os serviços não são vistos como espaços para treinamentos das técnicas e para a confirmação das teorias. Trata-se, mesmo, de aprendizagens, de contato com inéditos que compõem os saberes e as práticas em saúde, mobilizadas pela integralidade e por patamares crescentes de resolutividade e qualidade da atenção, acompanhando o desenvolvimento do trabalho na saúde. Não por acaso também designamos por integração ensino e sistema local de saúde, para falar das aproximações da universidade com as redes locais de saúde. Essa é a tradução que foi sendo construída ao longo da implementação do SUS para as conexões entre ensino e trabalho, entre aprendizagens e produção de cuidados (Ferla *et al.*, 2020).

Para dar conta da proposta de EIP em serviço, a tutoria docente da PIS I envolve atividades de preparação para o semestre, contando com reuniões entre os tutores para avaliação do semestre que termina e a preparação para o seguinte, contatos com as Unidades de Saúde para a estruturação do cronograma de atividades e a atualização do plano de ensino. Durante o semestre, as atividades se dividem em dois grandes blocos: a) participação nos momentos de concentração, com a presença de todos os estudantes e docentes e, b) tutorias nas Unidades de Saúde, onde uma dupla de tutores docentes acompanha grupos de estudantes organizados de forma a ter a maior diversidade possível de núcleos profissionais.

Nas Unidades de Saúde, os tutores docentes procuram promover a integração dos estudantes com as equipes e com a comunidade. As atividades variam em função dos serviços e dos trabalhadores(as). Sempre que possível são realizadas saídas de campo para (re)conhecimento do território, rodas de conversas com as equipes, participação nas visitas domiciliares e atividades de educação em saúde. Os tutores docentes procuram mediar a participação em atividades que já façam parte da rotina da equipe de ABS e não criar novas demandas em função da disciplina.

Ao estarmos juntos com os estudantes nos serviços, entendemos que construímos um trabalho vivo em ato da formação, não para a profissão, mas acima de tudo para a vida. O trabalho vivo, do qual fala Merhy (2002), é aquele que está aberto à aprendizagem no cotidiano, que está exposto ao risco do contato com o diverso. São momentos com diferentes pessoas/formações profissionais/histórias de vida, que acabam atuando umas sobre as outras, gerando expectativas e produções sobre si e sobre o(s) outro(s) (Rodrigues *et al.*, 2021). Em suma, que se dispõe a percorrer os territórios em que se produz saúde e bem-estar das pessoas e coletividades, com o compromisso ético de afirmar a vida e com as diferentes valises tecnológicas que o tempo em que vivemos disponibiliza, mas que o faz como aprendiz.

A disciplina Integradora, ao se colocar como uma iniciativa de integração ensino- serviço-comunidade, necessita de uma relação forte para a sua manutenção, concretização e alcance dos objetivos propostos. Nesta direção, cabe ressaltar que tais iniciativas podem favorecer a quebra da dicotomia entre a teoria e prática, que ainda aparece no discurso de determinados profissionais e nos relatos dos estudantes. Ao mesmo tempo, há os que não reconhecem que antecipar o contato com o cuidado/serviço, durante a graduação, pode ser estratégia fundamental para um percurso formativo condizente com a realidade (Vasconcelos; Stedefeldt; Frutuoso, 2016).

Os (as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são importantes parceiros dos grupos de tutoria. De 2011 a 2024, acompanhamos as alterações que as relações e os processos de trabalhos dos (as) ACS vêm sofrendo e trazemos

aqui este ponto como desafio e ao mesmo tempo implicado nas aprendizagens da PIS I. Mesmo com a queda no número de ACS por equipe, o aumento nas demandas do trabalho, a revisão das funções e atribuições destes profissionais na ABS, sempre estiveram presentes conosco, como grandes pontos de apoio e vinculação com as Unidades de Saúde, equipes, comunidade e território.

Os (as) ACS têm como ponto marcante de seu perfil de atuação serem elos entre os usuários dos serviços de saúde e as equipes. A partir do que esses profissionais enxergam, escutam e vivenciam com a comunidade, sendo parte desta, as ações de saúde são planejadas pela equipe. São mediadores sociais que traduzem para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garantem a vinculação e a identidade cultural do grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde (Costa *et al.*, 2013). Pode-se afirmar, a partir de nossas vivências como tutores docentes, que esta função de elo e mediador também se aplicam à disciplina Integradora, pois os (as) ACS parceiros, mesmo com os desafios gerados pelo gerenciamento impostos por modelos de ABS que se distancia das demandas existentes nos territórios de saúde, continuaram nos acolhendo e nos ajudando a construir as (re)aproximações com equipes, serviços, usuários e territórios. Assim, seguiremos falando na próxima seção deste texto sobre os processos de gestão dos serviços e implicações para as dinâmicas de cuidado e aprendizagens em saúde.

A tutoria e os cenários de prática de formação em serviço

A história da PIS I acompanha os processos de transformação nos cenários de aprendizagem em serviços no sistema de saúde municipal, o que afeta diretamente as dinâmicas da tutoria. A principal implicação tem sido o movimento de alteração contínua e constante de trabalhadores nos serviços e as formas e processos de gestão do trabalho em saúde nas Unidades de Saúde. Este tem sido um dos principais desafios da tutoria – manter a proposta da disciplina sem perder sua essência, garantindo o vivenciar-aprender sobre o processo de trabalho na ABS, o vínculo com as pessoas do território e com a equipe, a aproximação da vida e das

necessidades em saúde das famílias-comunidade e a interprofissionalidade, que constituem a centralidade da proposta.

Ao terem a problematização como conceito fundamental nas atividades de tutoria, tutores docentes também assumem a provisoriedade, a contingência e a instabilidade de uma formação que se dá nos serviços. Freire (2016) argumenta que a organização do conteúdo programático da prática educativa dialógica deve ser feita fundamentada na situação presente, existencial e concreta, refletindo o conjunto de aspirações dos grupos. Os desafios da PIS I enfrentados pelos envolvidos/implicados com a disciplina não são exclusivamente desta proposta de EIP, mas de todos os processos formativos que hoje envolvem os serviços de saúde e suas (ins)estabilidades políticas e de gestão.

Sobre os serviços, registramos que o processo de construção/desenvolvimento da PIS I acompanhou e foi acompanhado por mudanças na gestão do trabalho e da saúde que envolvem os cenários envolvidos. De uma realidade de Unidades de Saúde da Família com territórios e famílias vinculadas às equipes, onde a gestão e a assistência eram feitas por profissionais servidores públicos estatutários, que atuavam em um determinado regime de trabalho, para uma realidade de contratualizações e contratações. Aqui registramos que o que colocamos em discussão como desafio é a instabilidade e a flutuação de profissionais nas equipes e os modelos de gestão, e não a competência ou a dedicação dos trabalhadores da saúde.

A territorialização como processo de organização da rede de atenção em saúde fortalece a ABS e reflete a construção e escolha feita pelo SUS. Para isso é necessário que a gestão municipal se comprometa com os desafios da ampliação populacional dos núcleos urbanos com a reorganização e ampliação das equipes da ESF, principalmente no âmbito do fazer de ACS, reconhecendo estes profissionais no seu fazer territorial.

Propomos pensar que um conjunto de indicadores e dimensões da precarização social do trabalho foi objeto de análise para demonstrar como ela se manifesta na realidade: as formas de mercantilização da força de trabalho (o mercado de trabalho); os padrões de gestão e organização do trabalho; as

condições de (in)segurança e saúde no trabalho; o isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos resultantes da descartabilidade, da desvalorização e da discriminação e o enfraquecimento da organização sindical e das formas de luta e representação dos trabalhadores (Druck, 2016).

Ao longo dos últimos 40 anos, muitos sistemas de saúde que eram públicos avançaram no sentido de privatizar os seus serviços, principalmente subcontratando com o setor privado da saúde, na esperança de melhorar os serviços prestados, a um custo menor para os sistemas de saúde (Goodair; Reeves, 2024).

Defensores da terceirização dos serviços de saúde para o setor privado argumentam que a responsabilidade financeira obriga as empresas contratadas a garantirem o bem-estar dos pacientes, buscar inovação e eliminar a burocracia desnecessária, além da concorrência que pode trazer a melhoria do desempenho em todo o sistema de saúde (Niemietz, 2015).

No entanto, a motivação do lucro nem sempre pode resultar em resultados desejados. Incentivar os prestadores privados a priorizarem a qualidade do atendimento é um desafio para o setor público, pois a qualidade pode ser difícil de aferir e priorizar racionalmente. Recente revisão da literatura, com foco nos efeitos da terceirização dos serviços de saúde em países de alta renda, mostrou a tendência dos hospitais públicos que se tornam propriedade privada foi de obtenção de lucros elevados, principalmente por meio da admissão seletiva de pacientes e reduções no número de trabalhadores. Descobriu-se que os aumentos agregados na privatização frequentemente correspondiam a piores resultados de saúde, como maiores taxas de mortalidade evitáveis, serviços de limpeza terceirizados com maiores taxas de infecção em pacientes internados e contratação de menor quantitativo de enfermeiros(as), especialmente profissionais mais qualificados(as). A conclusão é que poucos estudos avaliaram esta importante mudança no cenário da saúde e há muitas lacunas na literatura. No entanto, com base nas evidências disponíveis, a revisão fornece subsídios que desafiam as justificativas para a privatização dos cuidados de saúde e conclui que o apoio científico para futuras privatizações dos serviços de saúde é fraca (Goodair; Reeves, 2024).

Neste cenário onde a privatização se faz fortemente presente, a parceria com os serviços e trabalhadores e gestão da coordenadoria de saúde tem sido fundamental para garantir a continuidade da proposta, um desafio que tem trazido muitos aprendizados. Seguindo estas reflexões, abordaremos na sequência as experiências interprofissionais que estão sendo possíveis nos cenários marcados pelas colocações feitas acima.

A tutoria como estratégia pedagógica para a promoção da (EIP): o que eu faço? o que o outro faz? e o que fazemos juntos?

É possível identificar que propostas educacionais de integração, como a da PIS I, permitem uma maior aproximação dos estudantes com diferentes núcleos profissionais e com a realidade da atenção à saúde, o que facilita a incorporação da colaboração e/ou das práticas colaborativas ainda no processo formativo na graduação. Para que isso ocorra de modo efetivo, é necessário que haja a qualificação dos docentes e dos profissionais da saúde que já se encontram no campo, no caso da PIS I, que estejam atuando na ABS (Reubens-Leonidio *et al.*, 2018).

A PIS I busca se configurar como uma proposta de EIP tomando como perguntas mobilizadoras dos momentos de tutoria docente as seguintes questões: o que eu faço? o que o outro faz? e o que fazemos juntos? Para dar conta deste objetivo, o ponto fundamental desta atividade de ensino envolve a mobilização de três importantes grupos de competências a serem desenvolvidas: competências específicas ou complementares, competências comuns e competências colaborativas. Esse conjunto de competências, conforme Costa (2017), traz em sua essência a compreensão sobre o trabalho em saúde. As competências colaborativas evidenciam o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas.

Podemos organizar o processo de desenvolvimento destas competências em três dimensões da realidade que exercem forte influência no processo de adoção da educação interprofissional: macro, meso e micro. O sucesso da implantação da EIP depende de um conjunto de iniciativas que

precisam estar articuladas, mantendo forte relação de interdependência entre essas dimensões, salvaguardadas suas importâncias (Costa, 2017).

