CADERNO DE CIÊNCIAS E SAÚDE DO SEMIÁRIDO
ISSN 3086-4844
Múltiplos olhares: saberes que integram, experiências que transformam.

TERRITORIALIZAÇÃO E FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA INSERÇÃO EM UM TERRITÓRIO VULNERÁVEL

Territorialization and Multiprofessional Health Training: An Experience Report Based on Engagement with a Vulnerable Territory

Joquebede Soares Parente[1], Alexia Aline Pereira de Araujo[2], Vitória Gleiciane Vasconcelos de Freitas[3], Patricia Kelen Sousa Araújo Gomes[4], Rochele Nascimento de Melo[5], Marcos Daniel Canuto Alves[6], Eduardo Tales da Costa[7], Nicoly Ferreira de Vasconcelos[8]

1. Médica Veterinária, Residente em Vigilância em Saúde pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: joquebedelopess@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-7262-9528

2. Alexia Aline Pereira de Araujo. Nutricionista, Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS). Email: nutricao.alexia@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4884-231X

3. Vitória Gleiciane Vasconcelo de Freitas. Assistente Social, Residente em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: vitoriagleiciane@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-0722-1127

4. Patricia Kelen Sousa Araújo Gomes. Enfermeira, Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: patriciiakelen@gmail.com. ORCID:http://0000-0002-8890-3284

5. Rochele Nascimento de Melo. Nutricionista, Residente em Vigilância em Saúde pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: rochelenutri@outlook.com ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1543-933X

6. Marcos Daniel Canuto Alves. Psicólogo, Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: marcosdanielcanuto.psi@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4271-4730

7. Eduardo Tales da Costa. Psicólogo, Residente em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: eduardojm199@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-3248-3098

8. Nicoly Ferreira de Vasconcelos. Fisioterapeuta, Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS). E-mail: nicolyvasconcelos51@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-7305-3472

Resumo

A territorialização apresenta-se como um importante dispositivo para o reconhecimento das necessidades de saúde e organização das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo tem como objetivo discutir a relevância da territorialização e suas contribuições para a formação no contexto da residência multiprofissional. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, construído a partir das vivências de residentes multiprofissionais durante a inserção territorial em um bairro em situação de vulnerabilidade social no município de Sobral. O processo ocorreu por meio de observações do território, acompanhamento das equipes de saúde, visitas domiciliares e diálogo com profissionais e moradores da comunidade. A experiência possibilitou identificar aspectos relacionados às vulnerabilidades sociais, violência, fragilidades estruturais e demandas em saúde mental presentes no território, além de evidenciar a importância da atuação interdisciplinar e do vínculo estabelecido entre equipe e população. Observou-se que a territorialização favorece uma compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde e contribui para o planejamento de ações mais coerentes com a realidade local. Conclui-se que esse processo fortalece tanto a organização do cuidado na APS quanto a formação crítica e reflexiva dos profissionais inseridos na residência multiprofissional.

Palavras-chave: Territorialização; Atenção Primária à Saúde; Residência Multiprofissional; Saúde Mental; Vulnerabilidade Social; Vigilância em Saúde.

Abstract:

Territorialization is considered an important strategy for recognizing health needs and organizing actions developed in Primary Health Care (PHC). This study aims to discuss the relevance of territorialization and its contributions to training within the context of multiprofessional residency programs. This is a descriptive experience report with a qualitative approach, based on the experiences of multiprofessional residents during territorial insertion in a socially vulnerable neighborhood in Sobral. The process involved territorial observation, monitoring of health teams, home visits, and dialogue with health professionals and community residents. The experience made it possible to identify social vulnerabilities, violence, structural weaknesses, and mental health demands within the territory, while also highlighting the importance of interdisciplinary work and the bond established between health teams and the population. Territorialization contributed to a broader understanding of the social determinants of health and supported the planning of actions aligned with local realities. It is concluded that this process strengthens both the organization of care in PHC and the critical and reflective training of professionals involved in multiprofessional residency programs.

