

Territorialização e a atenção básica: conhecimento adquirido na prática**Territorialisation and primary health care: knowledge acquired in practice**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-295

Recebimento dos originais: 15/09/2020

Aceitação para publicação: 24/10/2020

Mariana Pereira Augusto Maciel

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: marianapmaciel3@gmail.com

Maria Vitória Rodrigues Pita

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: vitoriapita3915@gmail.com

Gabriel Eufrauzino de Araújo

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: gabrieleufrauzino1@gmail.com

Bruna Lira Andriola

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: brunandriola123@gmail.com

Bianca Cabral Carvalho

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: biancaccarvalho17@gmail.com

Kevila Rebeca Lima Brasileiro

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: rebecabrasileiro2@gmail.com

Ângela Luciany de Souza Dias

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: angela.luciany@hotmail.com

Raissa Rackel Pinheiro dos Santos

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 - Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: raissarackel@gmail.com

Rayssa Galdino Cavalcante

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: rayssa_xd_@hotmail.com

Aralinda Nogueira Pinto de Sá

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Endereço: BR-230 Km 9 — Amazonia Park, Cabedelo - PB, 58106-402

E-mail: aralinda_nps@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo objetiva relatar a experiência em uma Unidade de Saúde da Família (USF) pelos acadêmicos de medicina, como instrumento da formação médica para o curso superior, a fim de relacionar os conceitos teóricos da territorialização, importância do cuidado da comunidade na atenção primária e a dinâmica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na microárea. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência em uma USF, que pertence ao distrito sanitário V da cidade de João Pessoa. Durante as práticas, houve a apresentação do território a fim de compreender se havia alguma barreira, área de risco ou equipamento social, assim como conhecer quais profissionais que atuam na Unidade, além do horário de funcionamento, realizou-se visitas no território com o auxílio da ACS e visitas em algumas residências para cadastramento. Através dessa experiência, foi demonstrado a importância da humanização médica, com empatia e vínculo aos usuários.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The following study has as an objective to report an experience at a Family Health Unit (USF) by undergraduate medical students as a tool to medical education at higher education, with the purpose to relate the basic concepts of territorialisation, the value of care in the community at primary health and the dynamic of Community Health Work (ACS) at micro-sectors. It is a descriptive research of the type of experience report at an USF which belongs to the health district V from João Pessoa. During the pratics there was an apresentação of the territory with the objective to understand the presence of any obstacles, risk areas or social device, as to get to know which professionals work at the unit, as well as the working hours. In addition, there was visit at the micro-sector with the assistance of the ACS and visitations at some residencies for enrollment. Trough thus experience it was shown how important is the medical humanization with empathy and bond to the users.

Keywords: Primary Health System, Family Health Strategy, Community Health Workers.

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da colonização do Brasil, o modelo eurocêntrico foi utilizado, de forma que sua cultura, religião e doenças implantavam-se de maneira compulsória no país. Assim, a migração foi um fator relevante para o processo de adoecimento e busca de cura, uma vez que, o direito à saúde não era concedido a toda a população ao estar restrita a classe mais superior financeiramente (SILVA; ANDRADE, 2014).

Sendo assim, os países discutiam como se dava o processo saúde doença e como desenvolver o cuidado. Conforme citado na Carta de Ottawa (1986) a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. As atuações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições sejam cada vez mais favoráveis.

Por consequência, períodos de turbulência sempre foram comuns na saúde brasileira, devido à ausência de um sistema que corroborasse com a integralidade, equidade e universalidade, por consequência disto, o Ministério da Saúde promoveu a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual é considerada um marco histórico na evolução do saúde pública ao debater a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, foi extremamente necessária para a formulação do Sistema Único de Saúde- SUS (PAIM, 2008).

Com isso, a Lei 8080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições tripartite, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, cuja importância é dada a promoção, proteção, recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (PAIM, 2008).

