

Trilha 4

Projeto Territorial Situado: clínica do cuidado, trabalho em equipe e histórias de mudanças

Alcindo Antônio Ferla
Emerson Mehyr
Júlio Cesar Schweickardt



Trilha 4

**Projeto Territorial Situado:
clínica do cuidado,
trabalho em equipe
e histórias de mudanças**



Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Súliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).



editora
redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T829

Trilha 4: Projeto Territorial Situado - clínica do cuidado, trabalho em equipe e histórias de mudanças / Alcindo Antônio Ferla; Emerson Elias Merhy; Júlio Cesar Schweickardt (Organizadores) – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

45 p.

(Série Saúde & Amazônia, v.40; Cadernos de Cartografias e Histórias da Amazônia, v.4).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-196-0

DOI 10.18310/9786554621960

1. Saúde da População Rural. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3. Saúde Pública. 4. Educação em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18.2
CDU 614.79

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Trilha 4

**Projeto Territorial Situado:
clínica do cuidado,
trabalho em equipe
e histórias de mudanças**

Expediente

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Secretária

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

Secretária

Isabela Cardoso de Matos Pinto

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Mario Moreira

INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE

Diretora

Stefanie Costa Pinto Lopes

Vice Direção de Pesquisa

Michele Rocha El Kadri

Vice Direção de Ensino

Rosana Parente

Vice Direção de Gestão

Aldemir Maquiné

Coordenação Geral

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação dos Estados

Adriana Lopes Elias

Ana Lúcia Nunes

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Viviane Lima Verçosa

Autores Conteudistas

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Mehyr

Júlio Cesar Schweickardt

Projeto Gráfico e Diagramação

Lauren Mellissa Farias Godinho

Ilustração e Elementos de Capa

Ana Lúcia Raman Neves da Costa

Elaine Pires Soares

Fabiana Mânica Martins

Luana Amaral Alpirez

Mickela da Silva Souza Costa

Sumário

Apresentação	6
Clínica do cuidado situado	9
Trabalho em equipe no território vivo	19
Produzindo o cuidado intercultural	24
Histórias do trabalho e das pessoas nos territórios	28
Projeto Territorial Singular do Cuidado em Saúde	39
Observações da Trilha - PUXIRUM	41
Referências	43

Apresentação

A Casa das Palavras

*Na casa das palavras, sonhou Helena Villagra, chegavam os poetas.
As palavras, guardadas em velhos frascos de cristal,
esperavam pelos poetas e se ofereciam,
loucas de vontade de ser escolhidas:
elas rogavam aos poetas que as olhassem,
as cheirassem, as tocassem, as provassem.
Os poetas abriam frascos, provavam palavras com o dedo
e então lambiam os lábios ou fechavam a cara.
Os poetas andavam em busca de palavras que não conheciam,
e também buscavam palavras que conheciam e tinham perdido.
Na casa das palavras havia uma mesa das cores.
Em grandes travessas as cores eram oferecidas e cada poeta se servia
da cor que estava precisando:
amarelo-limão ou amarelo-sol,
azul do mar ou de fumaça,
vermelho-lacre,
vermelho-sangue,
vermelho-vinho...*

Eduardo Galeano – O livro dos Abraços

Olá, pessoal, chegamos na trilha 4, depois de andarmos pelos territórios, escutando as vozes que “não conhecíamos” ou que “tinham se perdido”, fomos provando os sabores, cheirando as coisas, encontrando coisas novas e outras antigas. Alguns encontros precisaram ser inventados ou criados para produzir novas palavras e novas formas de cuidar. Assim, fomos encontrando outras cores ou produzindo cores que se misturaram na confluência dos saberes, e encontramos o amarelo-tarde-de-sol, o vermelho-urucum, o verde-árvore-do-quintal, o azul-igarapé, o marrom-rio, o branco-fumaça-da-queimada e tantas outras cores que foram inventadas. A vida, como o cuidado, precisa ser produzida como abraço para as saúdes de cada território e de cada pessoa, as saúdes que cada pessoa “está precisando”, possam fluir, seguindo a metáfora proposta por Galeano. Por fim, temos o grande desejo de que os encontros sejam potentes e que possibilitem fazer novas amizades e alianças para a realização de um trabalho comprometido e diferenciado com estas

populações. Ao final, lembramos das palavras de Paulo Freire: anunciamos que somos um corpo coletivo, que anuncia a libertação de qualquer tipo de violência, de racismo, exploração e dominação. Portanto, fazemos a denúncia, mas não podemos esquecer de fazer o anúncio de esperar, esperar por igualdade, acesso a direitos coletivos, democracia e equidade.

As produções dos encontros presenciais da **Trilha 3** foram muito intensas em afetividade, emoção e reflexão. Os temas foram fortes, mas precisavam ser discutidos porque fazem parte da realidade dos territórios dos campos, floresta e águas. Como abraços, o percurso não pode naturalizar nem o conhecimento estrangeiro e nem a experiência de cada um; é preciso buscar “as palavras que ainda não conhecemos”, os saberes que estão nos aguardando nos territórios e esse é um aprendizado agudo, mas impostergável. Vimos que há muito sofrimento nos conflitos, no racismo, nas violências, mas também vimos sinais de esperança, de projetos alternativos e modos de vida que contrastam com a necropolítica presente nesses lugares. A cartografia social foi um exercício rico porque trouxe aqueles lugares que estavam “invisíveis” ou “esquecidos” ao nosso olhar. A cartografia do usuário nos abriu a mente para as redes vivas de cuidado, nos fez enxergar que há muita saúde para além dos muros da unidade de saúde e da racionalidade biomédica. Vimos que os caminhos das pessoas são diversos e potentes na produção da experiência de cuidado.

Na Trilha 4, vamos discutir o trabalho da equipe que atua no cuidado das populações dos campos, florestas e águas. Obviamente que todos e todas já estão afetadas com as trilhas anteriores, o que possibilitou pensar em mudanças no processo de trabalho, pois observou que há pessoas e grupos que precisam de uma atenção diferenciada para que possam ser incluídos. O trabalho em saúde que denominamos de cuidado, significa ir para além da clínica da assistência no consultório ou no território. Pensamos numa clínica em diálogo com o lugar, com a experiência de vida das pessoas, ou seja, que seja efetivamente situada e compartilhada.

Vamos retomar aqui a produção do sanitarista Emerson Merhy (2002), que diz que o cuidado com alma de integralidade (“a produção da integralidade é a alma do cuidado”): para cuidar da saúde é preciso trabalho vivo em ato, que é derivado de um processo de trabalho em equipe em que há sempre combinações flexíveis entre tecnologias duras (equipamentos, máquinas, instrumentos, insumos), tecnologias leve-duras (os saberes estruturados da epidemiologia, da medicina, da enfermagem e da saúde coletiva) e tecnologias leves (encontros, interação humana com outros humanos, com objetos e com o território vivo, que faz o território líquido), MAS que a gestão do que é ofertado se faz com base nas tecnologias leves. Se for necessário lembrar, há diversas contribuições do professor Merhy nas trilhas anteriores e no nosso aturá.

Sendo assim, o cuidado, a gestão e a aprendizagem/formação precisam das

técnicas, mas também de um devir poeta, que procura as palavras que ainda não conhece para seguir a poesia. Aqui está o nó górdio (como no mito grego, em que um nó indesejável foi desatado com um salto paradigmático: ao invés de desfazer o nó, ele foi cortado) do nosso processo formativo: inventar formas de cuidado que façam sínteses sucessivas das melhores evidências da ciência e do cotidiano, que combinem de forma alquímica os saberes locais e da equipe, e que isso tudo se expresse no trabalho em equipe, um trabalho que se produz na interação intensa, com fluxos de comunicação estruturantes do trabalho.

No filme “Ensaio de Orquestra” (1978), do diretor italiano Federico Fellini, o desafio do trabalho em equipe é ilustrado de forma sutil e divertida, mas que permite identificar questões relativas ao rigor das hierarquias e às disputas de reconhecimento como entraves ao trabalho que exige integração.



Aturá:

Sugerimos que vejam o filme e discutam na equipe.

https://vk.com/video672517234_456239232?to=L3ZpZGVvNjcyNTE3MjM0XzQ1NjIzOTIzMj8-

O **Começo Meio Começo** ainda não terminou e achamos que não irá terminar nesse curso, pois os movimentos se multiplicarão nos lugares e nas equipes. Ainda, a trilha 5, abordará a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCA). Por isso, estimulamos que se organizem para debater, discutir e propor estratégias da Política na sua realidade de trabalho e vida.