Keywords:Territorialization; Primary Health Care; Multiprofessional Residency; Mental Health; Social Vulnerability.

1. INTRODUÇÃO

A territorialização é uma estratégia fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que possibilita conhecer as particularidades sociais,

econômicas, culturais e sanitárias de um território. Esse processo permite identificar vulnerabilidades, potencialidades e necessidades da população, favorecendo o planejamento de ações mais resolutivas e alinhadas à realidade local (Santos; Rigotto, 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990, organiza-se de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, tendo o território como elemento fundamental para o planejamento das ações e serviços de saúde. Fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS busca assegurar o acesso à saúde para toda a população (Brasil, 1990).

Nesse contexto, a territorialização assume papel relevante na APS, ao favorecer a análise dos determinantes sociais da saúde, relacionados às condições de vida, moradia, trabalho, renda, educação e acesso aos serviços essenciais. Identificar essas condições possibilita compreender como as desigualdades sociais impactam no processo saúde-doença (Faria, 2020).

Entretanto, o processo de territorialização ainda enfrenta desafios importantes, especialmente diante da complexidade e do dinamismo dos territórios. A constante transformação dos espaços urbanos, associada às desigualdades sociais e às limitações estruturais dos serviços de saúde, exige das equipes permanente atualização das práticas de cuidado, fortalecimento da atuação intersetorial e qualificação profissional contínua (Barbosa-Neto et al., 2017).

Dessa forma, este estudo busca compreender a relevância da territorialização como ferramenta estratégica na Atenção Primária à Saúde, destacando suas contribuições para a organização do cuidado, identificação das demandas do território e formação crítica dos profissionais inseridos na residência multiprofissional.

2. METODOLOGIA

O estudo, caracteriza-se como um relato de experiência de natureza qualitativa e descritiva. Foi construído a partir das vivências desenvolvidas durante o processo de territorialização, em um bairro que se encontra em situação de vulnerabilidade social no município de Sobral - Ceará. Tal relato, parte de experiências advindas da atividade de territorialização proposta pelos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (RMS), vinculados à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, incluindo os programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde.

O relato de experiência, enquanto modalidade metodológica, possibilita a sistematização crítica de práticas vivenciadas em contextos específicos, permitindo a articulação entre experiência prática, reflexão teórica e produção de conhecimento científico (Mussi et al., 2021). Tal perspectiva metodológica, mostra-se especialmente relevante no campo da saúde, por favorecer a compreensão das singularidades presentes nos territórios e das dinâmicas sociais que atravessam os processos de cuidado em saúde.

Assim, a territorialização constituiu-se como eixo central da experiência relatada, sendo desenvolvida por meio da inserção gradual da equipe no território, envolvendo momentos de observação participante, escuta dos profissionais da rede e aproximação com a comunidade local e com os profissionais presentes no Centro de Saúde da Família (CSF). O processo de territorialização foi organizado em três momentos principais, estruturados de modo a contemplar as singularidades e complexidades do território assistido.

A primeira etapa correspondeu ao reconhecimento territorial, momento em que os residentes, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde, percorreram as ruas do bairro, conheceram os estabelecimentos comerciais, observaram a dinâmica local e compreenderam os fluxos cotidianos que constituem o território. Além disso, em uma perspectiva observacional (GIL, 2008), buscou-se identificar tanto as potencialidades comunitárias quanto às fragilidades sociais e sanitárias presentes naquele espaço, permitindo uma aproximação mais sensível com a realidade vivenciada pela população.

A segunda etapa consistiu na sistematização das informações coletadas durante a vivência no território, culminando na construção de um relatório de territorialização, atividade também requerida pela Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). O documento foi elaborado de maneira ampla e reflexiva, contemplando desde aspectos estruturais do território e do CSF até dimensões mais subjetivas relacionadas às vivências comunitárias, aos processos de vulnerabilidade social e às demandas em saúde mental, identificadas ao longo do percurso.