Pensando a dimensão macro da EIP, a partir das experiências da PIS I, podemos inferir que as inovações impulsionadas pelas políticas públicas já mencionadas neste e em outros textos deste livro, além de promoverem maior aproximação entre universidade e o contexto do SUS, também fomentaram a necessidade de integração/interação entre os cursos da saúde. Somado a isso, a compreensão da integralidade da atenção como eixo central do trabalho e do ensino na saúde coloca o trabalho interdisciplinar e interprofissional como uma necessidade fundamental no processo de formação em saúde (Toassi; Ely, 2017).

A dimensão meso se refere a mudanças curriculares, propostas de formação dos componentes curriculares, módulos ou disciplinas. É a EIP materializada na intencionalidade das propostas pedagógicas dos cursos e instituições. Nessa dimensão também se inserem os esforços e apoios institucionais para a inserção dessa abordagem nas estruturas curriculares dos cursos (Costa, 2017). Na Universidade, da mesma forma, a luta pela manutenção da PIS I é um desafio constante e contínuo. Mesmo tendo todas as implicações e significações para a formação e para a saúde, a PIS I é uma disciplina de natureza eletiva, adicional ou alternativa-obrigatória, a depender do curso de graduação, com um número limitado de vagas por curso (cinco vagas a cada semestre) em função da sua proposta eminentemente prática. Isto implica na necessidade de defender a carga horária docente nos departamentos e a divulgação em cada um dos cursos para garantir as matrículas dos estudantes. Também cabe destaque à ausência de determinados cursos da saúde na disciplina, pois para que os estudantes possam se matricular na PIS I, faz-se necessário a presença do docente do curso que representa o núcleo profissional.

Enquanto proposta de integração entre cursos e dos cursos com o serviço de saúde, a Integradora estabeleceu-se no formato disciplinar como uma possibilidade de superar o modelo de formação organizado por núcleos de formação. A PIS I busca romper as maneiras tradicionais de produzir modos de ensinar e aprender em instituições organizadas de forma mais tradicional (Ely; Toassi, 2018).

Institucionalmente, a integração entre os cursos da área da saúde tomou força a partir de um movimento docente que levou à criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde). A CoorSaúde, como é habitual designá-la, nasceu da ideia de articular os cursos da área da saúde e o SUS como campo de aprendizagens, assim como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, as diretrizes gerais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para esses cursos e as demais políticas nacionais de saúde e educação para a formação profissional em saúde. Nasceu, portanto, da ideia de que é oportuno e necessário desenvolver políticas institucionais para orientação às mudanças dos diferentes cursos que têm perspectivas de trabalho no SUS, sobretudo nas universidades públicas, que mais intensamente articulam o tripé ensino-pesquisa-extensão (Bueno; Tschiedel, 2011).

O sentido da aprendizagem não é apenas a incorporação de conhecimentos e técnicas, mas a produção de novas tecnologias e, também, a produção de si e do percurso de aprendizagem. O objetivo institucional da CoorSaúde é “desenvolver um Projeto Pedagógico Institucional para a formação na área sob a perspectiva de atender às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da Saúde e estreitar as relações da Universidade com o SUS, tendo em vista necessidades sociais em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas” (Dias *et al.*, 2020, p. 30).

A CoorSaúde tem dois eixos de atuação para o alcance da sua finalidade. Um eixo é a promoção da articulação intercurso da área da saúde da Universidade, para os avanços necessários na formação profissional calcada no SUS, e o eixo da integração ensino-serviço entre os cursos da área da saúde e o gestor local do SUS. Existe uma relação intrínseca entre essas estratégias, pois como verificado, a formação para a área da saúde é uma unidade orgânica entre a educação e a saúde (Dias *et al.*, 2020).

Neste ponto ressaltamos que, apesar das muitas conquistas da disciplina ‘Integradora’, ainda encontramos limites no suporte institucional. Para a consolidação da proposta, é necessário o fortalecimento de atividades curriculares de integração ensino-serviço-comunidade, extinguindo a cultura

do ensino fragmentado e do trabalho individualizado, bem como a presença, integração e interação do maior número de profissões possíveis, mesmo sabendo que a garantia da atuação interprofissional não está no número de profissões e profissionais, mas na forma que se dão suas relações de aprender juntos (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

Seguindo o apoio conceitual apontado por Costa (2017), entendemos que a dimensão micro também está presente, com destaque para as fortes relações interpessoais que fundamentam o desenvolvimento das competências colaborativas. Com relação à formação dos tutores docentes da PIS I para o desenvolvimento de competências colaborativas, podemos dizer que pontos relevantes relacionados a esta dimensão estão e estiveram presentes na educação permanente dos tutores docentes e vem sendo constantes na história da PIS.

Entre estes momentos, destacam-se as atividades de extensão organizadas pelos tutores docentes e que tiveram como objetivo qualificar a atuação e promover espaços de reflexão. As atividades desenvolvidas tiveram os seguintes títulos: Formação docente para o planejamento de atividades integradoras de cursos da saúde, Interprofissionalidade – educação permanente dos docentes da disciplina Práticas Integradas em Saúde I, Práticas Integradas I e II: integração ensino-serviço. Nestes momentos, foram pensadas e problematizadas questões que emergiram especialmente dos espaços de tutoria e nas atividades de concentração da disciplina.

Os espaços coletivos construídos para trocas de saberes, reflexões e avaliações constituem caminhos para a construção de novos modos de produção do cuidado, exigindo entendimento da realidade para depois pensar em formas de intervenção nessa realidade. A problematização da prática é a compreensão que a aprendizagem se realiza na ação-reflexão-ação atravessada pelo compromisso e auto-implicação (Miccas; Batista, 2014). Estes foram princípios da educação permanente que dimensionaram e constituíram as atividades de extensão propostas.

É importante salientar que a interação nas iniciativas de aprendizagem compartilhada é fundamental para a EIP. Esse aspecto reforça que não se trata

apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço. É um aprendizado que precisa ser interativo para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais de diferentes categorias.

Considerações finais

Considerando o percurso descrito sobre a PIS I, na sua relação com a Universidade, com os serviços de saúde e com os territórios, reforçamos que continuamos tendo esperança e acreditando na proposta da disciplina integradora. Nossa esperança está alinhada com a proposta de esperar de Paulo Freire.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperança é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir! Esperança é levar adiante, esperar é juntar-se com outros para fazer de outro modo... (Freire, 2014, p. 110).

Seguimos esperando e nos reinventando junto com os(as) trabalhadores(as) da ABS a cada semestre que se inicia, a cada mudança no modelo de gestão e de atenção à saúde, (re)construindo planos de ensino, de educação permanente e de trabalho pactuados, entendendo a PIS I, como uma experiência voltada para a qualificação do trabalho colaborativo em equipe na graduação.

O envolvimento recíproco entre os segmentos de ensino-serviço, com vistas à construção de propostas conjuntas para a formação e desenvolvimento profissional na área da saúde, torna possível a integração teoria-prática. Ao colocarmos a serviço da reflexão e transformação da realidade, esta construção forma relações (inter)profissionais e institucionais que sustentam e são sustentadas por tal integração (Vendruscolo *et al.*, 2016).

A partir do lugar de tutores docentes, buscamos, neste texto, apresentar aprendizados, desafios e perspectivas de uma proposta de integração curricular e com trabalhadores da ABS e comunidades, por meio da PIS I, de uma forma crítica e problematizadora. Ao organizarmos as reflexões para transformar em

texto nos demos conta que não conseguimos separar aprendizados de desafios vencidos e a vencer e perspectivas de desafios que seguem. O que mais nos faz pensar, querer e acreditar no futuro desta proposta é que aprendemos muito com todos os seus participantes e com tudo o que coloca em aproximação e funcionamento em suas diferentes dinâmicas. Políticas, programas, serviços de saúde e instituições de educação desencadeiam e podem (des)mobilizar e (im) possibilitar propostas como esta. São as pessoas envolvidas, no entanto, que a fazem acontecer, que aprendem juntas, que vencem desafios e que são e dão as grandes e melhores perspectivas para a presença/consolidação de atividades integradoras, ‘entre profissões’, em cenários do SUS, nos currículos da saúde.

Referências

Abrahão, A. L.; Merhy, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>. Acesso em: 6 abr. 2024.

Almeida, R. G. dos S.; Teston, E. F.; Medeiros, A. de A. A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 43, n. esp. 1, p. 97-105, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pBVwdb8Dn8jRzY4YpMPxNFq/#>. Acesso em: 23 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 27, 27 ago. 2008. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 30 mar. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf. Acesso em: 6 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/GraduaDOS - 2016/2017. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 3, Brasília, DF, p. 126, 29 set. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude>. Acesso em: 30 mar. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 85, 26 fev. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2024.

Bueno, D.; Tschiedel, R. G. **A arte de ensinar e fazer saúde**: UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de

uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

Costa, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: Toassi, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. p. 14-27. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 6 abr. 2024.

Costa, S. de M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfctm6vFb58dRhj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2024.

Dias, I. M. A. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611120>. Acesso em: 16 mar. 2024.

Dias, M. T. G. *et al.* A Coordenadoria da Saúde da UFRGS em dez anos de caminhada: uma história que se faz no percurso. *In*: DIAS, M. T. G. *et al.* (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 25-36. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-Coordenadoria-de-Saude.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

Druck, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, nov. 2016. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 15 mar. 2024.

Ely, L. I.; Toassi, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1563-1575, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>. Acesso em: 23 jan. 2024.

Ferla, A. *et al.* Os vários percursos de um ensino na saúde que quer encontrar e fortalecer as saúdes das pessoas: os sinais que vem de uma história vivida intensamente. *In*: Dias, M. T. G. *et al.* (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 15-24. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-Coordenadoria-de-Saude.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

Freire, P. Pedagogia da Esperança. *In*: Freire, P. (org.). **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 21-272.

Freire, P. **Extensão ou comunicação**. 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

Goodair, B.; Reeves, A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. **Lancet Public Health**, [s. l.], v. 9, n. 3, e199-e206, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3). Acesso em: 6 abr. 2024.

Merhy, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

Miccas, F. L.; Batista, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 fev. 2024.

Goodair, B.; Reeves, K. Internal markets, management by targets, and quasimarkets: an analysis of health care reforms in the English NHS. **Economic Affairs**, [s. l.], v. 35, p. 93-108, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecaf.12115>. Acesso em: 6 abr. 2024.

Reubens-Leonidio, A. da C. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 3, e200821, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200821>. Acesso em: 23 jan. 2024.

Rodrigues, G. V. B. *et al.* Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, e17610111514-e17610111514, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11514>. Acesso em: 15 mar. 2024.

Toassi, R. F. C.; Lewgoy, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>. Acesso em: 22 fev. 2024.

Vasconcelos, A. C. F. de; Stedefeldt, E.; Frutuoso, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 147-158, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>. Acesso em: 13 mar. 2024.

Vendruscolo, C. *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, out./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0768>. Acesso em: 11 mar. 2024.

Villardi, M. L.; Cyrino, E. G.; Berbel, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. 1. ed. São Paulo: Cultura acadêmica, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/787e5be9-2e97-4b05-9491-ffc854bcfac3/content>. Acesso em: 17 mar. 2024.

FOTOGRAFIA COMO DISPOSITIVO DA MEMÓRIA: DEZ ANOS DA PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE I

Jaqueline Tittoni

Introdução

Uma fotografia é um segredo sobre um segredo. Quanto mais ele diz, menos você sabe.

