

A Contribuição da Territorialização na Atenção Básica na Formação Médica: Um Relato de Experiência

The Contribution of Territorialization In Primary Care in Medical Training: An Experience Report

Carlos Júnior Toebe Silva

Estudante do Curso de Medicina, Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: carlos.toebe@aluno.ufr.edu.br

Gabriela Tatibana Fukuya

Estudante do Curso de Medicina, Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: gabriela.tatibana@aluno.ufr.edu.br

Paulo Gabriel da Silva Mota

Estudante do Curso de Medicina, Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: paulo.gabriel@aluno.ufr.edu.br

Roger dos Santos Felix

Estudante do Curso de Medicina, Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: roger.felix@aluno.ufr.edu.br

Bárbara Grassi Prado

Doutora em Saúde Pública. Professora do Curso de Medicina, Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: barbara.grassi@ufr.edu.br



Resumo

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis, atuando em uma Unidade de Saúde da Família em Rondonópolis, Brasil, em 2021. Objetivando-se compreender o processo de territorialização e a sua contribuição no desenvolvimento do processo educativo de alunos de Medicina, durante suas práticas na Atenção Primária, os autores colheram as informações do território de abrangência da unidade por meio de busca ativa. Ao longo das atividades realizadas, os alunos obtiveram um íntimo contato com o processo de territorialização e suas etapas, além de perceberem a necessidade de esse processo ser uma ação contínua e multidisciplinar. Porém, apesar das ações desenvolvidas, identificaram-se dificuldades, principalmente relacionadas à falta de Agentes Comunitários de Saúde na unidade onde atuaram. Apesar disso, a experiência desses discentes com a territorialização da Atenção Básica permitiu-lhes entender a relevância de tal processo, aproximando-os dos usuários e do serviço de saúde e fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade, o que implicou positivamente em suas formações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Territorialização da Atenção Primária.

Abstract

This is an experience report of medical students from the Federal University of Rondonópolis, working in a Family Health Unit in Rondonópolis, Brazil, in 2021. Aiming to understand the territorialization process and its contribution to the development of the process education of medical students, during their practices in Primary Care, the authors collected information on the territory covered by the unit through an active search. During the activities carried out, the students had an intimate contact with the territorialization process and its stages, in addition to realizing the need for this process to be a continuous and multidisciplinary action. However, despite the actions developed, difficulties were identified, mainly related to the lack of Community Health Agents in the unit where they worked. Despite this, the experience of these students with the territorialization of Primary Care allowed them to understand the relevance of such a process, bringing them closer to users and the health service and strengthening the teaching-service-community integration, which positively implied in their formations.

Keywords: Family Practice. Primary Health Care. Territorialization in Primary Health Care.

Linha de extensão: Saúde

Área Temática: Saúde da família



Introdução

A Atenção Básica à Saúde, também denominada Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo servir de “porta de entrada” ao cuidado integral da população brasileira, promovendo ações de promoção, melhora e manutenção da saúde. APS tem seu trabalho baseado no território e, portanto, no processo de territorialização.¹ O planejamento da territorialização da APS do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se na década de 1990, mas a concepção de territorialização da atenção básica passou por uma evolução histórica, desde a implementação dos Distritos Sanitários, passando pelos programas Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chegando às Estratégias de Saúde da Família (ESF) e, por fim, às Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.^{2,3}

A equipe mínima constituinte de uma Estratégia de Saúde da Família inclui um médico generalista, um enfermeiro, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No entanto, a depender do município e do seu território de abrangência, a ESF pode contar com equipes de Saúde Mental, de Reabilitação e de Saúde Bucal, sendo a implantação desta última também norteadas pela Política Nacional de Saúde Bucal.⁴ De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), existem atribuições comuns aos profissionais da ESF, como participar do processo de territorialização, realizar o cuidado em saúde na unidade básica ou nos domicílios – a visita domiciliar – e em outros ambientes da comunidade e participar da EPS, e atribuições específicas a cada profissional.¹

Apesar de a organização das equipes em campos da saúde como hospitais e ambulatorios tender a apresentar-se sob a forma de integração multidisciplinar ou pluridisciplinar, esse cenário é diferente na ESF, onde deve haver integração inter ou transdisciplinar.⁵ O trabalho realizado na ESF é caracterizado pela interação interdisciplinar e pelo trabalho em equipe, de forma a garantir a valorização dos conhecimentos e das práticas para promover uma abordagem integral e resolutiva. Esse processo deve ser acompanhado por avaliações das ações que são implementadas, de modo a possibilitar sua readequação, quando necessária ⁶. A transdisciplinaridade, por sua vez, é o produto da interdisciplinaridade e do diálogo, caracterizando-se pela integração dos saberes.⁵