Por fim, a terceira etapa correspondeu ao momento de análise e reflexão crítica acerca das experiências e percepções construídas durante a territorialização. Esse movimento ocorreu de forma coletiva entre os diferentes núcleos profissionais inseridos na Residência Multiprofissional em Saúde, possibilitando o compartilhamento de olhares distintos sobre o território e favorecendo uma compreensão interdisciplinar das demandas observadas. Tal processo reflexivo mostrou-se fundamental para a construção de intervenções mais contextualizadas e alinhadas às necessidades concretas da população assistida.

Enquanto procedimento metodológico, o relato de experiência não busca a generalização dos achados, mas a problematização crítica de práticas e vivências situadas historicamente e socialmente (Mussi et al., 2021). Dessa forma, o percurso metodológico fundamentou-se na reflexão sistemática acerca das experiências vivenciadas no campo, considerando as percepções construídas ao longo da territorialização, os diálogos estabelecidos com os atores sociais e as observações realizadas durante as atividades desenvolvidas no território.

Para tanto, a produção das informações ocorreu a partir de registros em diário de campo, observações diretas do território, rodas de conversa com profissionais da atenção básica e interlocuções com agentes comunitários de saúde, os quais desempenharam papel fundamental na compreensão das demandas locais, fazendo ressalva ao papel das agentes comunitárias de saúde que tiveram papel significativo durante o processo. Esses registros possibilitaram reunir elementos referentes às condições de moradia, contextos de violência, fragilidades sociais, equipamentos públicos existentes e principais demandas de saúde mental identificadas no território.

A análise das experiências foi conduzida de maneira interpretativa e reflexiva, articulando as vivências práticas com referenciais teóricos da saúde, da atenção psicossocial e dos determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, buscou-se compreender de que maneira as condições estruturais do território influenciam os processos de adoecimento, cuidado e produção de subjetividades, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e vulnerabilidades históricas.

Por se tratar de um relato de experiência baseado em vivências acadêmico-profissionais e observações do território, foram respeitados os princípios éticos relacionados à preservação da identidade dos sujeitos e do sigilo das informações compartilhadas durante o processo de territorialização. Assim, o estudo reafirma o compromisso ético com a comunidade acompanhada, compreendendo o território não apenas como espaço físico, mas como cenário vivo de relações sociais, resistências e produção de cuidado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de trabalho da atenção básica, cabe à gestão definir as responsabilidades dos profissionais e da equipe para planejar estratégias adequadas às realidades de vida dos sujeitos e das coletividades (Brasil, 2017). Nesse contexto, a APS apresenta papel fundamental na promoção de saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação, consolidando o acesso das pessoas a serviços e práticas que otimizam a qualidade de vida.

No processo de territorialização, teve-se a oportunidade de conhecer as realidades locais,

os determinantes sociais de saúde, as questões relacionadas à vigilância em saúde, os processos psicossociais e, principalmente, a apropriação dos espaços e equipamentos pela população. A territorialização, por sua vez, é importante diretriz do SUS voltada ao planejamento e à programação descentralizada no território, considerando suas especificidades (BRASIL, 2017). Na territorialização, há a possibilidade de dinamizar estratégias na saúde pública e desenvolver ações setoriais e intersetoriais capazes de descentralizar a oferta de serviços e ampliar o acesso da população às práticas da atenção básica.

Em verdade no território observado, a Estratégia de Saúde da Família está presente no cotidiano da população de diversas formas, sabendo-se que quem nele depende integralmente do Sistema Único de Saúde para ter acesso a consultas multiprofissionais, exames, procedimentos e medicações. Ademais, a comunidade tem acesso a diversas atividades práticas no território, em virtude da presença das equipes de saúde na rotina e nos espaços de vida, mediante visitas e atendimentos domiciliares regularmente utilizados pelos profissionais para acompanhar, de forma longitudinal, os usuários. As equipes enfrentam, ainda, obstáculos físicos, geográficos e, muitas vezes, ausência de recursos para atuar no território, a exemplo da mobilidade urbana reduzida pela dificuldade de acesso a determinados lugares mais afastados do CSF.

