

A construção de pontes entre ensino e serviço de saúde na formação médica: vivência extramuros de estudantes de medicina em um território de Salvador

Building bridges between education and health services in medical training: extramural experiences of medical students in a territory of Salvador

Victor Ogando Santana

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), Salvador, BA, Brasil;
E-mail: victorogando@ufba.br; ORCID: 0009-0000-5741-1159

Lucas Costa Chaves

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), Salvador, BA, Brasil;
E-mail: lucas.chaves@ufba.br; ORCID: 0009-0000-0571-9143

Patricia Giselle de Araújo e Silva Santos

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (PPGSAT/UFBA); Docente substituta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), Salvador, BA, Brasil;
E-mail: patricia.giselle@ufba.br; ORCID: 0000-0003-3789-0556

Contribuição dos autores: VOS e LCC contribuíram com a idealização, organização, planejamento, seleção das informações, elaboração dos anexos, pesquisa teórica, escrita de todo o artigo, edição, formatação, revisão crítica e aprovação da versão final. PGASS contribuiu com a idealização, organização, edição, orientação, supervisão, revisão crítica e aprovação da versão final. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 04/11/2024

Aprovado em: 11/08/2025

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivos: Este artigo discute a relevância da articulação entre universidade e comunidade para a formação médica, a partir da experiência de estudantes de Medicina em uma Unidade de Saúde da Família em Salvador. **Breve relato da experiência:** A atividade em questão ocorreu por meio de aulas práticas de inserção no território, fundamentadas no reconhecimento dos equipamentos sociais e em debates teóricos ocorridos previamente. Como intervenção, os alunos promoveram ações voltadas ao aumento da cobertura vacinal, estruturadas em três etapas: (1) atividade de sala de espera, (2) caminhada educativa junto à comunidade e (3) divulgação de conteúdos pelas redes sociais. Essa proposta, de cunho pedagógico e caráter disruptivo, baseou-se na territorialização da Atenção Primária à Saúde e estimulou um modelo ativo de aprendizagem. **Conclusões:** Os resultados da experiência apontam que a interação discente-comunidade amplia a compreensão da centralidade do sujeito na prática médica, favorece iniciativas de educação em saúde e contribui para processos democráticos de produção e difusão de ciência. Além disso, ficou evidenciado que a imersão dos estudantes no território fortalece a sensibilização e o olhar crítico sobre o sistema de saúde brasileiro, indicando caminhos para a reestruturação das formações em saúde de modo integrado ao serviço.

Palavras-chave: Aprendizagem Vivencial; Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Saúde Coletiva.

Abstract: Objectives: This article discusses the relevance of strengthening ties between university and community in medical education, drawing on the experience of medical students at a Family Health Unit in Salvador, Brazil.

Brief description of the experience: The activity took place through practical classes focused on territorial engagement, grounded in the recognition of social facilities and in prior theoretical discussions. As an intervention, students carried out actions aimed at increasing vaccination coverage, organized into three stages: (1) a waiting-room activity, (2) an educational walk with the community, and (3) dissemination of content through social media. This proposal, with a pedagogical purpose and a disruptive character, was based on the territorialization of Primary Health Care and fostered an active learning model. **Conclusions:** The results of the experience indicate that student–community interaction broadens the understanding of patient-centered medical practice, supports health education initiatives, and

contributes to democratic processes of knowledge production and dissemination. Furthermore, the students' immersion in the territory reinforced awareness and critical-reflective perspectives on the Brazilian healthcare system, highlighting pathways for restructuring health training programs in closer integration with service delivery.

Keywords: Experiential Learning; Primary Health Care; Medical Education; Public Health.

INTRODUÇÃO

Mediante a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, garantido através da organização de um sistema público e universal de saúde – compreendido como uma rede integrada por ações e serviços públicos de saúde¹. Essa premissa, então, deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/90, ainda vigente². Ao consagrar a saúde como um direito civil de toda a população brasileira, fica assegurado a todos os cidadãos o direito de acessar uma gama de serviços que o tornam efetivo, transpondo-o do plano normativo para a realidade concreta da vida das pessoas.

