




CARTOGRAFIA SOCIAL COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE INDÍGENA


SOCIAL CARTOGRAPHY AS AN EDUCATIVE STRATEGY TO INDIGENOUS HEALTH CARE INTEGRALITY

Maurici Tadeu Ferreira SANTOS* 

Vanessa Moreira HAQUIM** 

Pâmela Roberta de OLIVEIRA*** 

Ana Elisa Rodrigues Alves RIBEIRO**** 

Aécio Menezes NOGUEIRA***** 

Resumo: O presente artigo sistematizou experiências cartográficas, enquanto metodologia ativa na educação em saúde, visando qualificar a integralidade do cuidado, tomando-se como referência as atividades do curso de especialização em saúde indígena da Universidade Federal de São Paulo em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, na modalidade à distância. A metodologia integrou dois eixos: o primeiro, mais estrutural, representado pelo modelo de uma cartografia social, organizado para analisar aspectos de um dado território, e o segundo, mais conjuntural e complementar, fundamentado no modelo da vigilância em saúde preconizado na atuação das equipes multiprofissionais de saúde indígena, onde a integralidade se insere como um conceito-chave. Concluiu-se que a sistematização se mostrou eficiente, facilitando a articulação entre os conhecimentos, com procedimentos acessíveis, simplificando o processo pedagógico e se colocando como estratégia na educação em saúde e na qualificação da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde Indígena. Integralidade. Cartografia Social. Metodologia Ativa. Vigilância em Saúde.

Abstract: Through reliance on a systematization of social cartography, as an active methodology, the article aimed to qualify the integrality of care within the health education field, by using activities from the specialization course in indigenous health of Universidade Federal de São Paulo in partnership with Universidade Aberta do Sistema Unico de Saude, in distance modality. Methodology integrated two axes. The first, more structural, represented by a social cartography model, organized to analyze aspects of a given territory; and the second, substantiated over the health surveillance conjuncture, as a supplementary guide, expected in the actions of multi-professional indigenous health teams, where the integrality of care assumes a key concept. We concluded that the systematization proved to be efficient, facilitating the articulation among acquirements through accessible procedures, simplifying the pedagogical processes as a strategy in health education, as well as in qualifying integrality of care.

Keywords: Indigenous health education. Integrality. Social cartography. Active methodology. Health surveillance.

Submetido em 19/08/2024. Aceito em 27/03/2025.

* Doutor em Ciências. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP e Escola Paulista de Medicina-EPM. E-mail: mauricitadeu@gmail.com

** Integrante da equipe do programa de extensão 'Projeto Xingu' da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) desde 2007, mestre em ciências pela Unifesp (2017) e coordenadora de tutoria do Curso de Especialização em Saúde Indígena pela Unifesp/UNASUS. E-mail: vanessa.haquim@unifesp.br

*** Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – ICBS. Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Campus Universitário do Araguaia – CUA. E-mail: pamela.oliveira@ufmt.br

**** Docente junto ao Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP. Graduação em Odontologia e em Pedagogia. Mestra em Ciências e Doutora em Promoção de Saúde. E-mail: ana.elisa.alves@usp.br

***** Docente e tutor em EAD pela UNA-SUS UAB. Enfermeiro sanitaria. Doutorando especial pelo Programa Interunidades de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Enfermagem. E-mail: aecio_menezes@hotmail.com



Introdução

O curso de especialização em saúde indígena (CESI)

O curso *lato sensu* de especialização em saúde indígena é ofertado na modalidade à distância pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) desde o ano de 2014, tendo já formado 537 especialistas nesses 10 anos de existência. O período do curso é de 15 meses, totalizando 440 horas, sendo a mediação do processo pedagógico articulada por um tutor-docente que acompanha, em média, 25 estudantes. As sete disciplinas do curso, integradas a temas transversais e longitudinais, remetem-se diretamente à prática da atenção primária em saúde indígena: Adaptação ao Ambiente Virtual de Aprendizagem e Introdução aos Povos Indígenas; Política e Organização dos Serviços de Saúde Indígena; Antropologia e Saúde; Epidemiologia e Vigilância em Saúde; Práticas de Atenção Primária em Saúde Indígena; Processos Educativos em Saúde Indígena e Orientação para Elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) possui espaços modulares que contemplam salas de aulas temáticas; espaços de convivência e de interação virtual; biblioteca; ambientes de conferências, para citar algumas facilidades. O AVA é operacionalizado pelo sistema *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* (Moodle), permitindo a integração de conteúdos disciplinares, além de auxiliar na navegação virtual; na localização e no acesso a hiperlinks; aos Estudos de Casos e aos *Massive Open On-line Courses* (MOOCS), que as universidades, em parceria, oferecem na mesma temática (Santos; Lemos; Oliveira, 2022, p. 26).

