

**FACULDADE NOVA ESPERANÇA-FACENE-FAMENE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INSERÇÃO DO RESIDENTE DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO TERRITÓRIO**

**JOÃO PESSOA - PB
2025**

JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INSERÇÃO DO RESIDENTE DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO TERRITÓRIO**

Relatório final do Trabalho de residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Verônica Barbosa Almeida

JOÃO PESSOA - PB
2025

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

C365r Cavalcanti Filho, José Wilton Saraiva

Relato de experiência: a inserção do residente de medicina de família e comunidade no território / José Wilton Saraiva Cavalcanti Filho. – João Pessoa, 2025.

22f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Verônica Barbosa Almeida.

Monografia (Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Processo de Trabalho em Saúde. 3. Territorialização.

CDU: 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor(a): José Wilton Saraiva Cavalcanti Filho

Título: Relato de experiência: a inserção do residente de medicina de família e comunidade no território

Natureza: Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança

BANCA EXAMINADORA

Profa. Carmen Verônica Barbosa Almeida

Iara Medeiros de Araújo

Weruskha Abrantes Soares Barbosa

Aprovado em: 16/12/2025

Este exemplar corresponde à versão final do TCR aprovado.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco histórico brasileiro, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo central do cuidado integral e porta de entrada para ações que fortalecem vínculo, território e a prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Este relato de experiência descreve a inserção de um residente de MFC na APS na Unidade Básica de Saúde Dr. Oildo Soares, em Santa Rita – PB. Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo-reflexivo, baseados nas percepções do cotidiano, abrangendo consultas, visitas domiciliares, ações comunitárias, grupos educativos e articulação com serviços da rede de saúde e assistência social. Estar diariamente no território permitiu compreender com mais profundidade as realidades, dificuldades e potencialidades das famílias acompanhadas, revelando como aspectos sociais, emocionais e culturais influenciam diretamente o processo saúde-doença. Vivências como a aproximação com o Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado aos idosos institucionalizados e as atividades realizadas no Saúde na Praça mostraram, na prática, a importância da escuta atenta, do vínculo e da presença ativa no território. Os resultados dessas ações se refletiram no fortalecimento da relação entre equipe e comunidade, na ampliação da resolutividade da unidade e na maior participação dos usuários nas atividades coletivas. Conclui-se que a residência em MFC, quando vivida de forma comprometida, transforma profundamente a formação técnica e humana do profissional. Essa vivência reafirmou que todo médico atuante na Atenção Primária à Saúde deve assumir verdadeiramente o papel de médico da comunidade, exercendo a profissão com presença, responsabilidade e comprometimento real com as pessoas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Processo de Trabalho em Saúde; Territorialização.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) is a historic milestone in Brazil, with Primary Health Care (PHC) serving as the central axis of comprehensive care and the main entry point for actions that strengthen bonds, territorial responsibility, and the practice of Family and Community Medicine (FCM). This experience report describes the integration of a Family and Community Medicine resident into Primary Health Care at the Dr. Oildo Soares Basic Health Unit in Santa Rita – PB. A qualitative, descriptive-reflective study was conducted, based on daily practice perceptions, encompassing medical consultations, home visits, community actions, educational groups, and coordination with health and social assistance network services. Being present daily within the territory allowed for a deeper understanding of the realities, difficulties, and strengths of the families followed, revealing how social, emotional, and cultural aspects directly influence the health-disease process. Experiences such as collaboration with the Psychosocial Care Center, care for institutionalized elderly individuals, and activities carried out in the “Health in the Square” program demonstrated in practice the importance of attentive listening, strong bonds, and active presence in the territory. The results of these actions were reflected in the strengthening of the relationship between the healthcare team and the community, increased problem-solving capacity of the unit, and greater user participation in collective activities. It is concluded that residency training in Family and Community Medicine, when experienced with commitment, profoundly transforms both the technical and human development of the professional. This experience reaffirmed that every physician working in Primary Health Care must truly embrace the role of a community doctor, practicing the profession with presence, responsibility, and genuine commitment to people.

