


PRIMEIROS OLHARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA UBS
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

RESUMO

A inserção de estudantes de medicina nos estágios iniciais da formação na Atenção Primária à Saúde (APS) configura estratégia relevante para o desenvolvimento de competências clínicas, humanísticas e sociais alinhadas às demandas do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, o objetivo consistiu em descrever e analisar a imersão discente em uma Unidade Básica de Saúde no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, durante o segundo semestre de 2025. O estudo configurou como um relato de experiência, com abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, fundamentado em registros de diários de campo e em atividades práticas supervisionadas, incluindo territorialização, visitas domiciliares e observação participante em atendimentos de enfermagem, vacinação e consultas médicas. Como desdobramento, ocorreu o desenvolvimento de uma intervenção educativa baseada no uso de recursos visuais aplicados a medicamentos, com ênfase no letramento em saúde e na adesão terapêutica. Os achados evidenciaram um perfil epidemiológico marcado pela predominância de condições crônicas não transmissíveis, demandas em saúde mental e lacunas na cobertura vacinal, ressaltando a centralidade dos determinantes sociais da saúde na organização do cuidado. A vivência favoreceu a articulação entre conhecimentos teóricos e prática clínica em contexto real, além de explicitar o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado e na promoção da saúde. A inserção na APS, desde os estágios iniciais da formação, contribuiu para o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e ético-humanísticas, ao mesmo tempo em que ampliou a compreensão crítica acerca das limitações estruturais do sistema de saúde, reforçou a relevância da integração ensino-serviço na formação de médicos generalistas.


Stella Kelly Soares Ferreira Sales 
e-mail: 202522510009@unifacol.edu.br

Laura Breckenfeld de Oliveira Santos
e-mail: 202522510018@unifacol.edu.br

Romério Alencar de Oliveira Filho 
e-mail: romerio.alencar@gmail.com

Diogo Duarte Amorim Pereira
e-mail: diogoduarteamorim9@gmail.com

Juliana Rodrigues da Costa Neves
e-mail: juliana2009.2@hotmail.com

Daíze Kelly da Silva Feitosa 
e-mail: kellydaize@hotmail.com

Departamento de Medicina, Centro Universitário FACOL
Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Submetido: janeiro de 2026

Revisado: março de 2026

Publicado: maio de 2026

Citação:

SALES, Stella Kelly Soares Ferreira; SANTOS, Laura Breckenfeld de Oliveira; OLIVEIRA FILHO, Romério Alencar de; PEREIRA, Diogo Duarte Amorim; NEVES, Juliana Rodrigues da Costa; FEITOSA, Daíze Kelly da Silva, **PRIMEIROS OLHARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA UBS DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**, *Revista Gestus Multidisciplinar*, v. 2, n.1, pg 02 - 13 , 2026

<https://doi.org/10.64956/gm-unifacol.v2i1.102>

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência; Integração Ensino-Serviço.

INITIAL EXPERIENCES IN PRIMARY HEALTH CARE INSIGHTS FROM MEDICAL STUDENTS AT A BASIC HEALTH UNIT IN VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ABSTRACT

The integration of medical students into Primary Health Care (PHC) represents a key strategy for fostering clinical, humanistic, and social competencies aligned with the demands of the Unified Health System (SUS). In this context, this study aimed to describe and analyze student immersion in a Basic Health Unit in Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brazil, during the second semester of 2025. This qualitative, descriptive-reflective experience report was based on field diaries and supervised practical activities, including territorial assessment, home visits with Community Health Agents, and participant observation in nursing care, vaccination routines, and medical consultations. Additionally, an educational intervention using visual labeling tools applied to medications was developed to enhance health literacy and support treatment adherence. The findings revealed an epidemiological profile characterized by a predominance of chronic non-communicable diseases, mental health demands, and gaps in vaccination coverage, underscoring the central role of social determinants of health in shaping care practices. The experience enabled the integration of theoretical knowledge with clinical practice in real-world settings and highlighted the strategic role of PHC in care coordination and health promotion. Exposure to PHC during the early stages of medical training contributed to the development of clinical, communication, and humanistic competencies, while also fostering critical awareness of structural challenges within the health system. These findings reinforce the importance of integrating teaching and service in the training of generalist physicians.

Keywords: Medical Education; Primary Health Care; Experience Report; Humanization Of Care; Teaching-Service Integration.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Código de Ética do Estudante de Medicina (2018), a formação médica contemporânea pode ser interpretada como um processo em reconfiguração, orientada pela Diretriz Curricular Nacional, Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025, que é pautada na construção de um perfil humanista e crítico. Este cenário exige o afastamento da medicina do modelo biomédico, estimulando o desenvolvimento de um profissional humanizado comprometido na interpretação de determinantes sociais defasados. Nesse cenário, conforme apontam Paulino *et al.* (2024), a inserção precoce dos discentes na Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou uma estratégia pedagógica central para a aproximação com a realidade socio sanitária dos territórios, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990).

A nossa presença na Unidade Básica de Saúde (UBS) proporcionou o envolvimento direto em políticas públicas e assistimos como elas se comportam no território em que são aplicadas. Presenciamos como as ações de saúde coletiva promovem, na prática, a prevenção de agravos. Durante a vivência na APS, temáticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) (BRASIL, 1975) deixam de se restringir ao campo teórico de slides e capítulos de livros afastados da nossa realidade.

Essa experiência favoreceu a compreensão do cuidado em saúde para além de uma lógica curativista, incorporando princípios como integralidade, longitudinalidade e vigilância em saúde. Descrevemos neste relato, a nossa imersão, como estudantes das turmas pioneiras do curso de Medicina, no interior de Pernambuco. A experiência envolveu o contato com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) que

caracterizou-se por oferecer atenção básica com articulação para outros níveis de complexidade conforme a necessidade dos usuários. A unidade de saúde atualmente conta com uma equipe multiprofissional responsável pelo desenvolvimento de ações como: o acompanhamento do pré-natal, o cuidado contínuo de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, a imunização e a puericultura, prática reconhecida como essencial para a vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária (Dantas *et al.*, 2021).