Educação em saúde indígena e a integralidade do cuidado no contexto do modelo de vigilância em saúde

Acreditamos que a finalidade precípua da educação é a transformação do sujeito em suas relações e reflexões consigo mesmo e com o meio no qual se relaciona, ao qualificar o conhecimento e aplicá-lo em sua formação humanística, possibilitando o desenvolvimento da prática da cidadania, equidade, inclusão e socialização. A educação permanente ‘em’ saúde e ‘para’ a saúde, de modo continuado, sistemático e em constante diálogo com a realidade, pode ser compreendida como princípio estruturante e fundante, quando pensamos na integralidade do cuidado indígena.

Inserida em um conjunto de práticas pedagógicas que confluem ao objetivo do bem viver e em sua intersecção com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação em saúde se propõe a ter, como sustentáculo, o caráter participativo, libertador e emancipatório, que atravessa vários marcos epistemológicos, necessários a olhares interdisciplinares e transdisciplinares.

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, essa ação educativa se consolida não só como fundamento desejado, mas sobretudo e de forma imprescindível, como garantia dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização, da participação e do controle social (Brasil, 2007, p. 22). Para atingir tais atributos, deve ser aplicada de maneira sistemática por meio de processos pedagógicos coerentes, e se autoqualificar continuamente, *pari passu* à evolução e ao desenvolvimento do conhecimento no campo.

Como uma das principais âncoras do SUS, a integralidade do cuidado reflete a saúde e a educação como parte da formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos constitucionais (Brasil, 1988, pp.1-578) fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometam o desenvolvimento da pessoa e da coletividade. Significa, igualmente, o provimento de ações em saúde que devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos e agravos. Logo, tais ações devem, necessariamente, promover a articulação com outras políticas públicas, no contexto da intersetorialidade (Brasil, 2024).

Uma das premissas da ação e da atenção integral do cuidado, no contexto dos processos educativos aplicados em saúde, é seu caráter abrangente e influenciador enquanto construto normalizador e organizador do SUS, que deve se apresentar, tanto nos debates quanto nas práticas do campo, em sua condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano.

O forte apelo do conceito educativo e da integralidade, na abrangência do modelo de vigilância em saúde, habilita, nos profissionais, os movimentos de escuta qualificada à pessoa, entendendo-a como inserida em um contexto social próprio e, a partir desse horizonte, arregimentar-se no propósito precípuo de atendimento às situações de vulnerabilidade e às necessidades em saúde (Fiocruz, 2024). Destarte, tais premissas se coadunam com o objetivo de sensibilizar, conscientizar e mobilizar ações para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que impactam na qualidade de vida (Salci *et al.*, 2013, p. 225).

Os serviços públicos têm demonstrado grande dificuldade em lidar com a complexidade da atenção individual e coletiva, particularmente em estratos sociais culturalmente diferenciados, como o indígena (Carvalho; Cunha, 2006, pp. 837-868). Em busca da integralidade devemos pensar uma atenção centrada na pessoa e em seu contexto sociocultural e não apenas na doença, e que agregue ações continuadas de promoção, prevenção, cura e reabilitação por meio do trabalho em equipe orientado para famílias e comunidades.

O cumprimento de um modelo de atenção à saúde que dialogue com as metas do cuidado integral na Atenção Primária em Saúde (APS), dentro da perspectiva da vigilância em saúde, passa pela adoção e pelo comprometimento do trabalho em equipe e interprofissional; resolutivo em grande parte pelas propriedades interdisciplinares e intersetoriais, certificando-se do acolhimento e do atendimento às especificidades inerentes às populações adstritas.

Os lugares onde as ações em saúde indígena são desenvolvidas, se apresentam compostos de múltiplos aspectos, tais como os: geográficos, demográficos, históricos, políticos, espirituais, culturais e sociais, para citar alguns. Assim, são necessárias aproximações mais inteligíveis de imagens territoriais para o aprimoramento de seus atores. Os variados elementos observados e vividos naqueles espaços, impulsionam-nos a refletir sobre possíveis instrumentos que captem com maior confiabilidade as atualidades e as tendências de uma configuração territorial para o ensino (Costa, 2016, p. 76). Para que isso ocorra, é essencial a instrumentalização dos processos educativos, de forma a compreender as temáticas e as ferramentas adequadas, tais como a escolha da abordagem didática; as estratégias pedagógicas; as metodologias ativas e problematizadoras; a abordagem dos conceitos de comunicação em contextos interculturais; as teorias do conhecimento e da aprendizagem, entre outras que os referidos processos abranjam, promovendo a disseminação da informação e do conhecimento a partir de uma vivência que faça sentido e seja significativa aos atores implicados.

Daí pensarmos na possibilidade de operacionalizarmos metodologias ativas no campo da educação em saúde, capaz de sustentar e permitir a análise de territórios indígenas, a partir de atividades disponibilizadas em edições no AVA do CESI. Entendemos que tais dinâmicas, aplicadas ao reconhecimento do território, apresentam-se como um oportuno e adequado instrumento de visualização e de referências, como também de utilidade, ao expor obstáculos e conflitos, gerando circunstâncias propícias ao surgimento de soluções criativas e de interesse da comunidade estudada.