Descriptors: Primary Health Care; Health Work Process; Territorialization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- MFC – Medicina de Família e Comunidade
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Essa criação representou um importante marco na história brasileira, tornando-se um divisor de águas no que tange ao reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Entre os princípios doutrinários do SUS, destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade, que garantem o acesso universal, integral e gratuito a todos os cidadãos, sem distinção de condição social, econômica, raça, sexo, orientação sexual, identidade de gênero ou etnia (BRASIL, 2023).

A universalidade determina que todo cidadão tenha acesso aos serviços de saúde; a integralidade assegura um cuidado em saúde amplo, considerando o paciente em sua totalidade, desde a promoção da saúde até a reabilitação; e a equidade garante maior atenção àqueles que mais necessitam (SILVA; ALMEIDA, 2021).

A Lei nº 8.080/1990 define diretrizes para a organização da rede de saúde, estruturando o SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Nesse contexto, o acesso pode ocorrer a partir de diferentes pontos da rede, variando conforme a natureza da queixa do paciente, tais como a Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços de urgência e emergência, a atenção psicossocial e a atenção especializada (BRASIL, 1990). Toda essa estrutura possibilita um atendimento que garanta acolhimento, resolutividade e continuidade do cuidado em todos os níveis de complexidade.

Nesse cenário, a formação do residente em Medicina de Família e Comunidade assume papel estratégico para a consolidação dos princípios do SUS, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada preferencial do sistema. Durante a residência, o médico desenvolve competências clínicas amplas e habilidades para o cuidado integral, longitudinal e centrado na pessoa, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A formação enfatiza a abordagem familiar e comunitária, a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e o trabalho em equipe multiprofissional. Dessa forma, o especialista é preparado para coordenar o cuidado na rede de atenção e atuar com responsabilidade sanitária no território, fortalecendo a efetividade e a resolutividade do SUS (BRASIL, 2017).

Dentre essas formas de acesso, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se a principal porta de entrada do usuário ao SUS, assumindo um papel de protagonista em toda rede de atenção. Ela é formada pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), capazes de fornecer resolutividade de 85% das necessidades em saúde dos usuários,

ratificando ainda mais sua importância como eixo organizador do cuidado. (CONASS, 2011; PAIM, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define diretrizes para a organização da APS no Brasil, garantindo a integralidade e a continuidade da atenção, seja no âmbito individual seja no âmbito coletivo, articulando ações que promovem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (BRASIL, 2023).

Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) se torna papel importante nesse cenário como a especialidade médica que exerce, diariamente, os princípios do SUS, tendo como foco o cuidado integral e longitudinal dos usuários pertencentes ao território-área.

Entre seus princípios fundamentais, destaca-se o método centrado na pessoa, que busca compreender o paciente em toda sua integralidade, focando não apenas na queixa, mas em todos os aspectos do paciente, desde sua história de vida à meio sociocultural. Estudos mostram que essa forma de cuidado fortalece o vínculo médico-paciente e gera uma maior satisfação aos usuários. Além disso, a qualidade da consulta aliada ao cuidado continuado com o mesmo profissional reforça ainda mais a importância desse método (LIMA et al., 2022).

Franco, Giovanella e Bovusquat (2023) reforçam que o vínculo efetivo entre equipe e comunidade ocorre quando os profissionais se apropriam dos contextos sociais e espaciais locais, o que amplia a confiança e a resolutividade da APS. De modo semelhante, Souza, Gomes e Zanetti (2020, p. 150) afirmam que “a apropriação do território pela equipe da ESF permite o reconhecimento das condições de vida das pessoas nos diferentes contextos socioculturais e territórios que ocupam, constroem, trabalham e vivem.”

A residência em MFC, por sua duração de dois anos em um mesmo território, constitui uma oportunidade única de emprego da longitudinalidade, da coordenação do cuidado e do aprofundamento das relações tanto interpessoais quanto comunitárias. Mais do que médico da família, o residente é convocado a tornar-se médico da comunidade, estabelecendo vínculos que ultrapassam a clínica tradicional. Em contraste com o modelo biomédico tradicional, que é direcionado para a doença e para queixas agudas, a Medicina de Família e Comunidade propõe uma abordagem ampliada, que reconhece o paciente em sua integralidade e o insere em seu contexto familiar, social e cultural (GUSSO; LOPES, 2012). Dessa forma, o residente exerce uma prática clínica mais humana, reflexiva e baseada nas particularidades do território, caracterizada pela construção de vínculos duradouros e na valorização das relações.