Ao escrever o trabalho objetivamos a descrição e análise da vivência da nossa imersão na rotina dessa UBS. Buscamos refletir como ocorreu a integração entre os saberes teóricos iniciais da graduação e a realidade assistencial, destacando a importância da articulação entre ensino, serviço e comunidade para a consolidação de competências relacionadas ao cuidado humanizado no SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir das experiências advindas do componente curricular Interação Ensino-Serviço-Comunidade I (IESC I) do curso de Medicina do Centro Universitário FACOL (UNIFACOL). Nós realizamos as práticas em uma unidade de atenção primária em Vitória de Santo Antão, no segundo semestre de 2025. Ao iniciarmos as atividades, observamos que o bairro de abrangência da UBS era caracterizado por acentuada vulnerabilidade social. A nossa imersão ocorreu por meio de visitas semanais, com duração de quatro horas por encontro, sob a supervisão de docentes da instituição e da equipe multiprofissional do posto.

Haja vista os preceitos éticos, asseguramos o anonimato da UBS, dos profissionais envolvidos e dos usuários do serviço. Por se tratar de um relato de

experiência, sem exposição de dados sensíveis ou identificáveis, o estudo encontra-se dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A priori, realizamos a territorialização com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de modo que entendemos a conexão entre a localidade e a equipe multiprofissional. Nesse ínterim, compreendemos a relação entre os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos com a população adscrita. Em seguida, ocorreu a fase de acompanhamento observacional e participativo nas rotinas do serviço. A título de exemplo: consultas de puericultura, procedimentos de triagem, funcionamento da sala de vacinação, salas de espera, atendimentos em saúde bucal e consultas por médicos e enfermeiros, favorecendo a articulação entre os conteúdos teóricos e a prática assistencial. Nesse contexto, ao estarmos na linha de frente da atenção primária pudemos mapear diversas condições de fragilidade, tais como: analfabetismo, polifarmácia, baixa acuidade visual, baixa escolaridade e falta de apoio social.

As atividades práticas foram orientadas segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017 que incorporou a Portaria nº 2.436/2017 (Brasil, 2017). E, as manobras semiológicas basearam-se na obra de Porto e Porto (2019). Esse conjunto de referências dialogou com a metodologia ativa de Neufeld e Barrows (1974) denominada Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), adotada pela UNIFACOL para o curso de medicina, favorecendo a construção da saúde humanizada a partir da integração entre o ensino acadêmico, o cotidiano do serviço e as demandas da comunidade.

A fim de sistematizar a análise qualitativa das práticas na UBS, utilizamos como corpus de análise os diários de campo que produzimos de forma reflexiva após cada momento de prática. Posteriormente, os registros foram analisados e discutidos à luz de literatura científica pertinente, sendo possível relacionar a experiência empírica com produções atuais no campo da Educação Médica e da Atenção Primária à Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Recorte Populacional

A UBS acompanhada ofertava atenção ambulatorial no âmbito da atenção básica, com articulação para a média complexidade. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), durante o segundo semestre de 2025, o posto contava

com 17 profissionais, sendo 2 médicos e 15 de outras categorias. A avaliação da proporção multiprofissional nos permitiu estabelecer desde os primeiros dias de estágio que o médico não era um ser onipotente e onipresente dentro da UBS e no contexto em que estávamos inseridos a saúde dos comunitários dependia em torno de 88% de categorias não-médicas.

Conforme ficha cadastral da CNES (Brasil, 2025) e da imersão prática participamos de atividades, que envolveram: a Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal, imunização populacional, acompanhamento no pré-natal no contexto da atenção ao parto e nascimento e o serviço de controle do tabagismo, com ações de abordagem e tratamento do fumante. Nas salas de aula e nas reuniões entre nosso grupo debatemos com frequência que as doenças crônicas possuíam uma raiz no estilo de vida e na falta de acompanhamento na infância. Logo, a presença do serviço de controle do tabagismo e puericultura em um bairro vulnerável não se estabelecia coincidentemente e nos evidenciou a importância do conhecer do perfil epidemiológico dos comunitários. Concluímos que as prestações desses serviços agiram como sentinelas reduzindo a sobrecarga dos outros níveis de atenção.

Mediante dados de outubro de 2025 do e-Gestor Atenção Primária (Figura 1; Figura 2), fornecidos pela equipe, observamos que esses serviços atenderam, por base cadastral, cerca de 6.630 cidadãos. Dentre eles, há 1.881 participantes no programa Saúde da Mulher, incluindo 26 gestantes em pré-natal, além de 698 idosos, 102 crianças em fase de desenvolvimento infantil e 3 pessoas com deficiência. Destacamos ainda o monitoramento de 740 pacientes hipertensos e 326 diabéticos. Entre as crianças de 0 a 9 anos, 714 estavam com a vacinação em dia, enquanto 707 tinham doses atrasadas. Situação semelhante ocorreu entre adolescentes de 10 a 19 anos, com 934 no prazo e 826 com atraso vacinal. Já na população adulta de 20 a 59 anos, cerca de 1.250 cidadãos apresentaram calendário vacinal regularizado. A Figura 1 apresentou a distribuição dos atendimentos realizados no período, contemplando variáveis demográficas e clínicas da população assistida.

A verificação dos históricos de imunizações nos permitiu considerar uma situação de risco iminente de reemergência de doenças imunopreveníveis entre as crianças de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos, uma vez que existiu uma acentuada vulnerabilidade no calendário vacinal. Paralelamente, a soma de 1.066 pacientes representativos de hipertensos e diabéticos nos mostrou uma epidemia silenciosa representada pelas doenças crônicas. Além do mais, outro ponto que nos chamou atenção referiu-se à discrepância nos registros do e-Gestor ter apontado apenas 3 pessoas



com deficiência cadastradas em uma base de 6.630 cidadãos. Como estudantes, aprendemos que o dado do sistema nem sempre reflete a totalidade da comunidade, exigindo um olhar atento para as populações que podem estar invisibilizadas pelo próprio serviço.

Figura 1. Relatório de atendimento médico (NMGB) do dia 01/11/2025 a 30/11/2025.