Essa constatação reforçou nossa intenção em sistematizar um roteiro de cartografia social como uma contribuição aos processos pedagógicos, dentro de um conjunto de práticas de ensino focadas na participação ativa, onde os atores tornam-se protagonistas das próprias biografias e ações no processo de aprendizagem e de reconhecimento das relações que envolvem seus cotidianos (Meroto *et al.*, 2024, p. 154). De maneira similar, estimulou e encorajou a produção do conhecimento de maneira colaborativa, explorando problemas da realidade que se impõem, aplicando o conhecimento de maneira prática e resolutive (Behrens, 2013).

Tivemos, então, a proposição de eleger como objetivo precípuo nesse artigo, a sistematização de atividades e leituras obrigatórias no AVA do CESI que dialogassem com temas envolvidos na observação e na descrição de componentes dos territórios indígenas, entendendo que quanto maior e mais qualificada ocorresse a apropriação dos elementos de um dado território, maior seriam as chances da inclusão de ações abrangentes; imprimindo um impacto direto no desenvolvimento da qualificação da integralidade do cuidado.

1. Metodologia

1.1 Cartografia social

A cartografia social pode ser compreendida enquanto método e prática, permitindo a construção de saberes sobre um dado território, utilizando-se para isso técnicas e instrumentos que contemplem a descrição de um dado local de observação e vivência. Para o ensino, apresenta-se como uma metodologia ativa, na medida em que se fundamenta na pesquisa-ação-participativa, ao descrever relações que se estabelecem num determinado espaço e tempo e fortalece os relacionamentos entre o observador e o que é observado, horizontalizando a participação entre os diversos atores envolvidos.

As metodologias ativas, tais como a cartografia social, participam como início de construção de um dado saber, convergindo “para processos mais avançados de reflexão, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas” (Moran, 2015, p. 18). Permite, como tecnologia social, não apenas a apreciação e a consolidação de informações, porém, e sobretudo, a expressão de uma análise situacional, “sempre envolvendo a ideia da produção do espaço, sua organização e distribuição” (Catrib; Oliveira, 2010, p. 401).

Segundo Brunet (2001, p.578) a elaboração cartográfica social tanto pode ser entendida como “resultado do processo de representação das estruturas elementares da realidade, como ferramenta do processo cognitivo de generalização”, e que os modelos cartográficos e de mapeamento não são abstrações, mas o produto de procedimentos de apreensão relacionais do mundo sensível (Brunet, 2001, p.578).

Entendemos que o processo cartográfico não deva se prestar apenas à ilustração e à facilidade comunicativa, como a elaboração de mapas, por exemplo. Possibilita, igualmente, suporte para a apreciação, avaliação e correlações de componentes espaciais e temporais de uma determinada situação. Pretende-se, assim, que os produtores, ao estarem expostos a suas realidades, exerçam um papel ativo de interpretação, de correlação e de avaliação da área estudada, aspecto favorecido na metodologia de ensino proposta em saúde indígena, e que dialogue, igualmente, com as proposições de territorialização que estão colocadas na própria construção dos modelos de atenção do SUS e da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A partir da observação e descrição dos elementos constitutivos de um determinado espaço, os elementos observáveis e simbólicos vão sendo impressos e visualizados em um mapa, composto de variados aspectos e dimensões, de onde, lenta e gradualmente, vão se revelando as relações e as transformações socioculturais pelas quais passa um dado grupo social. Desta maneira é possível acompanhar a construção do conhecimento e de saberes, compartilhada e cooperativa, desencadeando processos dinâmicos e potentes de comunicação entre os produtores. Portanto, a cartografia social permite expor tipos de saberes que se misturam para chegar a uma imagem coletiva do território, possibilitando a elaboração de mapas diacrônicos

ou sincrônicos, abordando variadas temáticas, tais como “mapa administrativo e infraestrutural, mapa econômico, mapa ecológico, mapa de relações em rede e mapa de conflitos” (Costa, 2010, p. 6).

A cartografia social apresenta-se como uma proposta de forte apelo colaborativo, podendo ser ofertada e construída em diversos modelos interativos, tais como em: oficinas e encontros temáticos, grupos de saberes e debates, grupos focais, jogos e dramatizações, rodas de conversas, vivências e imersões entre outras possibilidades; entendendo a construção do mapa como epicentro de motivação, de reflexão e de redescobrimto do território em um “processo de consciência relacional, convidando os habitantes de um determinado território a falar sobre si mesmo e suas territorialidades” (Costa, 2010, p. 6).

Nesse sentido, a elaboração de um processo cartográfico, inclui o reconhecimento das associações de parâmetros ligados ao movimento de grupos a partir da produção da vida que se desenrola dentro de uma área demarcada (Santos, 2014, p. 38). Igualmente, pode exercer um papel instrumental e facilitador no intercâmbio de informações, de conhecimentos e de saberes, ao traduzir mapas mentais em representações e ilustrações gráficas correspondentes às localizações, às identificações, e às percepções dos motivos e modos de como se formam e se conformam as relações resultantes das realidades observáveis.