No entanto, muitos Residentes de MFC enfrentam dificuldades durante sua inserção no território no qual atua. A rotina frequentemente centrada em consultas médicas, associada à alta demanda espontânea e à pressão por produtividade, pode limitar o papel do residente na realização de atividades comunitárias, de extrema importância. Essas atividades, de acordo com o exposto por Campos (2014) e Ceccim e Feuerwerker (2018), abrangem ações coletivas de promoção e educação em saúde, visitas domiciliares, grupos educativos, palestras em escolas e associações comunitárias.

Outros fatores como o curto período de permanência do profissional na unidade e, em alguns contextos, a resistência inicial dos pacientes, dificultam a construção de vínculos sólidos. Essa realidade pode gerar um paradoxo: mesmo estando em um programa que valoriza a inserção territorial, o Residente pode permanecer restrito ao espaço físico da UBS, sem aprofundar sua relação com a comunidade.

Diante deste contexto, esse estudo objetiva descrever a experiência do médico residente na construção de vínculos, no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na consolidação das práticas de cuidado no território.

2. METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência de natureza qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, elaborado com base na vivência pessoal de um médico residente em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina Nova Esperança. O relato de experiência é uma modalidade de estudo que busca organizar e refletir criticamente uma prática vivenciada, descrevendo ações, contextos e aprendizados decorrentes da atuação profissional, a partir de registros e reflexões produzidos no cotidiano do trabalho (MINAYO, 2014; GUSSO; LOPES, 2012). E a análise descritivo-reflexiva, por sua vez, combina a estrutura sistemática dos acontecimentos e estratégias com uma interpretação crítica acerca das vivências relatadas, articulando a experiência prática com os referenciais teóricos da Medicina de Família e Comunidade, da Saúde Coletiva e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2023; PAIM, 2018).

O local de prática da residência concentrou-se no território-área da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Oildo Soares, situada no bairro Tibiri II, na cidade de Santa Rita – PB. Este território inclui famílias em diversas situações de vulnerabilidade social e sanitária, o que reflete realidades variadas e desafiadoras no processo de cuidado.

As atividades práticas desenvolvidas ao longo dos dois anos de residência em Medicina de Família e Comunidade abrangeram as consultas clínicas, as visitas domiciliares, a participação em grupos educativos, bem como iniciativas voltadas à promoção e prevenção da saúde.

Além disso, foram realizadas reuniões com equipes multiprofissionais e estabelecidas articulações com lideranças comunitárias e serviços locais, fortalecendo a integração entre os diferentes atores do território.

No processo inicial de inserção, priorizou-se a aproximação com a comunidade por meio da escuta ativa e do reconhecimento das especificidades do território. Foram observados os recursos disponíveis e as principais demandas da população. Esse processo possibilitou um conhecimento amplo e aprofundado sobre o perfil real da área e de sua população, que ultrapassou os dados epidemiológicos tradicionais, incorporando também aspectos culturais, sociais e econômicos determinantes no processo saúde-doença.

O relato aqui sistematizado foi construído a partir de registros pessoais e reflexões contínuas ao longo da vivência. Optou-se por não utilizar instrumentos formais de coleta de dados, justamente para preservar a espontaneidade e a autenticidade da experiência.

Ressalta-se, ainda, a observância dos princípios éticos, garantindo sigilo, anonimato e respeito aos usuários e famílias acompanhadas durante o percurso da residência.

A análise desse conjunto de experiências foi conduzida de forma narrativa e crítica, articulando as percepções vivenciadas com os referenciais teóricos da Medicina de Família e Comunidade, da Saúde Coletiva e das políticas públicas de saúde, sobretudo a Política Nacional de Atenção Básica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As experiências vivenciadas ao longo dos 02 anos inerentes à Residência de Medicina de Família e Comunidade são fundamentais para compreender, na prática, os princípios da Atenção Primária à Saúde e os valores que norteiam a Medicina de Família e Comunidade.