Descrição	Quantidade
Registros identificados	451
Registros não identificados	1
Total:	452

Dados gerais				
Descrição	Sim	Não	Não Inf.	Total
Ficou em observação	0	452	0	452
Gravidez planejada	2	0	450	452
Vacinação em dia	9	0	443	452

Turno				
Descrição	Quantidade			
Manhã	244			
Tarde	174			
Noite	34			
Não informado	0			
Total:	452			

Sexo				
Descrição	Quantidade			
Masculino	159			
Feminino	293			
Indeterminado	0			
Não informado	0			
Total:	452			

Faixa etária					
Descrição	Masc.	Fem.	Indet.	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	1	1	0	0	2
01 ano	0	0	0	0	0
02 anos	4	2	0	0	6
03 anos	3	3	0	0	6
04 anos	3	1	0	0	4
05 a 09 anos	9	7	0	0	16
10 a 14 anos	18	5	0	0	23

Local de atendimento					
Descrição	Quantidade				
Domicílio	0				
Escola / Creche	0				
Instituição / Abrigo	0				
Polo (Academia da saúde)	0				
Rua	0				
UBS	452				
Unidade móvel	0				
Unidade prisional ou congêneres	0				
Unidade socioeducativa	0				
Outros	0				
Não informado	0				
Total:	452				

Fonte: Dados de outubro de 2025 do e-Gestor Atenção Primária (2025)

A Figura 2 apresenta os exames solicitados no período, com predominância de testes voltados ao monitoramento de condições crônicas, como glicemia e perfil lipídico, além de exames de rastreamento, como TSH, vitamina D e mamografia.

O relatório contabilizou um total de 452 atendimentos realizados no mês de novembro de 2025. A análise demográfica evidenciou predominância do sexo feminino, o que representou aproximadamente 65 % dos atendimentos (293 registros), em comparação ao sexo masculino, com 35 % (159 registros).

Em nossas práticas era perceptível que a sala de espera tinha, na maioria das vezes, o rosto de mulheres elencando o que chamamos de “feminização” do cuidado e a “invisibilidade masculina”. O dado de 65 % de mulheres contra 35 % de homens fez com estabelecemos que esse era um clássico da Atenção Primária. Esse dado é corroborado por Gutmann *et al.* (2022), que evidenciaram que as mulheres procuram mais as unidades básicas de saúde em comparação aos homens. Todavia, vivenciar essa realidade no dia a dia da unidade nos trouxe uma compreensão e um peso muito maiores do que a simples leitura de um artigo

científico. Essa ausência nos levou a considerar que esses indivíduos estão acessando o sistema de saúde apenas na urgência quando a doença já estaria avançada. Esse contexto nos incentivou a compreender a importância de estratégias específicas, como o “Pré-Natal do Parceiro” ou horários estendidos, que serviam para atrair o homem ao cuidado preventivo.

Figura 2. Relatório de solicitações de exames pelo médico NMGB do dia 01/11/2025 a 30/11/2025.

Exames solicitados e avaliados		
Descrição	Solicitado	Avaliado
Coletor total	83	25
Creatinina	82	21
EAS / EQU	82	12
Eletrocardiograma	15	0
Eletroforese de hemoglobina	0	0
Espirometria	0	0
Exame de escarro	0	0
Glicemia	84	21
HDL	82	18
Hemoglobina glicada	83	26
Hemograma	80	26
LDL	83	17
Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista	0	0
Sorologia de Hepatite B	5	1
Sorologia de Hepatite C	0	1
Sorologia de Hepatite D	0	0
Sorologia de sífilis (VDRL)	5	2
Sorologia para HIV	6	3

Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)		
Descrição	Solicitado	Avaliado
0201010240 - BIÓPSIA DE IRIS, CORPO CLILAR, RETINA, CORÓIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR	1	0
0202010040 - DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	3	1
0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO	2	0
0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	6	1
0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3	0
0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA	41	6
0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO	38	4
0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	4	0
0202010465 - DOSAGEM DE GAMA- GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	4	0
0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO	57	1
0202010635 - DOSAGEM DE SODIO	1	0

Exames solicitados e avaliados		
Descrição	Solicitado	Avaliado
0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	13	5
0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	12	6
0202010660 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA	1	0
0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	81	24
0202010694 - DOSAGEM DE UREIA	3	0
0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12	53	4
0202010767 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	72	8
0202030059 - DETECCÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	2	0
0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	5	0
0202030768 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	2	1
0202030873 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	2	1
0202030970 - PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBsAg)	0	3
0202031179 - TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECCÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	3	1
0202040089 - PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	7	0
0202040127 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1	0
0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULO NAS FEZES	17	1
0202060233 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	4	0
0202060241 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	4	0

Exames solicitados e avaliados		
Descrição	Solicitado	Avaliado
0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMULANTE (TSH)	71	15
0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA	1	0
0202060357 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	1	0
0202060373 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1	0
0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	63	5
0202060390 - DOSAGEM DE TRIODO TIROXINA (T3)	1	0
0202070255 - DOSAGEM DE LITIO	1	0
0202120023 - DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	0	1
0204030030 - MAMOGRAFIA	29	0
0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	4	0
0204060028 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	1	0
0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	9	0
0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	12	0
0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1	0
0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	2	0
0205020097 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	6	0
0205020127 - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	1	0
0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	2	0

Fonte: Dados de outubro de 2025 do e-Gestor Atenção Primária (2025)

Em relação à distribuição etária, observamos que o perfil da população assistida foi majoritariamente adulto e idoso. A faixa etária com maior volume de atendimentos estava entre 60 e 64 anos (55 atendimentos), seguida pelos grupos de 55 a 59 anos

(45 atendimentos) e 40 a 44 anos (42 atendimentos). Houve um volume significativo de idosos, com 153 atendimentos em pessoas com mais de 60 anos, o que indicou elevada demanda por cuidado contínuo e manejo de doenças crônicas.

Nesse momento compreendemos que o território estava envelhecendo e isso teve relação direta com o fato que a consulta de 10 minutos não tinha como ser suficiente para lidar com as multimorbidades (polifarmácia, riscos de queda e solidão). O manejo dessa população envolveu uma escuta qualificada e ferramentas de auxílio à memória, justificando intervenções de letramento em saúde.

O atendimento pediátrico (0 a 14 anos) apresentou baixa frequência, totalizando 57 registros. Esse dado nos instigou a refletir sobre a solidez do vínculo comunitário com a puericultura, questionando se a UBS foi efetivamente compreendida como um espaço de promoção à saúde infantil ou se o imaginário local ainda priorizava a busca direta por serviços de urgência em detrimento da prevenção. Essa observação empírica alinhou-se à literatura científica, que evidenciou uma frequente inversão da hierarquização da rede motivada pela insegurança das famílias. Conforme apontam Rati *et al.* (2013), mesmo diante de quadros clínicos não urgentes, as mães frequentemente buscam os serviços de pronto-atendimento devido à percepção de maior resolutividade imediata.