Por fim, escutamos muitos depoimentos de aprendizado e esperança que fortalecem as nossas caminhadas. Escutamos os aprendizados de cuidado nos flutuantes, palafitas, aldeias, quilombos, assentamentos, ribeirinho, cidades e comunidades. Esses movimentos nos mostram que para fazer saúde precisamos pisar no chão ou nas águas da vida das pessoas, aprendendo com os seus tempos e memórias, com os sons que ecoam pelo universo, como fizemos em muitos de nossos encontros.



Clínica do cuidado situado

Normalmente quando ouvimos a palavra “clínica” nos retemos para o consultório médico ou de outro profissional de saúde e pensamos na ideia de um atendimento que considera os aspectos da história natural das doenças. Quando colocamos a palavra “cuidado” vamos para além dessa imagem inicial, pois avançamos para as estratégias e tecnologias que relacionam profissionais e usuários num projeto de gestão do cuidado e apostamos que as histórias das doenças são sociais e não naturais, depende do modo como cada uma/um anda na sua vida.

Ambas as expressões são, frequentemente, sequestradas por campos profissionais, como a medicina e a enfermagem, esvaziando o sentido mais forte, de toda forma o sentido que queremos destacar aqui, de que a clínica se expressa no cuidado, em processos de trabalho compartilhados e localizados num território ou no encontro entre trabalhadores e usuários. Quando se verifica esse sequestro, como no texto do Eduardo Galeano, é preciso procurar sentidos, aprender sentidos, produzir sentidos que libertem o pensamento e o trabalho.

O conceito de cuidado considera a pessoa na sua integridade e especificidade (equidade), mas também considera o lugar que vive, suas memórias, tradições, saberes, afetos, desejos e as desigualdades que habita sua vida. Nessa relação, todas essas coisas também fazem parte do trabalhador da saúde, mas que é colocado entre parênteses no momento do encontro no cuidado. Por isso, Emerson Merhy nos traz a ideia das “tecnologias leves”, que são da natureza da leveza dos encontros e das afecções.

“Caracteriza-se como trabalho vivo (em ato) aquele que se utiliza de forma predominante de elementos “não materiais” e não técnicos, que estão na base do diálogo, da escuta, do acolhimento, ou seja, da possibilidade de criar e de proporcionar bons encontros com potência disparadora de um cuidado cuidador” (Cabral, Franco & Jorge, 2026).

“A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) – portanto, uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição” (Merhy, Feuerwerker & Gomes, 2016, p. 43).

O *trabalho vivo em ato*, torna-se visível quando se analisa o modo como se combinam as diferentes naturezas tecnológicas para estruturar o trabalho de atenção e de gestão, imprescindível para produzir a integralidade e dar sentido à equidade. Nos territórios em que trabalhamos, há uma característica muito expressiva, que torna o conhecimento biomédico menos eficaz. O conhecimento biomédico nasceu no interior do hospital assistencial da idade média na medida em que se transformou num hospital médico, pela observação e registro sistemático dos eventos que aconteciam no seu interior. Ora, nos territórios dos campos, das florestas e das águas o adoecimento e o cuidado se estruturam em outras bases, sem desprezar o conhecimento biomédico. Mas as condições que determinam a saúde e a doença são mais fluidas, definindo um nível de complexidade maior.

Os problemas estruturados que são típicos do ambiente tecnológico do hospital têm respostas mais eficazes com o conhecimento disciplinar da biomedicina. A produção de saúde nos territórios é mais complexa e, para isso, intervêm mais saberes e fazeres, reivindicando dos agentes do trabalho, também um trabalho criativo e inventivo (Ferla, 2021). Por isso, os processos de trabalho precisam incluir, mais do que no hospital médico, discussões em equipe e aprendizagem no e pelo trabalho, que é o sentido brasileiro, como política de desenvolvimento do trabalho no SUS, da educação permanente em saúde.

A Educação Permanente em Saúde como política do SUS está intimamente ligada à Educação Popular freireana e mobiliza o lúdico, os saberes locais e o diálogo entre as pessoas que estão na cena do cuidado, sejam trabalhadores das equipes, sejam usuários ou gestores; mobiliza também, e isso é importante, os estudantes e pesquisadores que circulam pelos territórios.

Os espaços de EPS são dispositivos de cuidado, pois possibilitam a (trans) formação do fazer saúde, construindo sentido e significado para trabalhadores e usuários, ao agregarem mais possibilidades dos modos de caminhar na vida.

Tecnologias duras: são os instrumentos e equipamentos que fazem parte da estrutura do serviço, raio-x, balança, aparelho de pressão, estetoscópio, endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, medicamentos, necessários para alimentar o raciocínio clínico.

Tecnologias leves-duras: são os conhecimentos técnico-científicos estruturados adquiridos na formação dos profissionais que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica e são acompanhadas

das normas, protocolos e regras. Os saberes e conhecimentos estruturados que possibilitam o manejo clínico e terapêutico. “É leve um saber que as pessoas adquiram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer bem estruturado, bem-organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado”.

Tecnologias leves: são as relacionais que produzem vínculo, acolhimento, busca de autonomia dos sujeitos, promove o diálogo e uma escuta qualificada, buscando uma gestão do cuidado onde o outro é parte do processo. Tecem relações de vinculação e confiança, produzindo cuidados abertos às afecções que singularizam a relação. O encontro gera “momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (Merhy, 1998, p. 3).

O cuidado pressupõe a abordagem da pessoa/cidadã que não seja restrita aos órgãos e sistemas, mas considere outras dimensões da vida. O cuidado utiliza diferentes saberes e tecnologias, tanto no campo da ciência como dos saberes e conhecimentos tradicionais, bem como aqueles que no seu viver a própria pessoa/cidadã vai desenvolvendo para si, para o seu modo de viver.

O cuidado não acontece sozinho, mas no conjunto de trabalhadores e trabalhadoras de modo compartilhado e negociado com a equipe e o usuário. O usuário é parte integrante do cuidado, juntamente com a sua rede de familiaridade (nem sempre o núcleo família constitui de fato sua rede de vida), comunidade e grupo social em que está inserido, promovendo o fortalecimento das redes vivas de existência ao lhe favorecer mais oportunidades de vínculos diferenciados para tocar sua vida.

Então, podemos dizer que o cuidado é um acontecimento que se expressa em cada encontro, produzindo um “inédito viável”, nas palavras de Paulo Freire (1970), no livro *A Pedagogia do Oprimido e Pedagogia da Esperança*, e que se associa ao fluxo contínuo do viver como um processo aberto de produção de si. Por isso, a diferença é um alimento para a vida e não uma ameaça.

Cuidado às pessoas e coletividades também é aprendizagem, já que cada encontro atualiza novas questões. O cuidado não traduz um processo fixo. É necessário que haja um certo nomadismo na produção do cuidado, deslocando a naturalização que fazemos das informações dos órgãos e sistemas do corpo humano, para as formas de inserção das pessoas e coletividades nos territórios, processo que nos convida a inventar ações de assistência, de promoção, de fala (Ferla, 2002).

Freire (1992, p. 68) nos ensina que: “Mudar a linguagem faz parte do processo de mudar o mundo.” Parafrazeando Freire, podemos dizer que ao afirmarmos a clínica e o cuidado como dobras, sem dicotomização produzimos uma mudança que faz parte da própria mudança do mundo, das condições desiguais, das iniquidades e das violências que estão na estrutura social. A produção de saúde inclui, estruturalmente, mudar as condições que adoecem as pessoas e coletividades e seus modos de andar na vida. Não apenas sedar sinais e sintomas de doenças, mas incidir na mudança de cultura e de práticas que estão associadas ao adoecer da vida de uma pessoa à vida de coletivos e multidões, já que os efeitos das determinações sociais se multiplicam, mas não exatamente da mesma forma, sobre as diferentes pessoas de um território e do planeta, como é o caso das pandemias.

Assim, consideramos que as pessoas são sempre uma vida-multidão, ou seja, toda produção do viver é dentro de um campo de intensidades e encontros que se expressam como redes vivas de existências, como produção potencial de mais vida nas vidas vividas, e, assim, como uma multidão de possíveis viveres. Não é uma única vida que acontece ao mesmo tempo, mas muitas vidas que acontecem ao mesmo tempo e se interconectam de diferentes modos, seja nas conexões laborais, nos grupos sociais até o consumo global de produtos e serviços. O trabalhador e trabalhadora são multidão, o usuário é uma multidão, o pesquisador, aluno, professor são multidões, que compartilham sonhos e mundos possíveis.