O médico, ao realmente se colocar como responsável pela unidade em que atua, transforma as consultas médicas, inicialmente centradas em demandas pontuais, em algo com um novo significado: um espaço de construção de vínculo, de escuta qualificada e de corresponsabilização pelo cuidado. Nesse contexto, o atendimento deixa de ser uma ação isolada e se torna integrante de um processo contínuo de acompanhamento do paciente, de sua família e do território onde estão inseridos. Essa abordagem favorece a longitudinalidade e fortalece o vínculo terapêutico (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

Com o passar do tempo, o cuidado deixou de se restringir às condutas imediatas das queixas trazidas pelos pacientes e passou a assumir um perfil mais proativo, voltado à construção de relações substanciais, contínuas e duradouras. Essa mudança permitiu ao médico conhecer melhor a história clínica inerente à cada pessoa sob sua responsabilidade, reconhecendo fatores de risco, contextos familiares e condições de vida que influenciam o processo saúde-doença. Essa forma de atuação faz jus aos princípios da clínica ampliada, na qual o profissional deixa de se limitar à focar na doença e passa a enxergar o indivíduo em sua totalidade, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nessa perspectiva, o cuidado se fundamenta na construção de vínculos duradouros e na confiança mútua entre médico e paciente (GUSSO; LOPES, 2012).

Além das consultas realizadas no interior da UBS, as visitas domiciliares são um componente importante da vivência de um médico que realmente trabalha de acordo com as diretrizes da MFC. Após um período de cerca de seis meses de inserção no território e compreensão do funcionamento da equipe, o médico passou a identificar, a partir de sua própria observação e do vínculo estabelecido com a comunidade, os casos que demandavam maior acompanhamento — como pacientes acamados, em cuidados paliativos ou portadores de múltiplas comorbidades. Essa postura, que nasce da partilha da responsabilidade e da escuta sensível, evidencia o princípio da responsabilização sanitária previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2023) e reforça a importância do reconhecimento do território como espaço vivo, dinâmico e contínuo de cuidado.

Como ressalta Paim (2018), a APS depende fundamentalmente da corresponsabilidade entre profissionais e usuários, o que implica reconhecer que o cuidado ultrapassa os limites físicos da unidade e se estende à todo o espaço físico do território, entendido como espaço de vida, relações e pertencimento. Isso demanda do médico uma

postura ativa, capaz de articular o saber técnico-científico com as crenças populares e com as experiências vividas pelas pessoas e famílias pertencentes à área. Ao adotar um olhar ampliado sobre as necessidades reais do território, o profissional passa a compreender a saúde não apenas como ausência de doença, mas como resultado de múltiplos determinantes sociais, culturais e econômicos.

Além das consultas e visitas domiciliares, a atuação do médico também se estendeu à participação em grupos educativos, reuniões comunitárias e ações intersetoriais, elementos fundamentais para se manter pertencente à comunidade em que atua, se colocando próximo daqueles que necessitam de cuidado contínuo, acolhimento e orientação. Nesse sentido, Mendes (2015) destaca que as práticas intersetoriais e educativas ampliam a capacidade resolutiva da APS e promovem a integração da saúde, educação, assistência social e outros setores na busca pelo bem-estar completo.

O médico compreende que uma única UBS que trabalha de forma apropriada não é capaz de promover, sozinha, melhorias amplas na qualidade de vida da população, pois as condições de saúde estão diretamente ligadas a fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. Diante disso, ele reconhece a importância do contato com outros profissionais dentro da Rede de Atenção em Saúde (RAS), entendendo que o cuidado integral depende da articulação multiprofissional.