(Diane Arbus)

Este texto mostra uma narrativa textual e imagética do percurso da atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I (PISI). Sua escrita foi inspirada por muitas lembranças, principalmente das pessoas que já passaram por esta experiência e marcaram esta caminhada com seu modo de ver o trabalho, de transmitir seu ofício e de estimular jovens estudantes para o trabalho na área da saúde. Assim, foi constituído no calor dos afetos e das amizades, dando valor a estes ingredientes tão potentes para aprendizagens vívidas e sensíveis. Para a construção deste texto, docentes da PIS I contribuíram com registros fotográficos, assim como a Coordenadoria de Saúde (CoorSaúde) – equipamento que também guarda uma história imensa em memórias da integração ensino-serviço-comunidade entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e seu Distrito Docente-Assistencial (Bueno; Tschiedel, 2011; Dias *et al.*, 2020). Guardar, aqui, significa cuidar, assegurar que se mantenham vivas com o passar dos anos e possam ser vistas e atualizadas pelos olhares outros, de outras pessoas e do nosso olhar outro, que nos vê naquele passado.

Arquivos com mais de dez anos de imagens produzidas foram abertos como quem abre a caixa de fotografias da infância, com o mesmo suor nas

mãos daquele que vai em busca das imagens que o tempo lentamente foi desenhando e apagando na sua relação com o papel fotográfico. Memória viva que se mostra naquele ato de ‘abrirmos a caixa’, que revela uma imagem tão familiar quanto estranha, que inventa o que fomos, o que somos e o que as memórias fazem de nós. Uma imagem que nos habita, que é, mas que, também, já se foi. Armadilhas do tempo, quando enrosca, na vida, passado e presente.

Para Samain (2005), existe um impossível entre aquele que faz a fotografia e aquele que olha, pois se a fotografia marca um momento no tempo, o olhar a ressignifica e atualiza. Assim, uma fotografia é feita em um momento, mas é ressignificada cada vez que a olhamos. Há um impossível nesta relação, mas há, também, um encontro entre temporalidades neste ato lindo de buscar, aproximar e lembrar.

Hoje chamamos nossa caixa de fotografias, de arquivos. A imagem já não vai sumindo, na sua luta contra o enfraquecimento das marcas no papel fotográfico, pois agora ela é a própria tela que faz visível o jogo de *pixels* que constrói e organiza os conteúdos visuais.

Abrimos os arquivos e o apagamento se dá pela profusão de imagens, assim como se vê tanto silêncio no imenso burburinho das informações das redes sociais. São muitas imagens e há as que impressionam pela semelhança e pela recorrência e é nos detalhes que se pode ver o tempo naquele mar de coletes azuis, sempre tão presentes, que identificam estudantes e docentes que estão na atividade de ensino.

Sempre a pergunta que não quer calar: para que tantas imagens, se não vamos olhar para elas? Quando iremos passar aquelas horas para confundir o tempo com sabedoria e alegria, olhando as imagens e recriando nosso próprio passado? Este número tão grande de fotografias faz pensar sobre a aceleração contemporânea e abre caminho para o desejo de dar um tempo para que as imagens possam viver e sobreviver na nossa memória e não só nos nossos computadores e celulares. Demorar-se um pouco, ‘deitar o olhar’, como nos fala o ditado popular, para que possamos nos pensar como partes de uma história, de um coletivo e de um desafio, como quem coleciona memórias tanto quanto coleciona imagens.

Abrimos a caixa-arquivo e fomos criando uma linha de pensamento para que o desfile de imagens pudesse ter um enredo. Para montar o enredo, nos guiamos pelos conteúdos visuais das imagens, pelos detalhes que revelam as singularidades e os encontros e pelo que excede, que se esconde na profusão dos conteúdos visuais. A história da fotografia nos lembra que, em seus primórdios, as pessoas eram retratadas com uma fisionomia séria, com suas melhores roupas e seus peitos estufados, colunas retas e postura firme. Poucos retratos eram feitos e muitos ainda sobrevivem nas paredes das casas de nossos avôs e avós como fotografias de família e retratos de nossos antepassados. Com a popularização e o incentivo para o consumo das câmeras fotográficas, os momentos escolhidos para serem registrados eram as festas e o sorriso passa a compor a imagem. Fotografamos, assim, para registrar o que nos importa, sorrindo ou não, atualmente já descontraídos em frente às lentes que nem mesmo percebemos nos nossos equipamentos. Os registros que importam, guiaram as escolhas feitas para mostrar em imagens, o que a Práticas Integradas em Saúde faz, buscando não identificar pessoas que não nos pudessem autorizar o uso de sua imagem.

O enredo traz elementos que são importantes para mostrar a PIS I como atividade pedagógica e de aprendizagem e está dividido em dois momentos. O primeiro centra-se nos olhares sobre o território, buscando articular tempo e espaço, à moda do fotográfico. Inicia mostrando Unidades de Saúde parceiras desta atividade e, em seguida, mostra os efeitos do tempo no território por meio de um tema que é recorrente nas fotografias recolhidas, a saber, a construção da Avenida Moab Caldas (antiga Avenida Tronco), iniciada em 2012 e inaugurada em 2024. A construção desta via expressa acompanhou a realização da PIS I em diferentes momentos e, por isso, permite pensar tempo e espaço articulados de forma muito explícita e, com certeza, muito significativa para quem registrou fotograficamente este momento.

Em um segundo momento, destacamos, nas imagens coletadas, elementos que mostram registros de ferramentas pedagógicas que, nem sempre, tem visibilidade se pensarmos os aspectos mais formais de uma atividade de

ensino. Estes elementos são, na verdade, identificados por movimentos – verbos ao invés de substantivos – que são fundamentais para que a educação interprofissional, sensível e diversa, possa acontecer no encontro entre saberes diferentes nas experiências de ensino e aprendizagem.

Para visibilizar essas ferramentas-ações, organizamos três narrativas que implicam nos três objetivos desta atividade de ensino, quais sejam:

Narrativa fotográfica 1 – Observar e viver o território, com seus estranhamentos e familiaridades, com suas vulnerabilidades e com as delicadezas que insistem e persistem;

Narrativa fotográfica 2 – Observar e viver o trabalho nas Unidades de Saúde, na complexidade de seus fazeres cotidianos, ali onde o encontro acontece entre as equipes de saúde, seus diferentes recursos digitais e tecnológicos, a comunidade e o território.

Narrativa fotográfica 3 – Observar e viver a interprofissionalidade, no encontro entre saberes de ordem distintas e de núcleos de conhecimento diferentes, que provocam a lógica disciplinar da formação acadêmica e expandem nossas relações de aprendizagem para muito além da sala de aula e dos espaços universitários.

Estas imagens querem tornar mais nítido nosso olhar sobre as ferramentas usadas nesta atividade de ensino, quais sejam observar, mapear, caminhar, acompanhar, registrar e trocar, com a marca da sensibilidade dos encontros. Ferramentas que se fazem no corpo e com ele, tendo a experiência como elemento central na produção do conhecimento.

Barthes (2015) nos sugere que ao olharmos uma fotografia, algo nos punge e, a partir daí, passamos a ver a fotografia a partir daquele ponto. Para o autor, é o conceito de *punctum*, sendo que “o punctum de uma foto é este acaso que nela me punge (mas também me mortifica, me fere)” (Barthes, 2015, p. 18). Temos pensado na idéia de *punctum* também nos modos como vemos o mundo e decidimos por registrar certas cenas e elementos, em detrimento de outros (Tittoni, 2017). Assim, nosso convite é ver as fotografias aqui escolhidas, como uma narrativa que as integra e deixar-se ferir pelas imagens, como uma

flecha que pode arrebentar a tela ou o papel, fazendo uso da metáfora proposta por Michel Foucault em 'Isto não é um Cachimbo' (Foucault, 1988). Olhar as imagens sensíveis aos conteúdos que nos ferem, seja pela vulnerabilidade ou pela delicadeza, mas que mostram que estamos vivos e resistimos.

Sobre tempo e espaço: duas paradas para pensar elementos significativos da experiência da PIS I no território

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o território passou a ser um elemento central no cuidado em saúde, enfatizando a promoção de saúde no território e trazendo importantes modificações no processo de trabalho, que passa a ser organizado a partir dos territórios e suas singularidades. Por ser uma referência tão importante, a temática do território possui um capítulo específico neste livro, o qual possui muitas interfaces com esta escrita. Destacamos que, aqui, partimos do arquivo-caixa de fotografias para pensar as imagens registradas nas fotografias e como elas compõem narrativas que explicitam a experiência nesta atividade e não especificamente sobre o tema do território. Como já proposto no capítulo 4, entendemos território como movimento, processo que faz modificar pedras e plantas, edificações, ruas e estradas. Traduz estilos, mostra tendências e conceitos que se solidificam nos espaços físicos que lhes dão visibilidade. Mostra relações de poder e de força que configuram ambientes, espaços e definem modos de vida.

Território é poder, é política, é transformação e movimento. Quando pisamos na terra, com sua ancestralidade e sua história, nossos pés caminham cuidadosos e respeitosos, pois estamos em um território vivo e em movimento, resultado de lutas de poder, de dominação e de muitas resistências. Processos de colonização física, cultural e subjetiva são visíveis nas ruas por onde andamos, nas moradias e nas ruelas por onde passamos. Efeitos, também, pois este processo de colonização do poder (Quijano, 2005) está tão marcado pela desigualdade social quanto pelo racismo e pelo gênero, definindo (e até mesmo aprisionando) pessoas negras e mulheres em espaços geográficos

e existenciais específicos. Reconhecemos, assim, a vida, a existência e as resistências cotidianas que compõem os caminhos que trilhamos.