Nesse plano, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como base desse complexo sistema de saúde pública, sendo fundamentada em atributos diversos: atenção no primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação. A organização da APS, no Brasil, é atualmente fundamentada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), um modelo de cuidado que visa reconhecer as necessidades familiares em seus aspectos físico, econômico e cultural, como forma de obter uma compreensão expandida do processo saúde-doença-cuidado, a partir da criação de vínculos entre os profissionais de saúde e os pacientes no contato com o território^{3,4}.

Diante dessa dimensão ampliada da interação entre o indivíduo, o ambiente e os serviços de saúde, a Saúde Coletiva é a área do conhecimento que orienta um olhar interdisciplinar entre a epidemiologia, o planejamento e administração de saúde e as ciências sociais em saúde⁵. No contexto da educação médica, os campos de estudo da Medicina Social e da Saúde Coletiva tratam de inserir as concepções acerca do SUS, da APS e da ESF no

itinerário formativo, contribuindo não só para a formação de uma compreensão da operacionalização dos sistemas de saúde, como também para o desenvolvimento de um ensino generalista, humanista e crítico-reflexivo⁶. Nesse sentido, para que esse cenário seja concretizado, é preciso que o ambiente universitário desenvolva essas concepções para além da fundamentação teórica, buscando inserir os alunos em campos de prática, uma vez que o contato com o território é a base dos vínculos pensados no modelo proposto pela ESF.

Foi nessa lógica que, nos últimos anos, a necessidade de reformular os percursos formativos para que contemplem essas habilidades na formação em saúde impulsionou um processo de reestruturação da educação médica em nível global. No Brasil, em especial, levando em consideração o impacto do SUS e seus princípios, esse movimento se faz ainda mais latente no sentido de integrar universidade e comunidade⁷. Em um país em que toda a população, de maneira direta ou indireta, depende do SUS, é primordial que os currículos médicos sejam sensíveis à realidade do sistema público⁸, priorizando a troca com a comunidade e o contato na APS, a partir da compreensão das relações entre o indivíduo e o contexto cultural, econômico e social em que está inserido.

Ao passo que a formação em saúde é remodelada à realidade dos sistemas de saúde nacionais e se distancia dos modelos tradicionais pouco funcionais na realidade brasileira, a compreensão sobre os preceitos da atenção básica e o processo de territorialização na APS faz-se essencial para a constituição de uma nova geração de profissionais de saúde⁷, cuja atuação seja centrada na pessoa e seja também consciente das circunstâncias⁸ vigentes. Dessa forma, há o estabelecimento, desde o início da formação do profissional, a construção de um vínculo com a população a ser atendida.

Nessa perspectiva, possibilitando uma análise dos impactos efetivos dos sistemas de saúde sobre as populações, o conceito de território em saúde assume duas dimensões: a primeira é objetiva e refere-se ao âmbito administrativo, no que concerne à organização dos serviços e sistemas, bem como a gestão de suas necessidades e possíveis intervenções; a segunda, que é subjetiva, refere-se ao sentido analítico da coletividade e dos problemas de saúde, cujas interações são mediadas por relações de

subjetividade, vínculo, pertencimento e integração, que estão inseridas em seu tempo e espaço e possuem suas próprias demandas, além de serem condicionadas por determinantes próprios de seu contexto⁹. Portanto, apesar das realidades e da dinâmica própria referentes ao espaço estarem em constante modificação, a concepção da territorialização permite a avaliação da saúde de uma determinada população e possibilita a aplicação de estratégias de planejamento e intervenção — norteadas pela articulação entre saberes concebidos na Saúde Coletiva. Ademais, a territorialização também é ferramenta para a integração das equipes de saúde, discentes e docentes com o território — heterogêneo, mutável e dotado de assimetrias socioespaciais¹⁰.