Assim, SUS institui em 2006 a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual sofreu ajustes no decorrer dos anos e, em 2017, estabeleceu na portaria n2436/2017 a revisão das diretrizes para organização da principal forma de cuidado no âmbito do SUS, visto que, países referências em na atenção primária possuem melhor resultados em saúde, além de reduzir os custos do governo ao obter uma promoção e prevenção efetiva de cuidados. Esta portaria ressalta que a equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, além de poder agregar dentistas, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico bucal e agentes comunitários de saúde, a fim de ser base, resolutivo, coordenar o cuidado e ordenar a rede. Logo, a Atenção Primária é considerada o nível primário e o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS, considera-se o primeiro contato com ações de caráter

individual, coletivo e familiar, e a ESF é o modelo prioritário a seguir, pois os profissionais conseguem atuar sobre as especificidades do território e no cuidado mais próximo à população (BRASIL, 2017).

A equipe deve estudar seu território para planejar melhor suas ações. Assim, ao se falar de territorialização, define-se território área, como a área de abrangência de uma unidade básica de saúde, a qual deve corresponder à corresponsabilidade entre da população e do poder público, por meio dos prestadores de serviços à saúde. A área é o espaço de atuação da UBS, formada por microáreas contendo em torno de 2400 a 4000 pessoas; território microárea é a subdivisão do território-área, cuja característica é concentrar condições socioeconômicas, ambientais e epidemiológicas mais homogêneas, para facilitar a implantação de programas e desenvolver a vigilância em saúde. Cada microárea deve contar no máximo 750 habitantes, que será a unidade operacional do Agente Comunitário de de Saúde - ACS (BRASIL, 2017).

Neste domínio, o território é entendido não apenas como espaço geográfico, mas como território processo, um espaço social no qual os homens, com suas características pessoais, se associam com outros homens, em movimentos sociais de transformação do seu território. Por isso que o reconhecimento das microáreas de risco é fundamental para estabelecer prioridades a serem trabalhadas pelas equipes de saúde, assim como para planejar ações adequadas aos reais problemas da comunidade, com isso, no território adscrito pode conter essas microáreas, tal conceito se dá para o espaço geográfico onde a população está mais vulnerável a apresentar problemas de saúde, devido às condições econômicas, ambientais, geográficas, demográfica e de infraestrutura. Outros exemplos podem ser a grande frequência de violência, desemprego e analfabetismo (BELO HORIZOTE, 2012).

Sobre a USF disponibilizar acesso universal, existem unidades que possuem barreiras, que limitam esse princípio do SUS. São conhecidas como dimensões de acessibilidade, conhecidas como: barreiras geográfica, econômica, funcional/organizativa e cultural. As barreiras geográficas (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada das equipes e o contato da comunidade com o serviço de saúde), funcional (devido a organização ou funcionalidade dentro da Unidade), cultural (pode dificultar a comunicação entre pessoas e ou organizações de diferentes etnias, valores e países) e econômica (a qual se relaciona ao financeiro, às vezes são prescritos medicamentos ou exames para o diagnóstico e tratamento da doença com valores altos e não estão nos orçamentos do usuário) (JÚNIOR, 2010).

Dessa maneira, pode-se considerar a Atenção Básica (AB) como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, ordenadora do cuidado e

coordenadora das ações e serviços disponibilizadas na rede, pois a mesma promove ações de promoção de saúde e ações no âmbito do SUS (BRASIL 2017).

Com efeito, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência prática em uma USF pelos acadêmicos de medicina do primeiro período, como instrumento da formação médica para o curso superior, a fim de relacionar os conceitos teóricos, no que diz respeito à territorialização e a importância do cuidado da comunidade na atenção primária e a dinâmica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua microárea.

2 MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelos estudantes do primeiro período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, tendo como objetivo descrever a vivência dos discentes em uma USF, ao apresentar os caminhos explorados e caracterizar as atividades realizadas durante o mês de março de 2020, sob supervisão do módulo de Atenção à Saúde I.

