

RELATO DE EXPERIÊNCIA

**GEOGRAFIA E SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: VIVÊNCIAS DE
TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

João Victor Garcia de Souza^a

<https://orcid.org/0000-0001-7792-6598>

Jane Kelly Oliveira Friestino^b

<https://orcid.org/0000-0002-5432-9560>

Graciela Soares Fonsêca^c

<https://orcid.org/0000-0001-9506-0409>

Resumo

A formação em saúde vem sendo discutida e repensada no sentido de torná-la mais coerente com as demandas sociais e as necessidades do Sistema Único de Saúde. A inserção dos estudantes em serviços de saúde desde o início da graduação desponta como um dispositivo com potencial no sentido de gerar as transformações almejadas. Este trabalho objetiva relatar a experiência de quatro estudantes do curso de medicina de uma universidade pública do Sul do Brasil, no componente curricular Saúde Coletiva II, durante as vivências realizadas em um Centro de Saúde da Família (CSF). Inicialmente, os estudantes continuaram aprofundando os conhecimentos relacionados ao território e ao serviço – iniciados no semestre anterior – realizando visitas domiciliares e explorando as questões relacionadas à vigilância em saúde. No decorrer das vivências, percebeu-se que o CSF não havia realizado o processo de territorialização, uma vez que a transição para a Estratégia Saúde da Família ocorreu recentemente. O grupo propôs, então, auxiliar umas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na construção de um mapa inteligente de sua microárea de atuação, e em um segundo momento a atividade foi socializada com os demais ACS e membros da equipe. A experiência revelou que as vivências no CSF proporcionaram

^a Estudante de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jvgarcia1997@bol.com.br

^b Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva área Epidemiologia. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br

^c Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências Odontológicas. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul. Rodovia SC 484 Km 02, Bairro Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89815-899. E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br

reflexões, inquietações, busca de respostas e construção de conhecimento significativo para os alunos envolvidos. Com vistas a criar o mapa inteligente, os estudantes refletiram sobre o território, o processo saúde-doença, a vigilância em saúde, dentre outros temas. Percebe-se, ainda, que a presença dos alunos no serviço movimentou a equipe, contribuindo para a educação permanente.

Palavras-chave: Serviços de integração docente-assistencial. Saúde coletiva. Atenção primária à saúde. Mapeamento geográfico.

GEOGRAPHY AND HEALTH IN THE UNDERGRADUATE MEDICINE: EXPERIENCES OF TERRITORIALIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Abstract

Health education has been discussed and rethought in the sense of becoming more coherent with the social demands and the Unified Health System needs. The inclusion of students in health services since the beginning of the undergraduate course emerges as a device with the potential to generate the desired transformations. The objective of this study is to describe an experience report of four students from a public University in the South of Brazil, in the curricular component Collective Health II, during the practices experiences at a Family Health Center (FHC). Initially, the students continued to deepen their knowledge of the previous semester, about the territory and the primary health service. This activity was conducted by home visits and exploring issues related to health surveillance. In the course of their experiences, it was noticed that the CSF had not performed the territorialization process, since the transition to the Family Health Strategy occurred recently. The group then proposed to assist one of the Community Health Agents (CHA) for construction of an intelligent map of the micro area, in a second moment, the activity was socialized with the other CHA and team members. The experience showed that the practical in the FHC provided reflections, restlessness, search for answers and construction of meaningful knowledge for the students involved. To create the intelligent map, they reflected on the territory, the health-disease process and health surveillance, among other topics. It is also noticed that the presence of the students in the service "moved" the team, contributing to the permanent education.

Keywords: Teaching care integration services. Public health. Primary health care. Geographic mapping.