Buscando fortalecer essa integração, o médico procurou estabelecer contato com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os serviços de educação física e de atenção à saúde do idoso, ampliando o diálogo e o compartilhamento de práticas. Esse contato com a rede constituiu o primeiro ponto de vivência no território, possibilitando uma aproximação concreta com os diferentes dispositivos e atores envolvidos no cuidado. Paralelamente, também estreitou a relação com o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), ainda que este configure uma articulação intrasetorial, dada sua vinculação direta às políticas de assistência social e à atuação conjunta no território. Essa aproximação permitiu compreender melhor as potencialidades e os limites de cada serviço, favorecendo o encaminhamento adequado, o planejamento e a construção de estratégias intersetoriais voltadas ao bem-estar da comunidade. Por meio desse contato, observou-se uma melhoria progressiva na qualidade da assistência, com ações mais resolutivas, contínuas e humanizadas. Tal experiência reforça o que a literatura aponta: o fortalecimento das redes e a articulação entre os diversos atores do território são fundamentais para garantir a integralidade do cuidado (MARTINS et al., 2024).

O segundo ponto de vivência na comunidade que possibilitou um maior conhecimento sobre a área e seus componentes foi a visita ao CAPS do município de Santa Rita - PB. Foram realizadas duas visitas ao local, ambas com objetivos complementares. Na primeira visita, foi

possível conhecer a equipe multiprofissional do serviço e compreender a dinâmica de seu funcionamento, especialmente no que se refere ao fluxo dos usuários dentro da rede de atenção psicossocial — desde a Unidade de Saúde até o atendimento especializado ofertado pelo CAPS.

A segunda visita teve como foco o contato direto com os usuários do serviço. Nesse momento, foi realizada uma roda de conversa com os participantes, na qual puderam se expressar livremente sobre suas experiências, percepções e demandas. Entre os presentes, três usuários eram moradores da área adscrita à Unidade de Saúde, o que favoreceu uma aproximação significativa entre território e serviço especializado. Como destaca Jorgensen (2024), a participação do usuário em cuidados de saúde mental, especialmente através da expressão de suas experiências de vida é elemento chave para promover vínculo e melhorias no cuidado.

A experiência revelou-se extremamente enriquecedora, tanto para a equipe visitante quanto para os profissionais do CAPS, que relataram que, em trinta anos de existência da instituição, aquela havia sido a primeira visita de uma equipe da Atenção Básica ao serviço. Participaram dessa atividade todos os membros da UBS, incluindo médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem, o que reforçou o caráter interdisciplinar e integrador da ação.

O terceiro momento de vivência comunitária foi a visita a um lar de idosos localizado em bairro próximo à unidade. A ação teve como propósito estreitar os vínculos com a instituição e conhecer mais de perto a realidade dos idosos acolhidos naquele espaço. Durante a visita, foram realizadas aferições de pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento a alguns idosos que necessitavam de uma avaliação clínica mais imediata. A equipe também promoveu momentos de conversa, escuta ativa e troca de experiências com os moradores da instituição, fortalecendo vínculos afetivos.

A atividade foi profundamente significativa, pois foi possível perceber a satisfação e o bem-estar dos residentes ao receberem a presença da equipe de saúde. A experiência reforçou a importância do cuidado integral, humanizado e contínuo voltado às pessoas idosas — um grupo que requer atenção ampliada, considerando os aspectos biopsicossociais que são inerentes ao envelhecimento. Estudos recentes evidenciam que a adoção de modelos de cuidado holístico e biopsicossocial contribui para a melhoria da qualidade de vida e da função cognitiva em idosos, fortalecendo a necessidade de uma atenção integral e contínua na saúde desse grupo (GONG; TAO, 2021).

A quarta vivência foi uma ação comunitária em alusão ao Outubro Rosa, realizada na praça pública localizada logo em frente à UBS. O local já era cenário de atividades físicas

regulares supervisionadas pela educadora física pertencente ao quadro da Secretaria de Saúde do município, o que facilitou a integração com a comunidade. Nessa ocasião, alguns integrantes da UBS participaram de uma atividade coletiva de exercícios físicos e educação em saúde, com o objetivo de sensibilizar a população, especialmente mulheres, quanto à importância do autocuidado e da prevenção do câncer de mama.