No bairro Nova Caiçara, são observados empecilhos na mobilidade urbana, principalmente, quanto aos desníveis geográficos característicos, ao deslocamento dentro do próprio bairro por questões de segurança pública e criminalidade e, ainda, ao transporte público no município, em que a população utiliza veículos coletivos. Além da mobilidade urbana, ocorrem problemáticas no acesso da comunidade a áreas de lazer, visto que praças e quadras para práticas esportivas estão abandonadas ou com baixa manutenção, o que prejudica tanto os exercícios físicos quanto a socialização e as atividades culturais.

No que concerne ao acompanhamento longitudinal de públicos específicos, são monitorados cidadãos com restrição ao lar, com comorbidades e adoecimentos crônicos, crianças, adolescentes e outras condições de saúde que exigem cuidado, como tratamentos oncológicos, hanseníase e quadros infecciosos. Os procedimentos para acompanhá-los são realizados em visitas domiciliares, consultas agendadas e programadas conforme as necessidades de cuidado contínuo, atendimentos que exigem urgência e demanda espontânea. Sobre o acompanhamento de crianças e adolescentes, as puericulturas se constituem como estratégias necessárias para acompanhamento periódico de crianças e adolescentes, sendo possível identificar distúrbios de crescimento, desenvolvimento físico e mental, nutricional, dentre outros (Brasil, 2015).

Para acompanhar o público infantojuvenil, o Programa Saúde na Escola (PSE) incentiva

ações entre instituições de ensino e trabalhadores da saúde. Sendo programa de formação integral da rede pública de ensino, o PSE fortalece ações de enfrentamento às vulnerabilidades sociais, políticas e no campo da saúde, por intermédio de avaliações psicossociais periódicas e prevenção de agravos e riscos (Brasil, 2007). No Nova Caiçara, as vulnerabilidades socioeconômicas e o contexto fortemente marcado pela insegurança pública se tornam marcadores sociais importantes para o bem-estar de jovens, adultos e idosos, em que são necessárias intervenções frequentes para otimizar a atenção integral à saúde da comunidade, articulando equipes do CSF e outros setores.

É nesse cenário que as equipes, constantemente, adaptam as práticas para ampliar o escopo de promoção e prevenção no território. Faz-se necessário, portanto, a qualificação da ESF e das demais estratégias da atenção básica em conformidade com as diretrizes do SUS, tendo em vista ordenar a rede de cuidado e utilizar tecnologias de gestão capazes de fornecer autonomia às pessoas e aos grupos (Brasil, 2013).

Enquanto ponto mais próximo da população no SUS, o CSF se constitui como porta de entrada de diversas demandas, as quais obedecem a um fluxo de atendimentos por demanda espontânea, consulta agendada ou cuidado programado. Dessa forma, há estratificação dos riscos e avaliação dos usuários para encaminhamento conforme demandas e urgências evidentes, em face da organização necessária ao acompanhamento longitudinal dos pacientes pela unidade. Organizar o fluxo de atendimento é medida fundamental para resolutividade na atenção básica, visto que alguns casos requerem atendimento com urgência e, por isso, podem ser encaminhados para outros serviços, a exemplo de centros com especialidades médicas. No entanto, muitos casos podem ser resolvidos ainda na atenção básica, fomentando o papel da APS no tratamento, na reabilitação e no acolhimento dos usuários.

Nessa perspectiva, destacam-se os fatores e contextos de vida no território, onde os sujeitos vivenciam as transformações decorrentes das remodelações das relações estabelecidas entre serviços públicos, coletividades e estratégias de saúde. Sabe-se que vulnerabilidades socioeconômicas, criminalidade, violência e acesso diferenciado aos serviços são determinantes sociais da saúde (CNDSS, 2010), visto que afetam a integridade física e psicológica dos cidadãos e, ainda, a participação dos sujeitos e coletivos na atenção básica.