Previamente, para realização da prática, os discentes foram dispostos em um grupo de nove integrantes para atuação em uma USF no município de João Pessoa, a qual corresponde por uma unidade integrada, a qual acolhe dois territórios em apenas uma edificação. Destarte, foram realizadas visitas no turno da manhã no território área proposto e a prática aconteceu em duas etapas. Inicialmente para conhecer a estrutura física do serviço e as atribuições que cada profissional é encarregado de operar, seguindo de uma caminhada exploratória pelo território área de uma das USF para identificar suas microáreas, microáreas de riscos, equipamentos sociais, barreiras geográficas e demais elementos do território. Em outro momento para observar como é feito o processo de cadastro familiar e vivenciar a rotina de trabalho que um ACS desempenha.

Como instrumentos de coleta do trabalho foram realizadas anotações, registro de imagens, além de toda vivência em campo assistidos por um ACS, levando os alunos a vivenciarem na prática como tal profissional auxilia na logística de cadastramento dos usuários e a abrangência da área designada a cada profissionais.

O trabalho segue os princípios éticos para o tipo relato de experiência, sem exposição e identificação de pessoas ou serviços, não sendo necessário, portanto, ser submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP).

3 RELATO

Ao analisar a importância do surgimento do SUS, auxilia o entendimento do processo de territorialização e a necessidade do ACS. O SUS teve sua formação com a Reforma Sanitária brasileira, juntamente a diversas forças democráticas, tiveram grandes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre a saúde, assim, existiu a produção da reformulação do modelo assistencial vigente, com a criação de um novo modelo de saúde. Este veio com doutrinas, as quais são seguidas em todo país, baseia-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, que admite a participação do setor privado, esses princípios e doutrinas foram incluídos na constituição de 1988. Anteriormente, o acesso a saúde pública era proporcionado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual registrava as pessoas que de alguma forma contribuíssem com a previdência social, e quem não favorecesse era atendido por serviços filantrópicos (BARROS, *et al*, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; VIANA; POZ, 2008).

No ano de 1991, o Ministério da Saúde (MS) junto a secretarias estaduais e municipais implantaram o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que posteriormente foi intitulado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de alcançar a redução indicadores de morbimortalidade infantil e materna, teve início na região nordestina do Brasil. Com a criação de Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que substituiu o modelo tradicional com intuito de ter um certo apoio às práticas com ações integrais na atenção básica com posse de um afeto em relação a comunidade, ao contrário da retenção nas unidade

de saúde de modo que ocorre a espera de demanda de pacientes (BARROS,2010).

Com o surgimento do PSF, a categoria do ACS foi solicitada para ter atuação nas unidades básicas com intuito de ligar a comunidade ao serviço de saúde, a princípio não tinha destreza nem normalização profissional. Porém, mostrada a importância da sua função com sua estratégia para o fortalecimento da atenção básica, verificou-se a necessidade de treinar esses profissionais, e apenas em 2002 a profissão foi devidamente criada e regularizada de acordo com o lei, revogada em 2006 para que ajustes fossem realizados e no mesmo ano pela Lei Nº 11.350 houvesse a nova regulamentação (BARROS,2010).

Foi visto que o ACS exerce uma função de extrema importância, se incluindo na equipe de Saúde da Família (eSF), composta normalmente por médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e o próprio agente comunitário, que realiza os cadastramentos e acompanhamento nos territórios áreas (BARROS, *et al*, 2010).

A territorialização se aplica de maneira administrativa e gerencial na USF, principalmente para a demarcação de limites das áreas de atuação, instrumento de organização dos processos de trabalho, das práticas de saúde, e obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações (COLUSSI; PEREIRA, 2016). Esta é fundamental para o planejamento das ações da saúde, pois possibilita a identificação dos aspectos ambientais, sociais, demográficos, econômicos e principais problemas de saúde de determinada região, desenvolve-se em três aspectos: demarca o limite na área para ação dos serviços, compreende as características da população residente, assim como a dinâmica social naquela área e as relações com outros equipamentos sociais ou outros centros de referências como escolas (BARCELLOS; PEREIRA, 2006).