Somos um emaranhado de vozes, com rios de complexidades, com contradições e incertezas, com potência e projetos, que nos fazem mais humanos e próximos da vida dos outros. Como nas populações tradicionais, de saberes ancestrais, o limite de uma existência e de outra se misturam e, assim, não adoecemos sozinhos e tampouco recuperamos a saúde isoladamente, somos sempre muitxs.

As narrativas que vêm dos trabalhadores e trabalhadoras se relacionam com a vida do usuário, abrindo janelas para que possam perceber as muitas outras Multidões de vidas que tem no cuidado, com uma multiplicidade de vidas comunitárias, criando um desafio para os projetos terapêuticos.

Vida-multidão foi um conceito usado pela historiadora Ermínia Silva para tratar de uma vida, um artista, que trazia consigo uma multidão de outros artistas, que estavam nele presentes. Assim, cada vida é uma multidão porque traz outras pessoas, histórias, memórias e vozes que as habitam. Se é necessário ser artista para ver as multidões em cada vida, é necessário também que a clínica tenha a força de artista para fecundar o cuidado. Se não for assim, alcança, no máximo, escala de procedimentos que, por sua vez, fazem dos indivíduos, massa (multiplicidade de indivíduos) e não a produção da integralidade no cuidado (que precisa despertar a saúde de cada um, constituindo uma vida-multidão). Cada vida é ancestral!

Nos encontros, observamos que os trabalhadores e trabalhadoras utilizam com muita frequência a palavra paciente para se referir aos usuários dos serviços. Achamos que vale uma reflexão sobre estas categorias.

Paciente: tem uma origem biomédica, quando a pessoa é submetida aos procedimentos médicos e aos tratamentos, portanto, é uma denominação que parte dos serviços. O paciente é o indivíduo produzido por relações sociais, inclusive na ciência e no trabalho em saúde, que é a abstração tecnológico-informacional de uma sociedade de consumo, onde se espera que as pessoas sejam dóceis e consumam o que se lhes oferece. O debate da reforma sanitária trouxe a questão de que a etimologia, ou seja, o significado da palavra paciente nos remete para a “paciência”, ou seja, alguém que fica pacientemente sendo tratada, acompanhada, medicada, sem voz e vez, como um objeto sem desejo.

Usuário/cidadão e usuária/cidadã: passou-se a utilizar essa palavra, pois traz um sentido micropolítico, porque nesse caso, o usuário é aquele que tem voz, participa do cuidado, participa da produção da saúde e tem direitos como sujeito social. Na construção do SUS, o conceito de usuário e usuária combina com o princípio da participação e do controle social, portanto, foi uma conquista dos movimentos sociais e da população.

Cliente: é uma palavra que tem origem na administração, trazendo um sentido de uma relação econômica e de troca de serviços, ou seja, por uma perspectiva de mercado.

Pessoa: a palavra tem sido utilizada em alguns países, como a Itália, como uma opção política e antropológica, trazendo o sentido e significado de considerar as questões do nome, do pertencimento a uma família, comunidade ou grupo social.

Por fim, destacamos que no Brasil, o uso defendido pelo Controle Social do SUS é o **usuário** e **usuária** (cidadão e cidadã por princípio), pois traz o sentido da participação e da cogestão do cuidado. O paciente da assistência à saúde também é produção do trabalho em saúde, na medida em que à pessoa sob cuidado não é dado o poder do saber; apenas a submissão de um saber externo e colonial. As outras palavras não estão erradas, mas precisamos entendê-las no contexto político e histórico no nosso Sistema de Saúde.

Não é pouco importante lembrar que quando alguém é um cliente estamos falando do direito privado como consumidor, e nesse caso a saúde é da responsabilidade de cada uma ou um. Ao contrário, quando falamos de usuário/cidadão estamos dando ênfase que a saúde é da ordem do bem social e de interesse público e, assim, estamos falando de cidadania social e do direito social ao bem viver, ou seja, a ter mais vidas na vida vivida como possibilidade de uma sociedade solidária e justa, onde a vida é o bem maior.

Merhy (1998) no texto “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência “aborda que” sob o ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”. Essa é a questão central, estamos escutando o ponto de vista dos usuários? Esse se sente informado e protegido nos processos de cuidado? Escutamos outras formas de cuidado dos nossos usuários? Estão envolvidos na construção dos seus próprios projetos terapêuticos?

No processo de produção da Saúde deve-se buscar a autonomia “no modo de o usuário andar na sua vida”, sendo esse o objetivo final dos serviços de saúde, mas que, na maioria das vezes esse processo é uma ação procedimento-centrada e não usuário-centrada. A produção de saúde é finalizada e centralizada no diagnóstico de uma patologia e seu tratamento, algo bastante comum nas

consultas queixa-conduta, que patologiza o viver e biomedicaliza os modos de cuidar de si. Por outro lado, usuários desejam ser examinados, escutados, ter as suas necessidades e direitos satisfeitos, desejam de fato ter mais vidas com qualidade na vida vivida (Merhy, 1998). O depoimento do facilitador Artur do Polo Abaetetuba, Pará, ilustra da situação do excesso de procedimentos:

(...) os processos de trabalho se automatizam, burocratizam e despersonalizam. São modos frios de atuar, com distanciamento entre os operadores da saúde e destes com os usuários. (...) uma equipe compartilhou que um usuário teve mais de 40 atendimentos registrados, mas a sua demanda continuava incompreendida, suas idas e vindas passaram invisíveis e não provocara estranhamento, até então. A cartografia do usuário-guia (trilha 2) possibilitou novas análises, inquietações, dúvidas e novas informações. A partir desta intervenção que a equipe pôde sentar-se, trocar figurinhas e construir algo novo.

Ou seja, o cuidado é sempre situado e diz respeito ao encontro entre profissionais e pessoas sob cuidado, em que pese ser estruturado em saberes clínicos que, como tecnologias leve-duras, transcendem o local, mas que precisam ser geridos em diálogo com os saberes locais, numa dinâmica tensa que só é viável se gerida pelas tecnologias leves. Uma vez realizado, ele alimenta os saberes locais, dos trabalhadores e demais pessoas que compartilham a cena do cuidado, e, também a literatura, quando as tecnologias produzidas pelo trabalho vivo em ato transbordam a cena e ocupam espaço no mundo do conhecimento. A condição de processo "situado" se produz pelo encontro, pelos processos de trabalho que a equipe consegue estruturar, pelos saberes outros do território e pelo território (como território vivo ou como território líquido).

O território vivo é um conceito da produção do geógrafo brasileiro Milton Santos (1997), para lembrar que as representações técnico-geográficas que fazemos sobre o território não são o território, que tem outros atributos e mesmo os indicadores utilizados são produzidos anteriormente, como aproximação. O território líquido é uma produção do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (Lahpsa), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), originalmente associadas ao trabalho intelectual e inserção militante do Prof. Júlio Cesar Schweickardt (Schweickardt; Tobias; Ferla, 2022), para destacar dimensões complexas que envolvem a análise dos territórios amazônicos, inclusive o ciclo das águas, os aspectos culturais dos grupos populacionais e, enfim, os modos do andar da vida na Amazônia.

Todos os trabalhadores e trabalhadoras usam a clínica para fazer o cuidado!!!

Retomando o debate sobre as tecnologias do cuidado, todos os encontros são produtores de uma clínica de cuidado, quando os trabalhadores e trabalhadoras utilizam seus conhecimentos, saberes e experiências na produção da saúde. Assim, “entendemos que a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir” (Merhy, 1998, p. 4). A clínica, como saber tecnológico, pode estabelecer diálogos com outros saberes locais e produzir uma alquimia que dá movimento e singularidade ao cuidado.

Obviamente que cada profissional traz consigo as suas competências e suas lógicas de responsabilização da clínica. Precisamos pensar que a “clínica” se faz também fora dos consultórios e que se amplia para os territórios e para os vários encontros nos modos de produzir saúde. Ainda é necessário dizer que uma boa clínica necessita de exames, de especialistas, de procedimentos, medicamentos, ou seja, das tecnologias duras e leves- duras. Porém, a clínica não pode abrir mão da confluência de saberes e fazeres que a compõem em sua multiplicidade que existe em um coletivo que atua no campo da saúde. Uma clínica que não abra mão de produzir cuidado precisa do trabalho em equipe, um trabalho do tipo integração (Peduzzi, 2001), com comunicação intensiva entre os agentes e com cada território, lembrando que os territórios são vivos (Santos, 1997) e, portanto, mutáveis, reivindicando conexão permanente.