GEOGRAFÍA Y SALUD EN EL GRADO EN MEDICINA: EXPERIENCIAS DE TERRITORIALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Resumen

La formación en salud se viene discutiendo y repensando para hacerla más coherente con las demandas sociales y las necesidades del Sistema Único de Salud. La inserción de los estudiantes en servicios de salud desde el inicio del grado es un potencial dispositivo para generar transformaciones deseadas. El trabajo se propone relatar la experiencia de cuatro estudiantes de grado en Medicina de una universidad federal del Sur de Brasil, en la disciplina Salud Colectiva II, durante las vivencias realizadas en el Centro de Salud Familiar (CSF). Inicialmente, los estudiantes continuaron profundizándose los conocimientos relacionados al territorio y al servicio de salud –iniciado en el semestre anterior– realizando visitas domiciliarias y explorando las cuestiones relacionadas a la vigilancia en salud. En el transcurso de las vivencias, se percibió que el CSF no había realizado el proceso de territorialización, ya vez que la transición a la Estrategia Salud Familiar ocurrió recientemente. El equipo propuso auxiliar a una de las agentes comunitarias de salud (ACS) en la construcción de un mapa inteligente de la microzona de actuación y, en un segundo momento, la actividad fue socializada con las demás ACS y miembros del equipo. La experiencia reveló que las vivencias en el CSF proporcionaron reflexiones, inquietudes, búsqueda de respuestas y construcción de conocimiento significativo para los alumnos involucrados. Con el fin de crear el mapa inteligente, los estudiantes reflexionaron sobre el territorio, el proceso salud-enfermedad, la vigilancia en salud, entre otros temas. Se percibe, además, que la presencia de los alumnos en el servicio movió al equipo, contribuyendo con la educación permanente.

Palabras clave: Servicios de integración docente asistencial. Salud colectiva. Atención primaria de salud. Mapeo geográfico.

INTRODUÇÃO

A formação em saúde vem sendo, ao longo dos últimos anos, discutida e repensada no sentido de tornar-se mais coerente com as necessidades sociais e as prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, aumentou a demanda por profissionais que atuem na Atenção Primária em Saúde (APS) em regiões desassistidas, capazes de perceber e trabalhar com a diversidade cultural da população, pautados em um conhecimento científico validado¹.

O ensino médico fragmentado em especialidades forma um profissional que apresenta dificuldade em lidar com a realidade da comunidade, uma vez que desvaloriza a

relação médico-paciente. Os modelos vigentes, com práticas passivas, verticais e alienantes, precisam ser superados para que a educação médica assuma um novo paradigma, uma “relação paciente-profissional de saúde mais solidária, humana e de qualidade”^{1:124}.

Tornou-se, assim, imperativo repensar o modelo de formação médica com vistas a harmonizá-lo com as demandas populacionais². No rol de mudanças que vêm sendo implementadas, a inserção dos estudantes em serviços de saúde do SUS desde o início da graduação desponta como um dispositivo com grande potencial no sentido de gerar as transformações almejadas^{2,3}. Estratégias educativas modernas recomendam a inserção precoce dos estudantes nos serviços de saúde⁴.

O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, considerando a capilaridade social e a diversidade tecnológica presentes nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem. Especialmente os lugares de produção da saúde, o “chão de fábrica” do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários^{5,6}.

A integração da formação com os serviços de saúde é fundamental para formar médicos que entendam o cuidado em saúde e o coloque como centro de sua prática, responsabilizando-se pela saúde integral das pessoas, de modo engajado e comprometido com o SUS^{4,7}.

A saúde é componente relevante do bem-estar não apenas do indivíduo, mas da sociedade, como condição essencial para o usufruto da vida, tornando-se direito inalienável das pessoas independentemente dos lugares onde vivem. A urbanização crescente, as alterações climáticas, o envelhecimento demográfico, o aumento das desigualdades e o acesso aos cuidados de saúde são alguns dos temas que têm motivado o despertar de uma nova consciencialização sobre a importância do território e da geografia na análise das condições de saúde, fazendo com que essa área de conhecimento ganhe relevância tanto na prática clínica quanto na formação de novos médicos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em 2014, apontam para uma formação médica que privilegie: a humanização, aliada ao desenvolvimento científico e tecnológico; a necessidade das pessoas e das comunidades como objeto da prática; e profissionais capazes de atuar em todos os níveis de atenção à saúde e em equipes multiprofissionais, de modo ético, como agentes de transformação social comprometidos com o desenvolvimento da pesquisa e da ciência médica, com a evolução das condições sanitárias da população, com a proteção ao meio ambiente, a

preservação da saúde, a prevenção de doenças e com o combate e tratamento das doenças mais prevalentes no contexto geopolítico³.