Sendo assim, um dos principais objetivos da territorialização no âmbito da USF é determinar os problemas e necessidades dos grupos delimitados, estabelecendo ações de saúde adequadas e resolutivas. Para Gusso e Lopes (2012), o território área constitui-se na local de abrangência de uma USF, que deve coincidir à corresponsabilidade entre a população e o Poder Público, por meio dos prestadores de serviços à saúde. A microárea é uma subdivisão do território – área, com objetivo de agrupar pessoas cuja características sejam as mais homogêneas como condições socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas, além de ser toda a unidade operacional do ASC.

No que se refere à unidade integrada do estudo, que pertence ao distrito sanitário V do município de João Pessoa. A unidade é composta por duas USF, onde cada uma tem seu território adscrito, é formada pelo conjunto de seis microáreas, sendo apenas três delas cobertas pelo ACS. As micr áreas são divididas em uma lógica de homogeneidade das condições epidemiológicas, ambientais e socioeconômicas no intuito de facilitar a resolução de problemas. Apesar de ter três microáreas descobertas, toda a população dessa região tem direito a qualquer tipo de atendimento disponível na USF, em decorrência de ser um mesmo território área.

Por ser uma área nova, ainda está sendo mapeada pela equipe. Sendo assim, as taxas epidemiológicas, identificação das microáreas de risco, que são regiões com vulnerabilidades e riscos de moradia, ainda são desconhecidas; além dos equipamentos sociais ou outros aspectos relevantes para o planejamento do cuidado específicos para a população adstrita.

No território adscrito estão presentes alguns equipamentos sociais (construir e ampliar Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de UBS, construir creches e pré-escolas; investir em equipamentos que sirva para um boa convivência social como um todo) a exemplo: de uma igreja evangélica, um campo de futebol, uma escola privada, além da predominância de

comércio, ilustra-se, mercadinhos, salões de beleza, padarias e restaurantes. Visto também, há existência de poucos prédios, ausência de escola pública, creches e praças para o lazer social.

Nos territórios microáreas em que foram visitados, podem ser encontradas barreiras de acesso, destacando-se a dimensão geográfica, na qual se refere a localização dos serviços de saúde em relação à localização da moradia dos usuários, levando em consideração a distância, meios de transporte e tempo de deslocamento. Assim como, barreiras geográficas, que são barreiras naturais ou criadas a partir da alteração do espaço pela atividade humana (JÚNIOR,2010).

Dessa forma, a barreira de acesso traz um grande obstáculo para os indivíduos, visto que o meio de transporte público, na qual deveria facilitar este acesso, não é ocorrente, já que a distribuição das paradas de ônibus ao longo do território não dispõe de transportes coletivos próximos às residências, decorrente - possivelmente - das próprias características de ocupação desordenada do território. Sendo assim, os poucos ônibus que ainda passam no território não transitam na rua onde está localizada a USF, deixando os passageiros a uma longa distância, sendo necessário uma longa caminhada do ponto de ônibus até a unidade, pelos usuários. Já a barreira geográfica, pôde ser identificadas a presença de vias expressas com alto fluxo de veículos.

Bem como, a USF apresenta um atendimento em domicílio, na qual são visitas feitas pelo ACS pelo menos uma vez no mês a cada família. Entretanto, para essas visitas serem realizadas pelos demais profissionais existem alguns critérios, a exemplo de pessoas acamadas, na qual a médica faz uma visita ao paciente e a partir disso ela poderá acompanhar o caso. Assim como, visitas puerperas, na qual são feitas por enfermeiras nas primeiras semanas em que a criança nasce.

Sobre a composição das equipes de saúde da família cada USF é composta por: uma médico, uma enfermeira, um(a) técnico(a) de enfermagem e três ACS. Existe ainda uma equipe de saúde bucal formada por uma dentista, uma técnica em saúde bucal (ASB). Além disso, existem o gerente saúde e os demais funcionários: uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza.