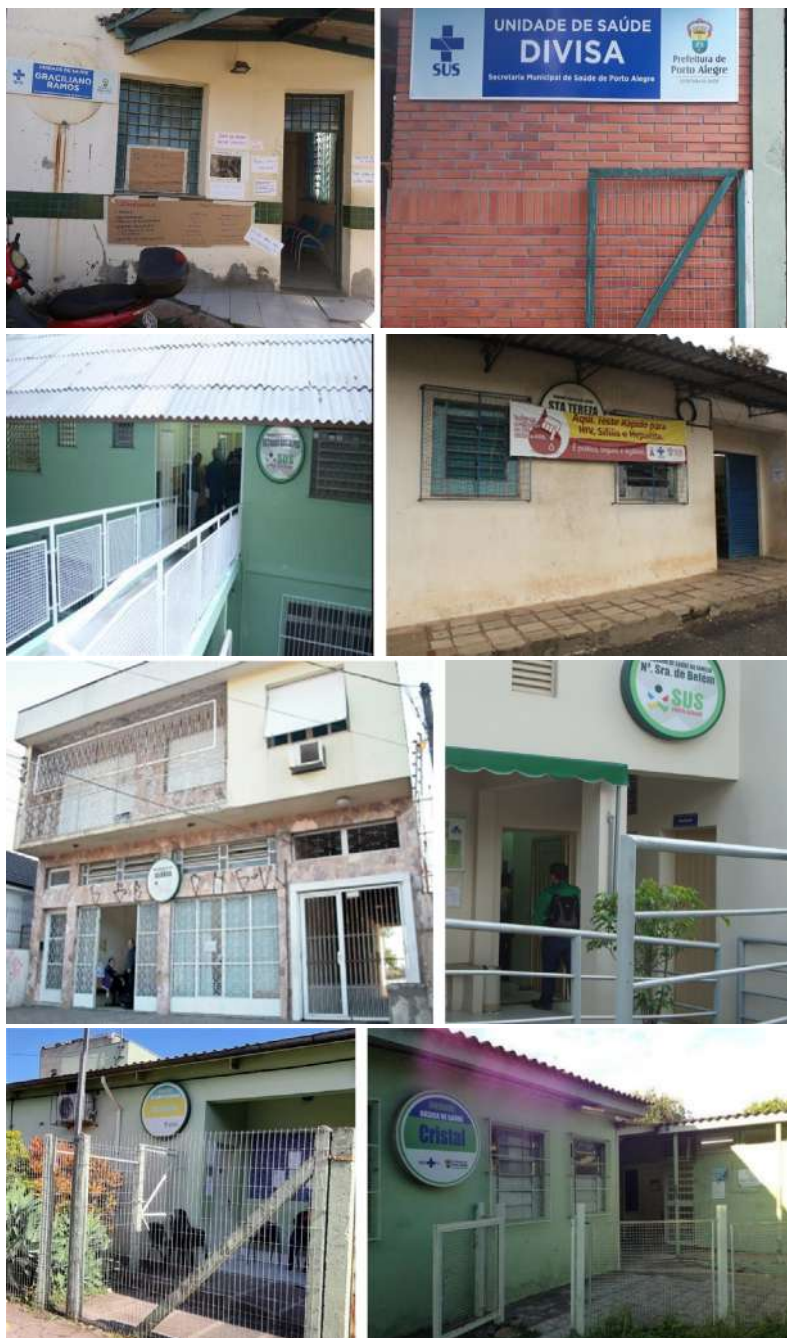
Tendo em mãos a sensibilidade e a crítica para pensar o território, vamos fazer uma primeira parada mostrando as Unidades de Saúde que fizeram parte da história da PIS I e, em seguida, vamos contar a história da construção de uma via expressa, considerando a grande quantidade de fotografias que mostram a construção desta via em nosso arquivo-caixa de fotografias. A construção desta via iniciou em 2012 e foi finalizada neste ano de 2024, mas a situação jurídica das famílias desalojadas para sua construção, segue ainda em processo. As Unidades de Saúde e a construção da via expressa são dois marcadores do território muito significativos no nosso arquivo-caixa de fotografias e, por este motivo, nos fizeram demorar um pouco nestas duas pequenas paradas.

Parada 1: As Unidades de Saúde e a PIS I

A realização desta atividade de ensino ocorre, principalmente, nas Unidades de Saúde da Atenção Básica da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este encontro entre serviços de saúde, gestão da política de saúde e universidade implica em uma série de avaliações sobre a possibilidade de a PIS I ocorrer naquele tempo e naquele espaço, avaliando as condições do local, da comunidade, do território, da equipe de saúde e da universidade. A gestão destes fatores é complexa e depende, também, das políticas de saúde que organizam e estruturam serviços, gestão e relações de ensino em serviço a cada momento. A relação com a equipe de saúde que acolhe estudantes e docentes é fundamental no modo como está implicada na relação ensino e aprendizagem ali proposta. As agentes comunitárias de saúde são elementos centrais nesta relação, conduzindo nos territórios e serviços e mostrando uma prática em saúde que se expande, em muito, das lógicas assistenciais formais.

Aqui, na Figura 1, as imagens são de Unidades de Saúde, com suas fachadas quase solitárias, registram os locais que têm sido parceiros nestes mais de dez anos de atividade.

Figura 1. Unidades de Saúde, cenários de aprendizagem da PIS I.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Olhando para estas fachadas tão solitárias, podemos ouvir o som das salas de espera cheia de histórias de vida, das situações familiares que se encarnam nas dores do corpo e pedem atenção e afeto, tanto quanto conhecimento. Podemos ouvir nossas conversas animadas na volta das caminhadas de reconhecimento do território ou das visitas domiciliares, sempre atentas aos ensinamentos das agentes comunitárias e de demais componentes das equipes de saúde. Memórias vivas e significativas desta experiência que tem, nas unidades de saúde, um ponto de referência para os trajetos vividos e uma morada para as inúmeras aprendizagens nestes percursos.

Parada 2: O processo de construção de uma via expressa para pensar história, processo e experiência nos territórios

Esta parada destaca a construção da Avenida Moab Caldas (antiga Avenida Tronco), que atravessa uma grande parte do território físico onde a PIS I foi acontecendo. Muitas imagens deste processo de desmontagem e remontagem do espaço físico foram encontradas em nosso arquivo caixa de fotografias, tendo sido fotografada de muitos ângulos e em muitos momentos. A via expressa, vestida de modernidade e desenvolvimento, em determinado momento encontra-se com um córrego e segue caminhando lado a lado. Lembramos de Krenak (2022), quando fala que ‘o rio é um caminho dentro da cidade, que permite se deslocar, embora faça tempo que as pessoas decidiram ficar paradas nas cidades’ (p. 14). Vendo estes pequenos córregos, que mostram um caminho nas cidades, podemos pensar em seu devir rio e, também, no rio que já foram. Hoje, muitas vezes, caminhos pelos quais escoam dejetos e lixo podem mostrar elementos que indicam a ausência do Estado e de políticas públicas de saneamento e de habitação, mas que, também, cumprem uma função de organização do território, tendo sido registrados, do mesmo modo, com muita frequência.

Nesta parada, mostramos como o rio, que já estava lá muito antes da rua, indica um caminho para a construção desta via expressa que modificou o desenho da comunidade e refez os territórios, compondo estes silenciosos (ou nem tanto) processos de colonização cotidianos. O córrego indica o caminho

para a via expressa, na fragilidade de sua constituição e na potência de seu movimento que, apesar de tudo, o faz ‘correr’ para o rio de maior volume. Esta via expressa foi modificando o entorno do córrego, mostrando os modos como o tempo e o poder vão modulando paisagens, vidas e cidades, como se pode observar na Figura 2.

Figura 2. Registros da primeira aproximação com o território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Na Figura 3, o processo de reurbanização da região, com a construção da avenida e com grande movimentação no território e destruição de casas para abrir caminho para as vias de fluxo veloz das grandes cidades e, neste caso, para a realização da Copa do Mundo, em 2014.

Figura 3. Redefinições do espaço, abrindo passagens para novas paisagens.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

A Figura 4 mostra como o entorno do córrego vai tomando a forma da política de urbanização em pauta naquele momento. A avenida, que seria um eixo de ligação para favorecer o deslocamento nos jogos da Copa do Mundo no Brasil em 2014, não foi finalizada em tempo para a Copa e seguiu por quase dez anos. Nesta trajetória, há o aparecimento de novos traços: carros habitam suas margens e não mais as casas e as roupas da família a secar ao sol.

Figura 4. Novos contornos.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

A Figura 5 mostra que o território segue seu curso de transformações, ocupado pela comunidade.

Figura 5. Território em transformação.





Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Ferramentas para pensar a Práticas Integradas em Saúde

Narrativa 1 – Observar e viver o território

Sendo o território um processo que implica em movimento e, ao mesmo tempo, na fixidez dos elementos físicos, pedras, paus, árvores e córregos, observar seus movimentos exige uma postura aberta e sensível e, também, um olhar que se pergunte sobre os modos como foi direcionado pelas tantas mídias para fazer ver este território de uma forma ou de outra. Sontag (2003) chama a isso, da ética do ver e Butler (2008) nos mostra os enquadramentos que deixam de fora da esfera do reconhecimento o que chama de vidas que não merecem luto. Ambas as autoras estão discutindo como as fotografias podem (ou não) comunicar a dor das pessoas para quem está vendo as imagens. Em outras palavras, o quanto o que vemos está pressionado por enquadramentos sociais e políticos, delimitando, por sua vez “condicionamentos estruturados de estilo e forma sobre a comunicabilidade de sentimentos” (Butler, 2008, p. 104), que podem acontecer apesar ou mesmo contra a nossa vontade.

O território está, também, sob este enquadramento que nos leva a ver determinantes e marcadores sociais e deixar tantos outros elementos fora de

nosso campo de visão. A sensibilidade, assim, corresponde a uma constante problematização de nosso modo de ver, com vistas à uma postura crítica. Muitas perguntas surgem: como vemos o território? Sob quais enquadramentos? Com quais ferramentas para ver e mostrar o que vemos? Esta narrativa pretende pensar estas estratégias de ver como ferramentas para viver e mostrar a experiência no território.

Mapear e cartografar

Na Atenção Básica à Saúde (ABS), mapear o território adscrito à Unidade de Saúde é uma ferramenta fundamental para conhecer, levantar as principais necessidades e demandas da comunidade em termos de saúde. Neste sentido, mapear é uma atividade para o planejamento das políticas públicas, para pensar também a potência do território. Mapear é, então, uma atividade política que se faz pelo conhecer o território e pelo percorrer as vias, buscando visibilidade para os modos de viver daquela comunidade, suas estratégias de enfrentamento aos processos de colonização e os movimentos que traduzem seus modos de vida. Também é uma forma de compreender a configuração e o alcance das políticas públicas naquele território.

Cartografar, por sua vez, exige pensar os modos como criamos espaços comuns, onde as singularidades dos saberes e olhares se encontram e podem se orientar para uma mesma direção (Kastrup, 2019). Implica em pensar nas relações e nos modos como o poder pressiona determinadas conformações do território.

Mapear e cartografar, assim, são ferramentas para mostrar a configuração do território, mas também para mostrar sua singularidade e os modos como diferentes saberes podem convergir em direções comuns, dando ênfase à pluralidade e à diversidade no conhecimento. Diferentes formas de mapear, mostram, também, diferentes relações e modos de ver os territórios, conforme observa-se na Figura 6.

Figura 6. Mapeando o território.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

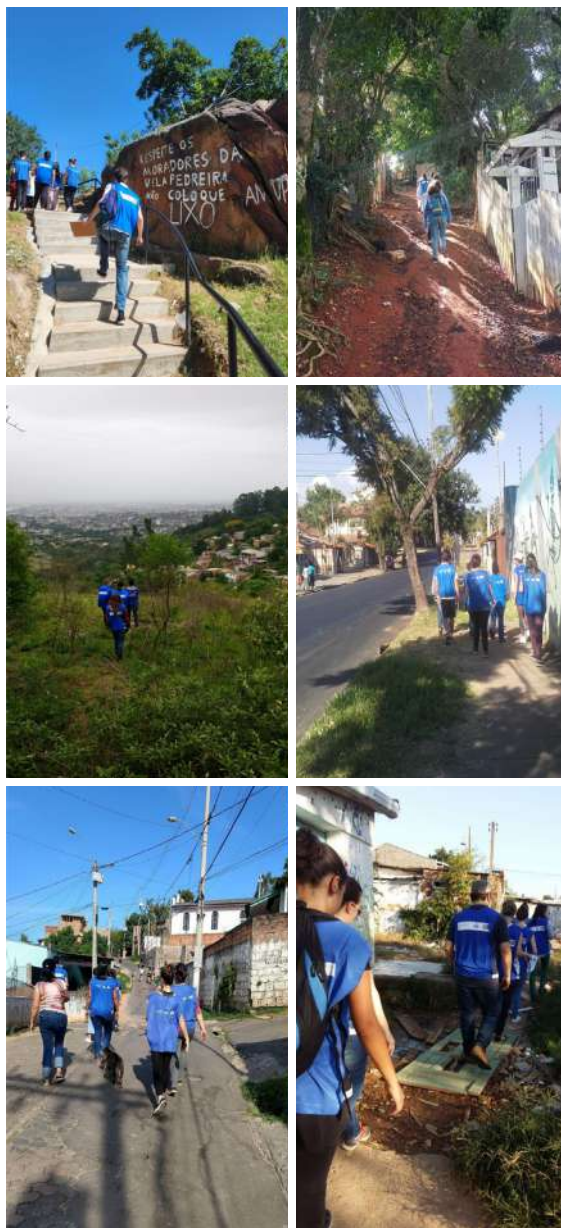
Caminhar

A imagem de pessoas com os coletes azuis trazendo o nome da atividade de ensino PIS I caminhando nas avenidas, ruas e vielas são a imagem mais recorrente no nosso arquivo-caixa de fotografias e mostram a intensidade deste caminhar, nas memórias e na experiência nesta atividade, conforme se pode ver na Figura 7.