Os usuários desejam um trabalho clínico centrado neles!!!

Os usuários sempre buscam relações de confiança, buscam a solução do seu problema, contando com o compromisso e a qualificação do profissional, pois sua “vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de Saúde” (Merhy, 1998, p. 4). Buscamos restituir a autonomia, na confiança de seguir a vida nas suas mais diversas dimensões. Quando dizemos a clínica-usuário-centrada significa dizer que o usuário-multidão traz consigo a sua ancestralidade, sua história, suas memórias. Por isso, a clínica não é se fechar nos procedimentos biológicos, na história natural da doença, mas pensar a pessoa no seu lugar e território, suas redes vivas de existência e seus modos de sentir e ver o mundo.

Por fim, a ideia de que possamos pensar uma clínica que dialogue com os usuários, os seus territórios, suas redes (tecnologias leves), fazendo uso das outras tecnologias (duras, leves-duras) na Unidade de Saúde para produzir um cuidado que atende às necessidades das pessoas. Nesse sentido, o depoimento da trabalhadora de saúde de Turiaçu é muito interessante, pois fala do tempo e ritmo dos usuários e

a ideia de que é importante pensar no processo:

“Aprendi a valorizar o ritmo das pessoas e a construir junto, sem pressa de chegar a respostas prontas. Isso tem fortalecido o vínculo com os usuários, permitindo trocas mais genuínas e soluções que fazem sentido para eles. O curso me ensinou a confiar mais no caminho, não apenas no resultado, e isso tem feito toda a diferença” (Cirley, enfermeira da zona rural de Turiaçu/MA – Polo Pinheiro).

O depoimento de Artur, facilitador de Abaetetuba, traz algumas reflexões sobre a clínica do cuidado no território:

“O que parece que se deslocou foi algo com cheiro de legitimidade, no sentido de “Eu sabia, mas não sabia que podia! Não sabia que devia!”. A legitimidade também aparece quando defendemos o respeito, o contato, as articulações e as trocas com aquelas pessoas que, a partir de suas ancestralidades, de gerações passadas, produzem práticas potentes, acolhimentos, escutas, encantos, remédios e tantas outras coisas. Afirmar a necessidade de inventar novas tecnologias de cuidado. Novas aproximações e horizontalizar as existentes. Novamente, não é que não sabiam, é que a gente acabou engrossando um caldo que fora empobrecido pelas ordens discursivas das ciências de saúde modernas – pretensamente neutras e superiores.”

Isso mesmo, fomos “empobrecidos” pelos discursos e práticas de uma ciência dita “moderna”, que imprimiu uma ideia de neutralidade e de superioridade sobre os outros saberes, o que chamamos de colonialidade do poder e do saber. A “ordem discursiva” criou uma noção de que há uma “clínica” acima das outras abordagens do cuidado, não é o que discutimos aqui, pois buscamos entender que esta clínica vigente e dominante desça da arrogância epistêmica, surda para os processos de conhecimentos que estão presentes nos territórios, pois há uma “ancestralidade” que se coloca como verdade e necessita entrar nas nossas práticas da clínica do cuidado.



Trabalho em equipe no território vivo

Certa vez, visitando uma equipe ribeirinha, em um município distante, tivemos uma surpresa quando entramos na Unidade de Saúde¹. Havia uma recepção, que dava acesso às salas e consultórios. Em cima de uma das salas havia um bilhete, impresso, com a seguinte frase: “Cada um faça o seu trabalho, não se meter no trabalho do outro”. A frase mostrava que não havia um trabalho em equipe e, por necessidade sua de preservar o espaço que pretendia ser privativo, o autor fez questão de deixar dito para todas as pessoas que iam até a Unidade, inclusive os usuários.

Já escutamos esse tipo de frase em vários lugares: “cada um no seu quadrado”, “cada um na sua”. Onde estava a dificuldade da equipe? O que tinha originado o conflito? Como os usuários percebiam essa situação? O que estava sendo feito para superar esta situação?

A situação nos fez lembrar da discussão da interprofissionalidade, quando a equipe tem uma colaboração coletiva visando o benefício do usuário, e pode colocar as relações de poder entre os profissionais a seu favor cooperativo e não como se impor hierarquicamente sobre o outro, do tipo de um agir soberano de certas profissões sobre outra. O trabalho inter(entre)profissional significa que precisamos mudar o nosso modo de agir e refletir sobre a educação dos profissionais de saúde, pensando na atenção integral (OMS, 2010).

Os conflitos existem em todos os lugares, inclusive no trabalho em saúde, porque este lugar faz parte da sociedade e da cultura local, as pessoas são do lugar, tem seus modos e jeitos de ser, assim como suas crenças e desejos. A pergunta é como os conflitos interferem no cuidado em saúde.

Numa atividade sobre planejamento participativo, em dois municípios do Amazonas, a questão dos conflitos interpessoais eram os problemas mais frequentes. No entanto, a questão era como transformar o problema em um objetivo a ser superado e que estratégias devem ser feitas para mudar essa realidade. O consenso sempre foi: Educação Permanente em Saúde. Precisamos falar mais sobre isso e compreender e conhecer mais sobre a vida do outro.

O trabalho em saúde exige encontros com os outros trabalhadores, com os usuários, com a comunidade, com a gestão. O trabalho é feito por pessoas, apesar de termos as tecnologias duras ao nosso dispor, são as tecnologias leves que movimentam o trabalho “vivo” e não “morto”.

O depoimento do facilitador Artur, polo Abaetetuba, Pará, mostra como a equipe pode se “expandir” e “dilatarse”, quando dialoga com outras práticas do território, inclusive se “emancipar” porque deixa de ser a “equipe pela equipe” e passa a ser uma “equipe para o outro”, em diálogo com o outro. Ampliar o cuidado

¹ Contamos esta história que está na publicação da Organização Pan-Americana da Saúde. Educação Permanente para a Promoção da Saúde. Brasília, D.F.; 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275728963>.

da equipe e deixar-se afetar pelas dinâmicas do território. Fala-se tanto em clínica ampliada, mas pensamos que a equipe se emancipa quando busca a emancipação dos usuários e dos outros cuidadores.

“Creio que um dos aspectos mais importantes que me fora relatado diz respeito à transformação dos olhares sobre os territórios. Muito se falou sobre como que, a partir das trilhas 1 e 2, ampliou-se o conhecimento destes sobre as potências que atravessam os territórios. Conversar com rezadeiras, entrevistar parteiras, reconhecer as práticas de cuidado não institucionalizadas, entre outras questões. Essa coisa que é “saúde”, “equipe” e “cuidado” se dilatou, emancipou, expandiu.”

Trazemos algumas metáforas para a reflexão do trabalho da equipe: “pororoca”, “tsunami”, “banzeiro”, “furo”, “encontro das águas”. Observamos, nos relatos dos alunos, que o trabalho é muito fragmentado, transformando as narrativas muito pessoais e individuais. A médica fala, a odontóloga fala, o Agente Comunitário de Saúde fala, mas não aparece a fala da equipe.

Assim, trazemos a imagem da Pororoca, que é o movimento produzido no encontro do Rio Amazonas com o mar. Quando o outro se dobra sobre você e, você no encontro se dobra sobre o outro. Assim, há uma potência no Cuidado do encontro Pororoca, produzido pela equipe.

Diferentemente do tsunami, que é o movimento da água que se dobra e arrasa o corpo do outro, domina, destrói. Ela vem para se tornar soberana e arrasar o outro corpo e não tem troca. É um movimento de uma ação unidirecional muito forte. Por outro lado, o trabalho coletivo, quando a equipe se comporta na dinâmica Pororoca, a vida vira multidão de encontros que vão e vêm, que se afetam e trocam. Assim, o projeto terapêutico territorial singular se dá quando há um movimento para dentro das relações comunitárias e com os usuários.

Na Amazônia temos os “furos” que são aqueles atalhos nos rios que aparecem nas enchentes. Outra metáfora importante para a equipe pensar nos furos que se fazem nas tecnologias do cuidado, apostando na busca de estratégias que as equipes encontram para trabalhar de modo coletivo. Os furos são produções do cotidiano, é um momento, do inédito viável, que só se sabe quando se está navegando no rio. Mas, o furo só aparece quando nos dispomos a navegar juntos, que demanda conhecimento do rio e do território líquido, das manobras e processos.