O gerente de saúde fica responsável pela coordenação da unidade e de fazer o elo entre o distrito sanitário, para resolver tanto as burocracias da equipe quanto as necessidades da unidade. Sendo assim, cada gerente tem um jeito de comandar, mas toda equipe participa dos processos gerenciais.

Entende por território Distrito Sanitário (DS) uma demarcação de limites territoriais político-administrativa com uma conformação sanitária. E deve ser minimamente resolutivo,

atendendo as necessidades em saúde da população de seu território, tanto no que menciona aos cuidados individuais e coletivos, proporcionando a prevenção, atendendo em nível ambulatorial e em internações.

Ademais, cada profissional, da USF pesquisada, trabalha 40 horas semanais, com o direito a um turno de estudo, que é meia folga, os dias são acordados com o(a) gerente, já os três ACS não tem esse meio turno, pois o seu horário de trabalho é de 7:00 às 13:00 horas.

Desse modo, o funcionamento da USF consiste em abrir de segunda-feira à sexta-feira, nos horários: de 7:00 às 11:00 horas, reabre a tarde de 12:00 às 16:00 horas. Porém os atendimentos como: médica, enfermeira e técnicos, só começam a partir da tarde de 13:00 horas, mas isso é de acordo com os DS. Segundo informações, nessa unidade de 12:00 horas o(a) recepcionista pega os nomes dos usuários e quando a enfermeira chega, ela faz a escuta qualificada, para classificar a necessidade de cada usuário para a médica atender.

Em relação ao cronograma de atendimento para a população é da seguinte forma: na segunda-feira pela manhã e tarde a médica atende sem ser atendimento específico, já a enfermeira pela manhã faz a puericultura nas crianças. Então na terça-feira pela manhã tem o acompanhamento médico de pacientes hipertensos, diabéticos, controle da pressão arterial, exames da glicemia em jejum, renovação de receitas e das medicações, a tarde tem a hiperdia com a enfermeira e pré-natal com a médica. Assim, na quarta-feira pela manhã tem demanda livre com uma das médicas e pré-natal com outra médica e a tarde a demanda é livre dentro das possibilidades que a enfermeira possa resolver. Já na quinta-feira de manhã tem exames citopatológicos com a médica e pela tarde tem visita domiciliar pela médica. E por fim, na sexta-feira pela manhã tem atendimento livre com as médicas e a tarde tem reunião de equipe para decidir estratégias para o melhor funcionamento da unidade. Alguns serviços também são oferecidos na USF como: testes de gravidez, tratamento odontológicos, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e contraceptivos, teste de HIV, sífilis e hepatite também tem exame preventivo (câncer de colo de útero).

Esse formato de cronograma é uma barreira funcional, na qual é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, que incorporada a um meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (SCHIMITH *et al*,2019). Porém, quando se tem uma cronograma de atendimento, muitas vezes os usuários deixam de ir até a USF por saber que existe a possibilidade de ser atendido.

Na prática, pôde-se visitar a USF, havendo a exposição do prédio e apresentação da eSF (Equipe de Saúde da Família).

Houve a observação do território área junto ao ACS, sendo possível percorrer pelas 6 microáreas, as quais ainda estão no processo de mapeamento. Em um segundo momento, foram realizadas visitas em algumas residências na microárea de uns ACS para fins de cadastramento e visita de rotina do profissional. O ACS devem reavaliar visita uma vez no mês, mas existe uma resistência por parte da população.