Destaca-se que a territorialização, na área da saúde, é o processo de reconhecimento de um território, isto é, uma prática que visa conhecer o ambiente, as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde de uma população – o que permite desenvolver ações em saúde voltadas à realidade populacional, uma vez que dentro de um território, pode haver áreas onde existe maior risco à saúde. Para além disso, trata-se de uma ferramenta de planejamento e de gestão no nível primário de atenção à saúde.^{7,8}

Na ESF, algumas características que definem áreas de risco incluem o acesso precário ou inexistente à água tratada, ausência de rede de esgoto ou de coleta de lixo, analfabetismo, desemprego, uso de drogas e violência. Essas condições tornam as populações mais suscetíveis a adoecer. Nesse sentido, a situação em saúde de uma determinada população em um território é caracterizada pelos problemas e pelas necessidades em saúde, que podem ser maiores ou menores, de acordo com as medidas de intervenção governamentais.^{7,9}

Contrapondo-se ao modelo médico curativo, em que as estratégias eram definidas pela demanda espontânea e visão fragmentada, especializada, medicalizada e centrada no papel do médico, o modelo da ESF centrou suas atenções na família e no território, trabalhando também com uma visão para prevenção de doenças e a promoção e assistência à saúde. Cada equipe inserida numa ESF deve ser organizada para atender uma determinada população em um território, considerando, portanto, a dinamicidade de cada região, bem como os três níveis de atuação, de acordo com a divisão do território: área, microáreas e moradias.⁷

Não há uma metodologia padronizada para o processo de territorialização, mas pode-se elencar três fases básicas: planejamento; coleta de dados e informações; e análise dos dados. A segunda fase é a mais robusta e trabalhosa. Ela pode ser realizada de quatro formas que se complementam: observações locais (*in loco*), busca de dados nos Sistemas de Informação à Saúde (SIS), checagem de prontuários nas unidades de saúde e entrevista com a população de um território. Durante a territorialização, é necessário utilizar essas diversas fontes para coletar os dados e informações necessários. Esses dados ou informações são



organizados em classes como os dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, socioambientais, infraestruturais, políticos e de acesso.⁷

As experiências em campo são fundamentais para a formação humanística dos acadêmicos de Medicina, visto que proporcionam o contato dos estudantes com a comunidade, compreendendo os principais problemas de determinado território e o papel dos profissionais que compõem as equipes da ESF, além da sua relevância para promoção à saúde. Além disso, a participação desses alunos no processo de transição do modelo biomédico para o modelo da ESF é especialmente válida.¹⁰

Desse modo, o curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR-MT) direciona a vivência na APS, sendo a territorialização presente na matriz curricular do segundo semestre, no módulo Interação Comunitária II, durante, portanto, o ciclo básico. Com isso, visa permitir o contato dos discentes com as práticas no SUS, além do entendimento acerca da importância e das dificuldades do processo de reconhecimento do território.

Neste contexto, esse relato de experiência visa descrever as atividades realizadas por acadêmicos do curso de medicina durante o módulo de Interação Comunitária II, bem como discutir a importância do processo de territorialização e da experiência de inserção na comunidade para os estudantes e para a população do território em saúde de uma ESF de Rondonópolis-MT.

Material e Métodos

Trata-se de um relato de experiência acerca da atividade de territorialização desenvolvida e vivenciada por estudantes de medicina, durante o segundo semestre da graduação, em 2021, no módulo de Interação Comunitária II. Nesse módulo, os alunos da turma, divididos em grupos de 7-8 indivíduos, devem reconhecer o processo de territorialização e vivenciá-lo em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Rondonópolis-MT. Uma vez que a USF não dispunha de agentes comunitários de saúde, oito alunos foram levados a campo pela docente, em subgrupos de 2-3 alunos de cada vez, e



aplicaram os conhecimentos teóricos obtidos durante as aulas e discussões do módulo para compreender a realidade local durante o processo de territorialização, que foi realizada no sentido USF-periferia do território.