1.2 Modelo de vigilância em saúde como eixo conjuntural complementar

Nossa metodologia incluiu, como eixo adicional, o modelo de vigilância em saúde, por reconhecer nele um lastro na conjuntura das atividades de ensino das Equipes Multiprofissionais em Saúde Indígena (EMSI) às quais os estudantes estão vinculados. Dito em outras palavras, acreditamos que a sistematização, tal qual ensejamos, será mais efetiva e robusta se amparada nos conceitos e métodos que o modelo de vigilância alberga, como um ‘norte’ ou marco referencial e relacional. Agregue-se a isso, o fato de que o referido modelo se encontra alinhado à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), cuja operacionalização habilita e coopera no enfrentamento e superação de obstáculos, transpondo barreiras para a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade, para a cidadania (Pinheiro; Matos, 2004, 2005a, 2005b, 2005c, pp. 1-184).

Ao incluirmos a vigilância em saúde como um construto complementar e de apoio conceitual-metodológico, redobramos os esforços à nossa própria vigilância e dedicação epistemológica, nos lembrando, recursivamente, da importância de estabelecermos laços efetivos na produção de conhecimento em conjunção com um modelo de atenção apropriado, assegurando maior completude e significado na qualificação no trabalho em saúde indígena. Essa diligência e zelo, significa, adicionalmente, a necessidade de revisitação sistemática e permanente de nossa própria práxis, na busca incessante da integralidade e de outros distintos atributos desejados, como a continuidade e a linha do cuidado centrado na pessoa/família/comunidade-território, a equidade, a universalidade, o projeto terapêutico singular ou

comunitário, a potência de vida, a corresponsabilidade, o bem viver, a sensibilidade intercultural, a autonomia e empoderamento dos sujeitos, o vínculo, a escuta qualificada, o acolhimento, o conceito de clínica ampliada e a acessibilidade; sempre com a relevante presença e contribuição dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).

1.3 Roteiro metodológico da sistematização

Nesse item, apresentaremos o roteiro de sistematização dos conteúdos selecionados por conveniência, disponíveis em duas edições do CESI. A análise abrangeu a quinta e a sexta turmas da parceria UNIFESP/UNA-SUS, oferecidas durante o período compreendido entre os anos de 2021 a 2024, das quais foram extraídos materiais de leituras e atividades obrigatórias no AVA. Somadas, as duas turmas contaram com 280 estudantes, representando 33 dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos pelo território nacional. Para tal objetivo nos ancoramos em dois eixos: a cartografia social desenvolvida e adaptada por Santos, Gomes e Silveira (2016, pp. 411-430) e, complementarmente, o modelo de vigilância em saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde. Para facilitar e organizar o processo, criamos um roteiro composto por três níveis de leitura e que são esquematizados no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Níveis de leitura cartográfica segundo Santos, Gomes e Silveira (2016, p. 414)

Nível	Designação	Objetivos	Perguntas
1	Elementar	Localiza e Identifica	Onde? O Quê?
2	De correlação	Relaciona	Com Quem? / Com Qual? Por quê?
3	De síntese	Classifica e Tipifica	Como? Para quê?

Adaptado de Libaut (1975) e Guimarães e Ribeiro (2010)

Propomos que a sistematização seja elaborada coletivamente, atentando-se ao fato de que nem sempre os níveis devam ser seguidos necessariamente na ordem esquematizada, mostrando ser o processo adequadamente flexível e adaptável a variadas situações e disponibilidades de elementos necessários às oficinas e dinâmicas cartográficas.

O primeiro nível de leitura cartográfica, ou elementar, refere-se à fase inicial onde os participantes são requeridos a traçar os limites de fronteira da área a ser cartografada além de imprimir, no mapa, os objetos, os equipamentos sociais e elementos constituintes físicos pertencentes ao território em estudo.

Nessa etapa, busca-se demarcar áreas tais como: a região administrativa de um município ou a área geográfica representante de uma aldeia; uma porção de terra indígena; um território indígena demarcado e homologado; um ambiente recortado; a área de abrangência de um DSEI; de uma vila, um bairro; de uma Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI); de um Polo Base de Saúde Indígena (PBSI); de uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) e assim por diante.

Além da localização, busca-se identificar elementos presentes nas áreas, tais como: moradias; locais sagrados; de reuniões e de rituais; de preparação de alimentos, artesanato; locais de descanso, de festas; equipamentos sociais; organizações não-governamentais (ONG); aspectos geográficos e demográficos; presença de locais de atendimento da equipe de saúde; de ambulatório; de materiais, equipamentos laboratoriais e de instrumentos de coleta, instrumentalização e medição; de locais ou salas de uso específico multiprofissional (odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, assistência social, enfermagem, farmácia dentre outras áreas que possam compor a equipe multiprofissional); de locais de acolhimento, de encontro para atividades, dinâmicas, oficinas e decisões comunitárias; de torres de internet, de telefonia ou rádio transmissão; de caixas e bombas d'água; de locais de tratamento de resíduos sólidos e orgânicos; da presença de hortas; de roça; escolas; templos e igrejas; de atividades e construções da sociedade não-indígena no entorno etc.