A jornalista Eliane Brum (2021, p. 9), no livro “Banzeiro de OKotó: uma viagem à Amazônia centro do Mundo” traz uma bela definição de banzeiro:

Banzeiro é como o povo do Xingu chama o território de brabeza do rio. É onde com sorte se pode passar, com azar não. É um lugar de perigo entre o de onde se veio e o aonde se quer chegar. Quem rema espera o banzeiro recolher suas garras ou amainar. E silencia porque o barco pode ser virado ou puxado para baixo de repente. Silencia para não acordar a raiva do rio.

Não há sinônimos para banzeiro. Nem tradução. Banzeiro é aquele que é. E só é onde é.

Desde que me mudei para a Amazônia, em agosto de 2017, o banzeiro se mudou do rio para dentro de mim. Não tenho fígado, rins, estômago como as outras pessoas. Tenho banzeiro. Meu coração, dominado pelo redemunho, bate em círculos concêntricos, às vezes tão rápido que não me deixa dormir à noite. E desafina, com frequência sai do tom, se torna uma sinfonia dissonante, o médico diz que é arritmia, mas o médico não sabe de corpos que se misturam.

Todos que navegam pelos rios da Amazônia sabem do respeito que temos que ter com o banzeiro que vem com a tempestade, com a chuva e o vento. Nesse caso, é melhor esperar acalmar, pois podemos ser puxados para baixo ou jogados contra o barranco. Melhor esperar em silêncio, esperar que a brabeza do rio se acalme. Assim, temos os banzeiros que acometem o trabalho da equipe, suas relações com os usuários, os conflitos dos territórios, as dúvidas e temores. Mas, o banzeiro não é para sempre, é necessário esperar o tempo do banzeiro, o tempo da equipe, vai acalmar.

O banzeiro, quando vem para dentro de nós, nos agita e nos movimenta, faz de nós uma “sinfonia” dissonante, mas mexe com os nossos órgãos, nossos sentimentos e cria novas formas de ser porque “os corpos se misturam”, viram outra coisa. Depois do banzeiro nunca mais somos os mesmos, nos tornamos floresta, rio, águas, território. Assim, não é de todo mal, deixar que o banzeiro entre em nossos corpos, porque mostra o quanto somos frágeis diante de tantos desafios, por isso, precisamos “ser fracos” para que as relações com o outro sejam fortes, se misturem e sejam outras. O “banzeiro em nós” é também uma boa imagem para falar de aprendizagens significativas, quando a interação com o entorno, nos acrescenta capacidades de fazer melhor, de mudar o contexto de onde atuamos. Aqui, não é demais lembrar o conceito de inteligência em Paulo Freire, quando diz que é o

resultado de uma aprendizagem que faz com que rasguemos a identidade antiga e, como na metamorfose da borboleta, nos tornemos outro em nós. O banheiro mostra que tem energia que se transmite pela água, invisível, e que diante de certos eventos (que pode ser a negligência do condutor do barco), irrompem e transformam o navegar, o leito do rio e a vida nas adjacências.

Encontro Trilha 3 - Polo Porto Velho/RO
Fonte: Acervo Começo Meio Começo





Produzindo o cuidado intercultural

Na Amazônia temos diversas temporalidades e espacialidades que vão desde o mito até os movimentos dos rios, dos banzeiros e das marés. As populações do Campo, Floresta e Águas nos ensinam que o território se transforma em maretório, lagotório, riotório, deslocando a ideia de que tudo se faz na "terra", mas tem muita água que também é "território". Assim como o "território líquido" é um bom conceito para pensar nos diferentes modos de pensar e expressar o tempo e o espaço.

A ideia de interculturalidade é considerar que esses saberes e modos de vida convivem com outros saberes, ao mesmo tempo, nos lugares. Promover a interculturalidade é reconhecer essas diferenças.

Assumir a interculturalidade é criar as possibilidades para a existência dos outros caminhos e mundos possíveis, sem anular o outro, sendo que a única universalidade possível é a pluriversalidade. Já não há mais espaço para uma "história única", mas sim, a multiplicidade das histórias possíveis nas mais distintas territorialidades e temporalidades (Schweickardt, Cabral, Martins & Ferla, 2024, p. 18).

A interculturalidade é pensar práticas "outras" de ser no mundo e na sociedade. A palavra "outra" não se refere a mais uma opção dentre outras, mas opções outras. O outro significa que problematizamos o pensamento hegemônico, ou seja, colocamos em questão a prática biomédica para abrir espaço para outras formas de compreender e praticar a saúde. Assim, o outro é o que pode ser construído nas experiências locais, na comunidade, no diálogo e compartilhamento dos saberes, produzindo um pensamento insurgente e indisciplinado.

A gestão do cuidado intercultural apresenta um campo de disputas simbólicas, com relações de poder que, na maioria das vezes, é assimétrica com predomínio do saber biomédico. Os territórios dos Campos, Florestas e Águas são interculturais, múltiplos e diversos, portanto, temos o desafio de na cena do cuidado potencializar a presença do "outro" e do diverso para produzir saúde.

Por fim, o cuidado intercultural é uma forma de incluir o outro, o diferente, numa relação de simetria de poder, para construir um cuidado inclusivo e integral. Interculturalidade não é colocar a parteira ou o pajé como mais um cuidador no projeto terapêutico, mas **fazer junto**. A parteira, por exemplo, pode perfeitamente participar do pré-natal e dos partos realizados na unidade ou na maternidade.

Reflexões

1. O que a cartografia revelou sobre os outros cuidadores e cuidadoras comunitários no território?

2. Essas pessoas são escutadas pela equipe de saúde?

3. Em que momentos a equipe reúne com parteiras, benzedeiras, curandeiros e pajés para pensar um cuidado intercultural?





Histórias do trabalho e das pessoas nos territórios

O Começo, Meio, Começo faz parte das estratégias da Educação Permanente em Saúde (EPS), portanto fomos construindo a formação no processo, em ato, como as coisas foram se fazendo. Mas, não tinham tudo pronto desde o início? Não tínhamos o desenho, a proposta, o projeto, as metodologias, e no processo de escuta dos facilitadores, apoiadores, coordenadores, conteudistas fomos fazendo ajustes e adequações à proposta.

Assim, gostaríamos de compartilhar algumas histórias dos trabalhadores e trabalhadoras dos campos, floresta e águas sobre as suas transformações e mudanças nos processos de trabalho na formação. Selecionamos algumas para compartilhar com todas as pessoas, mas sabemos que temos muitas que foram narradas nos encontros presenciais e tantas outras que circulam no Campus Virtual, nas redes sociais e nas conversas.

As histórias nos trazem a dimensão do lugar e das suas características, que estavam invisíveis ao olhar do trabalho, ou que de fato desconheciam apesar de dizer: “meus usuários” e “minha área”. No entanto, alguns se deram conta de que não conheciam nem o seu território, nem as redes vivas existenciais dos usuários, sendo auxiliados pelas ferramentas da cartografia social e pela cartografia do usuário-guia a “enxergarem” ou ampliar a sua visão sobre o lugar e as pessoas. Vamos ler os relatos e refletir sobre o nosso lugar.

Depoimento de cursistas

Me motivei a fazer o curso a partir do nome do curso, para trabalhadores que trabalham com povos do campo, floresta e águas e a minha comunidade compreende quilombolas e ribeirinhos, pois minha descendência também é de quilombola. Então, eu me interessei muito para buscar mais saberes acerca desses povos, para aprender a trabalhar, encontrar metodologias para aplicar para termos dias e condições melhores para esse povo. O curso nos proporciona uma metodologia, uma roupagem diferente, bem simples e acessível para que a gente possa, de fato, entender, compreender e aplicar.

**José de Ribamar Soares Braga – ACS, povoado Vitória dos Bragas/MA,
polo Pinheiro/Maranhão**

Ser ACS para mim é muito importante porque eu tenho contato com a comunidade e posso orientar sobre as políticas públicas, como a importância da saúde para o idoso, para a criança, gestante. O curso chegou em um momento difícil para minha vida pessoal, mas aqui encontrei conhecimento, que eu posso levar para minha comunidade, que irá beneficiar os usuários e o trabalho na unidade de saúde. Aprendi muito com a cartografia do território, com ela eu conheci coisas que existem no meu território e eu nem imaginava. Para mim, não foi um trabalho, mas sim, uma diversão. Pude conhecer as crenças da comunidade, coisas que eu ouvia falar, mas eu não tinha oportunidade de se sentar com as pessoas para conversar, saber como surgiu a comunidade. Fiquei triste porque tem muita cultura sendo perdida na nossa comunidade. Aqui encontrei uma paz tão grande que não sei explicar.