Para realizar o processo de territorialização, foram utilizadas as fichas de cadastro individual e de cadastro domiciliar na atenção básica disponibilizadas pelo SUS. Ademais, utilizaram-se alguns questionários confeccionados pelos próprios alunos para complementar o conhecimento das principais potencialidades e fragilidades da população no território. Tais questionários contemplavam vinte e duas questões, distribuídas nas seguintes categorias: Características do território e da população (equipamentos sociais, necessidades de saúde, características sociais, culturais e demográficas, etc.); Cobertura da USF no território (qual a cobertura, delimitações de microáreas, impactos da falta de cobertura, estratégias para superar a falta de cobertura); Território do ponto do vista dos usuários (percepções sobre moradia e trabalho, acesso aos serviços de saúde, etc.); Território segundo a equipe da USF (percepções sobre o território, forma de territorialização realizada pela equipe, divisão de tarefas no processo); Coleta de dados pela equipe (formulários e sistemas utilizados, uso das informações coletadas, etc.); Gestão da USF (resolução de problemas em equipe, processo de trabalho, etc.).

Realizou-se o mapeamento do território, disponibilizando o mapa virtual para a equipe da USF e apresentando esse processo de territorialização e mapeamento em formato de seminário aos colegas, docentes do curso e equipe de Saúde da Família. Por fim, foi feita atividade de Educação Popular em Saúde (EPS), baseada nas doenças mais frequentes diagnosticadas na população do território mapeado.

O trabalho segue os princípios éticos para o tipo relato de experiência, sem exposição e identificação de pessoas, não sendo necessário, portanto, ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.



Resultados e Discussão

As etapas de planejamento e execução da territorialização são de competência essencial da equipe de ACS. Porém, devido à ausência de profissionais dessa classe vinculados à USF, os próprios alunos ficaram encarregados de iniciar esse processo. Durante o processo de territorialização, os alunos percorreram algumas ruas nos entornos da USF e realizaram a coleta de dados individuais e domiciliares da população ali residente. A atividade proporcionou o conhecimento das informações de somente uma pequena parcela da população adscrita, caracterizando uma atividade de reconhecimento dos instrumentos de coleta de dados e de inicialização do processo de territorialização.

Entretanto, os autores reconhecem a necessidade de continuidade do processo de territorialização, abrangendo todo o território de abrangência da ESF, uma vez que a territorialização apresenta-se como uma ferramenta fundamental que proporciona à equipe da ESF uma análise epidemiológica do território de abrangência da unidade de saúde e de sua população residente, levando em consideração o dinamismo dos componentes biopsicossociais do ambiente ao longo do tempo.²

Os alunos, previamente orientados pela docente pela discussão teórica de artigos, ficaram atentos aos diversos elementos constituintes do território, de forma a conhecer as características infraestruturais (condições de habitação, abastecimento com água potável, fornecimento de energia elétrica, coleta de lixo, existência de rede de esgoto, etc.), socioeconômicas (renda média mensal, quantidade de moradores por domicílio, etc.), epidemiológicas (principais doenças e agravos) e demográficas (idade, sexo, etc.) de sua população. Essas características representaram um importante indicador do acesso à saúde por parte da população e, conseqüentemente, da dinâmica do processo saúde-doença ali manifestada.

Os discentes puderam observar que se trata de um território em que as casas são de alvenaria, com água encanada, rede de esgoto, energia elétrica e coleta de lixo. As ruas, são, em sua maioria, asfaltadas, apresentando pontos em processo de asfaltamento. Além disso, a renda mensal familiar foi classificada, sobretudo, nas classes C e D. As informações



coletadas no território basearam-se nas entrevistas realizadas e no olhar da equipe multiprofissional da unidade. Todavia, dada a limitação provocada pela falta de ACS, essas observações não puderam ser generalizadas ao território como um todo.

Ressalta-se que, visando à realização da territorialização, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, as Fichas de Cadastro Individual e de Cadastro Domiciliar e Territorial, disponibilizadas pelo SUS.^{11,12} A Ficha de Cadastro Individual permite a obtenção de dados como a relação com o responsável pelo domicílio, ocupação, situação no mercado de trabalho, além de condições/situações de saúde. Já a Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial descreve a situação dos domicílios, incluindo condições estruturais, a situação de moradia ou posse e o acesso ao saneamento básico.

Essas fichas são importantes ferramentas para o fornecimento da informação em saúde, permitindo o conhecimento da situação econômica, social e epidemiológica em nível local.¹³ Todavia, por questões administrativas, manifestadas pela ausência de ACS, a população adscrita não está devidamente cadastrada.