Algo importante a ser relatado sobre esse dia foi o encontro com uma paciente que, pela manhã, chegou à UBS em estado de profunda tristeza após ter perdido a mãe recentemente. Durante a consulta, o médico acolheu sua dor, dedicou tempo à escuta qualificada e a convidou para participar da Saúde na Praça. Inicialmente, a paciente recusou, mas o médico insistiu dizendo que aguardaria especialmente por sua presença e que permaneceria ao seu lado. Assim aconteceu: durante todo o evento, a paciente realizou os exercícios ao lado do médico, sentindo-se acolhida e fortalecida. Esse gesto evidencia o papel do profissional de saúde como figura de suporte emocional e vínculo afetivo, aspecto ressaltado pela literatura como fundamental no enfrentamento do luto e na promoção da saúde mental (MARTINS; ALMEIDA, 2021).

Durante o encontro, foram discutidos hábitos saudáveis e a relevância do exercício físico como fator protetor de doenças crônicas e mentais. Segundo Silva et al. (2023), a prática regular de atividade física melhora o bem-estar emocional, reduz sintomas ansiosos e depressivos e promove a socialização. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) destaca que a atividade física é um dos principais determinantes do envelhecimento saudável e da redução da carga global de doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, a ação comunitária contribuiu para o fortalecimento dos vínculos sociais, a promoção de hábitos saudáveis e a ampliação do acesso à informações em saúde.

Em conjunto, essas experiências demonstram que a inserção do médico residente na comunidade é um processo formativo essencial, que ultrapassa o aprendizado técnico e estimula a vivência dos valores do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social. As atividades desenvolvidas nas diferentes dimensões — saúde mental, cuidado com a pessoa idosa e promoção da saúde — evidenciam que o trabalho em equipe, o vínculo com o território e a escuta ativa são pilares da prática médica centrada na pessoa e no território (STARFIELD, 2021; BRASIL, 2023). Assim, a atuação comunitária se consolida como espaço de construção mútua de saberes, de transformação social e de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Ao longo das atividades desenvolvidas durante a residência é possível notar uma evolução significativa na construção do cuidado integral dentro da Atenção Primária à Saúde. As ações realizadas, tanto no território quanto dentro da Unidade, proporcionaram maior

aproximação entre a equipe multiprofissional e a comunidade. A participação ativa dos usuários no Saúde na Praça evidenciou um fortalecimento concreto do vínculo, refletido no aumento da confiança, da adesão e do sentimento de pertencimento ao serviço. Situações específicas, como o acolhimento oferecido à paciente em luto que chegou à UBS bastante fragilizada emocionalmente, mostraram a potência da escuta qualificada e da abordagem ampliada. O médico, ao convidá-la pessoalmente para participar da atividade comunitária, demonstrou um cuidado que ultrapassou a dimensão técnica, possibilitando à paciente sentir-se vista, acolhida e integrada novamente ao convívio social.

Também foi observado uma contribuição importante das práticas voltadas à saúde mental. As visitas ao CAPS e a realização das rodas de conversa permitiram que os usuários expressassem suas vivências, percepções e sofrimentos de maneira livre e segura. Essa abertura fortaleceu o entendimento de que a expressão é um componente terapêutico central, conforme reforçado por estudos recentes que destacam sua relevância na redução de sofrimento psíquico, no aumento da autonomia e no combate ao estigma. A presença de moradores da área adscrita nessas atividades reforçou a compreensão da realidade local, favorecendo ações mais alinhadas às necessidades do território. Além disso, a integração entre profissionais e estudantes contribuiu para o enriquecimento das intervenções, permitindo trocas de saberes e construção de um cuidado mais abrangente, dialogado e sensível às múltiplas dimensões do processo saúde-doença. De forma geral, os resultados evidenciam que práticas humanizadas, articuladas e comunitárias têm impactos diretos na qualidade do cuidado oferecido e na relação entre equipe e usuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas ao longo da residência reafirmam o papel essencial da Atenção Primária à Saúde como espaço de cuidado longitudinal, humanizado e profundamente conectado ao território. A construção das atividades evidenciou que a prática em saúde ultrapassa o âmbito das intervenções técnicas, exigindo sensibilidade, escuta qualificada e a capacidade de reconhecer o usuário em sua integralidade. As ações realizadas mostraram que, quando o vínculo se fortalece, a relação entre profissionais e população se transforma, tornando o cuidado mais efetivo, acolhedor e alinhado às necessidades reais do território.