Restom et al.⁸ relatam a experiência dos alunos do curso de medicina de uma universidade de São Paulo e mostram como pode ser adotada a imersão gradual dos estudantes, iniciando pelo reconhecimento do território, atividades educativas – planejamento, execução, avaliação – até o atendimento clínico completo. Para eles, o ambiente intra-hospitalar deve deixar de ser exclusivo para a formação médica, pois o treinamento em diferentes níveis de atenção tende a aumentar a eficiência na cobertura dos problemas de saúde da população.

No curso de medicina a ser relatado, os estudantes iniciam as vivências nos Centros de Saúde da Família (CSF) na primeira fase do curso, permanecendo até a oitava fase, com a intenção de propiciar o desenvolvimento de atividades com complexidade crescente, de modo articulado ao conteúdo teórico proposto pelas ementas dos Componentes Curriculares (CCR) de saúde coletiva. Sendo assim, na organização pedagógica do curso, a saúde coletiva é componente articulador do movimento interdisciplinar, construído com objetivos de aprendizagem de habilidades e desenvolvimento de competências, e a geografia da saúde contribui para a ampliação do campo do conhecimento da saúde no que se refere ao papel fundamental das condições de uma população e suas interfaces com o território⁹.

O presente trabalho objetiva relatar a experiência de quatro estudantes do curso de medicina de uma universidade pública, no CCR Saúde Coletiva II, nas vivências realizadas em um CSF da cidade de Chapecó, em Santa Catarina, sob a tutoria de duas docentes.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de vivências – conteúdo prático do CCR de Saúde Coletiva II – do curso de graduação em medicina, experienciadas em uma universidade pública situada em Chapecó, Santa Catarina, Brasil, entre março e julho de 2016.

O município de Chapecó está localizado na macrorregião Oeste de Santa Catarina, pertencente à Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul¹⁰ (**Figura 1**). Conta com uma população de 183.530 habitantes¹¹, sendo a estimativa para 2015 de 205.795 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Chapecó é 0,790, situando-se na faixa de alto desenvolvimento humano e ocupando a 67ª posição no contexto dos 5.565 municípios brasileiros. A esperança de vida ao nascer é de 77,3 anos, superando a nacional, que representa 73,9 anos.

Chapecó é considerada um grande polo agroindustrial do Sul do Brasil e grande exportadora de produtos alimentícios industrializados de natureza animal, ocupando lugar de destaque na economia catarinense.

Nesse contexto, foi criada em 2009 uma universidade pública popular, fruto da reivindicação de movimentos populares para melhoria da educação na Mesorregião Grande Fronteira Mercosul – Sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul, que abrange cerca de 400 municípios. Em meados de 2013, a universidade passou a oferecer o primeiro curso de medicina do Brasil instituído por meio do programa de expansão das escolas médicas do Governo Federal, a partir do Programa Mais Médicos (PMM). Acompanhando o sucesso desse programa, em 2015, a universidade foi contemplada com a segunda leva de vagas oriundas do PMM e passou a oferecer o segundo curso de medicina.

Figura 1 –Área da abrangência da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul. Chapecó, Santa Catarina – 2018



Fonte: UFFS, 2018¹⁰.

O CCR de Saúde Coletiva II tem por objetivo conhecer indicadores de saúde dos principais agravos, articulando com os sistemas de vigilância em saúde com auxílio das tecnologias de busca em bases de dados, além de desenvolver atividades de pesquisa e/ou

extensão. A carga horária é de 108 horas-aula, divididas entre conteúdo teórico, prático e de pesquisa e/ou extensão.

As aulas teóricas são desenvolvidas nas dependências da universidade, enquanto as vivências ocorrem em Unidades Básicas de Saúde, denominadas Centros de Saúde da Família (CSF) pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, pactuadas por meio de convênios de integração ensino-serviço.