Nesse âmbito, para as instituições cuja inserção dos acadêmicos em campos de prática já é uma realidade, as experiências vivenciadas na APS, através das relações com a comunidade e o território, mostram-se altamente construtivas a partir da elaboração de dinâmicas integrativas que evidenciam a relevância do amálgama ensino-serviço nas formações em saúde. Além de contribuir para a formação dos estudantes de Medicina, as visitas e possibilidades de intervenções de cunho educativo nos serviços públicos de saúde e no território em que se encontram, sob acompanhamento dos docentes, são capazes de: promover discussões e estabelecer relações entre teoria e prática⁹, viabilizar um contato mais direto com a APS, desmistificar ideias preconcebidas e socialmente difundidas acerca do SUS — como a noção de que trata-se de um sistema disfuncional ou voltado exclusivamente à população de baixa renda —, instigar positivamente o ânimo de trabalhadores e usuários, e estimular um arrefecimento na cultura de engessamento de práticas nos serviços de saúde — que dificulta a integração ensino-serviço e realização de ações interdisciplinares¹¹.

Isto posto, o conhecimento das realidades da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde por parte dos futuros profissionais de saúde faz-se urgente, sobretudo nos cenários mais recentes. Desde 2017, o enfraquecimento sistemático da Estratégia de Saúde da Família tem sido catalisado por políticas que incidem sobre a configuração das equipes da APS e promovem retrocessos na saúde pública brasileira por intermédio de brechas à fragilização do vínculo entre a comunidade e o território¹².

Dessa forma, a integração ensino-serviço, propiciada pela construção de pontes entre a universidade e a comunidade, constitui-se como um trabalho conjunto elaborado por discentes, docentes, trabalhadores e usuários do sistema, alcançando benefícios para ambas as partes, na medida em que aprimora a formação dos graduandos e propõe o desenvolvimento de atividades nas unidades de saúde. A configuração desse ambiente de práticas, portanto, favorece o desenvolvimento das habilidades dialógicas dos estudantes, bem como o aprofundamento de fundamentos socioantropológicos essenciais à compreensão ampliada dos processos de saúde-doença. Além disso, essa associação colabora para a formação de profissionais mais sensíveis às necessidades concretas das pessoas e comunidades, estando orientados por uma prática que priorize a promoção da saúde em detrimento do foco exclusivo na doença¹³.

Assim sendo, este presente artigo tem como objetivo relatar e discutir a importância da integração entre universidade e serviços de saúde na formação médica, a partir da experiência extramuros de estudantes de Medicina no planejamento e realização de uma intervenção em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um território de Salvador.

METODOLOGIA

Este artigo se constrói mediante um relato de experiência, realizando descrição reflexiva/narrativa a partir das vivências dos autores nas aulas práticas da disciplina Medicina Social e Clínica I (MEDD80), com carga horária de 90 horas, ofertada aos estudantes do primeiro semestre do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA), no período de agosto a dezembro de 2023.

O componente curricular da disciplina supracitada tenciona compreender a importância do SUS e da APS, suas concepções e princípios, e também sua relação com o território, o usuário e os fatores que os circundam. À vista disso, a ementa da disciplina prevê aulas teóricas, com discussões amparadas na literatura disponibilizada pelos docentes e na presença de convidados cujas áreas de atuação são voltadas para os conceitos discutidos; ademais, há o delineamento de aulas práticas, ocorridas em grupos sob

orientação dos professores responsáveis e com o objetivo de aplicar o embasamento teórico das discussões realizadas anteriormente.

Nesse contexto, cada turma prática é responsável pela visita a um território em Salvador, com foco na Unidade de Saúde da Família (USF) local e adjacências, e essa visita é guiada por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), com o intuito de avaliar a importância e o impacto da Atenção Primária à Saúde no contexto dos moradores do território em questão. Ao final do semestre, a turma elabora uma atividade de intervenção na USF, visando alcançar o objetivo estabelecido no planejamento da intervenção.