De posse das informações coletadas, realizou-se a transcrição das fichas para a plataforma e-SUS. Essa plataforma compõe o Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) e tem, por finalidade, permitir o acompanhamento de cada usuário do território, mantendo essas informações integradas a outros sistemas do SUS e facilitando o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (eSF) por meio da automatização dos dados. A facilidade durante esse processo reside no fácil acesso à plataforma. Todavia, a ausência de ACS na unidade constitui um grande desafio à continuidade da territorialização.¹³

A USF dispunha de implementação recente do serviço de informatização da unidade com computadores e acesso às plataformas virtuais do SUS, tanto para o cadastro de usuários, quanto para a digitalização dos prontuários - anteriormente, manuscritos. A experiência de aplicação destas fichas possibilitou aos futuros profissionais médicos o conhecimento das principais informações coletadas pelos ACS durante o processo de cadastramento dos usuários.



Nesse íterim, no que se diz respeito ao profissional médico e aos acadêmicos, a imersão no processo de territorialização favorece a construção de um aprendizado baseado na prática e no estabelecimento de um vínculo entre os estudantes e a população.² Além disso, o conhecimento das fragilidades e potencialidades do território de abrangência da ESF permite ao médico entender a comunidade não só como um espaço onde há a presença de moléstias infecciosas e doenças crônicas, visão predominante no modelo biomédico, mas também como um espaço vivo que o ajuda a ampliar o entendimento sobre a medicina.¹⁴

Dessa maneira, a formação dos profissionais médicos inseridos na ESF e no âmbito da territorialização ultrapassa os domínios técnico-científicos da medicina, abrangendo todos os parâmetros sociais que edificam o vínculo com a coletividade ². E, nesse sentido, para garantir a aplicabilidade das estratégias e desenvolver intervenções em saúde eficazes na comunidade, é fundamental promover o processo de territorialização a fim de que seja possível obter um olhar mais amplo das condições do território e das características sociodemográficas nele presentes.¹⁵

Ademais, é importante acrescentar que a APS possui um papel muito importante no âmbito do SUS, sendo ela estruturante, regente e qualificativa nas práticas de cuidado. Para que esse papel seja feito da melhor maneira, foi instituída, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) que, por transcender todos os níveis de atenção em saúde, constitui uma política pública que deve estar presente em todos os aspectos do serviço, seja na perspectiva do usuário ou naquela do profissional de saúde, colocando em prática os princípios do SUS no cotidiano do atendimento.¹⁶

Assim, a PNH é constituída por alguns princípios e diretrizes, dentre eles: a transversalidade, estando ela inserida em todas as ações programadas do SUS; a indissociabilidade entre a gestão e atenção, onde usuários e trabalhadores precisam conhecer a dinâmica da gestão da rede de saúde; o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, reforçando a importância que o usuário e sua rede sociofamiliar possuem no tratamento; e, por fim, o acolhimento, onde a escuta e o cuidado são extremamente importantes. Ou seja, a Atenção Básica deve possuir um cuidado humanizado em todos os sentidos.¹⁶



Com vista a esta compreensão, os discentes aplicaram um questionário analisando as características preconizadas na PNH e assim, na experiência em questão, observou-se que a USF possui alguns equipamentos que auxiliam na humanização do serviço, como cadeiras confortáveis para os pacientes, ambiente bem iluminado (apesar de pequeno), com ar-condicionado, água filtrada e banheiro. Além disso, é perceptível que a equipe de saúde do local trabalha de maneira humanizada, tratando educadamente os usuários, os chamando pelo nome e realizando um acolhimento com escuta ativa, em busca do reconhecimento e cuidado de suas reais necessidades. Na realização das tarefas diárias, percebeu-se grande sintonia entre os profissionais, possibilitando a existência de um ambiente saudável de trabalho e convivência, o que também contribui para o alcance dos objetivos da PNH.

Como a PNH foi implementada com o intuito de garantir à população um atendimento mais ético, humanizado, integral e voltado ao usuário, tendo uma visão holística sobre seu processo saúde-doença, torna-se fundamental que haja uma equipe multidisciplinar para atender essa demanda.¹⁷ Na USF em questão, a limitação referente à ausência de ACS dificulta a coleta e a sistematização de dados relacionados à população desse território. Tal cenário inviabiliza a efetivação da atuação do ACS na APS, conforme preconizado pela PNAB, já que esse profissional é responsável por trabalhar com a adscrição de famílias em microáreas do território de abrangência da unidade de saúde e por cadastrar a população, bem como manter os dados atualizados.