Anastácio et al. (2016), analisam a relação saúde-adoecimento a partir dos múltiplos contextos existentes na dinâmica social, onde a promoção de saúde deve ser articulada de forma intersetorial. Ademais, urge a superação do modelo biomédico e de intervenções uniprofissionais pautadas nos encaminhamentos, em detrimento de práticas individualizadas, na busca por diálogo interdisciplinar no cotidiano da UBS.

No que tange ao atendimento, percebe-se o grande número de usuários atendidos cotidianamente pelos médicos do CSF. Filardi et al. (2021) destacam que os médicos atuantes na saúde da família recebem muitos pacientes na rotina da atenção básica, refletindo uma sobrecarga de trabalho que diz respeito não somente ao fluxo do cotidiano, mas também à própria estrutura social. Com efeito, é notado um contexto de valorização do quantitativo de atendimentos no cotidiano da UBS, pois há registro dos indicadores de profissionais da equipe, como médicos, enfermeiros e dentistas. Tais indicadores fortalecem os investimentos nos equipamentos de saúde, mas podem, simultaneamente, pressionar os profissionais na oferta dos serviços.

Além dos atendimentos, ressalta-se a organização dos grupos no CSF, citando-se grupos de gestantes, de pessoas hipertensas e diabéticas, de idosos e de mães atípicas. Somadas aos grupos, as práticas corporais com as pessoas e coletividades reforçam a atuação dos profissionais junto às comunidades, ao passo que a equipe multiprofissional se aproxima dos usuários do serviço e, por conseguinte, fortalecem os vínculos. No entanto, nota-se a baixa adesão da população aos grupos, ocasionada por um contexto de vulnerabilidades sociais e, ainda, pelo possível distanciamento das equipes de saúde quanto aos coletivos, pois, é comum, que profissionais residentes conduzam as ações enquanto a equipe do CSF, por sua vez, não participa continuamente tão pouco se responsabiliza pela condução das organizações grupais. Quanto às práticas corporais, a Academia da Saúde, dispositivo auxiliar das atividades físicas, motoras e de reabilitação, está inoperante no território, o que compromete o desenvolvimento de ações fora da UBS.

Nessa perspectiva, é refletido o papel da equipe multiprofissional na facilitação das terapêuticas utilizadas, em momentos de organizações grupais e encontros para práticas corporais. A equipe multiprofissional organiza as ações de forma compartilhada, mediante a interdisciplinaridade inerente aos processos de trabalho. A multiprofissionalidade e as estratégias interdisciplinares incentivam a colaboração entre diferentes categorias e exigem confiança mútua, fomentando o direito ao cuidado do usuário e uma prática cuidadora ampliada (Ceccim, 2020). Torna-se possível, com isso, a atenção integral à saúde das pessoas e dos coletivos, de forma integrativa e interdisciplinar.

A análise realizada evidencia que a saúde mental ocupa um lugar significativo nas demandas de cuidado em saúde na contemporaneidade, sobretudo diante do aumento expressivo de casos de ansiedade e depressão na população. Nesse cenário, a Atenção Primária (APS) se destaca como um espaço estratégico para o acolhimento, acompanhamento e desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral em saúde mental, por constituir o primeiro nível de acesso da população aos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2007).

Entretanto, apesar de sua importância, persistem obstáculos importantes, como a insuficiência de profissionais qualificados e a alta demanda no serviço, fatores que impactam diretamente na efetividade e na qualidade do cuidado ofertado. Quanto ao período em que estivemos em observação e inseridos de forma mais intensa no território, diversas fragilidades tornaram-se evidentes durante o processo de reconhecimento e aproximação com a realidade local. Um dos aspectos mais marcantes refere-se à presença da violência, que se apresenta como um elemento profundamente intrínseco à dinâmica territorial. Observa-se que essa violência não se expressa apenas em sua dimensão material e concreta, mas também se encontra fortemente enraizada na subjetividade dos moradores e daqueles que circulam pelo território, influenciando percepções, comportamentos, sentimentos de segurança e modos de relação com o espaço e com o outro.