O desfecho dos atendimentos reforçou o caráter longitudinal da Atenção Primária, com 383 pacientes tendo como conduta o retorno para consulta agendada, enquanto 33 receberam alta do episódio. Esses dados tornaram evidente dentro da nossa construção como futuros médicos que a eficácia da atenção básica não estava em se “livrar do paciente”, mas em mantê-lo por perto. Vivenciamos que, na APS, o sucesso terapêutico não se traduzia pela finalização do cuidado, mas pela manutenção do vínculo e do monitoramento contínuo.

O relatório também evidenciou o papel da UBS como ordenadora da rede, com 96 encaminhamentos para serviços especializados indicando o que aprendemos em aula como “referência”. Essa relação nos permitiu notar que a equipe não precisava resolver tudo sozinha. Os profissionais da APS sabiam até onde a sua capacidade tecnológica alcançavam e reconheciam o momento de pedir ajuda ao especialista. Entendemos que a medida de resolutividade daquele período não significou que iríamos presenciar o tratamento de todas as afecções no nível primário. Estabelecemos durante nossas reflexões que o fluxo de eficiência da UBS que se comportava como um filtro, garantindo que o paciente tivesse acesso ao

especialista correto no tempo oportuno sem sobrecarregar a média complexidade.

O volume de exames solicitados refletiu o perfil de monitoramento das doenças crônicas identificadas. Entre os exames mais solicitados estavam a glicemia (84 solicitações), perfil lipídico com colesterol total (83), LDL (83) e triglicerídeos (81), creatinina (82), ureia (3) e hemograma (80). Observamos uma diferença entre o número de exames solicitados e os avaliados no período, como no caso da glicemia, com 84 solicitações e 21 avaliações. Na universidade, aprendemos a pedir exames e acreditávamos que as dificuldades se encerravam com o número do pedido do laboratório. Entretanto na UBS visualizamos que a solicitação era a parte fácil, e sim, que o desafio era garantir que o paciente conseguisse agendar, coletar e especialmente voltasse com o resultado em tempo hábil. Nesse contexto, percebemos que o ato médico não se encerrava na emissão da guia de exames, mas sim exigia uma vigilância ativa da equipe na tentativa de evitar a perda de seguimento.

O volume de exames também se mostrou como um reflexo dos 740 pacientes hipertensos e 326 diabéticos, uma vez que, percebemos que o perfil epidemiológico ditava não apenas a rotina médica como todo o fluxo do posto. Compreendemos que a UBS estava, na prática, tentando evitar que esses pacientes tivessem piora no caso até chegar em casos de infartos e hemodiálise (o que explicou a demanda por creatinina).

A análise dos códigos internacionais de doenças (CID-10) revelou um perfil epidemiológico marcado pelas Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNTs).

I. Hipertensão e Diabetes: A Hipertensão Essencial (I10) foi a condição mais prevalente, com 122 atendimentos. O Diabetes Mellitus também apresentou alta frequência, somando 44 atendimentos, sendo 36 do tipo não insulínico e 8 insulínico. A obesidade (E66), com 14 registros, reforçou a necessidade de ações voltadas ao controle do risco cardiovascular.

III. Estilo de Vida: O código Z72.8, relacionado a problemas associados ao estilo de vida, apareceu em 43 registros, indicando a atuação da equipe também na orientação e modificação de hábitos.

II. Saúde Mental: Observou-se uma demanda relevante em saúde mental, com 46 registros de sinais e sintomas psicológicos inespecíficos (CIAP P29) e 35 de perturbação do sono (CIAP P06). Na classificação pela CID-10, destacaram-se 18 casos de ansiedade generalizada (F41.1), além de registros de transtornos depressivos e outras condições psicológicas.

A interpretação advinda dos códigos nos ensinou que não estávamos lidando exclusivamente com

números, mas com pessoas cujas realidades e contextos de vida adoeciam diretamente a sua biologia. Essa vivência nos permitiu amadurecer a percepção de que a face mais complexa do cuidado não era a prescrição de um remédio, como um anti-hipertensivo, mas sim o desafio de convencer o paciente a alterar seus hábitos. Percebemos que, muitas vezes, não existia uma concepção consolidada de proteção e prevenção à saúde, a não ser que o adoecimento se manifestasse de forma visível, exemplo de feridas que não cicatrizam.

Na maioria das vezes, o paciente não chegava com um CID evidente e sim com uma angústia ou dificuldade persistente de ter um sono repousante. Ao mesmo tempo em que se tornou evidente que embora a identificação desses perfis epidemiológicos se estabelecia como benéfica para o sucesso terapêutico, também internalizamos a importância de não rotular qualquer sofrimento como doença. Na rotina presenciamos que a vulnerabilidade socioeconômica adoce a mente e que a utilização descabida de psicotrópicos como “válvulas de escape” não deveriam representar o padrão de acolhimento para esse sofrimento.

3.2 Territorialização em Saúde

A imersão no território evidencia que a articulação entre teoria e prática exige um aprimoramento contínuo de competências (Chevitarese *et al.*, 2022). Houve a construção de uma visão ampliada que a UBS não era apenas como uma estrutura de equipamentos médicos, mas como um espaço vivo de articulação do cuidado. Demos início às vivências práticas buscando a compreensão da dinâmica de trabalho entre a equipe multiprofissional, bem como, entendendo a metodologia envolta do fluxo de acolhimento e da organização da agenda de serviços. Uma vez que a Atenção Primária deve estar atenta às vulnerabilidades presentes no território notamos que existia um vínculo entre a UBS e a comunidade que ultrapassava a dimensão física.

Nesse contexto, destacamos o uso de unidades móveis de atendimento como estratégia para superar barreiras geográficas e garantir a capilaridade do cuidado em microáreas mais distantes. Compreendemos que a passividade do modelo de atenção — em apenas manter as portas da unidade abertas à espera da demanda espontânea — seria insuficiente e excludente. Na prática, vivenciamos essa urgência pela busca ativa por comunitários requerentes de assistência, que se mostrava como uma necessidade potencializada pela desproporção demográfica do território. A UBS contava com uma

população adscrita de cerca de 6.630 cidadãos para três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse cenário de sobrecarga, somado ao desafio histórico das áreas descobertas e às barreiras geográficas, dificultava imensamente o acompanhamento contínuo dos pacientes.

Nos momentos de alinhamento com a equipe, ao realizarmos a análise do perfil sociodemográfico da população da área descoberta, chegamos a uma estimativa de cerca de 7.500 indivíduos, fruto de levantamentos empíricos realizados no território. A partir desses números, conseguimos vivenciar o que líamos nos livros como a “demanda reprimida” do sistema público, um fator que acarreta superlotação e filas de espera. Compreendemos que, além da sobrecarga existente na área coberta, a unidade lidava com uma enorme parcela de “invisíveis epidemiológicos”.