Além dessa diversidade na formação e áreas de atuação dos docentes, uma das professoras participa de um grupo de pesquisa da instituição denominado “Núcleo de Estudos: Território, Ambiente e Paisagem” (NETAP), na linha de pesquisa “Desenvolvimento territorial e planejamento ambiental”. Isso possibilitou uma aproximação com estudos geográficos da região de abrangência e influência da universidade, mantendo uma reflexão constante sobre as bases filosófico-epistemológicas da ciência geográfica. O contínuo diálogo desenvolvido da pesquisa e o aperfeiçoamento das técnicas e estratégias de ensino da geografia se consolidaram também no desenvolvimento do CCR de Saúde Coletiva II.

Oito CSF do município de Chapecó compõem o lócus de vivências e imersões no SUS dos alunos do curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó. Cada grupo de alunos, com acompanhamento tutorial de um docente, atuou em um CSF buscando atender as demandas específicas de cada um, sendo que as competências e objetivos do CCR se consolidaram em ações distintas em cada unidade de saúde. O CSF, cenário da experiência relatada, aderiu à Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2014, sendo, atualmente, formado por três equipes, responsáveis por uma população de 6.637 pessoas, distribuídas em 2.360 famílias.

Nas primeiras atividades realizadas no CSF onde a experiência foi desenvolvida, o grupo de quatro estudantes continuou aprofundando os conhecimentos relacionados ao território e ao serviço – que haviam iniciado no CCR Saúde Coletiva I (semestre anterior) –, realizando visitas domiciliares e explorando questões relacionadas à vigilância em saúde, com foco nos sistemas de informação e na atuação dos profissionais de saúde, no sentido de produzir e registrar dados para alimentá-los.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento da realização das atividades curriculares do CCR de Saúde Coletiva II, que empreende a vivência no contexto da vigilância em saúde, o referido CSF estava passando por uma transição entre o modelo de atenção tradicional da APS para o modelo de ESF.

Apesar de o Programa de Agentes Comunitários (PACS) estar presente há cerca de 13 anos no serviço, não havia um entendimento a respeito da construção do mapa inteligente, bem como não havia espaço para a discussão de estratégias possíveis para a realização da territorialização, ou seja, para materializar o conhecimento das relações existentes nas diferentes microáreas e áreas que compõem a região de abrangência do CSF.

Sabe-se que a troca de saberes possibilita uma construção analítica da distribuição de agravos na saúde e da compreensão dos múltiplos fatores implicados nas dinâmicas territoriais. Dessa forma, fomenta a busca por estratégias responsivas às especificidades de cada local e por modelos que visem a melhoria da qualidade de vida, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, sendo de fundamental importância o aporte da geografia da saúde nessa construção.

A delimitação geográfica de um território permite conhecer as características da população, pois a base espacial torna-se recurso da territorialização, permitindo o levantamento de dados sobre a população e seus problemas de saúde, bem como sobre o impacto dos serviços de saúde, estreitando a relação de responsabilidade entre os serviços e a população naquele espaço delimitado¹².

No decorrer das vivências, o grupo percebeu que o CSF não havia realizado o processo de territorialização, uma vez que a transição para a ESF havia ocorrido recentemente. A territorialização consiste em um dispositivo de organização do processo de trabalho da ESF que considera a delimitação espacial previamente determinada para a atuação profissional. Esse processo permite caracterizar a população e seus problemas de saúde e, em consonância, avaliar o efeito das ações de saúde sobre essa população, além de desenvolver e fortalecer vínculos entre serviços de saúde e usuários por meio de práticas orientadas por categorias de análise de cunho geográfico¹³.

Entendendo que a territorialização é essencial na organização das práticas de atenção primária e que a inserção de estudantes nos serviços deve ser ativa e contribuir com a resolução das problemáticas enfrentadas pela equipe, o grupo propôs auxiliar umas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que registrava as informações da microárea sob sua responsabilidade manualmente em papel, na construção de um mapa inteligente. Iniciaram a atividade discutindo no grupo – envolvendo estudantes, docente e a ACS – as informações registradas pela ACS com vistas a entender a dinâmica do território, seus fluxos, fixos e organização¹⁴.