Em continuidade ao que foi dito, essa presença constante da violência, tende a produzir impactos significativos na vida cotidiana, podendo gerar sentimentos de medo, insegurança e tensão, que atravessam as experiências individuais e coletivas e repercutem diretamente nas demandas de cuidado em saúde, especialmente no campo da saúde mental. Esse panorama, evidencia o aumento de demandas por atendimento especializados e a necessidade de ações de promoção e prevenção em saúde mental voltadas às especificidades do território, com valorização do trabalho em rede e da atuação multiprofissional.

Dessa forma, compreende-se que iniciativas relacionadas à educação em saúde mental e ao fortalecimento de vínculos comunitários, tornam-se fundamentais para uma qualificação dos atendimentos ofertados na APS. Sendo necessário o fomento em educação permanente em saúde para os profissionais, ampliação dos serviços especializados e na construção de espaços de diálogos comunitários, com a intencionalidade de uma atenção integral e humanizada para a população adscrita deste território e que necessitam de suporte em saúde mental.

Já, no âmbito do processo saúde-doença, os autores Silva et al. (2022) relataram que o adoecimento não é unilateral, mas possui um aspecto multifatorial. Assim, partimos do entendimento de que o ambiente não é estático e sim dinâmico, e interfere direta ou indiretamente na vida dos indivíduos ali inseridos.

Nesse contexto, o território mapeado revelou grandes contrastes de vulnerabilidades sociais, principalmente sobre os altos índices de violência e os impactos que ela causa na saúde da comunidade, afetando tanto a manutenção dos cuidados da saúde física quanto da saúde mental. Somado a isso, o preconceito sofrido é recorrentemente citado pelos moradores, o que pode ser um fator limitante na busca de atendimentos fora do conjunto habitacional.

Ademais, no território estudado, outros agravos impactam na saúde dos habitantes, dentre elas as doenças de notificações compulsórias se destacam, principalmente as doenças infectocontagiosas, mais especificamente a sífilis, a hanseníase e a tuberculose. Além dessas, as arboviroses e os atendimentos anti-rábico humano foram relatados no território. Os fluxos de notificações de doenças e agravos no Brasil orientam-se pela Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, da Portaria GM/MS nº 10.175/2026 (Brasil, 2026).

A Organização Mundial de Saúde (2023), relata que estudos na área da saúde evidenciam que doenças como hanseníase, sífilis e tuberculose acomete, em sua maioria, grupos vulneráveis socioeconomicamente, refletindo as desigualdades sociais e raciais e reforçando a importância de compreender o processo saúde-doença sob uma perspectiva ampla e integrada.

Dentre as doenças infectocontagiosas, a hanseníase destaca-se pela alta concentração de casos no Brasil, o que em uma perspectiva global torna posiciona o país em primeiro lugar devido ao número de infectados e, no continente americano, concentra sozinho 96,3% dos casos de hanseníase (Brasil, 2026). No estado do Ceará essa concentração ocorre principalmente em regiões historicamente endêmicas, com destaque para Fortaleza, Caucaia e Sobral — áreas prioritárias marcadas pela persistência da doença e pela provável transmissão intradomiciliar, responsáveis por parcela significativa dos registros no estado (Ceará, 2026).

Diante desse cenário, ações voltadas para o controle e erradicação da hanseníase realizadas no CSF inclui o diagnóstico precoce, testagem em tempo hábil de sintomáticos, acompanhamento e tratamento monitorado e avaliação da rede de contato dos recém diagnosticados. Outras ações incluem momentos de conscientização sobre os cuidados e prevenções da doença, como o Janeiro Roxo.

Assim, a integralidade do serviço de saúde e o cuidado ao paciente vão além do fornecimento de medicações, abrangendo também ações de educação em saúde, avaliações clínicas periódicas e diagnóstico em tempo hábil, o que favorece a adesão ao tratamento, a redução da transmissão e a cura do paciente.