Todas essas informações podem, então, ser transpostas para a cartografia social por meio de desenhos, ilustrações, gravuras, estampas, ornamentações, decorações, rabiscos, croquis, pinturas, decalques, grafismos, símbolos, sinais, recortes de jornais ou revistas ou a inclusão de outras manifestações criativas. Como suporte e base para as plotagens, são utilizadas plataformas como folhas amplas de papel, cartolinas, pranchas, lousas, painéis, canetas-destaques, lápis de cor entre outras ferramentas que ilustrem e destaquem os elementos observados e lembrados. Esse nível trata de responder às perguntas: 'Onde?' e 'O Quê?', acerca dos territórios de atuação dos estudantes.

O segundo nível de leitura cartográfica, ou de correlação, é formado a partir das associações possíveis ao se colocarem em relação as impressões registradas, tais como: a frequência dos temas imputados ao mapa; as inter-relações de proximidade ou de distanciamento entre os temas; as singularidades ou as séries etc. As representações acerca das relações podem ser realizadas de diversos modos, utilizando linhas cheias ou pontilhadas, cores diferenciadas ou mesmo alfinetes com bandeiras coloridas; sempre identificando o que esses distintivos significavam em termos de relação. Busca-se, exemplarmente, colocar em relação os elementos identificados e localizados no primeiro nível, como: com quais cada elemento dialoga ou se correlaciona; os motivos e os porquês de intervenções de caráter preventivo, como, exemplarmente, os meses 'coloridos' temáticos se relacionam com as proposições e intenções preventivas; com quais atores são compostas as equipes de atendimento; as inter-relações de profissionais e estudantes pertencentes a grupos de ensino, pesquisa e extensão acadêmica; relações entre modalidades de serviços ofertados em saúde; com quem são tomadas decisões nas aldeias; como se relacionam os saberes tradicionais e os biomédicos; quais relações podem ser inferidas na observação das regras e condutas culturais locais; quais relações podem ser estabelecidas entre os instrumentos/ações das equipes multiprofissionais com os instrumentos/ações da cultura local; inferências relacionais sobre as regras de parentesco; relações hierárquicas entre as lideranças; relações dos AIS e AISAN com as EMSI, entre outros exemplos. Todo esse aparato categórico procura se aproximar, o mais que puder, dos motivos destas relações, ou do porquê

funcionam do modo como são mapeados, e não de outro. Esse nível trata de responder às perguntas: ‘Com Quem’, ‘Com Qual?’ e ‘Por quê?’, e pode favorecer reflexões mais aprofundadas da própria realidade de trabalho em saúde indígena durante o desenvolvimento das atividades.

Por fim, o terceiro nível de leitura cartográfica, ou de síntese, significa a avaliação, apreciação e classificação, de maneira geral, da disposição finalizada do conteúdo plotado, capaz de servir como interpretação da diversidade. Nesse nível, a partir do material condensado ou consolidado, é possível notar a convergência de matrizes, sinais ou símbolos que ajudem a enfiar determinadas características mapeadas, expondo temas mais relevantes; antigos ou emergentes; colocando em relevo, amiúde, os obstáculos, as prioridades e as soluções possíveis. Esse nível trata de responder às perguntas: “Como?” e “Para quê?”.

A sistematização proposta, atingirá seus melhores processos e resultados quanto mais espaços de expressão e de interação represente e conceda o modelo de atenção à saúde em uso. Esse fato coopera no desenvolvimento mais produtivo e significativo das dinâmicas, ao ter como suporte um modelo que seja mais alinhado com a proposição de atividades de cunho colaborativo e acolhedor. Por essa razão, optou-se por incluir o modelo de vigilância em saúde preconizado como eixo teórico-metodológico complementar, alinhado ao princípio da integralidade. Sabemos que o modelo de vigilância em saúde se mostra presente em vários graus de completude nos territórios indígenas. Portanto, o temos como um instrumento em contínua construção, mostrando-se heterogêneo em cada realidade. O fato de o incluirmos como eixo adicional, complementar e apoiador em nossa metodologia, não significa afirmar, absolutamente, que o método sistematizado de cartografia social não possa ser levado a cabo naquelas realidades onde tal modelo inexistia ou que ainda se constitua parcialmente (como temos observado em muitas situações). Entendemos, pelo contrário, que resida aí uma excelente oportunidade para, exatamente, levantarmos a real viabilidade ou expressão, tanto quantitativa como qualitativa, da integralidade do cuidado.

De maneira que com essa abordagem metodológica, buscamos demonstrar a viabilidade de consolidar um conjunto de passos que represente mais fidedignamente o território, onde os atores exercitam suas habilidades e competências, não só como intérpretes, mas sobretudo como narradores protagonistas de suas próprias realidades e experiências.