O território, longe de ser apenas um espaço político operativo do sistema de saúde, é o local onde ocorre a interação população-serviço, caracterizado por uma comunidade específica que habita determinada área e apresenta problemas de saúde específicos. Em outras

palavras, nessa delimitação espacial existe um perfil social, cultural, político, demográfico e epidemiológico em permanente construção¹⁵.

Nessa lógica, a saúde é entendida como um constructo, sendo a dinâmica social a definidora das necessidades de cuidados à saúde, permitindo agir precocemente na determinação do processo saúde-doença e ampliar as estratégias da Atenção Primária¹³.

A microárea trabalhada pelo grupo localiza-se próxima ao CSF, o que facilitou a compreensão de algumas questões, uma vez que a região já era conhecida e foi explorada pelos estudantes em atividades anteriores.

Após o reconhecimento de que a unidade de saúde possuía apenas registros manuais de suas áreas e microáreas de abrangência, em um segundo momento, recorreu-se ao setor de planejamento da Prefeitura Municipal de Chapecó para auxiliar na construção da delimitação cartográfica digital, com base em malhas cartográficas pré-existentes.

Nesse momento, os estudantes puderam vivenciar todo o processo de construção de um mapeamento, priorizando as metodologias ativas de aprendizagem, bem como pensar em estratégias para a consolidação de um mapeamento que pudesse exprimir as riquezas encontradas no território.

Em posse do mapa em formato físico, pois a unidade não dispunha de suporte informatizado como o setor de planejamento da prefeitura, os estudantes fixaram o desenho gráfico da microárea em quadro de cortiça e iniciaram a codificação e marcação de informações julgadas relevantes usando percevejos e canetas coloridas, construindo um mapa inteligente passível de ser modificado de acordo com a dinâmica do território, capaz de mostrar mais que estruturas geográficas ou construções.

Embora a construção manual do mapa inteligente possa parecer ultrapassada, vale lembrar que a unidade nunca tinha realizado tal procedimento. Sabe-se que o uso da cartografia digital ainda não é uma realidade nas Unidades Básicas de Saúde. Garcia et al.¹⁶ definem o mapa inteligente como uma forma de diagnóstico do território, uma vez que permite uma análise espacial baseada nas condições de saúde e doença da população adscrita. Ainda para esses autores, é necessário questionar a posição dos ACS quanto ao uso de tal instrumento, já que mesmo sendo os profissionais da equipe de saúde da família que lidam diretamente com a territorialização, o uso pode apenas constituir uma formalização da prática, e não uma utilização consciente e potencial do principal objetivo. Então, foi pensado num próximo passo para a intervenção relatada.

Em um segundo momento, em função do entendimento de que a estruturação do mapa inteligente de uma microárea, apesar de relevante, não auxiliaria, efetivamente, o serviço

a organizar a totalidade de suas práticas com base na dinâmica do território de abrangência, e levando em consideração o potencial que a presença de estudantes nos serviços de saúde pode proporcionar para a educação permanente dos profissionais envolvidos¹⁷⁻¹⁹, o grupo decidiu elaborar uma atividade educativa voltada às demais ACS e outros profissionais das equipes do CSF, no sentido de instrumentá-los sobre a confecção dos mapas inteligentes e a importância desse instrumento para a organização das ações do serviço.

A análise do processo formativo dos estudantes evidencia que as vivências no CSF proporcionaram reflexões, inquietações, busca de respostas e construção de conhecimento significativo para os envolvidos, corroborando uma série de outros estudos^{8,20-23}. A imersão na realidade coloca o estudante em contato com o paciente real, inserido em seu território existencial, com suas organizações de vida, conexões afetivas, redes sociais, demandas particulares, semióticas e modos de viver diferenciados. Isso permite formar profissionais mais habilitados e disponíveis para um trabalho em equipe, com um processo formativo construído conjuntamente com os usuários, comunidade e instituições. Em outras palavras, pode-se apostar em uma formação de “profissionais mais capacitados para enfrentar os desafios da saúde pública brasileira”^{24:161}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com vistas a criar o mapa inteligente, os estudantes refletiram sobre o território, o processo saúde-doença, a vigilância em saúde, dentre outros temas, reforçando a ideia de participação ativa na construção de conhecimento significativo a partir de uma situação real.