Lembramos do que sentimos ao voltar para a unidade de saúde, depois das caminhadas para conhecer o território e registrar os equipamentos de políticas públicas e organização das comunidades. Lembramos de nosso cansaço, do calor ou do frio, da chuva ou do sol escaldante e, principalmente, daquela sensação de estar em um lugar, de conhecer com o corpo todo, sentindo os odores, ouvindo as

conversas, com a certeza de que todo o corpo conheceu, pois as pernas doem, a pele tomou uma corzinha e nossa sensibilidade está à flor da pele. Conhecer fez sentido.

Figura 7. Caminhar.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

As caminhadas, percorrendo ou traçando caminhos, vem permitindo coletar informações, registrar e mapear. Caminhar é de uma intensidade indescritível e uma ferramenta potente para conhecer o território. Caminhamos em grupo, trocamos ideias, aprendemos com os diferentes olhares, debatemos. Caminhar é entrar na cena, percorrer seus caminhos e, por vezes, criar caminhos também no plano do conhecimento, agregando novos elementos e dando sentido aos conceitos e seus desdobramentos.

Narrativa fotográfica 2 – Observar e viver o trabalho nas Unidades de Saúde

A experiência de conhecer o trabalho nas Unidades de Saúde, acompanhando as atividades das equipes, é um importante dispositivo para compreender o funcionamento do SUS por meio de sua porta de entrada, que é a ABS. Neste acompanhar, estudantes conhecem as atividades de núcleo, assim como vivenciam o percurso de usuários e usuárias no SUS desde o acolhimento até os encaminhamentos necessários para atenção especializada ou de alta complexidade. Neste acompanhamento, podem conhecer atividades de seu núcleo profissional e, também, do funcionamento em equipe, fundamental para pensar o trabalho interprofissional.

As imagens não podem mostrar, infelizmente, a riqueza das relações entre usuárias e usuários, equipe, estudantes e docentes, pois muitas delas trazem imagens de pessoas, com as quais não temos contato para solicitar a consentimento do uso. Nestes anos de realização da PIS I foi possível acompanhar profissionais da Enfermagem, Medicina, Odontologia e agentes comunitárias de saúde, aprendendo sobre intervenções em saúde, mas também sobre acolhimento, ética do cuidado e escuta clínica, elementos de pouca visibilidade, mas de grande importância nos cotidianos de trabalho.

Novamente nossa imaginação precisa entrar em cena e escutamos os burburinhos da sala de espera, as conversas da sala de reuniões, o cuidado com usuários e usuárias, o barulho das teclas digitando as informações coletadas em busca de tradução no discurso técnico e de encaminhamento adequado.

Nesta atividade de acompanhamento do trabalho das equipes de saúde, a PIS I também realiza atividades de promoção de saúde em conjunto com as equipes e em outros equipamentos de políticas públicas, como escolas, centros de convivência e associações comunitárias. As imagens destas ações, como se pode ver na Figura 8, mostram outros espaços físicos e criam outros cenários, que envolvem prevenção e promoção de saúde e fazem parte das atribuições da ABS. Representam uma pequena parte de ações de grande relevância para a comunidade e indicam, também, os percursos feitos pelas equipes em conjunto com as comunidades.

Revelam, ainda, fragmentos de visitas domiciliares e dos tantos arranjos criativos que as equipes fazem para garantir a eficácia e a eficiência de suas ações. Podemos ouvir aquele silêncio acalentador que marca o alívio de quem pode ser assistido em casa, pois não tinha condições de ir até a Unidade de Saúde. Lembramos do sorriso de quem está vendo chegar a equipe de saúde na sua casa e o suspiro, que mistura alívio e agradecimento. Ver o trabalho da equipe fora da Unidade de Saúde é muito enriquecedor para a formação em saúde e, sem dúvida, vemos o SUS com toda sua energia e potência.

Figura 8. Acompanhando o trabalho nas Unidades de Saúde.





Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Como se pode ver pelos registros fotográficos acima, estas atividades possuem uma potência inventiva de grande valor para as equipes e para docentes e estudantes que pensam e criam estratégias para comunicar as informações e acessar as demandas das comunidades. Atividade que se reinventa a cada vez que acontece, que integra as diferentes trajetórias de profissionais das equipes de saúde, de estudantes e de docentes, de trabalhadores e trabalhadoras e de usuários e usuárias dos equipamentos onde deverá ocorrer a ação, produzindo

uma proposta singular e localizada naquele encontro. São experiências significativas de trabalho em equipe e interprofissional, que mobilizam para a troca de conhecimento, de diferentes perspectivas sobre as situações em questão e que mobilizam para a realização de uma atividade comum.

Narrativa fotográfica 3 – Observar e viver a interprofissionalidade

As experiências de educação e de trabalho interprofissional atravessam a proposta da PIS I e podem ser vistas em diferentes momentos. Estão nas caminhadas pelos territórios, na organização das atividades de promoção de saúde e nos momentos de troca e de discussão dos diferentes pontos de vista e de visão dos grupos de estudantes, de docentes e profissionais das equipes de saúde. Pensando a interprofissionalidade, por meio de seu caráter de troca, encontro e colaboração, com vistas à garantia da pluralidade e da diversidade de saberes, sugerimos duas ações, para pensar como este conceito pode ser visualizado na PIS I, quais sejam, o compartilhamento da experiência e o trabalho colaborativo. Ambas, entendidas como elementos que impulsionam o trabalho em equipe e a construção de uma direção comum.

Compartilhar experiências

O compartilhamento de experiências ocorre em muitos momentos da PIS I, sejam eles os momentos formais, como a apresentação das atividades em um momento chamado ‘concentração’ ou nos cotidianos, sejam eles no lanche coletivo, no transporte que garante a volta para a Universidade ou nas caminhadas pelo território. A troca e o compartilhamento são fundamentais para pensar a pluralidade e a diversidade de nossos olhares.

Não somente para reconhecer a pluralidade, mas para garantir que um caminho comum de base para o trabalho interprofissional seja construído sem homogeneizar e empobrecer o conhecimento. Esta tarefa não é fácil, pois nunca está completa na medida em que se recria a cada proposta de ação. As equipes podem criar um lastro comum para suas ações, mas necessitam

cultivar a diversidade nas suas práticas cotidianas. Trocar experiências, escutar outras vozes e reconhecer outros olhares é fundamental.

Este trabalho vivo (Mehry, 2002), ainda que fundamental para o trabalho interprofissional, nem sempre é visível de imediato. Aqui, neste arquivo-caixa de fotografias, ele aparece nos modos como se fala e escuta, se mostra e se registra o que é vivido. E, principalmente, na medida em que se criam planos comuns em atividades feitas coletivamente, que podem mostrar a particularidade do conhecimento de núcleo profissional na criação do trabalho em relação com outras profissões, conforme pode-se pensar por meio da Figura 9.

Figura 9. Compartilhando experiências.



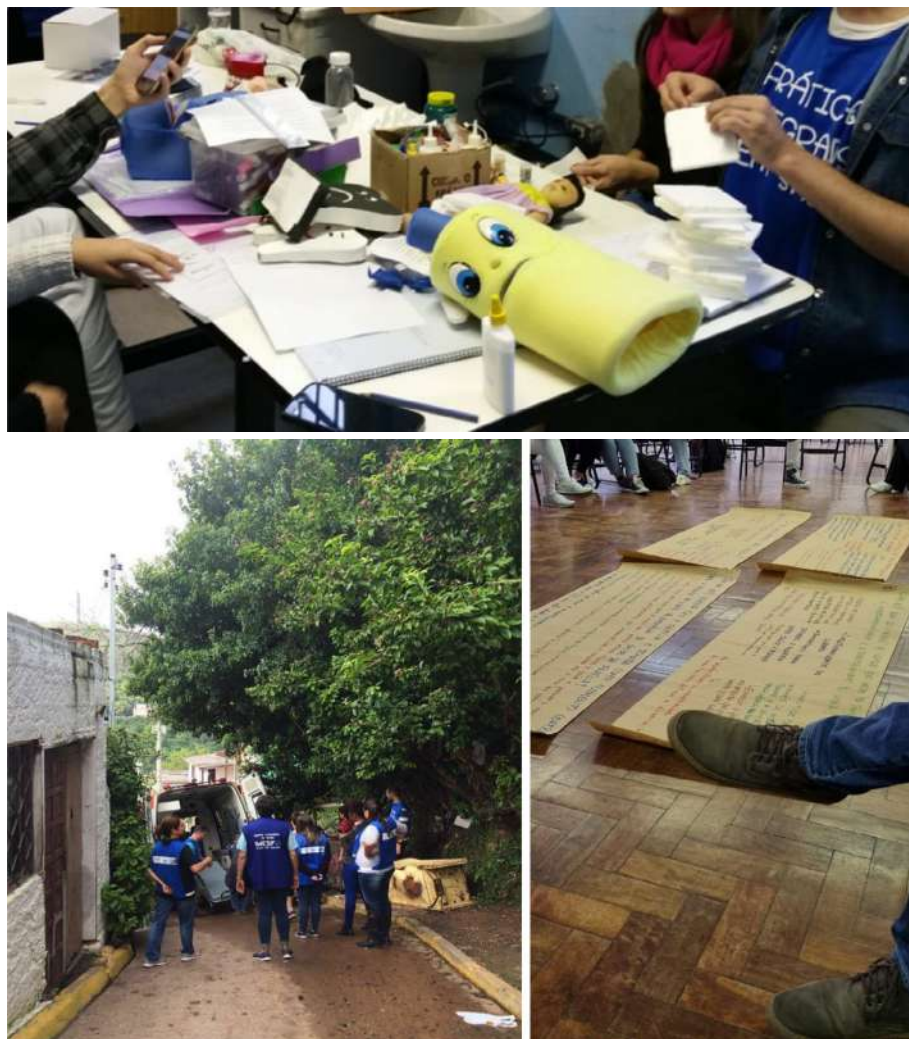


Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Colaborar no trabalho em equipe

O trabalho colaborativo, fundamental para o exercício da interprofissionalidade, é o resultado de diferentes encontros: entre saberes, experiências, trajetórias, pontos de vista, modos de ver, conhecimentos técnicos distintos, entre tantos outros. Colaborar é reconhecer o valor dos elementos que compõem estes encontros e garantir, como já referido tantas vezes por aqui, a diversidade e a pluralidade na produção de uma orientação comum. Colaborar é o elemento que torna possível criar uma orientação comum. De difícil visibilidade, a colaboração está no processo, tanto quanto nos resultados. A imagem de uma mesa cheia de diferentes elementos que podem compor a produção de um objeto comum, de certa forma, pode dar visibilidade ao colaborar, conforme exposto na Figura 10. No trabalho, agenciamos esta diversidade para uma direção comum, negociamos nossas individualidades e enfrentamos a lógica individualista e solitária do trabalho neoliberal que define o trabalhar neste nosso contemporâneo. Reconhecer a complexidade que existe nestas ações simples lhes dá sentido e valor. Estes encontros, carregados de afetos e de sensibilidades, criam muito mais do que atividades de trabalho, mas amizades e parcerias. O trabalho colaborativo, ao reconhecer as pluralidades, busca enfrentar as desigualdades que hierarquizam saberes e lugares. Não é um processo fácil, pois carece de modelos e prescrições rígidas, mas amplia em muito a potência inventiva que desejamos manter viva em nossa trajetória como profissionais da saúde.