**Lourdes Maria Pereira, ACS há 23 anos, povoado Miranda/MA,
polo Pinheiro/Maranhão**

Eu usei as Palavras aceitação e respeito para dizer que, agora com a atividade da cartografia e ver o trabalho dos colegas, eu entendi que as pessoas que moram nesses lugares longe, devem ser respeitadas no seu modo de viver, e que nós devemos criar estratégias para chegar até elas. Quando eu chegar na minha cidade, eu vou tentar reunir os ACS da minha equipe e fazer a cartografia com eles, já que eu não consegui ir até as comunidades, isso é uma forma de conhecer o lugar e as pessoas do lugar. O profissional dentista ainda não se aproximou como deveria do restante da equipe, e ao fazer a cartografia isso será uma oportunidade.

Patricia Torquato Martins, dentista do município de Envira/AM

A experiência do Começo Meio Começo tem sido incrível. A metodologia da cartografia social foi uma experiência transformadora, mapear os territórios com os próprios moradores nos permite entender as necessidades reais, respeitando a cultura e seus modos de vida, essencial para o cuidado em saúde, mais efetivo e participativo. O encontro presencial foi maravilhoso, trocar experiência com outros profissionais, compartilhar as vivências e fortalecer essa rede de aprendizado faz toda a diferença. Sem dúvida, é uma experiência enriquecedora que levo para minha prática profissional. Sou muito grata por essa oportunidade e recomendo essa experiência para todos que desejam um olhar mais amplo e humano sobre o cuidado em saúde.

**Flávia Galvão, enfermeira, município de Pinheiro/MA,
polo Pinheiro/Maranhão**

O curso irá impactar no meu processo de trabalho, principalmente a cartografia do usuário-guia. A gente nunca tinha visto aqui. Essa cartografia permite a gente conhecer mais nosso usuário, sobre seus contatos e redes deles, o que levou ele ao adoecimento. O curso está sendo muito importante.

Rosires de Jesus Pereira Martins, 52 anos, ACS, povoado Cuba/MA, polo Pinheiro/Maranhão

Aqui em Pinheiro, nós temos muitos problemas, como no Brasil todo, mas aqui moramos em uma área diferenciada, na Baixada Maranhense. Pinheiro é quase uma ilha, com campos alagados no entorno, que são bonitos, mas também apresentam muitos problemas ambientais, agravados pela questão humana. Aqui se usa o meio de forma desorganizada sem respeito às devidas normas ambientais, principalmente, em relação ao nosso rio que corta toda a cidade e que recebe muito lixo, dejetos e nós temos lutado para tratar. Eu, como Fiscal Sanitário, sei que isso já deveria ter mudado. Os conhecimentos do Começo, Meio, Começo são aplicáveis no meu processo de trabalho e vem descortinando muitas coisas. Essa questão das redes do usuário, nos deixa ver quantas pessoas envolvidas no nosso dia a dia, em nossa comunidade, que a gente não percebe. Tem sido um despertar, trazido muita luz para a gente observar o que está em nosso meio, ao nosso redor. O diferencial do curso são as informações que às vezes estão presentes e, ao mesmo tempo, a gente não enxerga. Vocês têm trazido luz para a gente, experiências e saberes que levaremos para outras pessoas e, assim, podemos fazer o bem que tanto a sociedade precisa.

Walter José Alves, 52 anos, professor de história e atua na saúde há 23 anos, fiscal sanitário em Pinheiro/MA, polo Pinheiro/Maranhão.

Eu pretendo reunir meus enfermeiros e realizar a cartografia social com eles, pois eu não conhecia esse instrumento e achei muito interessante, pois permite que os profissionais conheçam melhor suas áreas. Planejo usar com os enfermeiros das equipes rurais, como forma de organização do processo de trabalho.

Francisco Elenilson Ferreira Godinho, coordenador de Atenção Básica de Eirunepé/AM

Esse trabalho foi uma experiência única, pois através dele pude ter contato com pessoas, lugares e vivências que normalmente não nos permitimos ter. Primeiramente, ainda em fase de pesquisa pude perceber a riqueza que temos no nosso território e que por muitas vezes passa despercebida. Por ser algo corriqueiro e comum para nós, às vezes não nos damos conta da magnitude e riqueza que possuímos.

Tive a honra de, juntamente com meu grupo, conhecer e conversar com muitos personagens interessantes que vieram enriquecer o nosso trabalho de Puxirum da trilha 1. Alguns nos deram a honra de participar no dia do puxirum conosco e outros, por conta da logística, fomos ao encontro nas suas respectivas moradias, coletar os seus relatos. São eles: O senhor Celso Nunes, agricultor e artesão, morador do Povoado Pampilhosa, que apesar de ter sido vítima de um AVC, não desistiu do seu trabalho e se adaptou a realizar suas tarefas utilizando apenas a mão esquerda, visto que, perdeu os movimentos da mão direita devido à doença. Um incrível exemplo de superação. Ainda no povoado Pampilhosa, visitamos o engenho de cana de açúcar, que ainda guarda resquícios da colonização Portuguesa, onde o presidente da comunidade Júlio Moreira nos explicou o passo a passo para a fabricação da cachaça de cana de açúcar, muito apreciada e conhecida na região.

No Povoado Maranhão Novo, visitamos o Curandeiro Justino dos Santos e a Parteira Maria do Socorro, que nos contaram seus belíssimos relatos nesses tantos anos nesses ofícios, onde pude notar em cada palavra e no brilho dos olhos, o amor pela prática e a satisfação em ajudar o próximo.

Enfim, no Povoado Vitória dos Braga, local escolhido para a realização do Puxirum, nos reunimos para ouvir mais histórias de personagens típicos da região que ainda retiram da natureza o seu sustento e da sua família, como por exemplo, a quebradeira de coco babaçu, Valdirene Brito, mulher com aparência sofrida que relata que aprendeu a prática com a sua mãe e através da venda da amêndoa do coco babaçu e do carvão feito do endocarpo do mesmo, retira seu sustento e cria seus filhos, embora confesse que hoje em dia tem sido cada vez mais difícil sobreviver dessa prática.

O pescador artesanal de água doce, Marinaldo Braga, também deu sua contribuição, explicando o seu ofício e demonstrando na prática a sua forma de pescar, lançando sua tarrafa no rio e retornando cheia de peixes típicos da região, principalmente a Piaba, muito apreciada e sendo muito utilizada na culinária Pinheirense. Além da tarrafa, o pescador ainda apresentou outros instrumentos de pesca, como a malhadeira e o socó, que assim como a tarrafa, o próprio pescador fabrica.

Ainda tivemos a participação dos moradores Edijane, Santana e José de Ribamar que na sua simplicidade nos presentearam com seus relatos sobre

a história do povoado, muito utilizado para o lazer na região, e também sobre suas vidas que representam as histórias de todos. Um povo batalhador que traz consigo as marcas de uma vida simples e difícil, mas que também carregam o orgulho do seu passado e da sua cultura e isso transparece em cada palavra. Enfim, concluímos nosso trabalho com a construção do mapa social do território e ficamos muito satisfeitos com os resultados. Foi um prazer realizar este trabalho, onde nos divertimos, aprendemos e nos aprimoramos, tanto pessoalmente como profissionalmente. Uma experiência ímpar, proporcionada pelo curso Começo Meio Começo. Só tenho a agradecer por esta oportunidade incrível e enriquecedora.

Taiza de Jesus Sarges Garcias, Pinheiro/MA, polo Pinheiro/Maranhão

Acredito que nenhum profissional voltará para seu território do mesmo jeito, pois o curso nos proporcionou novas perspectivas, quebrou paradigmas que serão colocadas em prática no território. Um misto de emoções sentimos nesses dias, obrigado!

Eliaquins Rodrigues, Caracaraí/RR, polo Boa Vista/Roraima

Para a equipe de saúde do município de Vitória do Mearim/MA, alunos (as) enfermeiros (as) e ACS, o curso tem proporcionado ampliar seus conhecimentos a uma realidade de vida que já fazia parte de seu cotidiano de trabalho, na linha de frente das comunidades. Segundo eles, a metodologia do curso os alertou para o quanto é importante não apenas conhecer o dia a dia dos povos quilombolas, ribeirinhos e de floresta, mas também ajudar a preservar a natureza, sempre proporcionando o cuidado.