Constatamos de forma concreta que a medicina da família não se construía em um consultório blindado por um ar-condicionado e sim andando e conhecendo a região circundante. Além do mais, nos momentos de alinhamento com a equipe percebemos a forma como o médico precisava se impor como gestor. Na faculdade, somos treinados para diagnosticar doenças, todavia na atenção primária essa atuação precisa ir além, isto é, o médico precisava em meio a reuniões conversar com a enfermeira, técnica, secretária e ser compreendido e escutado.

A análise da área descoberta, em contraste com a população adscrita, nos permitiu concluir que a territorialização transcendia a mera delimitação espacial. Essa interpretação, embora tenha sido fruto das nossas observações no cotidiano da UBS, tornou-se ainda mais robusta quando conseguimos fundamentá-la perante a comunidade científica. O estudo de Silva *et al.* (2026) elenca diretamente o território como espaço socialmente construído e não uma delimitação geográfica. Constatamos que, na dimensão da gestão em saúde, esse embate entre demarcação física e construção social demográfica possuía impacto direto no financiamento da unidade. Nossa imersão nos fez perceber que a invisibilidade formal dessas áreas gerava um subfinanciamento prático, visto que a equipe prestava assistência a um volume populacional superior àquele utilizado como base de cálculo para os repasses financeiros e logísticos.

A análise crítica do cenário permitiu que nós identificássemos os desafios estruturais presentes no cotidiano da saúde pública. Presenciamos o desabastecimento pontual de medicamentos e materiais médico-hospitalares, associado ao dimensionamento reduzido da equipe. Como exemplo, destacamos a ausência de um profissional

farmacêutico na unidade e o número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a cobertura integral do território. Esses fatores demonstraram ser para nossa percepção limitações importantes, pois impactavam a assistência integral. Nesse contexto, enxergávamos dificuldades para a longitudinalidade do cuidado, elementos centrais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Diante desse contexto, fomos constantemente desafiados a otimizar os recursos disponíveis no processo de trabalho, buscando, ainda assim, promover a melhora clínica dos pacientes.

3.3 Momento de Triagem e Sala de Espera

A etapa pré-clínica compreendeu o acolhimento e o registro de dados antropométricos e sinais vitais pela equipe de técnicos e enfermeiros, estabelecendo-se como um filtro assistencial. Em nossa prática estabelecemos que o acolhimento não se restringia a dar “bom dia” ou aferir a pressão, mas sim uma representação evidente de uma escuta qualificada. Essa dinâmica de trabalho contribuiu para a organização do fluxo de atendimento, ao mesmo tempo em que otimizava o tempo da consulta médica, permitindo maior foco na propedêutica e no raciocínio diagnóstico. Enquanto nas práticas de semiologia fomos treinados para agir como o único responsável por todos os processos operacionais, na UBS experimentamos a divisão de tarefas entre diferentes categorias profissionais para atingir o bem comum do comunitário.

No contexto do acolhimento e da triagem, realizamos a monitorização da pressão arterial (PA), da frequência cardíaca (FC), do peso e da glicemia capilar. Destacamos o uso das ferramentas do PEC para a estratificação de risco, sendo possível a classificação dos atendimentos conforme o grau de prioridade clínica, entre eletivo, prioritário e urgência. Essa organização nos evidenciou, a importância da sistematização da demanda assistencial para garantir a equidade no acesso e a resolutividade no âmbito do SUS. Na triagem conseguimos enxergar que os casos prioritários eram identificados antes mesmo de chegarem ao consultório, demonstrando que o cuidado começava muito antes do encontro com o médico.

No que se refere à instrumentação, priorizamos o uso do esfigmomanômetro aneróide associado ao estetoscópio, considerado método padrão ouro, segundo Porto e Porto (2019), para assegurar maior fidedignidade na aferição dos níveis pressóricos, sendo os dispositivos digitais utilizados de forma complementar. Experimentamos, nesse processo, a construção de uma espécie de responsabilidade

profissional embora estivéssemos atuando apenas como estudantes de medicina. Percebemos que portar, higienizar e calibrar nossos próprios equipamentos (oxímetro, esfigmomanômetro aneróide e termômetro digital) era a base para garantir a total confiabilidade dos resultados que entregávamos à equipe de triagem. Em relação ao manejo do instrumental propedêutico, compreendemos a importância de termos o nosso próprio estetoscópio. Esse requisito fez sentido quando constatamos que a individualização dos instrumentos atua como a medida preventiva contra a contaminação cruzada, protegendo a nossa e a saúde do paciente (Talaga-Ćwiertnia *et al.*, 2023).

A prática na unidade nos exigiu muito mais do que agilidade técnica; cobrou-nos tato social e empatia. O simples cuidado para reduzir o desconforto do paciente com o aperto da braçadeira materializou a nossa compreensão de que já não lidávamos com manequins de laboratório ou estações de OSCE. Essa necessidade de orientar o paciente no próprio cuidado representou uma pauta abrangida por nosso propósito de difundir o letramento em saúde e já levantada pela UBS, como observamos na utilização do protocolo de monitoramento residencial (Figura 3), que consiste na entrega de mapas de registro para acompanhamento da pressão arterial. Essa estratégia se mostrou relevante como ferramenta de educação em saúde e apoio ao manejo de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Figura 3. Protocolo de Monitoramento Residencial de Pressão Arterial.

Fonte: Acervo Pessoal (2025)

A prática assistencial na triagem permitiu o acompanhamento de um perfil demográfico diversificado, composto majoritariamente por adultos e idosos (faixa etária entre 43 e 80 anos). A aferição da pressão arterial revelou diferentes estratos de risco

cardiovascular: desde usuários com níveis pressóricos dentro da normalidade (110/60 mmHg) até casos sugestivos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em estágios avançados (160/80 mmHg). Aprendemos na triagem que um achado isolado exigia uma investigação do contexto de vida e hábitos do paciente antes de qualquer intervenção mais invasiva.