2. Resultados e discussões

Nosso ponto de partida, de convergência e de fuga para a sistematização, foi a leitura compreensiva de quatro propostas de atividades e conteúdos disponibilizados no CESI. Nelas, os estudantes foram motivados a refletir sobre seus territórios; estimulados a pensar e a descrever as suas atividades de campo, considerando os contextos de espaço-tempo-pessoa em que as trocas e relações de trabalho em saúde se davam; tais como a atuação direta no território indígena; em uma CASAI; nos deslocamentos das EMSI em direção às aldeias, via terrestre, fluvial ou aérea; na transferência ou remoção de pacientes, entre outras.

Importante frisar que as atividades propunham a qualificação das ações e dos ‘diferentes olhares’ frente ao território de trabalho das equipes; a reflexão sobre a práxis em saúde indígena e, o desejo de que os participantes pudessem replicar modelos representativos territoriais, enquanto habilidades e competências dentro das ações propostas e promovidas em suas respectivas áreas de cuidado e de atenção à saúde indígena.

Espaço, tempo e pessoa foram, portanto, matrizes que permitiram identificar, localizar, correlacionar e enfeixar os elementos territoriais, resultando em um mapa transitório da existência enquanto sujeitos produtores e narradores de ações e conhecimentos, lembrando a máxima de que “o mapa não é o território” (Korzybski, 1933, p. 58).

Destacamos que os estudantes estiveram livres para narrar, filmar ou textualizar suas experiências, contanto que pudessem seguir um determinado roteiro básico de interatividade com os seus respectivos meios. Poderiam, também, caso optassem, usar mapas obtidos do *Google Maps*© como base para delimitação administrativa do espaço escolhido, no intuito de maior visibilidade e facilidade de localização e de demarcação dos elementos observáveis.

Aplicado à reprodução desse modelo em comunidades, é importante frisar que o facilitador ou condutor dos processos de mapeamento estivesse atento – naqueles contextos específicos de interação dialógica - a não impedir ou tirar a fala indígena, deixando livre sua expressão, contando com adequados parâmetros de mediação e facilitação, quando necessário, para o melhor aproveitamento das dinâmicas e das intervenções realizadas.

As atividades propostas no AVA traziam orientações estimulando os participantes a se munir de um diário de campo, um caderno, um tablete, uma caderneta, por exemplo, para facilitar a documentação de elementos da realidade empírica observável. As recomendações incluíam exemplos de registros da presença ou ausência de equipamentos sociais; de equipamentos e serviços em saúde; de organizações não-governamentais (ONG); de templos ou igrejas; de aspectos geográficos e demográficos; da biodiversidade; de locais de descanso, festas, mutirões, reuniões comunitárias, banho, caça, pesca, agricultura, canto, reza, pajelança, reclusão, iniciação, rituais de passagem; de decisões políticas; de rotas de saída e de entrada às comunidades; de áreas degradadas, estradas, madeireiras, garimpo, agricultura extensiva no entorno etc.

Recomendava-se, igualmente, que eles pudessem traçar linhas de conexão, ao unir objetos e equipamentos às pessoas ou aos seus parentes; que elaborassem correlações entre certos agravos e vulnerabilidades face à proximidade com a sociedade envolvente; que identificassem possíveis determinantes sociais da saúde; que tentassem relacionar situações interétnicas a padrões culturais; que exercitassem a associação entre mudanças climáticas com o modelo alimentar, aos agravos em saúde; que pudessem relacionar as ações colaborativas entre a EMSI e a comunidade com a resolutividade e desfechos em saúde etc. As legendas puderam ser usadas para descrever com quem ou com quais aspectos estavam se

relacionando os elementos impressos no mapa e a causa (ou o porquê, ou a hipotética e provável origem de uma dada relação).

Por fim, o roteiro orientava uma investigação reflexiva e crítica dos dados encontrados, buscando identificar padrões constantes ou variáveis, regulares ou irregulares nas repetições, bem como avaliar se os achados se aproximavam ou se distanciavam em relação à uma dada pergunta de partida ou hipótese. Esse processo resultou na possibilidade de agrupar e sintetizar temas, tais como: o alinhamento de hierarquias; o tipo de fluxo de rota de informação na comunidade; o tipo de organograma ou de sequência de eventos impactantes; prováveis nexos causais entre saúde e meio ambiente; fatores de geração e contra geração de comandos; de dominância e de submissão; de afinidade ou distanciamento de parentesco; de subsistência alimentar; de divisão de trabalho; de um possível diagnóstico de vulnerabilidades e de morbidade, consolidação ou enfeixamento das ações em saúde frente aos objetivos da integralidade do cuidado, dos pressupostos do modelo de vigilância em saúde e da PNASPI etc.

Com essas instruções e facilitações, poderiam ser identificados tons, padrões ou perfis, o que contribuiria para uma estimativa de questões, por exemplo, mais epidemiológicas e ambientais, ou de aspectos do trabalho, da política ou da cultura; como tipologias de representatividade nos conselhos locais ou distritais e na interação com outros grupos étnicos; alinhamento em maior ou menor grau com os aspectos políticos no contexto das lideranças indígenas e das dinâmicas de sociabilidade, entre outros tópicos exemplares. As atividades possibilitavam, também, a incorporação de ações emotivas, simbólicas, espirituais, ritualísticas, sensíveis e de sentimentos enquanto um território composto de subjetividades. Isso englobaria expressões artísticas e de improviso, de sensações; de memórias e de registros ancestrais.