Dentre os desafios que estes enfrentam, podemos observar uma realidade que, na maioria dos casos, não corresponde com ação do bem e do cuidar, muitas empresas se beneficiam destruindo, acabando com o que esse povo tem de mais precioso, para sua sobrevivência, impactando diretamente na saúde dos mesmos, sem se quer proporcionar algo de retorno para que pudesse de fato amparar, cuidar e não afetar prejudicialmente. Estes povos são seres de belas culturas artísticas e que muitos deles agem também no ato de cuidar. Essas populações também têm ciência de que podem ajudar como suporte de apoio às equipes de saúde responsáveis por seus territórios

**Tailson Santos, enfermeiro, município de Vitória do Mearim/MA,
polo Pinheiro/Maranhão**

E o que me chamou muita atenção foi o fato de um assunto que foi apresentado sobre racismo ambiental. E a partir daí, quando retornamos para a nossa UBS, nós realizamos dois projetos para apresentarmos na nossa amostra Aqui tem SUS. E uma temática que nós vamos levar, racismo ambiental. Hoje em dia, o que nós podemos verificar? Que nós aqui também sofremos esse racismo ambiental. Por que aqui nós sofremos? Porque aqui existe uma coleta de lixo, né? A balsa, que aqui como é área ribeirinha, a balsa passa coletando os lixos dos hoteleiros. Porém, aqui não tem a coleta dos comunitários. E aí a gente pôde perceber que nós sofremos esse racismo. Então, assim, abriu um leque. Por que só os hoteleiros têm esse direito e nós não temos? Nós fazemos a queima dos nossos lixos. Uma vez que nós queimamos o lixo, a gente polui o ambiente. E aí, a partir deste projeto, nós estamos fazendo o ofício para enviar para a nossa Secretaria de Saúde para solicitar essa coleta seletiva para todos os comunitários, independente que seja hoteleiro ou não. Então, assim, esse assunto me chamou bastante atenção e a da minha equipe também. Porque a gente foi e fez uma análise. Porque nós também somos cidadãos, nós também temos o direito. Nós levamos saúde, porém, nós não estamos completamente saudáveis. Nós estamos poluindo o nosso ambiente. (...) E eu tenho certeza que a partir do momento que apresentamos esse projeto, muitos vão perceber o quão vítimas nós éramos em relação a isso. Vítima da sociedade.

Ariane, Careiro Castanho/AM, polo Careiro/Amazonas

Houve muitas mudanças e aproveitamos muitas coisas que aprendemos no encontro presencial, como o acompanhamento do bolsa família. Fazíamos de casa em casa, agora fizemos em um lugar estratégico onde podemos pesar medir orientar sobre várias maneiras de prevenção.

Rosilene Queiroz, de Carauari/AM, polo Manaus/Amazonas

Houve mudança de mentalidade. Aprendi a ser criativa, compreender e respeitar a opinião dos outros, mesmo que seja contrária à minha, trabalhar em parceria para atingir um objetivo comum, buscar resolver problemas em parceria. Saber se comunicar e dividir as experiências e aprender com as experiências dos outros. Aceitar minhas limitações, mas buscar melhorias e conhecimentos sempre.

Elaine, Presidente Figueiredo/AM, Polo Manaus/Amazonas

O curso Começo, Meio, Começo trouxe muita qualidade e aprendizado, onde eu como ACS pude colocar em prática. Fiz uma palestra de conscientização, quando fiz algumas dinâmicas que teve encontro presencial, como o corredor do cuidado. Nós profissionais, muita das vezes, não damos muita importância no confiar e receber uma palavra de incentivo da equipe. E acreditar que a união de conhecimento é melhor, como, por exemplo, valorizar o trabalho das parteiras.

Tamires, município de Carauari/AM, polo Manaus/Amazonas

O Curso do CMC proporcionou um amplo conhecimento. O compartilhamento de conhecimento entre a equipe nos permitiu conhecer os desafios de cada município e conhecimento para repassar para os outros profissionais da saúde ribeirinha. A cartografia nos permitiu conhecer as realidades de cada município do Amazonas. O usuário-guia é uma ótima ferramenta para usarmos no nosso dia a dia. O curso do CMC foi incrível, uma experiência maravilhosa que gostaria que cada profissional da saúde ribeirinha pudesse participar desse curso que nos proporcionou um amplo conhecimento.

**Pedro Moreira Barbosa, município de Barcelos/AM,
polo Manaus/Amazonas**

Na volta para casa trouxemos muitas experiências, ideias e vontades de mostrar um novo desafio aos demais colegas. Foi muito importante aprender a trabalhar em conjunto, vimos que a união é essencial para quem trabalha em uma comunidade, e principalmente como acolher nossos usuários. Sabemos que ter um olhar especial e voltado aos nossos comunitários é sem dúvidas indispensável. Saber como chegar, falar, acolher e fazer com que eles se sintam importantes para a sociedade é gratificante, principalmente os ribeirinhos, com quem passamos o ano todo em seus territórios. É muito satisfatório ver o rosto de cada ribeirinho a nos receber com tanto aconchego, apesar de enfrentarem tantos problemas de transporte, alimentação, doenças. Eles são exemplares para nós. E agora, com todos os aprendizados, pretendemos levar tudo que aprendemos para melhorar as vidas de cada ribeirinhos que precisar de apoio, amor e principalmente acolhimento. Iniciamos, amanhã, uma viagem de aproximadamente 22 dias na UBSF, justamente para cuidar dos povos Ribeirinhos.

Edivania, município de Manaus/AM, polo Manaus/Amazonas

Compartilhamos conhecimentos, amizades e diversidades. Todos os grupos com muita criatividade, em um ambiente harmônico e de muita paz. Seria bom se todos os gestores pudessem ir ao encontro para ver a realidade de todos. Tudo foi muito perfeito, com os preceptores compartilhando seus conhecimentos, dinâmicas e, no final, uma troca de energia que parecia ser de outro mundo.

**Marcos Salvador de Souza, médico, município de Terra Santa/PA,
polo Parintins/Amazonas**

Depoimento de facilitadores e facilitadoras

Meu olhar atento sobre a turma barulhenta e colorida conversando animadamente me instigou a refletir sobre a riqueza do território onde nos encontrávamos. Eles deixaram seus povoados, municípios e comunidades e chegaram a São Luís pela BR –135 trazidos pela Cisne Branco, pela Guanabara, pelas vans que entrelaçam o território. Rostos marcados pelo sol, nascidos ou inseridos em áreas indígenas, quilombolas, regiões de areias, mangues, pescadores, de localidades à margem das rodovias ou incrustados em áreas de assentamento do território maranhense.

Eram ACS, ACE, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas e psicólogos, comprometidos com o SUS. Pés que caminham em territórios marcados pelo avanço do agronegócio, do cultivo da soja e do eucalipto, ao som da pedra e da machadinha das quebradeiras de coco, no ritmo dos trens da “Vale”, do boi e do tambor de crioula. São 10, 15, 25, 27, muitos anos contribuindo com a história do SUS no Maranhão. Corpos que resistem e fortalecem a ‘tarefada’ e a ‘mandiocada’ em tantas comunidades, mãos que se entrelaçam com a população na travessia dos rios e dão sustentação às caixas de vacinas ou ajudam com o carro das equipes de saúde nas estradas enlameadas, olhos e ouvidos atentos às histórias do lugar, às lutas das mulheres, às danças, às crenças, aos modos de cuidar da saúde.

Ausências, injustiças e fragilidades? Sim, a rede de atenção à saúde apresenta gargalos que nem o ‘shopping da criança’ consegue resolver e que muitos são encaminhados ao ‘Socorrão’. Trabalhadores que dividem com a população problemas como a ausência de escolas em seus territórios, a falta de saneamento,

a dificuldade que a água salobra lhes impõe. É gente que vai de encontro a um fazer saúde rígido e cheio de prescrições homogeneizantes. Gente que conhece profundamente seu território, que entende que a salga dos alimentos ainda é uma prática que persiste, que o descarte de resíduos que predomina ainda é o 'lixão', que é preciso estar atento ao tráfico de drogas nas localidades. Gente que constrói vínculos, que reconhece que a saúde e o território estão imbricados e que, sobretudo, se desafia e persiste em seu fazer cotidiano para que a criança com deficiência, a mulher com diagnóstico de esquizofrenia, o obeso, o idoso frágil, o pescador diabético, a mulher com câncer do colo de útero e a jovem gestante tenham acesso a saúde.