A atividade, por sua vez, é pensada mediante a articulação entre os discentes, docente, profissionais da USF e os equipamentos sociais e a população local, a partir das demandas apresentadas durante as visitas. As impressões acerca das aulas teóricas e práticas são registradas em um portfólio, apresentado como trabalho final da disciplina, cujo objetivo é documentar o processo de aprendizado e evolução das percepções durante o período em questão, compondo uma avaliação crítico-reflexiva.

Considerando que esta pesquisa envolve a descrição de práticas e experiências profissionais em programa já implementado, sem coleta sistemática de dados com objetivo de produzir conhecimento generalizável, e não realizando aplicação de instrumentos de pesquisa, entrevistas ou análise de informações pessoais identificáveis dos participantes, este trabalho está isento de registro junto à Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A USF e o território visitados e caracterizados neste relato estão localizados em um bairro central e histórico de Salvador, marcado por uma forte confluência entre história, cultura e resiliência. No primeiro encontro da turma na USF, os discentes, a docente e profissionais de saúde da unidade realizaram uma roda de conversa inicial, para discutir pormenores relacionados à história e características do bairro e de sua população, além de trazer à tona as demandas da USF e as relações com o território e os equipamentos sociais.

Nesse cenário, durante uma conversa com uma das enfermeiras da unidade, foram debatidas as consequências das políticas de enfraquecimento da saúde pública que acarretaram quadros alarmantes para a população local, como a ausência de procedimentos suficientes para atender à demanda existente e a disparidade entre o número de equipes de saúde e o número de usuários. Em seguida, o grupo procedeu com o reconhecimento da unidade de saúde, avaliando aspectos relativos ao vínculo entre a população e a APS, às questões estruturais, às principais necessidades e problemas, além dos pontos de destaque e referência pelos quais a unidade é reconhecida.

Na segunda visita ao território, a turma conheceu uma escola da rede pública municipal localizada nas imediações da USF. Além de analisar sua estrutura, o grupo também conversou com professores e coordenadores da instituição, que relataram episódios de violência entre alunos, fragilidade familiar, instabilidade psicológica, evasão escolar e grande defasagem na aprendizagem, sobretudo no período pós-pandemia. A equipe de educadores também relatou as potencialidades da escola, reconhecida pela implementação de tecnologias no processo de ensino e a criação de ambientes imersivos para estimular os alunos.

Nessa sequência, o terceiro encontro foi destinado ao reconhecimento da microárea de responsabilidade do ACS que foi designado para acompanhar o grupo de estudantes. O objetivo principal desse contato com o território, então, foi identificar os determinantes sociais que cruzam a vida da população residente, como forma de inserir, ao longo da formação médica, a compreensão das dinâmicas socioeconômicas e espaciais no processo saúde-doença. Ademais, a aula prática também foi voltada à observação da rotina do ACS e do vínculo formado a partir da sua interação com os pacientes.

Ao final do componente, com base nas discussões teóricas prévias e nas visitas realizadas ao território, a turma realizou uma atividade de intervenção no território. Junto à docente responsável e à equipe de saúde da USF, o grupo de estudantes propôs dinâmicas interventivas levando em consideração uma das principais demandas apresentadas pelos profissionais no planejamento: a queda na cobertura vacinal da área de abrangência da

unidade. Em vista disso, a ação foi esquematizada em um fluxograma (Figura 1), dividindo-se em três frentes: na recepção da unidade, com a dinâmica da “sala de espera”, que foi realizada na forma de um jogo de perguntas e respostas com os pacientes sobre a vacinação; no território adjacente à USF, com uma caminhada de cunho sensibilizador e dialógico com a população local e distribuição de panfletos (Figura 2); e nas redes sociais, com postagens informativas disponibilizadas no perfil da rede social da USF – os materiais distribuídos propunham, ainda, a ampliação da proposta, direcionando os usuários para conteúdos adicionais e um *quiz*.