Essa variabilidade clínica exigiu o exercício do raciocínio fisiopatológico e a condução de orientações específicas para cada cenário. Nos casos de níveis pressóricos elevados, enfatizamos a importância da investigação de fatores interferentes (como o uso irregular de anti-hipertensivos ou a ingestão recente de estimulantes) e a necessidade de seguimento longitudinal para confirmação diagnóstica e ajuste terapêutico. A sistematização desses registros nos mapas de controle ambulatorial reforçou a compreensão de que a triagem na Atenção Primária transcendia a coleta de dados, configurando-se como um momento estratégico de rastreamento e educação em saúde.

Observamos que as competências técnicas estão diretamente relacionadas às competências humanísticas. Nesse contexto, a triagem configurou-se como um espaço importante para ações de educação em saúde. Por meio de uma abordagem empática e segura, orientávamos os usuários sobre hábitos de vida e conseguíamos esclarecer dúvidas relacionadas a condições prevalentes, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Essas práticas contribuíram para o fortalecimento do vínculo e para o acolhimento das demandas dos usuários, evidenciando que a atuação da Atenção Primária à Saúde, mesmo com baixa densidade tecnológica, podia gerar impactos significativos na saúde coletiva

3.4 Atuação Médica na Atenção Básica

A principal reflexão decorrente dessa vivência foi a compreensão da estrutura lógica e aplicada da anamnese no contexto da Atenção Primária. A observação da utilização sistemática de seus componentes fundamentais, como queixa principal e duração, história da doença atual (HDA), interrogatório

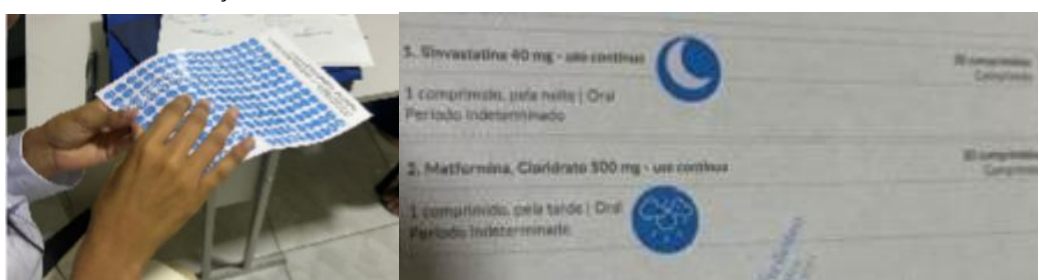
sintomatológico, antecedentes e hábitos de vida, possibilitou reconhecer, na prática, o roteiro racional proposto pela literatura médica em Porto e Porto (2019). Essa transição do conteúdo teórico para o cenário clínico contribuiu para a consolidação do aprendizado e para o desenvolvimento de maior segurança na condução da propedêutica com pacientes reais e não em simulações clínicas, reforçou o exame clínico estruturado como base do raciocínio médico.

Além disso, a imersão nos atendimentos clínicos permitiu a aplicação de adesivos que facilitaram a compreensão da prescrição médica (Figura 4), ajustados conforme a complexidade de cada caso atendido. Também constatamos a importância de compreender o funcionamento do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), considerando as diretrizes de qualificação dos indicadores do e-SUS APS (Brasil, 2023).

No manejo de pacientes idosos com queixas de dor irradiada em membros superiores, evidenciamos a importância de uma anamnese detalhada para a adequada diferenciação diagnóstica e definição da conduta farmacológica, incluindo o uso de moduladores da dor e relaxantes musculares. A experiência reforçou que a escuta ativa e o estabelecimento de vínculo atuam como facilitadores do processo propedêutico, especialmente em consultas de seguimento de condições crônicas, como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Observamos a relevância do momento inicial do atendimento. Notamos que dedicar o primeiro minuto da consulta a uma escuta ativa, livre de interrupções prematuras, permitia ao paciente externalizar espontaneamente informações cruciais. Constatamos que a integração hábil dessa narrativa livre com os nossos questionamentos quando metodologicamente direcionados foram determinantes para a construção precisa dos quadros clínicos. Para nós, essa vivência moldou a atitude profissional de saber o momento correto de escutar, evidenciando que saber ouvir de forma acolhedora representava um importante passo para o sucesso de uma consulta médica.

Figura 4. Aplicação dos Adesivos em Prescrições.



Fonte: Acervo Pessoal (2025)

Como aprendizado central, conseguimos destacar a importância da medicina preventiva contextualizada como ponto de partida na atenção primária. A prática nos reforçou a necessidade de realizar orientações proativas, como o rastreamento do câncer de próstata por meio do PSA em homens acima de 50 anos e a vigilância nutricional para deficiência de vitamina B12 em pacientes com dietas restritivas, como o veganismo. Essas ações evidenciavam que a atuação na UBS exigia uma abordagem ampliada, capaz de articular o cuidado da queixa aguda com estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos ao longo do ciclo de vida.

A experiência também nos revelou a obrigatoriedade dos profissionais do SUS agirem como intérpretes dos termos de difícil compreensão dentro do campo da saúde. Compreendemos que a leitura qualificada de uma prescrição ou hemograma, por exemplo, vai além da escrita legível ou análise de valores de referência, configurando-se como uma ferramenta importante para a compreensão do estado geral do paciente desde que ele também entenda os parâmetros de sua saúde. O atendimento ao paciente exigia a integração entre agilidade técnica e precisão semiológica, associada à capacidade de comunicação e ao manejo do desconforto durante os procedimentos.

3.5 Sala de Vacinação e Rede de Frios

Estendemos nossa vivência à rotina da sala de vacinação, possibilitando a observação do fluxo de imunização e das estratégias de acolhimento pediátrico. Sob supervisão direta, realizamos a execução assistida de uma aplicação de imunobiológico por via injetável, o que representou um marco no desenvolvimento de habilidades psicomotoras, além de que contribuiu para a consolidação do rigor técnico e das práticas de biossegurança exigidas neste ambiente.

Nesse contexto, destacamos a adoção de recursos lúdicos, como o uso de pelúcias e brinquedos (Figura 5), pela equipe técnica. Essa prática evidenciou a aplicação dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), ao transformar um procedimento com potencial de ser gerador de dor e ansiedade em uma experiência acolhedora. Essa abordagem contribuiu para o fortalecimento do vínculo sem traumas ou desconfortos entre a criança, o cuidador e o serviço de saúde, favorecendo a adesão às ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Ao acompanharmos a rotina de atendimentos nesse setor, constatamos que era fundamental prover orientações pós-vacinais. As orientações mais recorrentes envolviam a recomendação de compressas frias para a redução de eventos adversos locais. Também percebemos a necessidade de atualização

constante em relação aos calendários vacinais, visto que o tema era motivo de grandes dúvidas e questionamentos frequentes por parte dos usuários. Nesse sentido, o uso de suportes visuais e painéis informativos na unidade mostraram-se uma ferramenta importante de apoio à decisão clínica, contribuindo para manter a equipe e os usuários alinhados às diretrizes atualizadas do Ministério da Saúde.