A partir da utilização destas atividades, como um instrumento dialógico, tornou-se factível acompanhar as mudanças do modo de viver, permitindo uma aproximação mais profunda na atribuição de sentidos e significados ao espaço, ao tempo e às pessoas em relação. Pudemos observar e melhor compreender pontos de ligação; de fortalecimento ou enfraquecimento de laços; de riscos e vulnerabilidades; zonas de conflito e de superação; de ordem e de desordem, envolvendo processos de comunicação, de diálogo e de acolhimento às narrativas de todos os atores envolvidos, e, a partir do conjunto dessa análise situacional, abrir possibilidades de proposições e instrumentalização de ações mais adequadas, coerentes e resolutivas frente às necessidades em saúde.

Relevante destacar que apoiamos a presença e a operação do modelo de vigilância em saúde, no contexto do processo de trabalho das EMSI, por garantir ambientes favoráveis à expressão voluntária dos participantes, na medida em que pelo menos alguns de seus atributos fornecem suporte, liberdade de expressão e de experiência, ao compor, conformar e contemplar cenários de trabalho de abordagem cooperativa e intersetorial durante a elaboração das atividades, além de seu caráter metodológico de referência e de padrão normativo.

A ideia da sistematização conseguiu, ao agrupar as atividades elencadas, facilitar o processo de registro e melhor compreender o papel e relevância do observador da realidade descrita, vendo-o como um agente transformador, contribuindo, desta forma, no fortalecimento da articulação comunitária diante de problemas existentes em seu cotidiano (Costa, 2016, p. 78). Ao ampliarmos as oportunidades de expressão coletiva por meio de uma cartografia social, além do fortalecimento de laços sociais de seus atores (Lima, 2010, pp. 1-73), estimulamos o vínculo e o pertencimento, abrindo percursos para melhor compreendermos as prioridades em saúde de uma dada comunidade.

Certamente o processo de sistematização apresenta riscos, uma vez que é inerente à natureza do método. Os participantes poderiam alcançar áreas com delimitações incertas ou equivocadas; zonas onde não pudessem encontrar limites claros de fronteiras ou de associações confiáveis, entre outras dificuldades. Porém, tais conjecturas e hipóteses, antes de serem entendidas com obstáculos, serviram de material valioso para identificação de determinados pontos e conceitos-chave relacionados no trabalho em saúde indígena. Com o desenvolvimento e prática deste método, novos dados e novas observações – resultado de aproximações sucessivas – ajudarão a sustentar prerrogativas e hipóteses, imbricando-se de maneira a validar ou não determinadas associações ou correlações.

Conclusão e comentários, à guisa de síntese

Em contextos interculturais, a cartografia social vem ganhando espaços, sendo utilizada enquanto prática de acompanhar processos; não apenas da representação objetiva do espaço geográfico, porém incluindo características intersubjetivas; estas últimas podendo ser justificadas pelo simples fato de que quando inseridos, pertencidos ou vinculados a um determinado território, os participantes não conseguem se referir ao território sem falar deles próprios.

Nossa sistematização esteve em consonância com o projeto político pedagógico do curso, ao desenvolver ferramentas ativas em variados cenários e oportunidades no processo de ensino-aprendizagem. Serviu, oportunamente, como estratégia formativa para o profissional de saúde que se vê iniciando suas atividades em áreas ainda não tão bem conhecidas.

Pensamos que a sistematização pôde, igualmente, encorajar a auto avaliação ou auto apreciação de nossos próprios modos de ser no campo da docência e, para o aprendiz e sua atuação em saúde, no reconhecimento da existência de outras formas e maneiras de organização dos espaços de saúde, de ver o corpo; de ver o processo saúde-doença; de seguir múltiplos e diferenciados itinerários de cura e de autocuidado; além das experiências resultantes das relações socioculturais dentro de um território onde se habita ou se desenvolve intervenções; envolvidos na coexistência e confluência de diferentes culturas. Pôde também, como vimos, resultar na identificação de barreiras aos serviços e ao cuidado, revelando um diagnóstico situacional acerca do efetivo cumprimento da integralidade e da constitucionalidade.

A partir da avaliação processual desse longo e complexo trajeto, concluímos que o método de sistematização de uma cartografia social, aplicado à formação ‘para’ e ‘na’ saúde indígena, se apresentou útil, interativo e eficiente, ao facilitar a articulação entre saberes e conhecimentos, por meio do estabelecimento de procedimentos acessíveis, simplificando o processo pedagógico e se colocando como adequada estratégia ‘na’ e ‘para’ a educação em saúde, impactando diretamente na qualificação dos sujeitos profissionais estudantes do CESI.

Referências

BEHRENS, Maria Aparecida. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 70 p, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Educação em Saúde**. Disponível em Portal Gov.Br. 2024: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse/diretrizes>. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRUNET, Roger. **Le déchiffrement du monde**. Paris: Belin, 2001.