Nesse percurso, a saúde mental, integrada ao conjunto das práticas cotidianas, revelou-se eixo central para compreender os determinantes do adoecimento e qualificar as intervenções. Observou-se que o sofrimento psíquico, quando abordado de forma contínua e contextualizada no cotidiano da APS, possibilita um cuidado mais amplo, capaz de integrar dimensões clínicas, sociais e relacionais.

A articulação estabelecida com o CAPS e o trabalho interprofissional contribuíram para ampliar a resolutividade da rede, permitindo intervenções mais precisas e compartilhadas. Da mesma forma, a realização de atividades no território promoveu maior participação dos usuários no seu próprio processo de cuidado. Iniciativas como o Saúde na Praça demonstraram que, ao extrapolar as paredes da UBS, a APS alcança públicos mais amplos, fortalece a identidade comunitária e cria novas oportunidades de promoção e educação em saúde. Essa experiência reforça o entendimento de que a Atenção Primária é um espaço privilegiado para prevenir agravos, estimular a autonomia e consolidar práticas de cuidado que dialogam com a vida real da população.

Conclui-se que toda a trajetória vivida durante a residência somou de forma decisiva para a minha formação, não apenas no aspecto técnico, mas também no humano. As experiências acumuladas ao longo desse período permitiram aprimorar habilidades clínicas, de comunicação e de relação com as pessoas, elementos indispensáveis para oferecer um cuidado realmente integral e sensível às necessidades da comunidade. Dessa forma, cada ação desenvolvida trouxe não só resultados concretos para a assistência, mas também aprendizados que permanecerão comigo para além do término da residência, reforçando um compromisso diário com um cuidado acolhedor, ético e centrado em quem busca o serviço de saúde.

Ao longo dessa trajetória, também se tornou evidente a importância de assumir verdadeiramente o papel de médico da comunidade, exercendo a profissão com presença, responsabilidade e comprometimento real com as pessoas. A vivência diária na Atenção

Primária mostrou que ser médico de fato vai muito além de cumprir tarefas técnicas, exigindo entrega, sensibilidade e disposição para estar ao lado do usuário em suas vulnerabilidades, algo que não pode ser substituído por práticas mecânicas. Observou-se, ainda, que alguns profissionais e até mesmo residentes utilizam a Residência em Medicina de Família e Comunidade apenas como um trampolim para outras especialidades, sem vivenciar plenamente o território, sem mergulhar no vínculo, na escuta e no cuidado integral que fundamentam essa formação. Essa postura contrasta com a essência da Residência, que exige presença ativa, envolvimento e compreensão profunda do território como eixo formador. Reconhecer essa diferença reforça ainda mais o compromisso assumido de ser, de fato, médico da comunidade, com amor, dedicação e consciência do impacto que isso tem na vida de cada pessoa atendida.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2023.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 725-743, 2018.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde**. 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>. Acesso em: 3 out. 2025.
- FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 821–836, mar. 2023.
- GONG, L.-L.; TAO, F.-Y. The effect of biopsychosocial holistic care models on the cognitive function and quality of life of elderly patients with mild cognitive impairment: a randomized trial. **Annals of Palliative Medicine**, v. 10, n. 5, p. 5600-5609, 2021.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- JORGENSEN, K. Patient participation in mental health care – perspectives on power, voice and partnership. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 62, n. 4, p. 15-22, 2024.
- MARTINS, R.; ALMEIDA, S. Acolhimento e suporte emocional no luto na atenção primária. **Cadernos de Saúde Mental**, v. 8, n. 1, p. 45-58, 2021.
- MARTINS, M. M. F. et al. Ações intersetoriais e o reconhecimento de uma fonte de coordenação em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2024.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour**. Geneva: WHO, 2020.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.
- SILVA, L. A.; ALMEIDA, J. A. Organização da rede de atenção à saúde: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1120-1132, 2021.
- SILVA, C. R. A. et al. Atividade física e bem-estar mental: evidências da Atenção Primária. **Revista APS em Movimento**, v. 5, n. 1, p. 22–31, 2023.

SOUZA, Â. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, 2019.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 56, p. 141-163, jan./jun. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2021.