Figura 10. Trabalho colaborativo.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Fechando a caixa de fotografias

Concluir este capítulo implica em fechar a tampa de nosso arquivo-caixa de fotografias, o que não é simples quando sempre é possível ver mais, de novo e de outro modo. Olhar para uma trajetória é lembrar e, de certa forma, reviver as parcerias, colegas docentes que já estão em outras atividades, estudantes que já devem ser profissionais

de saúde, gestores e docentes. Também lembrar de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços que tem resistido bravamente para a manutenção dos princípios do SUS. Profissionais que sabem olhar pelas frestas, ocupar os espaços mínimos para garantir o direito à saúde das comunidades. Muitas mudanças aconteceram nestes mais de dez anos da PIS I e acompanhamos as mudanças, e as permanências, as insistências e as desistências, as fragilidades e as forças que se engrandecem em momentos de ataque aos princípios do SUS e a profissionais da saúde, por consequência.

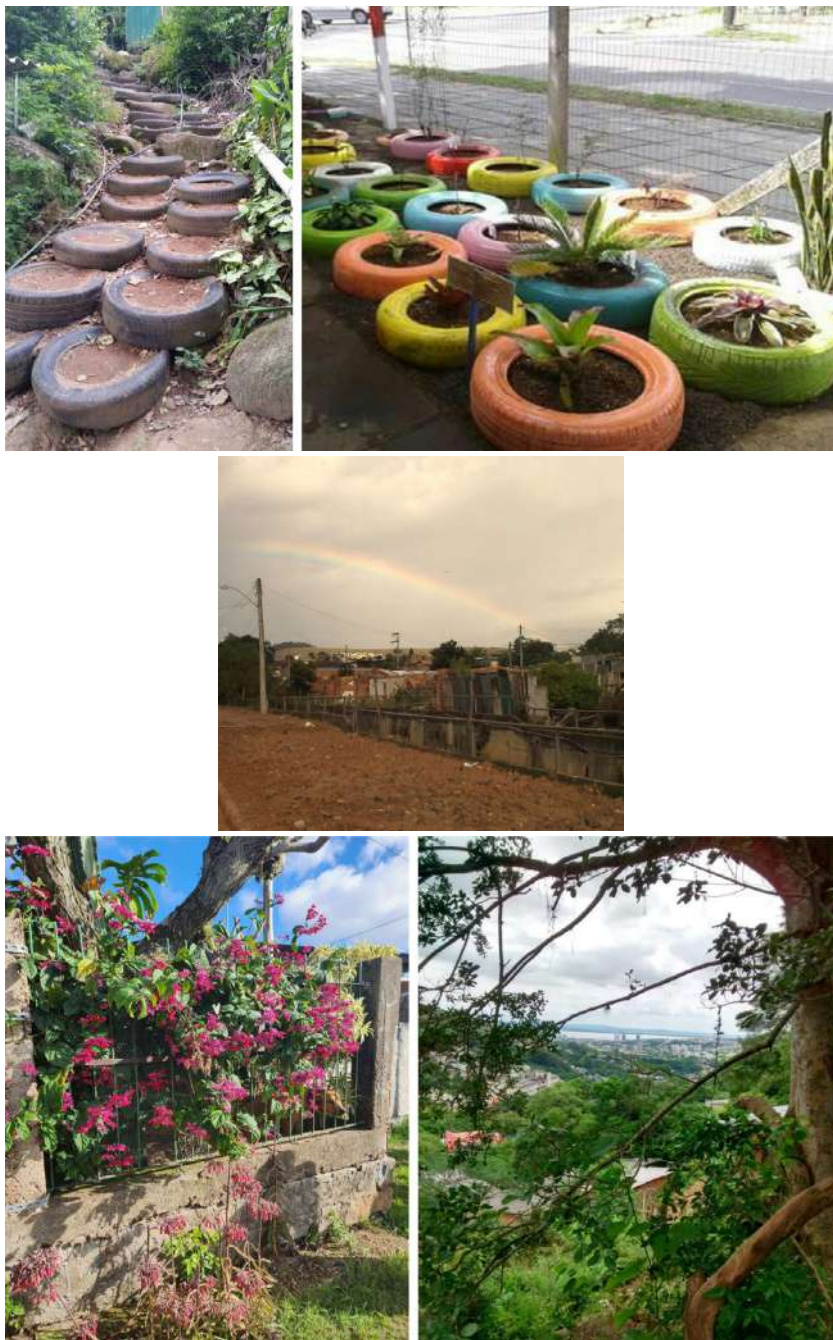
Esta experiência de estar junto, integrando universidade, serviços e comunidade, é de uma grande intensidade e importante elemento para nossa formação, pois esfumaça as fronteiras da inserção profissional e nos coloca, conjuntamente, na defesa do SUS. Esta defesa tanto nas decisões mais amplas no plano da definição das políticas públicas em saúde e ali, com os pés na terra, onde as políticas de saúde tem cara, corpo e sentimento. Tem também desejos, projetos e sonhos. São crianças, mães, pais, trabalhadores e trabalhadoras, tantos Joãos e Marias, pessoas negras, brancas, indígenas, acadêmicas ou não, andarilhos ou assentados nestes territórios onde plantamos nossa vida e nossa história.

Krenak (2020), em seu livro 'Idéias para adiar o fim do mundo', pergunta qual é o nosso lugar neste nosso mundo em destruição? O que fazer? O autor sugere que nos movimentemos como os rios, que em determinados momentos precisam encontrar um refúgio para fugir da violência da destruição. Mas sugere também que busquemos este refúgio também nos lugares que cultivam a possibilidade de um novo mundo. Que busquemos os lugares onde se produzem os paraquedas, onde parece que só existe um mundo em queda.

Estes refúgios como lugares-tempos de revigorar as energias, não estão dados, mas são feitos da matéria da vida que compartilhamos.

Por isto, para finalizar, buscamos os olhares que procuram refúgios e criam aberturas para adiar o fim do mundo, conforme as imagens que compõem a Figura 11. Olhares que veem os modos como as comunidades cultivam a vida e a beleza nos seus territórios, transmutando resíduos em vasos para plantar, deixando fluir a vida que cresce das margens de suas condições de existência tão pobre de recursos econômicos e tão rica na criação de modos de resistir e sobreviver a uma sociedade que lhes impõe a vulnerabilidade.

Figura 11. Refúgios.



Fonte: Registro fotográfico dos docentes da PIS I e arquivo da CoorSaúde.

Olhemos para estes espaços, como aqueles que desafiam a lógica da destruição.

O tipo de humanidade zumbi que estamos sendo convocados a integrar não tolera tanto prazer, tanta fruição de vida. Então, pregam o fim do mundo como uma possibilidade de fazer a gente desistir dos nossos próprios sonhos. E a minha provocação sobre adiar o fim do mundo é exatamente sempre poder contar mais uma história. Se pudermos fazer isso, estaremos adiando o fim (Krenak, 2020, p. 13).

Referências

- Barthes, R. **A câmara clara**. São Paulo: Nova Fronteira, 2015.
- Bueno, D.; Tschiedel, R. G. **A arte de ensinar e fazer saúde: UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência**. Porto Alegre: Libretos, 2011.
- Butler, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- Dias, M. T. G. *et al.* (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-Coordenadoria-de-Saude.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.
- Foucault, M. **Isto não é um cachimbo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- Kastrup, V. A atenção cartográfica e o gosto pelos problemas. **Revista Polis e Psique**, [s. l.], v. 9, p. 99-106, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.97450>. Acesso em: 4 abr. 2024.
- Krenak, A. **Idéias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Cia das Letras, 2020.
- Krenak, A. **O futuro é ancestral**. São Paulo: Cia das Letras, 2022.
- Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- Quijano, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In: CLACSO. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales Editorial/Editor, 2005.
- Samain, E. (org.). **O fotográfico**. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2005.
- Sontag, S. **Diante da dor dos outros**. São Paulo: Cia das Letras, 2003.
- Tittoni, J. Sobre a poética do detalhe e as intervenções sensíveis: fragmentos de vida na produção de imagens fotográficas. *In: Zanella, A. V.; Tittoni, J. (org.). Psicologia e fotografia: alguns ensaios*. 1. ed. Rio de Janeiro: Multifoco, 2017. p. 17-31.

A INTERPROFISSIONALIDADE EXPERIENCIADA POR MEIO DO ARTESANATO TEXTUAL: O CANTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E GESTORES

Aline Vieira Medeiros
Alzira Maria Baptista Lewgoy
Augusto Borstmann
Deise Rocha Réus
Denise Bueno
Diva Zimmer
Fatima Teresinha Jaques Zanardi
Luci Cunha Fukes
Maria Lilian Trinidad Damaceno
Oman Souza Siqueira
Patrícia Grace Léfa
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Roselene Vargas Neves
Susiane Freitag

Por isso uma força me leva a cantar
Por isso essa força estranha
Por isso é que eu canto, não posso parar
Por isso essa voz tamanha.
(Força Estranha, Caetano Veloso, 1978)

Por isso é que eu canto

O refrão da canção ‘Força Estranha’, de Caetano Veloso, enfatiza a intensidade dessa força que impulsiona o artista a criar, a despeito do tempo – que não para, e das adversidades. A música, portanto, celebra a arte como uma manifestação atemporal e poderosa, capaz de capturar a essência da vida e de resistir ao próprio tempo.

O conjunto dos relatos de profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gestores, reunidos neste capítulo, ressalta a amplitude da força que impulsiona trabalhadores a expressar sobre a passagem do tempo e a percepção de momentos que, embora efêmeros, tornam-se eternizados pelo cotidiano de experiência vivenciada na atividade de ensino/disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I). Traz a possibilidade da compreensão deste experenciar por meio da percepção de atores do espaço trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

São ACS e gestores, que com sua ‘voz tamanha’ participam e fortalecem a proposta de educação interprofissional integrada ao trabalho em equipe nos territórios da Atenção Básica à Saúde (ABS). Os relatos mostram uma construção em permanente movimento de integração, que envolve relações entre pessoas, que se aproximam com um objetivo comum, criam vínculo, têm seus estranhamentos, mas se respeitam, se escutam e colaboram entre si nas questões da educação e do trabalho em saúde.

O capítulo 10, inspirado na experiência de educação e de trabalho interprofissional, apresenta falas de atores sociais – ACS e gestores – sobre a PIS I, que também são autores do texto, assim como as organizadoras deste livro, na busca por capturar a essência das conquistas do aprender ‘sobre’ e ‘juntos’ e renovar a intencionalidade da integração ensino-serviço-comunidade como estratégia de formação e de qualificação das práticas de atenção à saúde. Houve um cuidado estratégico nas escolhas voltadas ao processo de escrita, para compor um artesanato textual destes relatos.