A construção das cartografias permitiu a esses trabalhadores revisitar seus territórios, reconhecer a diversidade cultural e os saberes tradicionais como fonte de cuidados que não precisam estar em oposição à ciência moderna. No encontro conhecemos as lutas individuais e coletivas desses trabalhadores, compartilhamos a esperança de viver uma vida em que os homens não precisem abandonar suas famílias para trabalhar em outros estados, em que trabalhadores não sejam expropriados de suas terras, em que os interesses da Vale ou da fábrica de ossos não se sobreponha aos da população, em que as equipes de saúde consigam dialogar com a população, construindo planos de cuidado comprometidos com seus anseios. Em meio a diversidade de olhares e práticas um objetivo comum é fortalecer o SUS, entrelaçados com a natureza, com a língua, com a cultura e as tradições do lugar.

Facilitadora Ivamar Moreira da Silva, polo São Luís/Maranhão

A cartografia social ajudou a olhar para seus territórios, identificando elementos para além das estruturas físicas e delimitação geográfica. Essa atividade gerou mudança no seu modo de pensar e ver as pessoas que moram nas comunidades distantes. Ficou fácil de aceitar e respeitar o modo de vida daquelas pessoas, entendendo que o serviço deve chegar até elas, por mais longe que estejam umas das outras.

Outra mudança gerada, foi no processo de trabalho com sua equipe, pois nunca havia feito mapeamento e nem cartografia das comunidades sob sua assistência e já estava pensando em reunir seus ACS para também fazer as cartográficas das suas 9 comunidades, como forma de conhecer esses lugares. Lamentou que faz mais de três meses que não entra "em área" e desconhece a situação real de saúde dos ribeirinhos.

Facilitadora Luene Fernandes, polo Eirunepé/Amazonas

A Região de Carajás, no Pará, é marcada por grande extensão territorial e diversidade socioambiental, abriga agricultores, ribeirinhos, pescadores, assentamentos e população indígena, cada um com suas particularidades culturais e necessidades de saúde. (...) a cartografia social trouxe a memória do Massacre de Eldorado dos Carajás, ocorrido no dia 17 de abril de 1996, um marco histórico relatado por moradores e sobreviventes.

“Não quero perder nenhum encontro desse curso, que trouxe tanto aprendizado e nos levou a refletir, que nossos problemas se assemelham e que as mudanças podem começar por nós”; “Eu confesso que não queria vir, pensei comigo mesmo, vai ser muito chato...mas olhe só o que eu ia perder, meu Deus, fiquei agora com vergonha, mais tinha que falar, muito obrigado pela oportunidade” e “Nunca participei de um curso com tanta mordomia, me senti valorizada, não vou perder nenhum novo encontro”.

Cléa Nobre e Lorena Alves, polo Carajás/Pará

O encontro gerou momentos importantes de fala e escuta de todos os presentes naquele 'espaço protegido', sendo quase unanimidade o sentimento de pertencimento e de mudança na lógica do pensar o processo 'saúde e doença' no viés da educação permanente em saúde.

Luis Guilherme, polo Belém 1/Pará





Projeto Territorial Singular do Cuidado em Saúde

Chegando ao final da nossa trilha, propomos que a equipe pense no Projeto Territorial Singular para o cuidado das populações dos campos, florestas e águas. Esse projeto será apresentado e discutido na quinta e última trilha, mas que inicia a partir das reflexões dos temas abaixo:

Cuidado centrado no usuárix/cidadão

Usuárix-multidão

Tecnologias de cuidado

Tecnologias leves

Território como lugar de cuidado intercultural

Singular: significa o que mesmo?

Observações da Trilha - PUXIRUM

Depois de ler as histórias dos estudantes e facilitadores, podemos nos enxergar nessas histórias, pois elas também são "multidões", fazem parte da nossa Amazônia e nos transformam. Assim, gostaríamos de propor às equipes, trabalhadores e trabalhadoras, dois movimentos:

Primeiro Momento

Cada pessoa vai escrever uma carta para uma ou mais pessoas da equipe de saúde. Depois disso, a equipe se reúne e prepara um ambiente confortável em que as cartas poderão ser lidas e abre a discussão sobre a experiência. A atividade deve ser proposta para a equipe, situando que a dinâmica é um momento de trocas e de conversas sobre as relações por meio de palavras escritas.

Segundo Momento

Desafiar a equipe a fazer uma carta aos seus usuários e usuárias dos campos, floresta e águas. A pessoa pode ser real e concreta, mas também podem imaginar uma pessoa, uma história, um usuário-multidão. A ideia é pensar em como essas pessoas gostariam de ser cuidadas, como responder às suas necessidades. As cartas poderão ser entregues às pessoas ou podem ser lidas na equipe. Sugerimos que cada trabalhador e trabalhadora escreva uma carta direcionada ao usuário-pessoa.

Não há um modelo de carta, apenas escreva a partir das palavras acima. A dinâmica da escrita pode ser individual ou coletiva, podem ser lidas e entregues, pode ser fixada no mural, pode ser enviada.... A escolha é da equipe. Depois poste as cartas no AVA.

Concluimos nossa trilha com a poesia Ancestralidade de Ismael Birago Diop, do Senegal.

*Ouço no vento
O soluço do arbusto:
É o sopro dos antepassados.
Estão na densa sombra.
Os mortos não estão sob a terra.
Estão na árvore que se agita,
Na madeira que geme,
Estão na água que flui,
Na água que dorme,
Estão na cabana, na multidão;
Os mortos não morreram...
Nossos mortos não partiram:
Estão no ventre da mulher
No vagido da criança
E no tronco que queima.
Os nossos mortos não estão sob a terra:
Estão no fogo que se apaga,
Nas plantas que choram,
Na rocha que geme,
Estão na casa.
Mais as coisas do que aos Seres
A voz do Fogo, fique atento,
Ouça a voz das Águas.
Ouça através do Vento
A Savana a soluçar
É o Sopro dos ancestrais
Que jamais se foram
Que não estão sob a Terra
Que não estão mortos
Atente os seus ouvidos
Nossos mortos não morreram*



Referências

Cabral, M. P. G., Franco, T. F., & Jorge, M. S. B (2026). **“Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luíza.** In: Feuerwerker, L., Bertussi, D., & Merhy, E. E. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis.

Ferla, A. A. (2021). **Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo.** Saberes Plurais Educação na Saúde, 5(2), 81–94. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>

Ferla, A.A. (2002). **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas.** Tese de doutorado (Educação). 2002. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1897>

Freire, P. (1992). **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Merhy, E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (1998). **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. Ed. Xamã; São Paulo.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Gomes, M. P. C. **Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado.** In: Feuerwerker, L., Bertussi, D., & Merhy, E. E. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis.

OPAS. (2024). **Organização Pan-Americana da Saúde. Educação Permanente para a Promoção da Saúde.** Brasília, D.F. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275728963>.

Peduzzi, M.. (2001). **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista De Saúde Pública, 35(1), 103–109. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

Ribeiro, S. S. C., Valente, I. S., Costa, A. P. C., Silva, R. S., & Schweickardt, J. C. (2024). **Tenda do conto como estratégia de promoção da saúde: vivência com uma equipe de saúde no município de Parintins-Am.** In: Fernandes, Daiana Evangelista Rodrigues; Parmejiani, Elen Petean; Schweickardt, Júlio Cesar; Silva, Adriana Dias; Figueiredo,

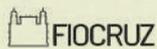
Edilene Macedo Cordeiro; Santos, Marcuce Antônio Miranda (org.). **Promoção da Saúde na Amazônia: experiências do mestrado profissional em saúde da família – PROFSAÚDE**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 320 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.34). ISBN: 978-65-5462-130-4. DOI: 10.18310/9786554621304.

Santos, M. (1997). **Técnica, espaço, tempo. Globalização e meio técnico-científico informacional**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A.A. (2021). **O programa Mais Médicos no território amazônico: acesso e qualidade na atenção básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes**. Em: Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A.A. (org.). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. 248 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.16). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/mais-medicos-na-amazonia-efeitos-no-territorio-liquido-e-suas-gentes/>

Schweickardt, J. C., Cabral, K., Martins, F. M., & Ferla, A.A. (2024). **Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 248 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.33).

REALIZAÇÃO



PARCERIA



Prefeitura de

Manaus

APOIO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Trilha 4: Projeto Territorial Situado - clínica do cuidado, trabalho em equipe e histórias de mudanças

ISBN 978-65-5462-196-0



9 786554 621960 >