Por fim, o processo saúde-doença não se restringe a um único fator causal, estando relacionado às características inerentes ao próprio indivíduo, aos determinantes de vulnerabilidade que o cercam, bem como aos fatores socioeconômicos, aos hábitos culturais, psicossociais e educacionais, além das condições de acesso à saúde e à moradia. Desse modo, ações que integrem conhecimentos multiprofissionais e intersetoriais fornecem subsídios para atender as demandas de saúde da população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de territorialização desenvolvida no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde possibilitou uma aproximação concreta com as múltiplas realidades que atravessam o território e influenciam diretamente o processo saúde-doença da população. A inserção no campo evidenciou que o cuidado em saúde ultrapassa os limites institucionais dos serviços, sendo profundamente influenciado pelos determinantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos presentes no cotidiano das comunidades.

Os achados identificados durante a vivência territorial revelaram importantes vulnerabilidades sociais, marcadas por situações de violência, fragilidades socioeconômicas e demandas crescentes relacionadas à saúde mental. Tais aspectos demonstram a necessidade de fortalecimento de práticas de cuidado integrais, humanizadas e territorializadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Nesse contexto, destacou-se a importância da atuação multiprofissional e do papel desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, fundamentais para a construção do vínculo entre serviço e comunidade, para a identificação das necessidades locais e para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde.

Além de contribuir para a organização do cuidado e planejamento das ações em saúde, a territorialização mostrou-se essencial para a formação crítica, sensível e reflexiva dos residentes, favorecendo a compreensão ampliada das necessidades da população e das complexidades que permeiam os territórios socialmente vulneráveis.

Por fim, reforça-se a necessidade de fortalecimento das ações em saúde mental, da educação permanente em saúde e das estratégias intersetoriais, visando à consolidação de práticas mais resolutivas, acolhedoras e comprometidas com os princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. ***Saúde mental e atenção psicossocial.*** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANASTÁCIO, Edvaldo; MENDES, Lindalva Guimarães; CARDOSO, Valéria Silva; SOUZA, Adriana Kátia Emiliano; REIS, Gesiene Aparecida Cordeiro; ABREU, Lindalva Martins; MELO, Elza Machado de. Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde. ***Revista Médica de Minas Gerais***, Belo Horizonte, v.

26, supl. 8, p. S362-S366, 2016. Disponível em: https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2179. Acesso em: 24 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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*, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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*, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ***Cadernos de Atenção Básica: saúde mental.*** n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim epidemiológico: tuberculose 2026*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2026/boletim_epidemiologico_tuberculose_2026.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola (PSE)**, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-10.175-de-23-de-janeiro-de-2026-683062951. Acesso em: 24 ago. 2026.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Boletim epidemiológico de hanseníase 2026*. Fortaleza: SESA, 2026. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-HANSENIASE-2026.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

CECCIM, Ricardo Burg. Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In: GOMES, Diógenes Farias et al. (org.). *Transformações das residências multiprofissionais em saúde*. Sobral: **Edições UVA**, 2020. p. 43-60. Disponível em: https://ww2.uva.ce.gov.br/apps/common/documentos_uva/ebook_3379140197039a497b7ce671.pdf. Acesso em: 3 maio 2026.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 2 maio 2026.

FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro et al. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. ***Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental***, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 421-445, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10. Acesso em: 3 maio 2026.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. ***Práxis Educativa*****,** Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Hanseníase: folha informativa*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topics/hanseniase. Acesso em: 2 maio 2026.

SILVA, Tatiana Sampaio da; ANDRADE, Luiz Alexandre Trajano de; ROSA, Leônidas Assis Garcia. Sífilis no Brasil: uma análise da epidemiologia, desafios e perspectivas futuras. ***Revista Brasileira de Epidemiologia***, v. 27, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103231. Acesso em: 4 maio 2026.