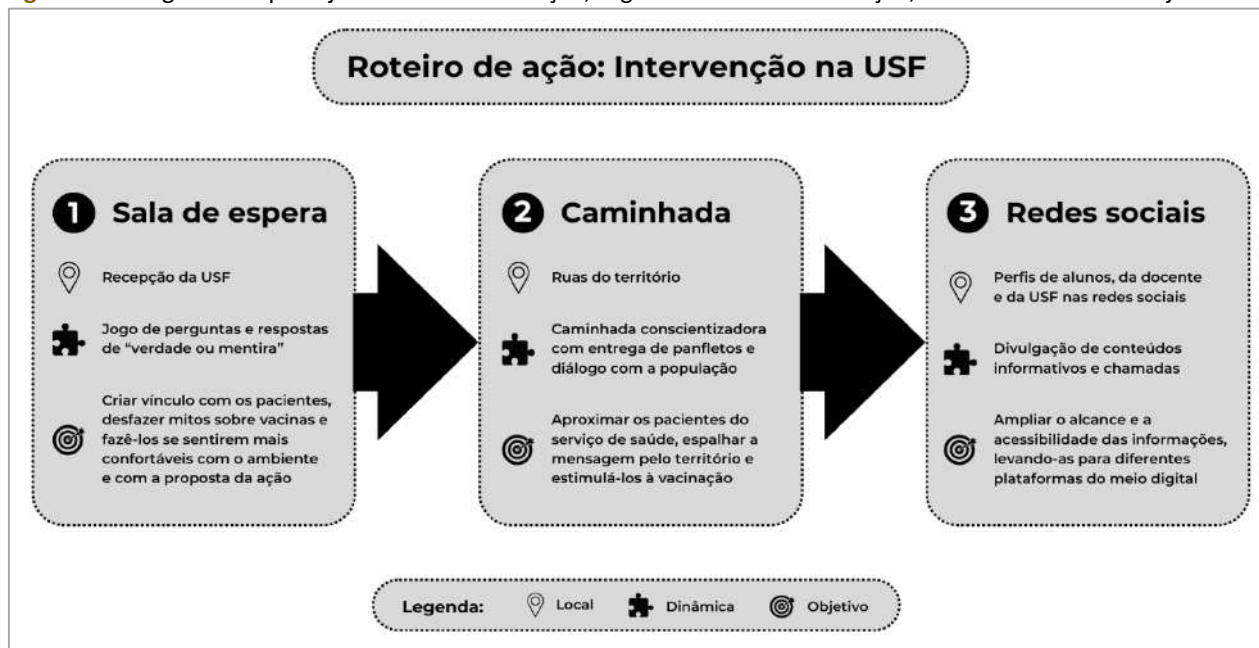
Nas últimas aulas, por sua vez, as turmas se reuniram para apresentar as impressões e atividades desenvolvidas em cada um dos territórios, de modo a formar um plexo com os conceitos outrora discutidos em sala, culminando em uma reflexão acurada acerca das experiências vivenciadas durante o processo.

DISCUSSÃO

As atividades de intervenção em grupo caracterizam-se como um dos principais recursos para promoção da educação em saúde, principalmente no contexto da APS. Nessa perspectiva, o conhecimento moldado pelas discussões em ambiente acadêmico e a sensibilização dos estudantes a partir das experiências vividas em contato com o território foram essenciais para a condução da dinâmica da sala de espera, para a construção de um vínculo com os pacientes durante a ação e, conseqüentemente, para o sucesso da intervenção¹⁴. Considerando as demandas locais, a sala de espera nesse contexto rompe com a barreira de burocratização existente entre o usuário e o serviço de saúde, possibilitando uma assistência humanizada e uma aproximação entre comunidade, sistema e trabalhadores de saúde. Dessa forma, a sala de espera promove educação em saúde com base na realização de dinâmicas que permitam a troca de conhecimentos, atuando em prol da prevenção de doenças e da democratização de informações¹⁵.