Percebe-se, ainda, que a presença dos acadêmicos no serviço “movimentou” a equipe, intensificando as reflexões sobre o processo de trabalho e contribuindo com a educação permanente, além de gerar um “produto” útil para o cotidiano – o mapa inteligente – e incentivar os demais ACS, em conjunto com as equipes, a produzirem o mapeamento de suas microáreas de abrangência.

Nesse sentido, é essencial o conhecimento interdisciplinar sobre determinantes e condicionantes sociais e ambientais, além de buscar soluções para eles. Esse envolvimento dos acadêmicos de medicina durante as vivências do CCR de Saúde Coletiva II permitiu que as ações de vigilância em saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde estivessem alicerçadas na consciencialização sobre a importância do território, papel desempenhado diariamente pelo profissional médico no contexto dos atendimentos de saúde.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: João Victor Garcia de Souza, Jane Kelly Oliveira Friestino e Graciela Soares Fonsêca.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: João Victor Garcia de Souza, Jane Kelly Oliveira Friestino e Graciela Soares Fonsêca.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Jane Kelly Oliveira Friestino e Graciela Soares Fonsêca.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Jane Kelly Oliveira Friestino e Graciela Soares Fonsêca.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N, Lopes AA, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Cardoso AJC, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(1):123-34.
2. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos Para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Med.* 2001;25(2):53-9.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 jun 23, seção 1, p. 8-11.*
4. Vasconcelos RNC, Ruiz EM. Formação de médicos para o sus: a integração ensino e Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(4):630-8.
5. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do Sistema de Saúde no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2007;11(23):427-38.
6. Rios DRS, Veras RM, Caputo MC. Permanecersus, interface educação/serviço e possíveis contribuições na formação em saúde: visão dos estudantes participantes. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2017;39(4):687-705.
7. Moura D, Andrade LR. A experiência do programa 'estágio de vivências' no Sistema Único de Saúde da Bahia para Formação em Saúde. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;39(2):460-9.
8. Restom AG, Riechelmann JC, Machado VMP, Machado JLM. Representação social das vivências de estudantes no curso de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(3):370-7.

9. Brasil. Universidade Federal da Fronteira Sul. Campus Chapecó. Medicina. Perfil do Curso [Internet]. 2015 [citado em 2017 jul 10]. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/chapeco/cursos/graduacao/medicina/perfil-do-curso>
10. Universidade Federal da Fronteira Sul. Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Medicina – Bacharelado [Internet]. Chapecó (SC); 2018 [citado em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Chapecó [Internet]. c2017 [citado em 2017 nov 5]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>
12. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CRC. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*. 2015;39(105):337-49.
13. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):898-906.
14. Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no brasil. *RA'EGA*. 2009;17:31-41.
15. Mendes EV. Distritos Sanitários: Processo social de mudanças nas práticas sanitárias para sistema único de saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1993.
16. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Agente comunitário de saúde no espírito santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):283-300.
17. Macedo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. *Ensinar saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. p. 229-250.
18. Guizardi FL, Stelet BP, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, editores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. p. 153-177.
19. Fonseca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(50):571-83.

20. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de Recursos Humanos ao PSF: Percepção de Formandos de Dois Modelos de Formação Acadêmica em Odontologia. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):523-31.
21. Santa-Rosa TTA, Vargas AMD, Ferreira EF. Rural internship and the formation of dental students at UFMG. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):451-66.
22. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR., Campos JJB, Cordeiro H, et al. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. p. 69-92.
23. Fonseca GS. *Formação pela experiência: revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'In Vitro' [tese]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
24. Kastrup V. *Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde*. In: Capolozzo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 2013.

Recebido: 24.4.2018. Aprovado: 16.2.2021.