Força que leva a cantar

O cenário de ensino e da aprendizagem na PIS I se diferencia pela implicação do afeto nos processos de construção e trocas, com relevância da observação e participação ativa de todos os atores envolvidos nos espaços necessários à comunidade, serviços e universidade. A bebida obtida pela imersão de pó de café em água quente, neste espaço, se torna o ‘café com afeto’, o qual, desfrutado coletivamente, alimenta o corpo, a mente e a alma que acolhe

trabalhadores da educação e da saúde na busca pelo mesmo ideário – o de qualificar o SUS para garantir condições dignas de saúde à população brasileira. Este é o grande aprendizado da PIS I, sendo como Caetano Veloso expressou de forma tão linda na música ‘Força estranha’, é uma força que leva a cantar.

Essa força estranha

No cotidiano da PIS, a potência na temporalidade da troca de saberes semanal expressa nas falas de agentes comunitários narram os vínculos estabelecidos dos atores sociais desta atividade de ensino com o território, a comunidade e os serviços de saúde estabelecendo a micropolítica de construção cotidiana dos espaços de fazer saúde.

A disciplina de Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) teve início na Unidade de Saúde (US) em 2012 com o propósito da integração ensino-serviço-comunidade. Desde então, tem contribuído de maneira construtiva e efetiva, agregando conhecimento nas relações profissionais e com os agentes comunitários de saúde, mas, principalmente, para a população do território assistido. A cada encontro e vivência na Unidade de Saúde e reconhecimento do território, os alunos e profissionais ressignificam seu olhar na medida em que percebem a importância do trabalho realizado na Atenção Primária à Saúde e pelas ACS, em seu dia a dia com famílias vulnerabilizadas, nas trocas que realizamos, a cada dúvida explicada sobre o processo de trabalho de cada profissional e como se dá na prática o que cada profissão contribui para a população. A relação estabelecida durante todos esses anos fez a população perceber a PIS como parte do serviço da Universidade para a comunidade, entendendo que as pessoas do território têm muito a contribuir com essa formação e se sentem responsáveis e fazem parte dessa construção e formação de futuros trabalhadores. É no território onde vivem as famílias que as relações e suas formas de organização acontecem e onde o agente comunitário vinculado a essa população realiza o trabalho de prevenção e promoção de saúde. A PIS nos acompanha nessa caminhada e não se trata de um “passaio” na periferia, mas de uma forma direta de conhecer as pessoas, de conversar, escutar e observar atentamente as potencialidades existentes na comunidade e a relação estabelecida com os ACS.

A PIS tem acompanhado os avanços e retrocessos das Políticas que impactam diretamente na vida das pessoas e trabalhadores. A Política de Habitação, por exemplo, a PIS fez parte nesse processo debatendo com os profissionais, acolhendo a população e fazendo os relatórios e registros de importantes mudanças no território, quando foram removidas famílias. Também as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, onde passa a ser um agente comunitário por equipe e as demissões em massa dos ACS. Essas experiências e marcos importantes vivemos juntos. A PIS representa muito para os ACS, em especial as professoras que a acompanham, a valorização que recebemos das professoras nos incentiva, nos fortalecem, em tempos de mudanças, terceirização, pactuação, instabilidade de gestores e de profissionais na Atenção Primária, os agentes estiveram esquecidos, fora a população, a disciplina foi a única que questionou “como estão as agentes, como está sendo todo esse processo de mudança para elas?”. Nós, agentes comunitárias de saúde, desde a demanda da Unidade através do Orçamento Participativo, quando iniciamos este trabalho, crescemos muito profissionalmente. A PIS nos trouxe novos olhares, temos uma nova experiência a cada semestre e essa relação de trabalho, aluno, professores, universidade e comunidade fomenta o serviço de saúde a se qualificar a se renovar, a debater sobre as diversidades no território e as formas de trabalho, seus desafios e qualidade do serviço, nos convida a uma reflexão do todo. A PIS e cada aluno que passou na US deixa um pouquinho de si em cada um de nós e para comunidade na produção dos mapas e relatórios guardando a nossa história e levando consigo a compreensão da condição de vida das pessoas e como futuros trabalhadores da saúde é essencial que estejam alinhados a garantir o acesso a saúde com equidade, reconhecendo a necessidades de grupos específicos e garantindo acesso as mesmas oportunidades a quem mais precisa. Considerando que a US, desde sua idealização, é uma ‘Unidade escola’, e o sucesso da disciplina e sua importante contribuição para ambos, a equipe e comunidade estará sempre disponível para a disciplina, **a PIS é parte do processo de trabalho na US e no território, com todo seu comprometimento em devolutiva para o serviço de saúde e comunidade.** (relato Agentes Comunitárias de Saúde, grifo nosso)

Sou Agente Comunitária de Saúde na Unidade há vinte anos. [...] para mim, como agente de saúde, a ajuda deles [estudantes e

professores da PIS I] nas visitas domiciliares é importantíssimo. Eu já planejo com antecedência quando eu sei que eles estão vindo. [...] sempre gosto de saber qual é a disciplina [curso] de cada aluno para poder saber onde é que eu vou poder inserir [os estudantes], em que visita eu vou poder ajudar com a orientação de cada um, com o aprendizado e as orientações que a gente pode fazer e, ali, eu vejo a quem eu posso ajudar. Então, para mim é importantíssimo. E a gente faz grupos com idosos, hipertensos e diabéticos. [...] A disciplina [curso] de cada aluno me ajuda muito nas visitas e eu posso falar que dá muito bom resultado. As visitas são aceitas com o maior carinho, eles [estudantes e professores] têm a maior paciência e me ajudam e muito. Nem sei mais o tanto que eu tenho que agradecer a eles. Cada visita que eles vêm aqui [na Unidade de Saúde] eu aproveito cada um com ensinamento, com orientações, com ajuda nas medicações também, ensinando, orientando...**Eles [PIS I] são assim, essenciais no meu trabalho.** (relato Agente Comunitária de Saúde, grifo nosso)

Eu acho que foi muito legal porque **a disciplina ajuda a levar informações e educação em saúde para mais pessoas e para a comunidade, isso é muito bom.** A troca de experiências entre os multiprofissionais é muito legal. (relato Agente Comunitária de Saúde, grifo nosso)

Esta disciplina é de extrema importância para alunos e professores, possibilita um maior convívio, integração dos diferentes cursos de graduação, **conhecimento de como funciona o Sistema Único de Saúde, a realidade dos territórios de cada Unidade de Saúde,** a troca de experiências de multiprofissionais com certeza uma rica experiência para todos. (relato Agente Comunitária de Saúde, grifo nosso)

São formas de cuidado que abordam a saúde do ser humano. Muito importante a vinda dos estudantes dentro da Unidade para o conhecimento na prática e conhecimento da vida das pessoas. Uma troca de experiências, entre profissionais da Saúde com estudantes e a realidade da comunidade. (relato Agente Comunitária de Saúde, grifo nosso)

Essa voz tamanha

As Unidades de Saúde atendem um pressuposto hierárquico de poder. Em diferentes momentos, ações de integração ensino-serviço-comunidade acabam atuando no equilíbrio de saberes e fazeres em saúde, contribuindo no fortalecimento das equipes. A presença e forma de organização da PIS I, direcionada a formação ensino-serviço, configura um ato produtivo, que busca modificar o fazer em saúde e produzir novos olhares. Existe um reconhecimento dos gestores de Atenção Primária da troca existente com estudantes e docentes que busca alterar um estado de situações identificadas como potencial problema de saúde que absorve o cotidiano das equipes em um debate, com contribuições robustas na abordagem de diferentes ângulos de formação e de práticas em serviço. Nessa dinâmica, novos olhares são constituídos.

Vejo a participação da PIS I na Unidade de Saúde como algo muito positivo. É uma oportunidade única para os alunos de diversos cursos que não têm contato com a Atenção Básica ou geralmente não teriam contato, ou teriam contato mais no fim do curso, de ter um primeiro contato com a Atenção Primária junto com colegas de outras formações, potencializando o interprofissional e oportunizando a troca e o olhar, o olhar para o outro que é assim, entender o que o outro pode fazer enquanto profissional naquele espaço. Vindo da Saúde Coletiva, um curso que até pouco tempo atrás não fazia parte da Atenção Primária e agora faz parte, eu vejo que tem muito a ganhar com estas trocas, ainda mais na composição de hoje que permite que eu esteja ocupando este lugar enquanto gerente de uma Unidade de Saúde e de estar fomentando que estes futuros profissionais também pensem um pouco sobre as possibilidades de estarem atuando na Atenção Primária. Durante as visitas [da PIS I] na Unidade de Saúde muitas trocas acontecem e, entre estas trocas a gente consegue estar planejando e pensando algumas questões que a gente tem um pouco mais de dificuldade ao longo das semanas por questão de tempo, de parar para pensar, durante a correria toda que é a Atenção Primária. A gente consegue pensar questões como o território, que daí a gente envolve os alunos da PIS I em visita ao território, reconhecimento para eles entenderem. E conseguimos revistar o nosso território de outra forma. E, assim, pensando um pouco mais em como estar

qualificando este espaço para que a gente consiga seguir prestando um bom atendimento para nossa comunidade. Tem uma boa integração entre os alunos e os trabalhadores e conseguimos também que **os trabalhadores façam parte das rodas de conversa trazendo um pouco da experiência e absorvendo um pouco daquela discussão acadêmica que às vezes a gente já está um pouco mais afastado** por ter um tempo a mais de chão e ter se formado há mais tempo. Então, a gente consegue revisitar vários conceitos e, também, contribuir com a nossa experiência. (relato Gestor, grifo nosso)

A Unidade de Saúde [...] recebe semestralmente a disciplina da UFRGS Práticas Integrativas em Saúde. É sempre muito relevante receber os alunos da PIS, pois cada aluno vem de um curso e de uma experiência diferente, tornando cada vivência única. A Unidade de Saúde programa, juntamente com as professoras da disciplina, cada dia uma atividade diferente, sendo que todos os alunos passam por cada uma das áreas da Unidade, como por exemplo, recepção, farmácia, consultas com técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Focamos muito também **na territorialização, sendo utilizado as agentes comunitárias de saúde para esta prática**. A PIS I também realiza atividades dentro do território, proporcionando promoção e educação em saúde dentro de determinada área. Já realizamos busca ativa de famílias com diagnóstico de tuberculose, atividade de cadastramento, educação em saúde relativa à dengue etc. É sempre muito gratificante receber a PIS pois proporciona para o território crescimento no que tange à atividade de educação em saúde. (relato Gestora, grifo nosso)

Acredito que a disciplina PIS exerça um papel fundamental na formação de novos profissionais de saúde visto que **contribui na desconstrução do modelo biomédico e hospitalocêntrico existente**. É importante destacar que a PIS reforça ainda a importância da APS como ordenadora e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, além de dar visibilidade às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco não apenas o cuidado individual, mas também das famílias e comunidades. Além disso, o compartilhamento de saberes entre os alunos e as equipes de saúde reforça tanto a importância do trabalho em equipe quanto a necessidade de integração entre as diferentes profissões da saúde, com vistas à integralidade da assistência. (relato Gestora, grifo nosso)