Ainda nesse âmbito, cabe salientar que o desenvolvimento de ações para educação em saúde tem sua importância reconhecida desde 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que promoveu um conceito ampliado de saúde, que passou a ser compreendida enquanto resultado do contexto socioeconômico em que o indivíduo está inserido¹⁵. Essa concepção, sendo

Figura 1. Fluxograma de planejamento da intervenção, segundo o local de realização, dinâmica adotada e objetivos esperados.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Panfleto distribuído na ação (frente e verso)



Fonte: Elaborado pelos autores e demais discentes da turma prática.

assim, é propulsora de atividades como a sala de espera, que alinham acolhimento, assistência e educação em saúde. A interpretação dos sentimentos e reações expressados na sala de espera pode, nesse cenário, contribuir para a identificação de demandas e para a conseguinte elaboração de políticas de melhoria dos serviços, buscando alternativas elaboradas em conjunto, entre profissionais e comunidade, para solucionar os eventuais problemas¹⁵ apontados. Ao permitir o reconhecimento da realidade e das singularidades dos participantes, a sala de espera constitui-se como um espaço vivo e heterogêneo, onde ocorrem interações particulares e coletivas, que criam um ambiente capaz de atenuar o esgotamento causado pela espera e pelo estresse diante das deficiências dos serviços¹⁶.

Corroborando a proposta de acolhimento da sala de espera, a caminhada viabilizou o alcance do objetivo que visava a intervenção nas ruas do território. Ao dialogar com transeuntes acerca da importância da vacinação em linguagem acessível e adequada ao contexto comunicativo, os estudantes puderam desenvolver a escuta ativa e mobilizaram a população em favor do aumento da cobertura vacinal, a partir de conversas orientadas e distribuição de panfletos informativos. Esse processo integrativo de educação em saúde é mediado pela criação de espaços de diálogo com a população local, fundamental para a problematização e a concepção de um pensamento crítico-reflexivo diante das questões levantadas, além de favorecer a humanização na relação profissional-usuário¹⁷.

Desse modo, as práticas de educação em saúde são valiosos instrumentos para a efetivação de processos democráticos de conhecimento, sobretudo quando são capazes de inserir os participantes de forma ativa nas dinâmicas de aprendizado, pois permitem a participação popular e a valorização de saberes tradicionais em seu contexto¹⁸. Em um local cuja dificuldade de acessibilidade nos espaços físicos é assinalada, a disseminação de postagens educativas nos perfis da USF nas redes sociais foi uma estratégia utilizada para amplificar a mensagem da ação desenvolvida. Embora o acesso aos ambientes virtuais também seja marcado pela desigualdade, o uso de mídias digitais na educação e promoção em saúde contribui para a viabilização de novas rotas de alcance. Isso, por sua vez, traça uma realidade em que é cada vez mais possível difundir os conhecimentos científicos à comunidade¹⁹.

A ampliação de práticas dialógicas no SUS – como a sala de espera, a caminhada e a comunicação virtual – opera na contramão da permanência de relações engessadas pela hierarquia tradicionalmente estabelecida entre profissional de saúde e paciente. Ao adotar a conversa como ferramenta de cuidado em saúde, aplaca-se o distanciamento existente nessa relação historicamente hierárquica, em que o paciente é levado a atuar como sujeito passivo frente ao dito detentor do conhecimento científico¹⁷. Contrariando essa premissa, a interlocução na prática médica e na educação em saúde subverte a lógica biomédica e provoca o rompimento das relações tradicionais de saber e poder, compreendendo a importância das interações entre o indivíduo e o meio para a apropriação de conhecimento e construção do aprendizado^{17,20}.

Na educação médica, esse tipo de ação promove o desenvolvimento de habilidades comunicativas e de interação com o outro por parte dos alunos, para além do compartilhamento horizontal de conhecimentos, e oportuniza a percepção e o contato com as singularidades e práticas socioculturais do sujeito¹⁶. Na realização desse processo, notou-se a expressividade de sentimentos e particularidades de cada estudante ao longo da interação, haja vista que eles tiveram a oportunidade de reconstruir percepções calcadas anteriormente, além de revelar suas apreensões e medos e construir novas ideias. Por conseguinte, é primordial trabalhar esses sentimentos significativos como recursos na trajetória do conhecimento, almejando que o aluno aprenda a lidar consigo e com o outro¹⁶, incluindo-os não somente como mediadores, mas também como alvos da proposta intervencionista em saúde coletiva. Do contrário, o processo de intervenção em saúde fará pouco sentido para a construção de uma formação humanizada. Sensibilizar o estudante torna-se, assim, um dos objetivos essenciais para a constituição de uma prática médica acolhedora e centrada no indivíduo.