CARVALHO, Sergio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Campos et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec/ Fiocruz, p.837-68, 2006.

CATRIB, Paula Regina Virgínio Moraes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. A Cartografia na Enfermagem: Uma proposta de abordagem metodológica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 399-405, abr./jun. 2010.

COSTA, Manuel Messias Moraes. Conhecendo a cartografia social: técnicas, vantagens e limitações. *In: O Professor PDE e os desafios da Escola Pública Paranaense*. Produção didático-Pedagógica. Volume II. Caderno Temático. Universidade Federal do Paraná. 30p. 2010. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2010/2010_ufpr_geo_pdp_manuel_messias_moraes_da_costa.pdf Acesso em: 11 ago. 2008.

COSTA, Nátane Oliveira; GORAYEB, Adryane; PAULINO, Pedro Ricardo Oliveira; SALES, Licia Benicio; SILVA, Edson Vicente da. Cartografia social uma ferramenta para a construção do conhecimento territorial: reflexões teóricas acerca das possibilidades de desenvolvimento do mapeamento participativo em pesquisas qualitativas. **Acta Geográfica**. Boa Vista: Edição Especial, V CBEAGT, p. 73-86, 2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pense mais SUS**. A reflexão fortalece essa conquista. Integralidade, 2024. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 22 jul. 2024.

GUIMARÃES, Raul; RIBEIRO, Helena. O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.13, n.4, p.577-86, 2010.

KORZYBSKI, Alfred. **Science and sanity**: an introduction to Non-Aristotelian systems and general semantics. New York City: The International Non-Aristotelian Library Publishing Company, 836 p., 1933.

LIBAUT, André. **Geocartografia**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.

LIMA, Lucas Pereira das Neves Souza. **Mapas sociais**: propostas e perspectivas. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Geografia] - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Brasília, 73p., 2010. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/1432/1/2010_LucasPereiraNevesSouzaLima.pdf. Acesso em: 11 ago. 2024.

MEROTO, Monique Bologna das Neves; BRAZ SOBRINHO, Benedito; GUIMARÃES, Christiane Diniz; SILVA, Claudia Kreuzberg da; SILVA, Jordana Romero; SOUZA, Maria Cristina de Borba Soriano; BATISTA, Moésia da Cunha; OLIVEIRA, Zenayre Mendes de. Metodologias ativas e o perfil atual do docente. **Revista contemporânea**. v. 4, n.1, p.1871-1888, 2018. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3042/2294>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MORAN, José. **Mudando a educação com Metodologias Ativas**. Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. 2015. Vol. III. Foca Foto-PROEX/UEPG, 2015.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2004.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005a.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005b.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben. **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/ Abrasco, 2005c.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; ROZZA, Soraia Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, jan./mar. 2013.

SANTOS, Maurici Tadeu Ferreira. **Diálogos de fronteira**: uma cartografia sociológica de revistas do campo da saúde coletiva. 2014. 278p. Tese [Doutorado em Ciências]. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Escola Paulista de Medicina (EPM), São Paulo, 2014.

SANTOS, Maurici Tadeu Ferreira; GOMES, Mara Helena de Andréa; SILVEIRA, Cássio. ~~#-at~~ Introdução a uma cartografia sociológica: a Revista de Saúde Pública, 1967 a 1977. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.411-430, abr./jun. 2016.

SANTOS, Maurici Tadeu Ferreira; LEMOS, Pablo Natanael; OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Uso de citações bibliográficas diretas e indiretas como fundamento teórico em fóruns virtuais de discussão. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**. [on-line]. Fortaleza, v. 7, número especial IV–27º Encontro da Rede UNA-SUS. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira, p. 25-34, jun. 2022. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/article/view/72272/226213>. Acesso em: 24 jul. 2024.

Contribuições dos autores:

Maurici Tadeu Ferreira Santos: Responsável pela concepção do estudo, elaboração da estrutura teórica e redação crítica do manuscrito. Ajustes normativos e de coordenação da escrita compartilhada.

Vanessa Moreira Haquim: Participou da revisão final do manuscrito, contribuindo para ajustes e refinamento da argumentação.

Pâmela Roberta de Oliveira: Contribuiu para a análise e interpretação das reflexões teóricas, redação crítica, aprimoramento e revisão do manuscrito, colaborando nos ajustes normativos para a submissão.

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro: Contribuiu para a análise e interpretação das reflexões teóricas, redação crítica, aprimoramento e revisão do manuscrito.

Aécio Menezes Nogueira: Participou da revisão final do manuscrito, contribuindo para ajustes normativos e de argumentação.

Agradecimentos à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS; à Coordenação da Tutoria e do Curso de Especialização em Saúde Indígena - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; à 'Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos' pela publicação do artigo “Introdução a uma cartografia sociológica”; à Profa. Dra. Mara Helena de Andréa Gomes e ao Prof. Dr. Cássio Silveira pelas valiosas colaborações na temática, desenvolvimento e sistematização do modelo sócio cartográfico e à Fundação de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.