Figura 5. Elementos Lúdicos Presentes na Sala de Vacinação



Fonte: Acervo Pessoal (2025)

Nesse contexto, a vivência permitiu o acompanhamento da rotina vacinal e a atualização de esquemas em atraso, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Constatamos a importância do rigor técnico na administração de imunobiológicos observando as particularidades de cada via, como a aplicação intramuscular no músculo vasto lateral da coxa para a DTP e Hepatite A, e a via subcutânea para a segunda dose da Tríplice Viral. Essa prática nos ensinou que a anatomia não era algo estático como as peças em bancada em que estávamos acostumados, e sim que na vida real os “pontos anatômicos” se moviam e sentiam dor, exigindo uma precisão técnica que envolvia antes de tudo, um ato de segurança e cuidado.

No âmbito da vigilância epidemiológica vacinal, elaboramos estratégias de busca ativa voltadas à atualização do esquema vacinal contra a varicela. Considerando as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações, realizamos o levantamento de pacientes elegíveis a partir da chegada de novos lotes de vacinas. A intervenção consistiu no contato com os responsáveis por meio de comunicação digital e

telefonias, com o objetivo de convidá-los para a regularização do calendário vacinal. Essa estratégia demonstrou efetividade, contribuindo para o aumento da cobertura vacinal no território e reforçou o papel da Atenção Primária na prevenção de surtos e na promoção da saúde coletiva.

3.6 Rotina de Puericultura

Sequencialmente, acompanhamos a rotina de consultas de puericultura encabeçadas pelas enfermeiras da unidade. Esse momento mostrou o valor da interprofissionalidade no SUS que mais uma vez demonstrou que o cuidado era multidisciplinar e que o processo de aprendizagem para se tornar um bom médico dependia do ensino mediado por outros profissionais que não possuíam o CRM. Durante os atendimentos vivenciamos o que a Política Nacional de Humanização do SUS chama de “ambiência”, isto é, o ambiente do consultório mostrou-se adaptado ao público infantil, com a presença de brinquedos distribuídos no espaço (Figura 6).

Figura 6. Elementos lúdicos destinados ao consultório de puericultura



Fonte: Acervo Pessoal (2025)

O aprendizado que obtivemos dessa vivência é que o brincar não era uma simples decoração, mas sim uma tecnologia leve para criar vínculo e formular um ambiente acolhedor, evitando que se desenvolvesse nas crianças o “medo do jaleco branco”. Durante essas consultas, participamos ativamente na aferição de dados antropométricos, como peso, IMC, estatura e perímetro cefálico, além da conferência da caderneta de saúde da criança. Assimilamos que esses números não significavam um mero preenchimento de formulário, mas sim, representavam a oportunidade de

realizar diagnósticos precoces. Notamos que estávamos fazendo parte da vigilância contínua do desenvolvimento infantil ao cruzar as informações com os gráficos de crescimento presentes na Caderneta da Criança. A puericultura na atenção primária estabelecia que éramos capazes de identificar casos de desnutrição silenciosa, tendência à obesidade infantil ou um atraso no neurodesenvolvimento.

Nós identificamos que o nosso nível de conhecimento quando a temática era o manejo com o público infantil era insuficiente, o que nos motivou por uma busca ativa de informações fundamentadas cientificamente. Embora a pediatria seja uma unidade curricular prevista apenas para períodos superiores, a prática na APS impôs desafios que demandavam respostas naquele período, independentemente da grade curricular. Esse cenário nos direcionou à utilização de metodologias ativas de aprendizagem, reiterando o pensamento de Santos *et al.* (2021), de que a problematização de uma situação real é o principal motor para a busca e a construção do conhecimento. O estudo dos Cadernos de Atenção Básica voltados ao crescimento e desenvolvimento infantil, associado à leitura de estudos atualizados (Dantas *et al.*, 2021), contribuíram para nossa ampliação da vigilância em saúde na primeira infância.

A imersão nesses atendimentos evidenciou a heterogeneidade clínica presente na primeira infância. Entre os perfis acompanhados, observamos desde lactentes em risco de sobrepeso e com alterações umbilicais até casos de maior complexidade, como um bebê de sete meses com cardiopatia congênita e indicação cirúrgica.

Esses achados reforçaram a nossa percepção sobre o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, atuando na detecção precoce de agravos, no monitoramento do desenvolvimento infantil e no encaminhamento oportuno para a atenção especializada. O registro das condutas e dos dados clínicos foi realizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com atenção à codificação adequada das consultas e dos procedimentos preventivos, evidenciando a importância da correta alimentação dos sistemas de informação em saúde.

Durante as observações clínicas, percebemos que a propedêutica pediátrica, especialmente no contexto da puericultura, exigiu flexibilidade na condução do exame físico. Em muitos momentos, adaptamos a sequência tradicional crânio-caudal, considerando o comportamento e a receptividade da criança. Para lidar com essa dinâmica sem comprometer a avaliação, utilizamos de ferramentas mnemônicas, como o método “CEVADA” (Figura 7), que auxilia na sistematização da consulta (SANARMED, 2023). Esse

recurso funcionou como um guia prático para a equipe, contribuindo para a integralidade da avaliação, especialmente em lactentes e pré-escolares, nos quais a consulta demanda objetividade associada ao acolhimento.