A gestora da unidade relatou que a falta destes agentes gerava deficiência de informações e de conhecimento em relação aos moradores da região, impedindo a aplicação plena do PNH. Foram observados pontos a serem melhorados e que poderiam auxiliar na aplicação da PNH, como o fato de o espaço dentro da unidade ser relativamente pequeno e não comportar muitas pessoas sentadas; o número reduzido de profissionais na equipe de saúde, o que sobrecarrega aqueles supracitados; e o alto fluxo de usuários, o que acarreta um prolongado tempo de espera, e descontentamento destes.

Em relação à rotina de atendimento elaborada pelos profissionais, tinha-se: na segunda-feira, a manhã era reservada à livre-demanda e a tarde destinava-se ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos; na terça-feira, a manhã e à tarde eram



reservadas, respectivamente, à saúde da mulher e do homem; na quarta-feira, havia livre demanda pela manhã e atenção à saúde da criança pela tarde; na quinta-feira, depois da manhã de livre-demanda, o atendimento à tarde priorizava as gestantes; por fim, na sexta-feira, a manhã era preferencial à saúde mental, enquanto pela tarde havia visitas domiciliares (feitas pela enfermeira e pela médica) ou reuniões entre a equipe. No município, o PlanificaSUS está em processo de implantação, não contemplando, a priori, a unidade estudada, o que descaracterizaria os atendimentos voltados aos grupos.

Dentre as atividades a serem realizadas, estava o mapeamento do território, com destaque para os seus equipamentos sociais. A ESF não possuía um mapa, então a gestora da unidade solicitou ao coordenador da atenção básica do município, que disponibilizou um mapa virtual, que continha alguns erros e não havia a delimitação das microáreas. Desse modo, com base neste mapa virtual disponibilizado pelo município, nas informações coletadas pelos alunos e nas conversas com a equipe de Saúde da Família, os alunos conceberam um mapa virtual (Figura 1) utilizando a ferramenta Google Maps, da área de abrangência da USF, no qual destacaram-se os comércios (restaurantes, conveniências, supermercados, etc.), os equipamentos sociais públicos (uma escola, uma creche, praças e igrejas) e os dispositivos de saúde (a própria USF, o Centro de Reabilitação, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) e um hospital psiquiátrico). Esse mapa foi apresentado à equipe por meio de apresentação de slides, em que os profissionais puderam reconhecer a verdadeira dimensão do território, demonstrando interesse nesta intervenção.



Figura 1 - Mapa do território de abrangência da USF.



Fonte: Autoria própria (2022).

Conforme dados coletados em alguns prontuários e por meio de aplicação de questionários foram destacadas no mapa as localizações de moradias com pessoas hipertensas, diabéticas, gestantes ou com transtornos mentais. Como atividade do módulo, os alunos deveriam identificar algumas fragilidades no território e propor uma atividade de Educação Popular em Saúde (EPS). Devido a esse déficit de ACS na equipe, a gestora solicitou que os alunos analisassem os prontuários dos usuários individualmente e identificassem as comorbidades mais prevalentes, tentando, assim, levantar essas informações. O resultado esteve em sintonia com os dados nacionais, sendo as doenças mais prevalentes no território a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. A partir dessa análise, os estudantes



decidiram realizar a EPS voltada a essas duas doenças crônicas com potenciais riscos de complicações.¹⁸

Assim, a EPS foi concebida com o título “Dia de Conscientização e Prevenção de Hipertensão e Diabetes” e realizada durante uma manhã em agosto de 2021, na quadra de esportes de uma escola municipal situada na quadra adjacente à USF, integrante do território de abrangência. Houve boa adesão da população do território, fruto da campanha de divulgação nas mídias sociais e nos principais equipamentos sociais do território. As ações realizadas incluíram a aferição da pressão arterial, o exame de glicemia em jejum, o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e orientações nutricionais, devidamente supervisionadas pela docente nutricionista e por profissionais da unidade (médica, enfermeira e técnica de enfermagem).