À face do exposto, essa vivência extramuros revelou as potencialidades da aproximação entre os espaços de ensino e serviço de saúde, cuja interação ainda é marcada por um relativo distanciamento — seja físico ou simbólico. Ao intrincar a comunicação entre essas duas esferas, limitam-se as possibilidades advindas da interação entre ambas, a exemplo da confluência existente nas experiências subjetivas compartilhadas entre trabalhadores,

usuários e estudantes¹³. A construção de tais conexões concretiza uma formação voltada ao fortalecimento da atenção primária e do SUS, efetivando o compromisso ético-humanístico, intrínseco das escolas médicas.

A USF visitada pelo grupo de estudantes deste relato permitiu a percepção, na prática, dos problemas em discussão, refletidos nas deficiências estruturais e funcionais observadas. Nesse caso em particular, os esforços ininterruptos por parte das equipes de saúde atuantes na unidade – que são quantitativamente incompatíveis com o contingente populacional de abrangência da USF – são uma tentativa de conter a desestruturação da Estratégia de Saúde da Família e defrontar com as políticas de enfraquecimento da saúde pública no Brasil¹². As vivências em território permitiram a lastimável constatação das consequências de tais políticas, atingindo as partes mais fragilizadas dessa equação: a população local e os profissionais de base.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se, com base na discussão desenvolvida, que o processo de territorialização e a incorporação de práticas em território possibilitam a sensibilização dos estudantes no sentido de compreenderem a importância de seu papel frente ao panorama em curso na saúde pública. Nesse contexto, a estruturação de ações interventivas no território – campos de prática vinculados à universidade –, a partir do contato dos estudantes com as dinâmicas da APS, estimulam o desenvolvimento de um olhar crítico para as deficiências e desmontes intensificados no SUS, mobilizando-os em prol da formação de profissionais de saúde capazes de fortalecer a saúde pública e lutar pelo robustecimento de modelos acolhedores e mais humanizados de atenção primária.

Para além disso, a experiência desenvolvida no território proporcionou aos alunos o aprimoramento de habilidades socio-dialógicas, a organização de atividades de educação em saúde, o conhecimento do funcionamento dos sistemas de saúde, e a possibilidade de interação com a população da microárea visitada. Esse conjunto de aprendizados mostrou-se fundamental para a construção de competências essenciais à trajetória acadêmica e ao contato com pacientes nos anos que se seguem. Nota-se, pois, que a

tendência de reformulação dos currículos médicos deve ser capaz de integrar tais valências e introduzir os alunos nos campos de prática e equipamentos sociais desde os primeiros momentos da graduação.

Evidencia-se, enfim, que a integração experienciada entre universidade e território trata-se de uma potência no Sistema Único de Saúde, à medida em que antecipa e avigora o vínculo entre a saúde pública e os futuros profissionais da saúde. Essa experiência configura-se, em suma, como um importantíssimo exemplo da relevância da incorporação entre ensino e serviço de saúde para a constituição de um modelo de educação médica que seja contemporâneo, universal e adequado à realidade dos sistemas de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Simone Oliveira Cerqueira Santos, Agente Comunitária de Saúde, por mediar a construção do vínculo entre os alunos e o território e ser força propulsora de todas as atividades e dinâmicas nele desenvolvidas.

Agradecemos à Laudelina Almeida dos Santos, enfermeira responsável por uma das equipes da USF, por ser parte ativa das discussões na unidade e possibilitar o reconhecimento das potências e fragilidades do sistema analisado.