Figura 7. Representação do mnemônico CEVADA



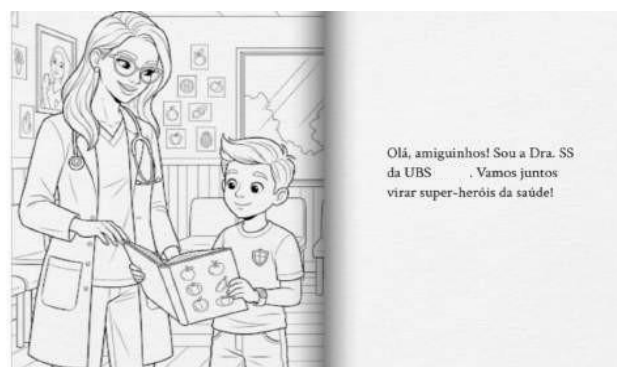
Fonte: SANARMED, 2023

Integrada à etapa de planejamento da intervenção, desenvolvemos uma ferramenta de educação em saúde direcionada ao público infantil quando presente na unidade. A nossa proposta de intervenção foi a criação de um material paradidático, o projeto recebeu, de maneira provisória, o título de “Caderno dos Super-heróis”. O design do *storybook* (Figura 8) desenvolvido com auxílio de inteligência artificial buscava suprir a ausência de materiais educativos com linguagem lúdica e adequada à faixa etária pediátrica disponíveis no posto. Nosso objetivo central era promover o letramento em saúde de forma acessível, utilizando uma abordagem gamificada para trabalhar temas relacionados à prevenção e ao autocuidado (Barbosa, 2022). Além disso, estruturamos o material como atividades de pintura, com a finalidade de estimular o desenvolvimento da coordenação motora fina e incentivar práticas de lazer criativas, reduzindo a dependência de dispositivos eletrônicos e o tempo de exposição às telas, ao mesmo tempo em que promove hábitos saudáveis de forma integrada.

Essa articulação possibilitou a aplicação de conhecimentos provenientes de diferentes áreas da nossa formação médica. Na universidade em um contexto controlado estudávamos anamnese (Habilidade e Atitudes Médicas) na quinta e saúde

coletiva (Saúde, Ambiente E Determinantes Sociais E Regionais) na quarta, porém na UBS não existia essa repartição e a vivência nos obrigou a realizar a quebra dessas delimitações. Nos momentos em que estávamos lidando com o paciente não poderíamos focar apenas no agente etiológico, e sim tínhamos que refletir sobre as condições de vida do indivíduo e sua coletividade tendo em vista o conceito de determinação social do processo saúde-doença.

Figura 8. *Storybook* “Caderno dos Super-heróis”



Fonte: Criado pelos autores com auxílio de inteligência artificial (Notebook LM, 2025)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência na UBS em Vitória de Santo Antão possibilitou o alcance dos objetivos propostos ao favorecer nossa imersão no território. Esse contato nos permitiu que visualizássemos o SUS real fora das lentes de artigos científicos e capítulos de livro, superando a percepção de que se tratava de uma estrutura longe da nossa realidade. Na rotina nos integramos até na organização dos fluxos assistenciais (referência e contrarreferência) e vivenciamos demandas críticas complexas, como os desafios na adesão ao tratamento de tuberculose e HIV, o mapeamento de doenças crônicas, a polifarmácia, o analfabetismo e a baixa acuidade visual. Tais frentes de atuação nos direcionaram para a inclusão precoce de princípios antropológicos na saúde, da medicina centrada na pessoa e do desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares. Como integrantes das turmas pioneiras do curso de Medicina na região, vivenciamos o desafio e a responsabilidade inerente ao movimento de interiorização da educação em saúde em Pernambuco. Este marco inaugural exigiu a nossa sensibilidade para adaptar o saber acadêmico fruto da sala de aula e dos laboratórios de semiótica às particularidades culturais e sociais do interior, promovendo uma medicina contextualizada. Percebemos que esse processo foi significativo tanto para o nosso aprendizado quanto para a rotina dos profissionais —

em um exercício de educação permanente — e para a comunidade, que teve que passar a se acostumar com a nossa presença acadêmica em seus fluxos de cuidado. Ademais, a rotina evidenciou que a APS atingia o sucesso com uma equipe multiprofissional coesa, não se constituindo exclusivamente com a presença do médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Simone de Pinho *et al.* **Letramento em Saúde como Estratégia de Promoção da Saúde: Um Estudo de Revisão Narrativa.** *Conjecturas*, [S. l.], v. 22, n. 7, p. 211-233, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2025. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso De Graduação em Medicina e dá Outras Providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS APS: Guia Para Qualificação Dos Indicadores Da APS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/guias-e-manuais/2023/guia-prontuario-eletronico-do-cidadao-pec/@@download/file>

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2017/prt243_6_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) No Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de rede de frio**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe Sobre a Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, Sobre o Programa Nacional de Imunizações, Estabelece Normas Relativas à Notificação Compulsória de Doenças, e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975.

CHEVITARESE, Leila *et al.* **Atividade Discente na Prática Curricular do Curso de Medicina: Relato de Experiência.** *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 10, p. e358111032763, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética do Estudante de Medicina**. Brasília, DF: CFM, 2018.

GUTMANN, Victoria Leslyê Rocha *et al.* **Motivos eue Levam Mulheres e Homens a Buscar as Unidades Básicas de Saúde.** *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, 2022.

DANTAS, Marta Coêlho Bezerra *et al.* **A Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa.** *Amadeus International Multidisciplinary Journal*, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 61-78, 2021.

NEUFELD, Victor R.; BARROWS, Howard S. **The "Mcmaster Philosophy": An Approach to Medical Education.** *Academic Medicine*, v. 49, n. 11, p. 1040-50, 1974.

PAULINO, Ingrid dos Santos *et al.* **Impactos do Módulo Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade na Formação Médica: Um Relato de Experiência.** *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, [S. l.], v. 16, n. 12, p. e6567, 2024.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

RATI, Rose Meire Silva *et al.* **"Criança Não Pode Esperar": A Busca de Serviço de Urgência e Emergência por Mães e Suas Crianças em Condições Não Urgentes.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3663-3672, dez. 2013.

SANARMED. **Resumo de Puericultura: Consultas, Anamnese, Exame Físico e Diagnósticos.** *Sanarmed*, 13 set. 2023. Disponível em: <https://sanarmed.com/resumo-de-puericultura-consultas-anamnese-exame-fisico-e-diagnosticos/>.

SANTOS, Felipe Manoel de Oliveira *et al.* **From Freshmen to Interns: Retrospective Analysis of 8 Semesters in the Subject Integration Teaching Service and Community in the Medical Course.** *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 8-14, 2021.

SILVA, Ana Paula Mendes Batista da *et al.* **A Territorialização Como Eixo Estruturante das Práticas da Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde.** *Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. e737330, 2026.

TALAGA-ĆWIERTNIA, Katarzyna *et al.* **Stethoscopes Or Maybe "Bacterioscopes"—Is Hand Hygiene Solely Capable Of Preventing Hospital-Associated Infections?.** *Polish Journal of Microbiology*, v. 72, n. 1, p. 79, 2023.