Para a escolha do local da EPS, foram elencados os possíveis equipamentos sociais e de saúde que poderiam comportar a ação. Dentre eles, alguns se destacaram, como a praça localizada ao lado da unidade, o CAPS-AD, presente no quarteirão próximo à unidade, e a escola que fica na rua em frente à USF. A praça foi descartada porque a população-alvo era principalmente idosa e, por isso, a exposição desta ao sol não seria adequada, visto que não possui área coberta; já no CAPS-AD não foi possível estabelecer um bom horário para a ação. Com isso, o local escolhido foi a escola, onde a diretora e gestores foram bastante receptivos e disponibilizaram mesas e cadeiras, permitindo que a ação fosse realizada na quadra de esportes.

Assim, uma estrutura com “estações” foi montada, onde os participantes passavam por cada uma, sendo orientados e avaliados, incluindo instrução nutricional realizada por alunos convidados do Curso de Nutrição. Ao final, as pessoas que participaram avaliaram positivamente a ação e, dessa forma, considerou-se que os objetivos da ação foram alcançados com êxito.

Durante todas as atividades do módulo, os alunos vivenciaram o processo de territorialização e as atribuições de cada integrante da equipe de saúde. Como anteriormente mencionado, a ausência de ACS e suas essenciais atribuições, gera lacunas irreparáveis,



tanto no processo de aprendizagem quanto no andamento da ESF, pontuados ao longo desta discussão.

A equipe, formada por uma médica, uma enfermeira gestora da unidade, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de serviços gerais, tem seu trabalho prejudicado na ausência de ACS. Segundo a PNAB, cada integrante da equipe é essencial à atenção básica e à ESF na concretização dos seus princípios e diretrizes norteadoras.^{1,19}

Entretanto, os discentes destacam o reconhecimento do papel do enfermeiro como gestor da USF, de suas atribuições e empenho para gerir uma unidade na ausência de membros da eSF. A atuação conjunta da médica, alinhada à equipe como um todo, possibilitou aos futuros médicos a identificação do papel de cada integrante da eSF e da importância da atuação do médico na saúde da família, reconhecendo as potencialidades e fragilidades da atuação multiprofissional em uma Unidade de Saúde da Família.

Conclusões

A importância do processo de territorialização realizado pelos alunos de Medicina reside na aplicação do atributo de longitudinalidade da atenção básica, segundo o qual o cuidado com a saúde se estende para além do contato momentâneo dos usuários com os profissionais na unidade física, sendo continuado e personalizado às necessidades individuais. Esse atributo reflete o próprio princípio da equidade do Sistema Único de Saúde.

Destaca-se, ainda, a ímpar contribuição das atividades realizadas *in loco* para a formação humanizada dos acadêmicos, pautada na visão ampliada da realidade na qual a Medicina deve estar inserida, o que reflete em melhorias dos atendimentos prestados aos usuários do SUS.

Conflitos de interesse



Os autores declaram inexistência de conflitos de interesse.

Financiamento

Os autores declaram inexistência de fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

Referências

1. BRASIL. 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). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017.
2. SONA, L.; IDE, A. A.; EBLING, S. B. D. A relevância da territorialização como diferencial na formação médica e na atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 54, n. 3, p. e-173914, 2021.
3. FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020.
4. MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4, p. 956–961, 2010.
5. SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1685–1698, 2010.
6. PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 2, p. 265–271, 2009.



7. COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC, 2016.
8. CAMARGOS, M. A.; OLIVER, F. C. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1259–1269, out. 2019.
9. PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, v. 2, n. 2, p. 47–55, 2006.
10. JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 1345–1354, 2017.
11. BRASIL. Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial da Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Domiciliar_e_Territorial.pdf. Acesso em: 5 ago. 2022a.
12. BRASIL. Ficha de Cadastro Individual da Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Individual.pdf. Acesso em: 5 ago. 2022b.
13. MEDEIROS, J. B. et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Revista de APS*, v. 20, n. 1, 2017.
14. MACIEL, M. P. A. et al. Territorialização e a atenção básica: conhecimento adquirido na prática. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 5, p. 15125-15138, 2020.
15. PEREIRA, J. C. et al. A territorialização como instrumento para formação em saúde a partir de uma experiência de extensão popular. *Revista Educação Popular*, n. 13, p. 233-41, 2020.



16. BRASIL. Política Nacional de Humanização. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 5 ago. 2022.
17. BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 66, p. 123-127, 2013.
18. CAMPOS, T. S. P. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 4, n. 4, p. 251-256, 2016.
19. HERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3203-3212, 2013.