Agradecemos também a todos os outros profissionais de saúde e trabalhadores da USF por viabilizarem todo esse processo e serem, diariamente, pilares de sustentação para um sistema funcional e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [citado 12 fev. 2024].
2. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990 [citado 12 fev. 2024].
3. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013;66(spe):158–64 [citado 12 fev. 2024]. doi:10.1590/S0034-71672013000700020.

4. Soares DA, Kochergin CN, Mistro S, Macedo JCL, de Carvalho VCH dos S, Oliveira MG. Atenção Primária à Saúde abrangente: análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas. *Physis* [Internet]. 2024;34:e34015 [citado 26 jul. 2025]. doi:10.1590/S0103-7331202434015pt.
5. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000 [citado 26 jul. 2025].
6. Agostinho Neto J, Cavalcante PS, da Silva Filho JD, dos Santos FD, Maia AMPC, Simião AR. O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. *Saude Debate* [Internet]. 2022;46(spe6):281–97 [citado 19 fev. 2024]. doi:10.1590/0103-11042022E624.
7. Justo LG, Severo AK de S, Félix-Silva AV, Soares LS, e Silva-Júnior FL, Pedrosa JI dos S. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017;21:1345–54 [citado 19 fev. 2024]. doi:10.1590/1807-57622016.0512.
8. e Oliveira AL de O, de Melo LP, Pinto TR, de Azevedo GD, dos Santos M, Câmara RBG da, et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017;21:1355–66 [citado 19 fev. 2024]. doi:10.1590/1807-57622016.0533.
9. Coelho SMPS, Souza FR, Jacobina RR. Território e territorialização: Relações com a saúde pública Brasileira. Em: Alves AR, Quadros DA, Silva LE, Weinert LVC, Horochovski MTH. Litoral do Paraná: território e perspectivas: Volume V: Desenvolvimento, Políticas Públicas e Saúde [Internet]. Curitiba: Brazil Publishing; 2020. p. 325-46 [citado 19 fev. 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/34696>
10. Aquino R. Conhecendo o território. Em: Aquino R, et al., editores. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Salvador; 2001. p. 42-51 [citado 25 fev. 2024].
11. Pizzinato A, Gustavo A da S, dos Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012;36(1):170–7 [citado 25 fev. 2024]. doi:10.1590/S0100-55022012000300025.
12. Mendonça F de F, de Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate* [Internet]. 2023;47(137):13–30 [citado 25 fev. 2024]. doi:10.1590/0103-110420231370.
13. Albuquerque VS, Gomes AP, de Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008;32(3):356–62 [citado 25 fev. 2024]. doi:10.1590/S0100-55022008000300010.
14. Andrade JMM, Farinha MG, Esperidião E. Mental Health Nursing: waiting room intervention in integral health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73:e20180886 [citado 6 mar. 2024]. doi:10.1590/0034-7167-2018-0886.
15. Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências: Rev Eletr Extens URI* [Internet]. 2009;5(7):101-6 [citado 6 mar. 2024]. Disponível em: http://www2.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf

16. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006;15(2):320–5 [citado 6 mar. 2024]. doi:10.1590/S0104-07072006000200017.
17. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17(1):64–71 [citado 6 mar. 2024]. doi:10.1590/S0104-07072008000100007.
18. Falkenberg MB, Mendes T de PL, de Moraes EP, de Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014;19(3):847–52 [citado 15 mar. 2024]. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013.
19. Guindani ER, Guindani JF, Koga YMN, Pastre TF, Leite DEA. A educação popular na internet em tempos de pandemia. *Rev Ed Popular* [Internet]. 2021;Edição Especial:383-98 [citado 15 mar. 2024]. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/61797>
20. Negrão M de LB, da Silva PC dos S, Paraizo CMS, Gomes RG, Dázio EMR, Rezende EG, et al. The waiting room: potential for people with arterial hypertension to learn. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(6):2930–7 [citado 15 mar. 2024]. doi:10.1590/0034-7167-2017-0696.