Na vivência, percebeu-se que o ACS tem um trabalho humanizado, atencioso e cuidadoso, que proporciona um vínculo com os residentes da região. Assim, entende-se melhor a importância do ACS no andamento do fortalecimento da Atenção à Saúde, buscando ajudar todos os profissionais da

eSF a melhorar o ato de cuidar. Sobre o território visitado, a microárea é composta por um condomínio habitacional; nas demais microáreas há a presença de casas pequenas e modestas muito próximas umas das outras; e ainda uma microárea que se investiga situação de risco por fazer limite com um território conhecido por ter altos índices de violência. Foi visto a pavimentação em apenas algumas áreas do território com saneamento básico, porém há uma falta de um recolhimento do lixo, uma vez que, esse fica sendo acumulado e despejado nas ruas e calçadas.

Adequando-se a isto, é ideal todos os profissionais da eSF ter seus conhecimentos para com seu território de forma amplificada, para que haja conhecimento de todos os problemas ou riscos que ele apresente, em razão disso, a territorialização é importante para o conhecimento do ambiente, para depois de fazer um gerenciamento de todas essas informações, possibilite para a eSF um desenvolvimento do conhecimento maior para a ação das práticas adotadas naquela região, na efetividade dos projetos terapêuticos como também, em atividades voltadas para o cotidiano das pessoas. Sendo assim, o médico da USF é um instrumento de planejamento e construção de uma forma adequada a realidade local, criando encadeamento entre equipe e comunidade, além de impulsionar a participação popular, se passa a saber a forma de vida das pessoas e dos determinantes da saúde no território, quando conhecem iniquidades do território e se passa a entender as necessidades e competências locais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência vivenciada pelos alunos nas práticas do módulo de Atenção em Saúde I, possibilitou a compreensão de quais profissionais é composta a USF, ou seja, a eSF, foi entendido o intuito dos cadastramentos, assim como também, os discentes tiveram acesso

aos instrumentos/fichas do cadastramento individual e familiar, pois puderam acompanhar a Agente Comunitária de Saúde (ACS) em visitas à sua microárea.

Os alunos tiveram acesso à microárea, com acompanhamento de uma das ACS, para observar como é realizado todo o processo de territorialização, pois a partir disso, as práticas nas quais foram realizadas implicará na formação de profissionais que reconhecem as necessidades da população, tornando-os aptos à desenvolverem uma assistência, desde as questões de saúde até o psicossocial.

Em suma, percebe-se que é indispensável os profissionais na eSF conhecerem seu território, a partir disso, saberão lidar com algum problema que venha a ocorrer, além de levarem serviços multidisciplinares às pessoas do território, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como por exemplo, consultas, exames, vacinas e outros procedimentos.

O trabalho desempenhado trouxe um convívio direto com algumas pessoas da microárea, sendo esta analisada de perto, foi possível perceber quais os motivos que levam ou impedem à população adscrita procurar a USF, trazendo a erudição necessária de que a utilização de métodos que possam unir o profissional das pessoas e entender seus problemas é indispensável para a formação médica e, mesmo no primeiro período, os discentes puderam desfrutar de inúmeros benefícios oferecidos à população.

REFERÊNCIAS

BARROS, Daniela França de *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 19, n.1, mar. 2010 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em: 26/05/2020

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Gerência de Epidemiologia e Informação.** Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2012. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/o-que-podemos-considerar-como-area-de-risco-em-uma-comuni-dade/> Acesso em: 01 jun. 2020.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Kátiuscia Graziela. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica. **Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis, 2016. Volume 1.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador, **EDUFBA**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> . Acesso em: 21/05/20.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática.** Volume I. Artmed.

JÚNIOR, Evanildo Souza da Silva *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Vol.10 supl.1 Recife Nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/05.pdf>. Acesso em:23/05/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.. Acesso em: 21/05/20

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.** Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 26/05/2020.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. 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/scielo.php?pid=S0102-311X2005000300024&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 23 de maio de 2020.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. 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. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003. Acesso em: 23 de maio de 2020.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. **Revista de enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 9, e17, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28053/pdf>. Acesso em: 01/06/2020

SILVA, Roberta Marinho da; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26/05/2020.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/16847-62802-1-PB.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2020.

VIANA, Ana Luiza D'avila; POZ, Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 26/05/2020.