A disciplina Práticas Integradas em Saúde I, conhecida carinhosamente por nós, trabalhadores e gestores, como PIS I, representa aquilo que idealizamos da integração ensino-serviço e comunidade. Digo isso porque, **de fato, nós trabalhadores e gestores, participamos da construção da proposta.** Em espaços de encontro, que possibilitam a troca de experiências entre os diferentes atores, refletimos sobre os campos, discutimos as potencialidades e fragilidades e, em conjunto, buscamos qualificar os campos de ensino- aprendizagem. [...] estes campos deverão oportunizar a formação dos estudantes da saúde e corresponder às expectativas que a disciplina nos traz para que, então, de fato, seja produtiva para todos: gestores, trabalhadores, estudantes e professores. [...] **um grande diferencial é reunir diferentes graduações, oportunizando trocas entre os núcleos profissionais, que nas vivências na APS produzem aprendizagens e construções coletivas com os múltiplos olhares.** Outro aspecto positivo na proposta da disciplina é que iniciamos sempre com uma 'Atividade de Familiarização', um momento de encontro entre estudantes, professores, gestores da Coordenadoria de Saúde e preceptores, com o objetivo de acolher o grupo, compartilhar as características deste território que vai recebê-los, apresentar a rede de saúde presente, assim como o histórico de lutas e conquistas da população que nele habita. A intenção é poder trazer para o grupo da disciplina, o que representa o trabalho, tanto da gestão, quanto da assistência nas nossas Unidades de Atenção Primária e um pouco das experiências vividas aqui neste território. A familiarização desperta a curiosidade e convoca o grupo a experienciar e vivenciar na prática as diferentes possibilidades do fazer saúde, em um território vivo, por meio do desenvolvimento da disciplina 'Integradora'. Falando, ainda, sobre os aspectos positivos, gostaria de destacar a **presença do professor acompanhando os estudantes nessas atividades práticas nas Unidades de Saúde.** Isso, com certeza, torna mais rica a vivência e a integração entre os trabalhadores das Unidades, o preceptor, os estudantes e os professores, produzindo trocas, discussões e ações que contribuem para a formação e para a qualificação dos profissionais e serviços. O encerramento da disciplina, com o encontro coletivo que busca reunir todos que, de alguma forma, se envolveram, com convite especial aos agentes comunitários de saúde que contribuem significativamente com o desenvolvimento da disciplina 'Integradora', representa um momento importante, principalmente para os trabalhadores e

gestores. A devolutiva do grupo de discentes e docentes sobre as experiências vivenciadas durante aquele semestre junto às Unidades de Saúde e nos territórios, bem como, o que representou para eles esta experiência, o que ficou para o território desta passagem deles, são relatos cheio de afeto, que ressignificam o trabalho na Atenção Primária e nos mostra o quanto somos agentes ativos no processo de ensino aprendizagem, e o quanto podemos contribuir com a formação dos futuros trabalhadores do SUS. Então, este momento de fechamento e de retorno no fim do semestre, de destaca e isso torna a disciplina ‘Integradora’ especial, pois é uma atividade de ensino em serviço que se preocupa tanto com o início, como o fechamento das atividades. (relato Gestora, grifos nossos)

A PIS I é aquela disciplina que **vai te fazer experimentar o SUS, a partir dos encontros na Unidade de Saúde (US), na comunidade e na Universidade**. No momento em que possibilitamos o encontro entre diferentes profissões permitimos diferentes olhares, despertamos diferentes percepções a partir do seu núcleo de formação, ampliando o conhecimento sobre trabalho do outro, sobre novas formas de trabalharem juntos. Quando houve a mudança na gestão das US da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre em março de 2023, eu me preocupei com a PIS I. pelo compromisso que temos na formação dos estudantes. Embora fosse importante eles perceberem no dia a dia a fragilidade da política de atenção básica, os atravessamentos pelos novos contratos, a pergunta que me fazia era: como permitir que a disciplina siga como espaço de problematização? Quais os profissionais que estão ‘sensíveis’ às propostas da PIS I? Foi um grande quebra-cabeças para organizar os cenários de aprendizagem nos serviços. Tenho muito carinho pela disciplina, pois acredito que **este momento de estar no território, perto da comunidade, do usuário, faz diferença na formação do profissional de saúde**. Às vezes a gente precisa parar e ouvir as reais necessidades das pessoas, olhar em torno e reconhecer os dispositivos que a comunidade tem e que podem auxiliar no cuidado à saúde, perceber quais os momentos potentes de aprender juntos, de conhecer mais sobre o fazer do outro e quando colocar a pessoa, de fato, no centro do cuidado. Isso é a PIS I... É o processo de aprendizagem que desperta no início da graduação e promove mudanças no currículo, traz o estudante e o professor para a vida fora da universidade. (relato Gestora, grifos nossos)

São falas que expressam uma construção coletiva de profissionais da saúde que acreditam na proposta desta atividade de educação interprofissional integrada ao serviço-famílias-comunidades. Finalizamos o livro demonstrando que o futuro, presente e passado estão imbricados na linha do tempo, sinalizando a ideia de que acronologia contínua neste caso é irreal, separar anos, progressos alcançados, não faz parte desta forma de aprendizado. O motivo inicial deste grupo ao pensar esta produção textual foi comemorar os 10 anos da PIS I, agora finalizando o texto, poderíamos pensar que estamos comemorando o primeiro ano ou quem sabe, daqui há algum tempo, os 100 anos de construção. Contudo, o que importa é continuarmos juntos a cantar com ‘uma força estranha’ convocando-nos. Como nos ensinou Guimarães Rosa (2019, p. 32), quem “elegeu a busca não pode recusar a travessia”.

Referências

Força Estranha. Intérprete: Roberto Carlos. Compositor: Caetano Veloso. *In*: ROBERTO Carlos – 1978. Intérprete: Roberto Carlos. [S. l.]: Columbia, 1978. 1 disco vinil, faixa 9 (3:50 min).

Guimarães Rosa, J. **Grande Sertão**: Veredas. 22. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Alcindo Antônio Ferla

Graduação em Medicina e Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é professor associado na UFRGS, atuando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Também atua como professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), como professor no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), como pesquisador visitante sênior do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz Amazonas, FAPEAM), como pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna/Centro de Saúde Internacional e Intercultural e como docente e pesquisador convidado na Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA, Nicaragua)

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>

Aline Vieira Medeiros

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pelo Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde. Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde. Coordenadora Adjunta na Coordenadoria de Saúde Oeste, de novembro de 2021 a junho 2023. Responsável pelo Ensino e Serviço na Coordenadoria de Saúde Oeste, 2021-2023. Chefe da Unidade de Vigilância Epidemiológica (DVS), desde 2023. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4043023904074666>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9563-277X>

Alzira Maria Baptista Lewgoy

Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Pós Doutora em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga-ISMT-Coimbra-Portugal. Professora Associada do Departamento de Serviço Social. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social. Pesquisadora do CNPq 1D. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Formação Profissional em Serviço Social- GEFESS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6376230832558468>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7312-3111>

Ana Paula Rigatti-Scherer

Fonoaudióloga. Mestre e Doutora em Letras/Linguística Aplicada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós Doutora em Letras/Psicolinguística pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Conservadora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPQ - ALETRA. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9151861650830746>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2171-0952>

Augusto Borstmann

Bacharel em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Gerente de Atenção Primária, Unidade de Saúde Divisa. Preceptor e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9724128296428684>

Carolina dos Reis

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Psicologia Social e Institucional e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2310674693745012>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6482-2677>

Cristine Nobre Leite

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Odontologia para Pacientes Especiais e Odontologia em Saúde Coletiva e da Família. Membro da Academia do Vale do Paraíba de Cordel. Diretora sociocultural da PREPOP (Movimento Guarabirense da Poética Popular). Cirurgiã-dentista da Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Pirpirituba. Pirpirituba, Paraíba, Brasil
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9787800738498286>

Deise Rocha Réus

Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Especialista em Farmácia Clínica. Coordenadora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) -Equidade. Coordenadora da Coordenadoria de Saúde Oeste. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5165314669359715>

Denise Bueno

Farmacêutica. Doutora em Ciências Biológicas. Especialista em Farmácia Clínica- Universidad del Chile, Segurança do Paciente - Universidade Nova de Lisboa e Suporte Nutricional- Associação Médica Brasileira. Professora Titular aposentada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia. Professora convidada do

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2413108146059860>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6037-8764>

Diego Gnatta

Farmacêutico. Mestre e Doutor em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCF-UFRGS). Especialista em Gestão do Ensino Superior pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Professor do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da UFRGS. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9675962880496063>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1049-8899>

Diva Zimmer

Agente Comunitária de Saúde, Unidade de Saúde São Gabriel. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Fatima Teresinha Jaques Zanardi

Agente Comunitária de Saúde, Unidade de Saúde Graciliano Ramos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Luci Cunha Fukes

Agente Comunitária de Saúde desde 2013, Unidade de Saúde Divisa. Técnica de Enfermagem, Militante da Causa Animal, excelência em atendimento Humanizado no SUS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Luiz Fernando Calage Alvarenga

Fisioterapeuta. Mestre e Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Professor Adjunto do Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Escola de Educação Física da UFRGS. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2203190538046270>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8968-0935>

Jaqueline Tittoni

Psicóloga. Professora do Instituto de Psicologia, Serviço Social e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5539072466903999>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3450-080X>

Mara Rejane Ritter

Licenciada em Ciências Biológicas. Doutora em Botânica. Mestre em Ciências Biológicas. Professora Titular do Departamento de Botânica do Instituto de Biociências. Curadora do Herbário ICN. Professora Permanente do Pós-Graduação em Botânica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3410729392913487>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1314-2046>

Márcio Hoff

Licenciado em Ciências Sociais. Doutor em Ciências Sociais. Mestre em Ciências Sociais e em Educação. Técnico em Assuntos Educacionais na Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7448921641810641>

ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0002-5828-2330>

Maria Lilian Trinidad Damaceno

Agente Comunitária de Saúde desde 20/12/2004, Unidade de Saúde Divisa. Promotora em Saúde da População Negra e Indígena. Integrante do projeto Vozes em Harmonia no território da Vila Cristal junto com a Associação Comunitária Beneficiária da Vila Cristal (ACOBREVIC), com objetivo de empoderamento feminino, justiça socioambiental e luta antirracista. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Marina Peduzzi

Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutorado em prática e educação interprofissional no Kings College London, London University. Professora Sênior. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7062074048893763>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2797-0918>

Oman Souza Siqueira

Agente Comunitária de Saúde (Técnica pelo Programa Saúde com Agente). Atua há cinco anos no território da Vila Gaúcha e Vila Cruzeiro. Técnica em RX pela Escola Estadual Técnica em Saúde, no Hospital de

Clínicas de Porto Alegre, técnica em Gerência em Saúde pela mesma Instituição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Patrícia Grace Léfa

Gerente de Serviços de Saúde na US Vila Cruzeiro, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil (2008), Pós-graduação em Estratégia de saúde da Família pela ULBRA, Pós Graduação em Licenciatura do Ensino Superior pela IERGS, Pós Graduação (incompleta) em Enfermagem do Trabalho, atualmente realizando a formação do Curso de Promotores da Saúde da População Negra. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora Associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1885442160941630>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4653-5732>

Roselene Vargas Neves

Agente Comunitária de Saúde, Unidade de Saúde São Gabriel. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Saionara Araujo Wagner

Médica Veterinária. Doutora em Ciências Veterinária, área de concentração Medicina Veterinária Preventiva/Epidemiologia, Saneamento e Profilaxia e mestre em Ciência Veterinárias, área de concentração Medicina Veterinária Preventiva. Professora Associada do Departamento de

Medicina Veterinária Preventiva. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Alimentos de Origem Animal (PPGAOA) da Faculdade de Veterinária Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0555273106861409>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9862-9357>

Susiane Freitag

Gerente de Atenção Primária, Unidade de Saúde São Gabriel e Nossa Senhora das Graças. Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Residência Integrada em Saúde – ênfase em Saúde da Família e Comunidade (GHC). Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Saúde Informadas por Evidências (Hospital Sírio Libanês). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-151-9



9 786554 162151 9